

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych

PL ISSN 1508-2121

Polska Medycyna Rodzinna

Kwartalnik

2004

Tom 6

Zeszyt 1

Międzynarodowa
Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego
u progu XXI wieku”

Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYDAWNICTWO
Continuo

Indeksowanie:
Index Copernicus 2,84 pkt.

Komitet Naukowy

Dr hab. med. Jerzy Błaszczuk (Wrocław),
Dr n. med. Stephan Böse-O'Reilly (Monachium, Niemcy),
Prof. dr hab. med. Jerzy Czernik (Wrocław),
Prof. dr hab. Barbara Gąsior-Chrzan (Tromsø, Norwegia),
Prof. dr hab. med. Andrzej Górski (Wrocław),
Dr n. med. Małgorzata Grzemska (WHO, Genewa, Szwajcaria),
Prof. dr hab. med. Antonina Harłodzińska-Szmyrka (Wrocław),
Dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska (Poznań),
Prof. dr med. Steinar Hunskaar (Bergen, Norwegia),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kiejna (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Jerzy Kołodziej (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Tadeusz Kozielec (Szczecin),
Prof. dr hab. med. Waldemar Kozuschek (Bochum, Niemcy),
Prof. dr hab. med. Piotr Kuna (Łódź),
Dr n. med. Krzysztof Kuszewski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kübler (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Lange (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Maciej Latański (Lublin),
Prof. dr hab. med. Jerzy Leppert (Uppsala, Szwecja),
Dr hab. med. Witold Lukas (Katowice),
Prof. dr hab. med. Jerzy Łopatyński (Lublin),
Prof. dr hab. med. Andrzej Mackiewicz (Poznań),
Prof. dr hab. med. Zuzanna Morawska (Wrocław),
Prof. dr hab. med. John Noble (Boston, USA),
Prof. dr hab. med. Leszek Paradowski (Wrocław),
Sir Prof. Denis Pereira-Gray (Londyn, Wielka Brytania),
Prof. dr hab. med. Andrzej Radzikowski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski (Poznań),
Prof. dr hab. med. Zbigniew Rudkowski (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski (Gdańsk),
Dr hab. med. Janusz Siebert (Gdańsk),
PhD Jaime Correia de Sousa (Matosinhos, Portugalia)
Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Andrzej Szczekliki (Kraków),
Prof. dr hab. med. Zenon Szewczyk (Wrocław),
Dr n. med. Andrzej Szpakow (Grodno, Białoruś),
Prof. dr hab. med. Piotr Szyber (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Barbara Świątek (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Kazimierz Wardyn (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Mieczysław Woźniak (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Irena Zimmermann-Górska (Poznań)

Komitet Redakcyjny

Redaktor Naczelny: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko
Zastępcy Redaktora Naczelnego: dr n. med. Andrzej Staniszewski,
dr n. med. Iwona Pirogowicz
Sekretarz Redakcji: dr n. med. Donata Kurpas
Członkowie Redakcji: lek. Jarosław Drobnik, lek. Bartosz J. Sapilak,
lek. Agnieszka Mastalerz-Migas, dr n. med. Katarzyna Życińska

Adres Redakcji

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna we Wrocławiu,
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel. (71) 325-51-26, tel./fax (71) 325-43-41
e-mail: pmr@pmr.am.wroc.pl www.pmr.am.wroc.pl

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo

Biuro i prenumerata: ul. Lelewela 4, pok. 325, 53-505 Wrocław
tel./fax (71) 34-390-18 w. 223, tel. (71) 791-20-30, 0 601 77-47-33

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

Redaktor Wydawnictwa: Jan Kuźma

Projekt graficzny: Maciej Szłapka

Przygotowanie do druku: Pracownia Składu Komputerowego TYPO-GRAF

Druk: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Spis treści

- 12 Wprowadzenie – Andrzej Steciwko
- 13 Słowo wstępne – Bernard Panaszek

WYKŁADY INAUGURACYJNE

- 15 Wiesław Prusek, Ewa Kuriata, Jan Juzwiszyn • Ćwierćwiecze Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, lata 1978–2004
- 19 Bernard Panaszek • Alergia jako narastający problem zdrowotny wśród innych globalnych zagrożeń zdrowia społeczeństwa

SESJA I • PREWENCJA PIERWOTNA I WTÓRNA CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH – ROLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ

- 25 Katarzyna Kulczuga, Adela Bartczuk, Andrzej Błaszczuk, Barbara Jabłońska, Joanna Kaliszak, Henryka Górka, Krystyna Łoboz-Grudzień • Zmiana stylu życia po zawale mięśnia serca – rola warsztatów edukacyjnych dla pacjentów i ich rodzin
- 32 Irena Choroszy-Król, Dorota Teryks-Wołyńiec, Magdalena Frej-Mądrzak, Dorota Zyśko • *Chlamydia pneumoniae* a choroba niedokrwienna serca i jej powikłania

SESJA II • ROLA MEDYCZYNY RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA

- 39 Jarosław Drobnik, Krzysztof Nyczaj, Izabela Czaprowska, Andrzej Steciwko • Węzłowe problemy rejestru zakładów opieki zdrowotnej
- 44 Donata Kurpas, Andrzej Steciwko • Przyczyny zgłaszania się pacjentów do lekarza pierwszego kontaktu na Dolnym Śląsku
- 48 Donata Kurpas, Andrzej Steciwko • Choroby przewlekłe wśród pacjentów lekarza pierwszego kontaktu na Dolnym Śląsku
- 52 Mariola Seń, Andrzej Steciwko, Joanna Żurawska • Poziom świadomości zdrowotnej mieszkańców Dolnego Śląska – znajomość i samoocena podstawowych wskaźników zdrowia
- 57 Mariola Seń, Andrzej Steciwko, Joanna Żurawska • Profilaktyka w pracy zespołu podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Dolnego Śląska na podstawie badań ankietowych
- 64 Bartosz J. Sopilak, Andrzej Steciwko, Monika Melon • Analiza warunków funkcjonowania praktyk lekarzy rodzinnych na terenie Dolnego Śląska w latach 2002–2003
- 70 Mariola Seń, Andrzej Steciwko, Anna Felińczak, Krystyna Misiak • Zagrożenia zdrowotne związane ze stylem życia w populacji mieszkańców Dolnego Śląska
- 77 Mariola Seń, Andrzej Steciwko, Donata Kurpas • Poziom dostępności usług medycznych w opinii pacjentów
- 83 Donata Kurpas, Andrzej Steciwko • Rola i kompetencje pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w praktyce lekarza rodzinnego
- 88 Jarosław Drobnik, Mirosława Ryba-Romanowska, Katarzyna Kemon, Andrzej Steciwko • Rola pielęgniarki i położnej – zakres zadań i kompetencje
- 94 Jarosław Drobnik, Krzysztof Nyczaj, Andrzej Steciwko, Izabela Czaprowska, Iwona Pirogowicz • Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem terenu Dolnego Śląska
- 99 Krzysztof Nyczaj, Jarosław Drobnik, Izabela Czaprowska, Andrzej Steciwko • Przekształcenia w opiece zdrowotnej – rola samorządu terytorialnego
- 111 Edyta Sutkowska, Krzysztof Sutkowski, Rajmund Adamiec • Rola lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w leczeniu ostrych urazów

SESJA III • PROBLEMY LECZENIA CHORÓB O ZNACZENIU SPOŁECZNYM Z UWZGLĘDNIENIEM ALERGOLOGII I REUMATOLOGII KLINICZNEJ

- 115** Jerzy Ichnowski, Bernard Panaszek, Adam Smereka, Karolina Pesz, Konrad Panaszek • Analiza parametrów spirometrycznych u zdrowych palących i zdrowych niepalących w odniesieniu do urodzeniowej masy ciała
- 118** Zdzisława Knihinicka-Mercik, Andrzej Gładysz • Występowanie zakażeń poporodowych u matek w zależności od wybranych czynników ryzyka
- 127** Dorota Gutkowska, Grażyna Iwanowicz-Palus, Monika Binkowska-Bury • Analiza epidemiologiczna zakażeń HBV wśród ludności zamieszkującej na terenie działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie w latach 1999–2002

SESJA IV • PREWENCJA CUKRZYCY I JEJ POWIKŁAŃ

- 133** Dorota Maciąg, Małgorzata Knap • Edukacja pacjenta z cukrzycą
- 139** Anna Abramczyk, Zbigniew Hruby • Sytuacja społeczno-ekonomiczna osób z cukrzycą w świetle badań ogólnopolskich
- 145** Michał Sroka, Zbigniew Hruby • Wpływ otyłości na progresję nefropatii u chorych na cukrzycę typu 2
- 150** Anna Abramczyk, Zbigniew Hruby, Wiesław Prusek • Stan opieki diabetologicznej a kształcenie lekarzy rodzinnych
- 155** Anna Abramczyk, Zbigniew Hruby • Samokontrola pacjentów z cukrzycą i jej uwarunkowania
- 163** Anna Noczyńska, Marcin Kałużny, Renata Wąsikowa • Analiza sytuacji rodzinnej, wyrównania metabolicznego oraz stylu życia dzieci z cukrzycą typu 1 mieszkających w województwie dolnośląskim
- 168** Zdzisława Knihinicka-Mercik, Iwonna Kazimierczak, Dorota Suchańska, Krzysztof Kazimierczak • Jakość życia ciężarnych z cukrzycą insulinozależną
- 174** Wioletta Rykis, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Przygotowanie chorego z cukrzycą do samoopieki według modelu Dorothy Orem w opinii pacjentów
- 177** Krystyna Zdrojowy, Edyta Sutkowska, Rajmund Adamiec • Chorobowość z powodu cukrzycy w populacji Wrocławia

SESJA V • AKTUALNE PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ

- 183** Sławomir Woźniak, Anna Orońska • Znajomość zasad leczenia bólu nowotworowego wśród studentów VI roku medycyny – doniesienie wstępne
- 187** Dominik Krzyżanowski, Izabella Uchmanowicz, Alicja Chybicka, Eleonora Mess, Anna Król • Psychologiczny aspekt jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej
- 195** Joanna Rosińczuk-Tondersy, Robert Ślusarz, Janusz Mierzwa, Wojciech Beuth, Maciej Śniegocki, Heliodor A. Kasprzak, Lech Grzelak, Bartosz Woźniak • Wiedza z zakresu problematyki odleżyn – studium porównawcze
- 200** Feliks Błaszczyk, Wojciech Bazanowski, Anna Orońska, M. Wolarczyk, Sławomir Woźniak • Opieka paliatywna w ocenie pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową
- 204** Dominik Krzyżanowski, Izabella Uchmanowicz, Alicja Chybicka, Eleonora Mess, Anna Król • Ocena nasilenia problemów i potrzeb oraz bólu i stresu bólowego u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

- 210** Włodzimierz Gołębiowski, Krzysztof Szmyd, Dorota Wójcik, Grzegorz Dobaczewski, Zbigniew Kilen, Wojciech Pietras, Bożena Wróblewska-Palka, Alicja Chybicka • Analiza symptomatologii w okresie terminalnym choroby nowotworowej u dzieci i młodocianych objętych opieką Zespołu Wyjazdowej Opieki Paliatywnej dla Dzieci ASK – Wrocławskiego Hospicjum dla Dzieci

SESJA 1 • WYBRANE ASPEKTY OPIEKI DIABETOLOGICZNEJ

- 213** Bożena Sapien-Raczkowska, Danuta Wrona • Urazy mechaniczne i termiczne w patogenezie stopy cukrzycowej
- 216** Andrzej Wilczyński, Michał Porwolik, Joanna Krzemieniewska, Marian Gryboś • Zasady przygotowania chorej na cukrzycę do ciąży – rola lekarza rodzinnego
- 221** Dorota Suchańska, Iwonna Anna Kazimierczak, Zdzisława Knihinicka-Mercik, Lilianna Baran, Krzysztof Kazimierczak, Marian Gryboś • Cukrzyca u matki zagrożeniem dla płodu i noworodka
- 225** Bożena Sapien-Raczkowska, Małgorzata Gacka, Rajmund Adamiec • Gospodarka lipidowa i wybrane czynniki procesu zapalnego u chorych na cukrzycę wikłaną przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych
- 229** Jacek Piechocki, Igor Chęciński, Krzysztof Maksymowicz • Hiperbaria tlenowa (HBO) w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej – alternatywa amputacji

SESJA 2 • MODELE KSZTAŁCENIA

- 233** Halina Wojnowska-Dawiskiba, Joanna Rosińczuk-Tonderys • Wymiar europejski edukacji
- 241** Halina Wojnowska-Dawiskiba, Izabella Uchmanowicz • Europejska Strategia Światowej Organizacji Zdrowia Kształcenia Pielęgniarek i Położnych
- 245** Halina Wojnowska-Dawiskiba, Joanna Rosińczuk-Tonderys • Nauczanie i uczenie się w praktyce klinicznej szkoły wyższej
- 250** Halina Wojnowska-Dawiskiba, Izabella Uchmanowicz • Ocena jakości kształcenia licencjata pielęgniarstwa w szkole wyższej
- 257** Robert Ślusarz, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych – wprowadzenie w zagadnienia ciągłego doskonalenia zawodowego
- 261** Robert Ślusarz, Joanna Rosińczuk-Tonderys, Halina Wojnowska-Dawiskiba, Barbara Książkiewicz, Wojciech Beuth, Janusz Mierzwa, Heliodor A. Kasprzak, Maciej Śniegocki • Optymalny model doskonalenia zawodowego w zakresie pielęgniarstwa specjalistycznego – studium z zakresu pielęgniarstwa w neurologii i neurochirurgii

SESJA 3 • ZARZĄDZANIE W OCHRONIE ZDROWIA

- 267** Joanna Rosińczuk-Tonderys, Władysław Berny, Janusz Mierzwa, Izabella Uchmanowicz • Kluczowe czynniki sukcesu zarządzania w służbie zdrowia
- 271** Władysław Berny, Joanna Rosińczuk-Tonderys, Lesław W. Zub • Strategie i metody zarządzania w zmieniających się warunkach służby zdrowia
- 276** Iwona Klisowska • Proces adaptacji pacjentów do środowiska szpitala
- 280** Teresa Hyczko • Polityka promocji zdrowia i jej znaczenie w zarządzaniu jakością ukierunkowaną na poprawę wyników zdrowotnych

SESJA 4 • WYZWANIA KULTUROWE, EDUKACYJNE, FILOZOFICZNE, ETYCZNE DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

- 285** Grażyna Szymańska-Pomorska • Zdrowie jako wartość godna specjalnych zabiegów w opinii studiujących pielęgniarek

- 290** Grażyna Mach, Eleonora Mess • Historia jednego życia
- 296** Tomasz Lisiecki, Maria Połocka-Molińska, Kornelia Kędziora-Kornatowska • Postawy społeczeństwa wobec przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych
- 303** Bernadetta Drozdowska, Ewa Kuriata, Anna Felińczak, Katarzyna Ogórek, Wojciech Chudziński • Medycyna niekonwencjonalna w opiniach przedstawicieli zawodów medycznych oraz studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu

SESJA 5 • OPIEKA ONKOLOGICZNA

- 309** Alicja Chybicka • Postęp w diagnostyce i leczeniu nowotworów u dzieci
- 316** Katarzyna Wilk, Magdalena Marciniak, Aneta Zreda, Aneta Osowicka, Robert Ślusarz, Wojciech Beuth, Heliodor A. Kasprzak, Maciej Śniegocki • Aspekt pielęgnacyjno-opiekuńczy wobec chorych z nowotworami mózgu
- 320** Maria Połocka-Molińska • Problemy pielęgnacyjno-społeczne u chorych z wylonioną stomią

SESJA 6 • PEDIATRIA I PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE

- 325** Grzegorz Konieczny, Zdzisława Wrzosek • Profilaktyka wad postawy powstających w wyniku przeciążeń literalnych
- 333** Jarosław Gruszka, Leszek Szenborn, Irma Kacprzak-Bergman • Aktywność ruchowa i uprawianie sportu u dzieci z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby (PWZW)
- 337** Anna Felińczak, Grażyna Siarkiewicz, Maciej Juzwiszyn, Dominik Krzyżanowski • Analiza porównawcza oceny zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku od 16 do 18 lat na podstawie badań własnych oraz przeglądu literatury
- 341** Anna Król, Wiesław Prusek • Jakość życia dzieci chorych na astmę oskrzelową

SESJA 7 • PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII

- 345** Iwonna Anna Kazimierczak, Tadeusz Heimrath, Zdzisława Knihinicka-Mercik, Krzysztof Kazimierczak • Położnictwo i ginekologia w 25-leciu działalności Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej we Wrocławiu
- 348** Iwonna Anna Kazimierczak, Zdzisława Knihinicka-Mercik, Krzysztof Kazimierczak, Tadeusz Heimrath • Tematyka prac magisterskich z zakresu ginekologii i położnictwa absolwentek Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2000–2003
- 353** Jolanta Pietras, Anna Stodolak, Marian Gryboś • Preferencje i oczekiwania kobiet w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej
- 357** Anna Stodolak, Jolanta Pietras • Niefarmakologiczne metody analgezji okołoporodowej
- 363** Jolanta Pietras, Marta Matusiak, Marian Gryboś • Analiza porównawcza obrażeń krocza z uwzględnieniem przygotowania do porodu w szkole rodzenia
- 366** Iwonna Anna Kazimierczak, Zdzisława Knihinicka-Mercik, Dorota Suchańska, Krzysztof Kazimierczak, Marian Gryboś, Edyta Harych • Wpływ palenia tytoniu i spożywania alkoholu przez ciężarną na rozwój płodu
- 372** Zdzisława Knihinicka-Mercik, Anna Rozensztrauch, Iwonna Anna Kazimierczak • Stan wiedzy pacjentek oddziału ginekologii onkologicznej i stowarzyszenia kobiet po mastektomii na temat raka piersi
- 377** A. Józwiak, K. Krajewska-Kułak, B. Jankowiak, H. Rolka, M. Kulikowski, A. Szyszko-Perkowska • Wiedza kobiet na temat zachowań prozdrowotnych w ciąży
- 382** Jolanta Pietras, Bernice Akinpelumi, Marian Gryboś • Motywy wyboru porodu domowego przez współczesne kobiety

- 386 Jolanta Pietras, Bernice Akinpelumi, Marian Gryboś • Hydroterapia w położnictwie
- 390 Anna Stodolak, Jolanta Pietras • Muzykoterapia w położnictwie

SESJA 8 • PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE W PRAKTYCE LEKARZY I PIELĘGNIAREK

- 395 Aneta Zreda, Aneta Osowicka, Katarzyna Wilk, Magdalena Marciniak, Robert Ślusarz, Wojciech Beuth, Heliodor A. Kasprzak, Maciej Śniegocki • Ocena jakości życia chorych po operacyjnym usunięciu guzów mózgu – doniesienia wstępne
- 402 Robert Ślusarz, Wojciech Beuth, Heliodor A. Kasprzak, Maciej Śniegocki • Wczesne wyniki leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym
- 410 Joanna Rosińczuk-Tonderys, Janusz Mierzwa, Robert Ślusarz, Bogdan Czapiga, Artur Weiser • Wpływ choroby Parkinsona na funkcjonowanie rodziny
- 417 Bogdan Czapiga, Monika Horanin, Włodzimierz Jarmundowicz, Janusz Mierzwa, Joanna Rosińczuk-Tonderys, Artur Weiser • Subiektywna ocena wyników leczenia operacyjnego przepukliny jądra miazdżystego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa
- 422 Artur Weiser, Władysław Berny, Janusz Mierzwa, Joanna Rosińczuk-Tonderys, Rafał Załuski • Problemy diagnostyczne i rokownicze w wodogłowie normotensyjnym
- 429 Gerwazy Świderski, Franciszek Chmielak, Krystyna Świderska, Stefan Okurowski, Dariusz Tuchowski, Sebastian Pietruszka • Aktualne dokonania wrocławskiej spondyliatrii (patologia, diagnostyka, profilaktyka i leczenie chorób i urazów kręgosłupa)
- 436 Władysław Berny, Artur Weiser, Janusz Mierzwa, Lesław W. Zub, Joanna Rosińczuk-Tonderys, Waldemar Szarek • Zastosowanie przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej (TCD) w neurologii i neurochirurgii
- 443 Aneta Osowicka, Aneta Zreda, Magdalena Marciniak, Katarzyna Wilk, Robert Ślusarz, Wojciech Beuth, Maciej Śniegocki, Heliodor A. Kasprzak • Problematyka bólu poopercyjnego
- 448 Zdzisława Wrzosek, Grzegorz Konieczny • Możliwości rehabilitacji w zapobieganiu i leczeniu następstw urazów narządu ruchu
- 453 Bogumiła Szwed, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Zastosowanie skali Winga do oceny społecznego zachowania pacjentów w okresie hospitalizacji psychicznej

SESJA 9 • EDUKACJA ZDROWOTNA

- 463 Maria Połocka-Molińska, Katarzyna Moś • Wiedza i stosowanie środków antykoncepcyjnych wśród młodzieży szkół średnich
- 474 Sławomira Płókarz, Adela Bartczuk, Marta Arendarczyk, Magdalena Milan • Wiedza o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia w populacji wiejskiej w świetle badań ankietowych
- 481 Małgorzata Knap, Dorota Maciąg • Choroby układu krążenia – groźna epidemia, przed którą można się ustrzec
- 488 Rafał Kasperczyk, Eleonora Mess, Grażyna Mach • Ocena stanu wiedzy pielęgniarki o przyczynach i objawach anafilaksji oraz postępowania w sytuacjach zagrożenia anafilaksją
- 494 Anna Tyszkiewicz, Barbara Wojewoda, Magdalena Milan • Funkcja edukacyjna pielęgniarki w opiece nad chorym ze złamaniem szyjki kości udowej
- 498 Kazimiera Zdziebło • Edukacyjne wyzwania kształcenia pielęgniarek w obliczu aktualnych problemów ochrony zdrowia

- 505** Hanna Rolka, Anna Laskowska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Cecylia Łukaszuk, Katarzyna Krajewska, Barbara Jankowiak, Agnieszka Szyszko-Perłowska • Poziom wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych
- 510** Barbara Ślusarska, Mariusz Wysokiński, Agnieszka Sadurska, Danuta Zarzycka, Iwona Adamska-Kuźmicka, Marta Czekirda • Edukacja zdrowotna w profilaktyce nowotworowej

SESJA 10 • WSPÓŁCZESNE PROBLEMY ZDROWIA PUBLICZNEGO

- 515** Igor Chęciński, Jacek Piechocki, Radosław Jadach • Ratownictwo medyczne w Polsce u progu XXI wieku
- 519** Marek Pużyński, Michał Porwolik, Krystian Porwolik, Wiesław Kurlej • Współczesne kierunki badań w stomatologii u dzieci w okresie ich dynamicznego wzrostu
- 525** Ernest Kuchar, Leszek Szenborn, Leszek Ilnicki, Bernhard Wachtarz, Ulrike Walter, Siegwart Biegl • Środowiskowe narażenie na ołów dzieci szkolnych zamieszkałych w rejonie o dużym natężeniu ruchu samochodowego
- 530** Anna Filipczuk, Irena Wrońska • Aktywność fizyczna i zachowania żywieniowe pacjentów jako elementy stylu życia
- 536** Anna Filipczuk, Irena Wrońska • Zachowania żywieniowe i formy aktywności fizycznej wśród pielęgniarek jako elementy stylu życia
- 542** Alicja Ptaszyńska, Ewa Kuriata • Ocena zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej jako wyznacznik działań w zakresie zdrowia publicznego
- 548** Mariola Głowacka • Programy przesiewowe w monitoringu i profilaktyce patologicznych stanów zdrowotnych
- 553** Andrzej M. Fal • Podstawowe problemy zdrowotne na świecie – trendy zmian

SESJA 11 • OPIEKA GERIATRYCZNA

- 557** Katarzyna Wieczorowska-Tobis • Specyfika medycyny geriatrycznej
- 561** Agnieszka Rajaska-Neumann, Katarzyna Wieczorowska-Tobis • Zjawisko wielolekowości u starszych pacjentów
- 566** Urszula Kwapisz • Analiza wybranych aspektów edukacji zdrowotnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym
- 570** Marta Misiuk-Hojło, Anna Białek-Szymańska, Małgorzata Mulak, Joanna Jurowska-Liput, Barbara Reniewska • Starcze zwyrodnienie płamki jako wiodąca przyczyna inwalidztwa wzrokowego w podeszłym wieku
- 576** Halina Zielińska-Więczkowska, Kornelia Kędziora-Kornatowska • Nadciśnienie tętnicze a styl życia chorych w podeszłym wieku
- 581** Mariola Głowacka • Obszary interwencji pielęgniarskiej w opiece nad człowiekiem starym i przewlekle chorym
- 591** Sylwia Krzemińska, Marta Arendarczyk, Alicja Kowalisko, Krystyna Łoboz-Grudzień • Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia serca w wieku podeszłym
- 598** Anna Drapała, Marta Arendarczyk, Tomasz Hirnle, Adela Bartczuk, Krystyna Łoboz-Grudzień • Jakość życia po pomostowaniu aortalno-wieńcowym u chorych po 65 roku życia

STRESZCZENIA

- 605** Barbara Basiewicz-Worsztynowicz, Wiesława Karnas-Kalemba, Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska, Bożena Polańska, Adam Jankowski • Diagnostyka radiologiczna zmian płucnych u dzieci z zespołem COVID – opis trzech przypadków
- 606** Dorota Bednarska-Chabowska, Michał Wdowczyk, Rajmund Adamiec • Udział kwasu moczowego w progresji makroangiopatii cukrzycowej
- 607** Jerzy Błaszczuk, Paweł Lesiak, Paweł Szymański, Mirosław Nienartowicz • Rola lekarza w procesie opieki nad pacjentem chorym terminalnie
- 607** Jerzy Błaszczuk, Paweł Lesiak, Paweł Szymański, Piotr Pelczar, Jacek Zwierzchowski • Wchodzimy do Europy – problem eutanazji
- 608** Jerzy Błaszczuk, Paweł Szymański, Paweł Lesiak, Mirosław Nienartowicz • Polipy jelita grubego – epidemiologia
- 609** E. Bogacka, Z. Machaj, J. Derejczyk • Problemy diagnostyczno-terapeutyczne w obturacyjnych chorobach płuc w starszym wieku
- 609** Małgorzata Czaplińska, Danuta Wierzbicka-Rojewska • Wszczepialne „porty” donacyniowe – ułatwienie dla chorych, personelu czy dla wszystkich?
- 610** Edyta Florczak, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie wczesnego wykrycia nowotworów sutka
- 612** Bernard Gibbon • Improving Public Health by the development of National Clinical Guidelines: the case of stroke (CVA)
- 612** Warren Gillibrand • The development of a national screening programme for diabetic retinopathy in England
- 613** Elżbieta Grajczyk • Poznanie oczekiwań pacjentów elementem kształtującym postawy pielęgniarek i położnych
- 614** Jarosław Gruszka, Leszek Szenborn, Aleksandra Prandota-Schoepp, Ernest Kuchar, Jolanta Jasonek, Irma Kacprzak-Bergman • Zaniechanie badań w kierunku kiły u kobiet ciężarnych – realną groźbą wzrostu zachorowań na kiłę wrodzoną
- 615** Marzena A. Humańska, Krzysztof Opozda, Marcin Ziółkowski • Poczucie lęku u pacjentów uzależnionych od alkoholu na początku i po miesiącu leczenia w oddziale odwykowym
- 615** Ewa Humeniuk, Antoni Niedzielski • Główne zmiany osobowości i trudności w funkcjonowaniu psychicznym osób chorych na astmę oskrzelową
- 616** Ewa Humeniuk, Antoni Niedzielski • Wybrane psychospołeczne problemy osób chorych na astmę oskrzelową
- 617** Anna Janczar, Aleksandra Lisowska, Agnieszka Strama, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Znaczenie kształtowania postaw wśród studentów na kierunku pielęgniarstwo
- 618** Jerzy Jarosz • Standardy leczenia bólów nowotworowych Polskiej Unii Onkologii
- 619** Edward S. Kempa • Woda w XXI wieku
- 619** Bogumiła Kiełbratowska, Marzena Zydorek • Źródła wiedzy o antykoncepcji wśród młodziży w wieku 15–25 lat
- 620** Renata Kłak, Beata Milczanowska, Waclaw Weyde, Józef Penar, Marian Klinger, Katarzyna Madziarska • Problemy pacjentów z nefropatią cukrzycową objętych programem przewlekłych dializ
- 620** Jolanta Kolasińska, Halina Targosz • Analiza porównawcza kształcenia licencjackiego pielęgniarek w Akademii Medycznej we Wrocławiu i kształcenia według 3-letniego programu w Medycznym Studium Zawodowym

- 625 K. Kowalczyk, B. Jankowiak, E. Krajewska-Kułak, H. Rolka, K. Krajewska, J. Lewko • Ocena przydatności stosowania standardów w pracy pielęgniarki
- 626 Krzysztof Krajewski-Siuda • Polityka zdrowotna – autorski program nauczania przedmiotu
- 626 Krzysztof Krajewski-Siuda, Piotr Romaniuk • Profil nauczania na kierunku Zdrowie publiczne (specjalność Zdrowie publiczne) – studia licencjackie w Śląskiej Akademii Medycznej
- 627 M. Krystoń-Serafin, B. Jankowiak, E. Krajewska-Kułak, H. Rolka, K. Krajewska, M. Sierakowska • Wiedza o zdrowiu i chorobie jako efekt pracy pielęgniarki diabetologicznej
- 628 Jerzy L. Kurkowski, Elżbieta Nieroba • Badanie satysfakcji personelu w SP Centralnym Szpitalu Klinicznym ŚAM w Katowicach
- 629 Jerzy L. Kurkowski, Elżbieta Nieroba • Badanie satysfakcji pacjentów w SP Centralnym Szpitalu Klinicznym ŚAM w Katowicach
- 631 Tomasz Kutycycki • Przepraszam! Jak tu uczą pierwszej pomocy?
- 632 Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska • Pospolity zmienny niedobór odporności (CVID) – pierwotny niedobór odporności? Choroba dzieci i dorosłych
- 632 Jerzy Lipowczyk, Renata Chodak • Funkcje działań edukacyjnych w radzeniu sobie z chorobą jako krytycznym wydarzeniem życiowym
- 633 Krzysztof Opozda, Edwin Anielak, Marcin Ziółkowski • Charakterystyka socjodemograficzna chorych wraz z przyczynami podjęcia leczenia w poradni opieki paliatywnej na przykładzie chorych leczonych w poradni opieki paliatywnej
- 634 Krzysztof Opozda, Edwin Anielak, Marcin Ziółkowski • Charakterystyka socjodemograficzna chorych wraz z przyczynami podjęcia leczenia na stacjonarnym oddziale opieki paliatywnej w Domu Sue Ryder w Bydgoszczy
- 634 Joanna Owoc-Lempach, Monika Mordak, Leszek Szenborn, Jolanta Klinowska, Irma Kacprzak-Bergman • Przypadkowe zakłucia igłą w środowisku dziecięcym
- 635 Dorota Patyńska, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia zawodowego pielęgniarek
- 637 Ireneusz Pawlak, Adam Rzechonek, Jerzy Kołodziej • Rola działalności szkoleniowej Wrocławskiego Ośrodka Torakochirurgicznego w zwiększaniu współczynnika operacyjności raka płuca na Dolnym Śląsku
- 638 Bożena Polańska • Zespół fibromialgii i zespół przewlekłego zmęczenia – podobieństwa, różnice oraz znaczenie społeczne
- 638 Józef Prandota • Przypuszczalne patomechanizmy nagłej śmierci niemowląt. Kluczowa rola przewlekłego niedotlenienia, zaburzeń równowagi cytokin oraz urazu metabolicznego u dzieci predysponowanych genetycznie
- 639 Józef Prandota • Ważna rola zaburzeń równowagi cytokin typu 1 oraz typu 2 w ujawnieniu chorób układu moczowego po szczepieniu DTP u niemowląt i małych dzieci. Przypuszczalne patomechanizmy powikłań poszczepiennych
- 640 Teresa Rajczakowska, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Świadomość zdrowotna w zakresie profilaktyki wczesnego wykrywania raka piersi
- 643 Małgorzata Rusiecka, Lesław Rusiecki • Uterine cervix cancer – educational problems and challenges at the beginning of 21st century
- 643 Małgorzata Rusiecka, Lesław Rusiecki • The role of body surface potential mapping in diagnostics and prophylaxis of heart diseases
- 644 Adam Rzechonek, Ireneusz Pawlak, Jerzy Kołodziej, Teresa Hyczko • Niektóre problemy epidemiologii, profilaktyki i leczenia POChP i raka płuca na Dolnym Śląsku

- 645** Ludwika Sadowska, Monika Mysłək, Agata Gruna-Ożarowska • Aktualne problemy wczesnej diagnostyki i profilaktyki uszkodzeń mózgu u dzieci ryzyka nieprawidłowego rozwoju
- 646** Ewa Skiba, Wiesław Prusek, Eleonora Mess • Jakość życia dzieci otrzymujących poli-chemioterapię i poddanych allogenicznemu przeszczepowi szpiku. I. Zmiany somatyczne a jakość życia leczonych dzieci
- 647** Ewa Skiba, Wiesław Prusek, Eleonora Mess • Jakość życia dzieci otrzymujących poli-chemioterapię i poddanych allogenicznemu przeszczepowi szpiku. II. Zaburzenia psychiczne i upośledzenie ruchowe a jakość życia
- 647** Jerzy Twardak, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Kształtowanie się zjawiska picia alkoholu i palenia papierosów w latach 1997 i 2004 w wybranej wrocławskiej szkole podstawowej i gimnazjum
- 648** Dorota Wawrzyńczak, Halina Wojnowska-Dawiskiba • Model pielęgnacji według teorii deficytu samoopieki Dorothei Orem w chorobach jelita grubego
- 650** Lucyna Wilczewska, Irena Laddach • Cukrzyca jako problem pielęgnacyjny
- 651** Mieczysława Wyderka • Poziom wiedzy wybranych grup kobiet łódzkich na temat okresu przekwitania
- 653** Agnieszka Zaworska • Problemy pielęgnacyjne chorych z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych na podstawie badań w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Kielcach
- 654** Halina Zwierzyńska, Aleksandra Gaworska • Postawa młodzieży maturalnej LO nr X w Gdańsku wobec leczenia i ratowania życia za pomocą przeszczepianych narządów



Wprowadzenie

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

Oddajemy do rąk Czytelników zeszyt 1/2004 kwartalnika „Polska Medycyna Rodzinna”, zawierający najciekawsze prace naukowe zakwalifikowane przez Komitet Naukowy obchodów 25-lecia Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Redaktorem zeszytu jest prof. dr hab. Bernard Panaszek, który jako przewodniczący Komitetu Naukowego Konferencji podjął decyzję o wydaniu kwartalnika w formie płyty CD (ze względu na bardzo dużą objętość materiału). Na płycie znajdą Państwo pełne teksty prac oraz streszczenia. Wierzę, że taka forma wydawnicza spełni Państwa oczekiwania.

Życzę miłej lektury

Redaktor Naczelny
Prof. dr hab. Andrzej Steciwko



Słowo wstępne

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

W imieniu Komitetu Naukowego i Organizacyjnego serdecznie witam Państwa na Międzynarodowej Konferencji Jubileuszowej z okazji 25-lecia Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Konferencję Jubileuszową można bez wahania nazwać wyjątkową z wielu powodów. Wśród nich jest jeden najważniejszy, wynikający z konieczności poszukiwania nowych rozwiązań w funkcjonowaniu służby zdrowia, do których nawiązuje główne hasło konferencji „Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”.

Wydział Zdrowia Publicznego naszej uczelni oraz pokrewne wydziały w innych uczelniach medycznych w Polsce powinny szkolić kadry w pełni przygotowane do rozwiązań logistycznych i merytorycznych problemów działalności służby zdrowia. Dynamiczny rozwój Wydziału Zdrowia Publicznego świadczy o wielkiej potrzebie kształcenia absolwentów gotowych do podjęcia trudu zarządzania i kierowania wszystkimi instytucjami Służby Zdrowia. W ciągu ćwierćwiecza nasz Wydział, który w pierwszym naborze na kierunek pielęgniarstwo przyjął 70 studentów, obecnie kształci ich 1300 na pięciu kierunkach studiów: pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, rehabilitacja i zdrowie publiczne we Wrocławiu, Świdnicy oraz Zielonej Górze.

Liczny udział wybitnych specjalistów, profesjonalistów w dziedzinie zdrowia publicznego, absolwentów Wydziału, pielęgniarek, lekarzy oraz organizatorów ochrony zdrowia może być źródłem głębokiej satysfakcji oraz przekonania, że sformułowane w programie Konferencji ambitne zadania zostaną w pełni zrealizowane. Cieszy również niespotykane, dorównujące dużym konferencjom ogólnopolskim zainteresowanie Koleżanek i Kolegów sesjami naukowymi, poświęconymi współczesnym problemom zdrowia publicznego, zarządzaniu, kształceniu i edukacji oraz opiece w chorobach o znaczeniu społecznym, które nazywa się również epidemiami XXI wieku. Wybitni specjaliści z różnych dyscyplin medycznych z całej Polski i zagranicy wyłóżą będą problemy kliniczne alergologii, diabetologii, geriatricy i gerontologii, kardiologii, onkologii, opieki paliatywnej i reumatologii. Treści merytoryczne ponad 160 artykułów i prac oryginalnych, zamieszczonych w tym numerze „Polskiej Medycyny Rodzinnej” trafią do szerokiej rzeszy lekarzy pierwszego kontaktu, medycyny rodzinnej, a także do lekarzy innych specjalności.

Jestem głęboko przekonany, że poruszone w czasie konferencji tematy i zagadnienia będą przydatne w codziennej praktyce lekarskiej w oddziałach szpitalnych, przychodniach, gabinetach specjalistycznych i praktykach lekarzy rodzinnych. Życzę wszystkim uczestnikom Konferencji Jubileuszowej owocnych obrad oraz miłego spędzenia wolnego czasu w gościnnych progach naszej Uczelni i uroczym mieście Wrocławiu.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Prodziekan Wydziału Zdrowia Publicznego
dr hab. Bernard Panaszek, prof. nadzw. AM

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYKŁADY INAUGURACYJNE

Ćwierćwiecze Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, lata 1978–2004

WIEŚLAW PRUSEK¹, EWA KURIATA², JAN JUZWISZYN³

¹ Dziekan Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Prodziekan Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

³ Asystent w Zakładzie Organizacji i Zarządzania na Wydziale Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wyższe studia pielęgniarskie zostały wykreowane przez pielęgniarki i przeznaczone dla pielęgniarek. Ta inicjatywa niewątpliwie wyprzedzała obecną transformację szkolnictwa medycznego. Pierwszy Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w 1957 roku zgłosił postulat o utworzeniu wyższych studiów pielęgniarskich, który został usankcjonowany Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 października 1969 r. i w tym roku wyższe studia pielęgniarskie zostały utworzone w uczelni lubelskiej. Ta uczelnia jest pionierem w tym zakresie i do dziś wzorem dla innych ośrodków akademickich. Kolejne wydziały pielęgniarskie powstawały w Poznaniu, Krakowie, Katowicach i we Wrocławiu. W naszej Uczelni zajęcia dla studentów pielęgniarskich rozpoczęły się w październiku 1978 r. Pełnomocnikiem Rektora, a następnie Dziekanem został ówczesny młody docent Józef Małolepszy. Były to czteroletnie studia stacjonarne magisterskie dla pielęgniarek i położnych, uruchomiono też trzyletnie studia magisterskie, zaoczne dla pielęgniarek i położnych będących absolwentkami Studium Nauczycielskiego dla pielęgniarek i położnych.

Jego Magnificencja Rektor naszej Uczelni powiedział kiedyś na posiedzeniu Senatu, że Wydział Zdrowia Publicznego ma swoją egzotykę. Ta egzotyka towarzyszy nam od powstania po dzień dzisiejszy. Utworzenie Wydziału nie wiązało się z żadnymi wydatkami i przez cały czas jego funkcjonowania uczelnia ponosiła jedynie koszty dydaktyki. Do niedawna nie podejmowano w związku z funkcjonowaniem Wydziału żadnych działań inwestycyjnych. Wydział Pielęgniarski przejął pomieszczenia i zdezelowany

sprzęt po Studium Nauczycielskim przy ul. Worcella. Pierwszą kadrę stanowili nauczyciele tego Studium: mgr Stefan Dobrowolski, mgr Raisa Chocha-Aluchna, mgr Helena Owczarz. Ówczesne władze Uczelni wywianowały nowopowstały Wydział dwunastoma etatami docentów. Zostali nimi doktorzy habilitowani: Witold Juzwa, Jan Pellar, Józef Kalemba, Lech Baran, Lesław Czarniecki, Tadeusz Czereda, Alfred Gola, Tadeusz Heimrath, Wiesław Prusek, Marian Wawrzkiwicz i Mieczysław Ziółkowski. Warto przypomnieć, że w tych czasach uzyskanie stopnia dr. hab. nie przynosiło przywileju wejścia w skład Rady Wydziału Lekarskiego. Nowo powołani docenci przejęli obowiązki w Wydziale Pielęgniarskim i uzyskali pełne prawa w Wydziale Lekarskim. Kilku z nich bardzo szybko opuściło wydział pod różnymi pretekstami, a ćwierćwiecze przyniosło ubytki naturalne, przejścia na emeryturę. Obecnie z tych dwunastu – jak ich nazywano wówczas apostołów – zostało dwóch: Jan Pellar i Wiesław Prusek.

Pierwsze lata działalności Wydziału nie były łatwe. Prawdziwą gehennę przebywali promotorzy pierwszych prac doktorskich dla pielęgniarek. Ten problem ciągnie się do dzisiaj, często powracając różne wątpliwości, zapytania, na które ostatnio odpowiadał autorytatywnie profesor historii.

Przedstawiamy obecnie kolejnych Dziekanów i współpracujących z nimi Prodziekanów

Doc. dr hab. Józef Małolepszy – kadencja w latach 1978–1981

Prodziekan – doc. dr hab. Witold Juzwa,

Prodziekan – doc. dr hab. Jan Pellar,

Doc. dr hab. Józef Kalemba – kierownik Oddziału Zaocznego

Doc. dr hab. Jan Pellar – kadencja w latach 1981–1984

Prodziekan – doc. dr hab. Alfred Gola,
Prodziekan – doc. dr hab. Ludwik Noczyński

Prof. dr hab. Jan Pellar – kadencja w latach 1984–1987

Prodziekan – prof. dr hab. Alfred Gola

Doc. dr hab. Andrzej Gładysz – kadencja w latach 1987–1990

Prodziekan – doc. dr hab. Ludmiła Waszkiewicz

Dr hab. Andrzej Gładysz, prof. nadzw. AM – kadencja w latach 1990–1993

Prodziekan – dr Iwona Taranowicz

Prof. dr hab. Jacek Szechiński – kadencja w latach 1993–1996

Prodziekan – dr Iwona Taranowicz

Prof. dr hab. Zygmunt Grzebieniak – kadencja w latach 1996 – 1999

Prodziekan – dr Halina Wojnowska-Dawiskiba

Prof. dr hab. Wiesław Prusek – kadencja w latach 1999–2001

Prodziekan – mgr Ewa Kuriata

Prodziekan – dr Adela Bartczuk

Prof. dr hab. Wiesław Prusek – kadencja od 2001 roku

Prodziekan – dr hab. Bernard Panaszek prof. nadzw. AM

Prodziekan – mgr Ewa Kuriata

Wielu Dziekanów Wydziału awansowało na stanowisko Rektora. Byli to: prof. dr hab. Józef Małolepszy, prof. dr hab. Jacek Szechiński, prof. dr hab. Zygmunt Grzebieniak.

Dzisiaj w dobie tzw. minimów kadrowych, które spadły na nas, jak wiele rzeczy zniechęca, warto przypomnieć, że przez długie lata funkcjonowanie Wydziału, poza zasadniczą kadrą naukową złożoną z pomocniczych pracowników nauki, opierało się na docentach i profesorach Wydziału Lekarskiego, obecnie dwu wydziałów. Do działalności w Radzie Wydziału Pielęgniarskiego pozyskano wiele znakomitych nazwisk. W ostatniej Radzie Wydziału zasiadali m.in.: prof. dr hab. Irena Choroszy-Król, prof. dr hab. Alicja Chybicka, prof. dr hab. Zygmunt Grzebieniak, prof. dr hab. Marian Gryboś, prof. dr hab. Zbi-



Doc. dr hab. Józef Małolepszy



Doc. dr hab. Jan Pellar



Doc. dr hab. Andrzej Gładysz



Prof. dr hab. Jacek Szechiński



Prof. dr hab. Zygmunt Grzebieniak



Prof. dr hab. Wiesław Prusek

gniew Hruby, prof. dr hab. Adam Jankowski, prof. dr hab. Zbigniew Knapik, prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień, prof. dr hab. Alicja Kędzia, prof. dr hab. Danuta Kwiatkowska, prof. dr hab. Jan Pel-lar, prof. dr hab. Krystyna Pawlas, prof. dr hab. Józef Prandota, prof. dr hab. Andrzej Steciwko, prof. dr hab. Jacek Szechiński, prof. dr hab. Ludmiła Waszkiewicz, prof. dr hab. Zdzisława Wrzosek. Członkami honorowymi byli emerytowani członkowie Rady Wydziału: prof. dr hab. Lesław Czarnecki, prof. dr hab. Alfred Gola, prof. dr hab. Tadeusz Heimrath, prof. dr hab. Marian Goluda, prof. dr hab. Teresa Teresiak, prof. dr hab. Zbigniew Rajchel, prof. dr hab. Zenon Szewczyk.

Ci nauczyciele akademicki pracowali w Wydziale, i nadal pracują w pełni zaangażowania. Uczestniczyli i uczestniczą w różnych komisjach, przewodach magisterskich i doktorskich, komisjach konkursowych itd.

Transformacja szkolnictwa medycznego oraz rozwój oferty edukacyjnej spowodowały, że Wydział zmienił nazwę początkowo na Wydział Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego, a następnie w roku 2001 na Wydział Zdrowia Publicznego. Utworzono cztery nowe kierunki studiów, a mianowicie: fizjoterapia, zdrowie publiczne, położnictwo oraz zdrowie publiczne z wydzieleniem w jego zakresie specjalności ratownictwo medyczne.

Od roku 2002 Wydział ze wszystkimi kierunkami studiów ma siedzibę w budynku o dużych tradycjach dydaktyki medycznej przy ul. Bartla 5 w pięknym otoczeniu.

Obecnie struktura Wydziału przedstawia się następująco:

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego – kierownik: prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień

- Zakład Specjalności Zabiegowych,
- Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej,
- Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa,
- Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego,
- Zakład Chorób Układu Nerwowego,
- Zakład Pediatrii Społecznej.

Samodzielne Zakłady poza włączonymi do Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego:

- Zakład Organizacji i Zarządzania,

- Zakład Pielęgniarstwa Społecznego,
- Zakład Nauk Podstawowych,
- Zakład Nauki Zawodu,
- Zakład Ratownictwa Medycznego,
- Zakład Fizjoterapii,
- Zakład Położnictwa

Zakłady jednoosobowe:

- Zakład Rehabilitacji,
- Zakład Gerontologii,
- Zakład Balneologii,
- Zakład Dietetyki.

Dziekanat – kierownik mgr Żaneta Szwaczka

W ciągu swego istnienia do roku 2003 Wydział wykształcił i wydał dyplomy łącznie – **1199** absolwentom następujących kierunków oraz form studiów:

1. Pielęgniarstwo:

- 4-letnie dzienne studia mgr: 750,
- 5-letnie zaoczne studia mgr: 401,
- 3-letnie dzienne studia licencjackie: 22

łącznie = 1173 absolwentów

2. Zarządzanie instytucjami opieki zdrowotnej i społecznej we współpracy z XIII Uniwersytetem w Paryżu:

- 2-letnie uzupełniające studia zaoczne mgr: 26.

W roku 2004 studia na Wydziale Zdrowia Publicznego ukończy 339 absolwentów następujących studiów:

1. Magisterskie

- pielęgniarstwo 4-letnie dzienne: 14,
- pielęgniarstwo 5-letnie zaoczne: 60,
- zarządzanie instytucjami opieki zdrowotnej i społecznej 2-letnie zaoczne: 18.

2. Licencjackie

- pielęgniarstwo: 141,
- fizjoterapia: 75,
- zdrowie publiczne ze specjalnością ratownictwo medyczne: 31.

W naszej pracy zawodowej, konsultantów wojewódzkich, egzaminatorów spotykamy naszych absolwentów na różnych eksponowanych stanowiskach pracy. Radzą sobie znakomicie. Daje nam to powód do zadowolenia.

Alergia jako narastający problem zdrowotny wśród innych globalnych zagrożeń zdrowia społeczeństwa

Allergy as the growing problem among other total threads of public health

BERNARD PANASZEK

Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. Bernard Panaszek, prof. nadzw. AM

Streszczenie Przedstawiono problemy związane ze wzrostem zachorowań na schorzenia alergiczne w odniesieniu do innych chorób o znaczeniu społecznym, takich jak: miażdżyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, cukrzyca oraz zmiany o podłożu autoimmunologicznym. Podkreślono wiele wspólnych powiązań patogenetycznych, wynikających z funkcji układu immunologicznego, komórek immunologicznie aktywnych i wydzielanych przez nie mediatorów oraz cytokin.

Słowa kluczowe: Alergia, miażdżyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, cukrzyca, choroby autoimmunologiczne, odpowiedź immunologiczna, komórki immunologiczne, mediatory, cytokiny.

Summary Problems arising from development of allergic diseases in relationship to other disorders important for public health such as atherosclerosis, ischemic heart disease, hypertension, diabetes and autoimmune disturbances were described. Many common pathological interactions connected with immune system function, immune cells, their mediators and cytokines were discussed.

Key words: Allergy, atherosclerosis, ischemic heart disease, hypertension, diabetes, autoimmune disorders, immune answer, immune cells, mediators, cytokines.

Wstęp

W ostatnim czasie obserwuje się wzrost zachorowań na choroby alergiczne. Dane epidemiologiczne wskazują na częstsze pojawianie się alergicznego zapalenia nosa, astmy oskrzelowej atopowej, atopowego zapalenia skóry i alergicznego wyprysku kontaktowego. Wydaje się, że istotną rolę w ujawnianiu się chorób alergicznych odgrywają czynniki środowiskowe, zmiany warunków życia sprzyjające charakterystycznym dla alergii zaburzeniom funkcjonowania układu immunologicznego, w którym przeważa odpowiedź immunologiczna zależna od limfocytów CD4⁺ o fenotypie Th₂. Niezwykle interesujące badania przeprowadzone w ostatnich latach nad patogenetą wielu chorób przewlekłych o znaczeniu społecznym wykazały podobieństwa między odpowiedzią immunologiczną w tych schorzeniach a chorobami alergicznymi. Okazało się, na przykład, że właściwie przypisany alergii mastocyt ze swoimi mediatorami ma istotne znaczenie w patogeniezie choroby niedokrwiennej serca, niewy-

dolności krążenia, a taki marker zapalenia jak CRP jest istotny nie tylko w chorobach autoimmunologicznych, ale także w prognozowaniu wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego czy napadowego migotania przedsionków. Odpowiedź autoimmunologiczna pojawia się również w patogeniezie cukrzycy.

Przewlekłe schorzenia najczęściej występujące w populacji, oprócz problemów społecznych, socjoekonomicznych, mają także inny wspólny problem, jakim wydaje się edukacja społeczeństwa, mająca na celu akceptację systematycznego leczenia tych chorób, zapobiegającego powikłaniom i zmniejszającego w efekcie koszty społeczne.

Epidemiologia

Wyniki badań epidemiologicznych wykazują, że w krajach wysokorozwiniętych 25–30% populacji ma dolegliwości alergiczne [1]. Alergiczne zapalenie nosa występuje u 10–15%, atopowe zapalenie skóry u około 10%, astma atopowa

u 5–10%, a alergię pokarmową u około 1–2% populacji. Częstość występowania poszczególnych chorób alergicznych zmienia się z wiekiem pacjentów. Wśród niemowląt i małych dzieci najczęściej obserwuje się alergiczne zapalenie skóry i alergię pokarmową. U młodzieży i dorosłych przeważa alergiczne zapalenie nosa i atopowa astma oskrzelowa. Na rozpowszechnienie alergii mają wpływ czynniki środowiskowe, o czym świadczy fakt, iż mieszkańcy miast zapadają na choroby alergiczne znacznie częściej niż ludność rejonów rolniczych, a mieszkańcy krajów wysoko uprzemysłowionych częściej niż krajów rozwijających się. W wieku dziecięcym wśród chorych przeważają chłopcy, w wieku dojrzałym kobiety [2]. Częstość występowania astmy atopowej, atopowego zapalenia skóry i sezonowego alergicznego zapalenia nosa w Polsce ustalono na podstawie wyników wielośrodkowego badania wykonanego pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego [3]. Wyniki tych badań przedstawiono w tabeli 1.

Odrębnym zagadnieniem jest współistnienie alergicznych chorób atopowych, do czego usposabia wspólny patomechanizm warunkujący czasami pojawianie się objawów stopniowo, w miarę rozwoju organizmu według zasady tzw. „marszu alergicznego” [2].

Nadciśnienie tętnicze oraz jego powikłania stanowią istotny problem w aspekcie przyczyny zgonów w populacji, dlatego jest dużym wyzwaniem stojącym przed współczesną medycyną. Częstość występowania nadciśnienia tętniczego pierwotnego w Polsce szacuje się na około 25% populacji, a rocznie przybywa około 400 tys. nowych pacjentów. Podobny nierozwiązany problem medyczny prezentuje choroba niedokrwienna serca, która dotyczy około 20% ludności, przy czym odpowiada za 3% zgonów w skali roku.

Cukrzyca i jej powikłania są kolejnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny, która oferuje coraz lepsze spektrum badań diagnostycznych i technik terapeutycznych. Szacuje się, że odsetek populacji z rozpoznaną cukrzycą wynosi około 5% społeczeństwa, ponieważ w Polsce na cukrzycę typu 1 i 2 choruje 2 mln osób [4].

Nadciśnienie, choroba niedokrwienna serca oraz cukrzyca to schorzenia charakteryzujące się wspólnymi zaburzeniami metabolicznymi, do których należy dyslipidemia, nietolerancja glukozy lub hiperglikemia i wzrost stężenia kwasu moczowego. Taki pełny zespół metaboliczny stwierdzono w wielośrodkowych badaniach epidemiologicznych u 3% mężczyzn z nadciśnieniem, hiperglikemią i dyslipidemią [5].

Schorzenia autoimmunologiczne, jakkolwiek nie dorównują częstością występowania przedstawionym powyżej epidemicznie pojawiającym się chorobom, charakteryzują się powikłaniami skutkującymi znacznym upośledzeniem sprawności fizycznej organizmu, prowadzącym do inwalidztwa. Szczególne znaczenie w tym zakresie mają takie schorzenia, jak: reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń układowy trzewny, mieszana kolagenoza, sklerodermia, zapalenie skóry i mięśni, ziarnica Wegenera i zespół Sjögrena, które powodują zmiany w wielu narządach, w tym również w mięśniu sercowym [6]. Istotną informacją epidemiologiczną są dane wskazujące na wzrost śmiertelności w reumatoidalnym zapaleniu stawów [7].

Powiązania patogenetyczne

Przedstawione powyżej schorzenia, oprócz wspólnego mianownika epidemiologicznego, jakim jest około 20% próg odsetkowy ich występowania w populacji, mają drugi wspólny punkt odniesienia, jakim jest układ immunologiczny. Zaangażowanie tego układu w postaci immunologicznego zapalenia obserwuje się we wszystkich omawianych chorobach.

W zapaleniu alergicznym występują dwie fazy reakcji zapalnej, tj. wczesna (ostra) i późna (przewlekła). Podstawą ostrej reakcji zapalnej jest mechanizm zależny od IgE, mastocytów oraz od cytokin wydzielanych przez limfocyty o fenotypie Th₂ (IL-4, 5, 9, 13, 16) [8]. Mediatory uwalniane z aktywnych komórek, tj. mastocytów w tym pierwszym etapie (histamina, tryptaza, prostaglandyna D₂ oraz leukotrien C₄), które są główną

Tabela 1. Częstość występowania chorób alergicznych w Polsce (wg Liebhart J, 2003)

Choroba	Liczba badanych i odsetek rozpoznań					
	dorośli (n = 12970) n (%)	mężczyźni (n = 5939) n (%)	kobiety (n = 7031) n (%)	dzieci (n = 3268) n (%)	chłopcy (n = 1666) n (%)	dziewczeta (n = 1602) n (%)
Astma oskrzelowa	702 (5,4)	291 (4,9)	411 (5,8)	1106 (8,5)	453 (7,6)	653 (9,3)
Alergiczne sezonowe zapalenie nosa	203 (1,6)	63 (1,1)	140 (2,0)	282 (8,6)	181 (10,9)	101 (6,3)
Atopowe zapalenie skóry	282 (8,6)	164 (9,8)	118 (7,4)	154 (4,7)	81 (4,9)	73 (4,6)

przyczyną obturacji oskrzeli i skurczu mięśni gładkich w astmie, po 4–6 godzinach powodują napływ komórek zapalnych charakterystycznych dla przewlekłego stanu zapalnego odpowiadającego późnej reakcji alergicznej. W tym przewlekłym zapaleniu bierze udział wiele komórek, ale najważniejszymi, znajdującymi się w stanie pobudzenia w miejscu reakcji zapalnej, są: eozynofile, mastocyty, makrofagi oraz limfocyty T. W procesie zapalnym biorą ponadto udział stacjonarne komórki nabłonka i dróg oddechowych albo skóry (fibroblasty, miofibroblasty, komórki mięśni gładkich, keratynocyty) [9]. Przewlekły proces zapalny, powodując uszkodzenia tkanek, pobudza procesy naprawcze prowadzące do zmian strukturalnych i czynnościowych nazwaną przebudową (remodeling). Proces przebudowy ścian oskrzeli w astmie oskrzelowej ma kilka cech charakterystycznych, takich jak pogrubienie i zwiększenie gęstości warstwy siateczkowej błony podstawnej, spowodowane odkładaniem się włókien kolagenu i fibronektyny. Ponadto obserwuje się uszkodzenie śródbłonka, proliferację fibroblastów, przerost mięśni gładkich oraz odkładanie się proteoglikanów (rezerwuuar cytokin) w macierzy komórkowej [9]. Patomechanizm alergicznego zapalenia jest przyczyną astmy atopowej, natomiast astma nieatopowa może zależeć od mechanizmu autoimmunologicznego lub autoalergicznego wywołanego przez zakażenie, albo od nieznanego alergenu [9, 10].

Przebudowa mięśnia sercowego w nadciśnieniu lub kolejnych etapach niewydolności krążenia zależy między innymi od aktywacji mastocyta na drodze niezależnej od immunoglobuliny E. Takie mediatory mastocyta, jak tryptaza i TGF β 1, wywołują proliferację miofibroblastów oraz apoptozę komórek mięśnia sercowego [11]. Inne substancje czynne komórki tucznej powodują rozwój miażdżycy tętnic, sprzyjają wystąpieniu choroby wieńcowej i zawałowi mięśnia sercowego, są przyczyną postępującej zastoinowej niewydolności mięśnia sercowego [12].

Dobrze udokumentowane są również związki między rozwojem miażdżycy, choroby niedokrwiennej, wystąpieniem ostrego zawału serca, a takimi schorzeniami z autoagresji, jak toczeń układowy i reumatoidalne zapalenie stawów [13, 14]. Związki te głęboko wchodzą w układ immunologiczny, zaangażowanie się komórek NK, makrofagów i limfocytów T, a także przeciwciał kardiolipidowych w proces uszkodzenia śródbłonka, powstawania blaszki miażdżycowej i wzrostu aktywności układu krzepnięcia [6, 15]. Ponadto dobrze znany marker ostrych i przewlekłych stanów zapalnych, białko C-reaktywne (CRP), stanowi nowy wskaźnik prognostyczny rozwoju miażdżycy, ryzyka zawału serca, a ostatnio także ostrych zespółów wieńcowych [16].

Reakcja autoimmunologiczna odpowiada za niszczenie komórek β wysepek Langerhansa w trzustce, dając podstawę patogenetyczną cukrzycy typu 1. W obrębie wysepek u tych chorych stwierdza się stan zapalny wywołany naciekiem limfocytów T i B oraz makrofagów, a w surowicy krwi – autoprzeciwciała przeciw komórkom powierzchniowym wysepek, przeciw GAD (dekarboksylaza kwasu glutaminowego) oraz insulinie [17].

Interesującym zagadnieniem wydaje się wzajemne oddziaływanie niektórych z tych rozpoznanych chorób na poziomie odpowiedzi immunologicznej charakterystycznej dla reakcji alergicznej, w której aktywowane są limfocyty wyróżniające się wydzielaniem cytokin specyficznych dla fenotypu Th₂, a pobudzeniem limfocytów Th₁, które biorą udział w patogenezie chorób z autoagresji. Teoretycznie alergiczne zapalenie nosa (limfocyty Th₂) powinno wykluczać współistnienie reumatoidalnego zapalenia stawów (limfocyty Th₁). Publikowane obserwacje z tego zakresu tematycznego nie dostarczają jednoznacznych danych, które potwierdziłyby przedstawione powyżej założenie [9].

Problemy terapeutyczne

Zróżnicowane podejście terapeutyczne do omawianej grupy chorób wynika częściowo z ich wspólnego patomechanizmu, który powoduje liczne niezgodności i przeciwwskazania do stosowania niektórych leków.

Leki stymulujące receptory adrenergiczne β 2, szeroko stosowane w terapii astmy oskrzelowej, mają wiele objawów ubocznych niekorzystnych dla pacjentów z cukrzycą. Dotyczy to głównie doustnych oraz dożylnych postaci β 2 mimetyków, które powodują wzrost glikemii związków mleczanowych oraz ketonowych [18]. Kardiotoksyczny efekt środków przeciwhistaminowych, zależny od wpływu na kanały potasowe, skutkuje wydłużeniem czasu QT oraz pojawianiem się zaburzeń rytmu serca [2].

Z kolei szeroko stosowane w chorobie niedokrwiennej serca, nadciśnieniu oraz niewydolności krążenia leki blokujące receptory β 1 adrenergiczne powodują skurcz oskrzeli u chorych na astmę. Wprawdzie selektywne blokery receptorów β 1 adrenergicznych, takie jak atenolol, metoprolol, a zwłaszcza celiprolol, teoretycznie powinny być bezpieczne w astmie oskrzelowej, to jednak decyzja o ich podaniu powinna być zawsze przemyślana, a pierwsza dawka leku podana w warunkach szpitalnych [19].

Nieobojętne w chorobach alergicznych są również blokery enzymu konwertującego przejście angiotensyny I w angiotensynę II (ACE). Wykorzystywane do leczenia nadciśnienia oraz niewydolno-

ści krążenia mogą wywołać obrzęk naczynioruchowy albo kaszel, ponieważ enzym konwertujący pełni komplementarnie rolę kinazy bradykininowej, a jego zablokowanie hamuje degradację bradykininy i wzrost jej stężenia w tkankach [20].

Podstawową grupą terapeutyków stosowaną w chorobach autoimmunologicznych, w reumatologii klinicznej są niesteroidowe leki przeciwzapalne, które blokują cyklooksygenazę mikrosomalną, a u chorych z idiosynkrazją aspirynową powodują takie działania uboczne, jak skurcz oskrzeli, pokrzywkę i obrzęk naczynioruchowy [2]. Podobny problem obserwuje się w leczeniu choroby niedokrwiennej serca, w której duże znaczenie ma działanie antyagregacyjne przeciwlekle stosowanych małych dawek aspiryny [4]. Selektywne inhibitory cyklooksygenazy 2 (COX-2) są znacznie bezpieczniejsze w takich sytuacjach, ale ich podanie po raz pierwszy również wymaga dłuższej obserwacji w warunkach, w których należy zapewnić możliwość postępowania przeciwwstrząsowego [21].

Prewencja pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa

Zapobieganie chorobom alergicznym budzi cały szereg kontrowersji. Pogląd, że unikanie kontaktu z alergenami przez kobietę w ciąży (prewencja pierwotna) zmniejszy ryzyko wystąpienia

u noworodka choroby alergicznej okazał się nieprawdziwy, kiedy stwierdzono wielokrotnie odwrotną zależność przyczynowo-skutkową. Podobny problem występuje w prewencji wtórnej, ponieważ stwierdzono, że kontakt dziecka z silnymi alergenami, np. kota, zapobiega wystąpieniu objawów choroby alergicznej. Prewencja trzeciorzędowa, tj. unikanie alergenu przez osoby, które są na ten alergen uczulone oraz u których ten zidentyfikowany alergen powoduje objawy chorobowe, nie budzi kontrowersji i powinna być powszechnie stosowana. Prewencji trzeciorzędowej w chorobach alergicznych sprzyja zmiana klimatu, miejsca zamieszkania i otoczenia, dlatego istotne znaczenie ma leczenie sanatoryjne [2].

Prewencja pierwotna i wtórna nadciśnienia, choroby niedokrwiennej serca i cukrzycy nie budzi wątpliwości. Zmiana stylu życia, nawyków żywieniowych redukcja masy ciała oraz aktywność fizyczna, wyeliminowanie nałogu palenia tytoniu redukuje ryzyko przyszłych zdarzeń sercowych nawet u osób z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca. Prewencja wtórna u chorych po zawale mięśnia sercowego polega na podawaniu leków zmniejszających objawy (środki adrenergiczne, azotany), zapobiegających dyslipidemii (statyny) oraz hiperglikemii. Działania takie, łącznie z kontrolą ciśnienia krwi, podawaniem małych dawek aspiryny, mają na celu zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego [4, 17].

Piśmiennictwo

1. Tschopp JM, Sistek D, Schindler C i wsp. Current allergic asthma and rhinitis; diagnostic efficiency of three commonly used atopic markers (IgE, skin prick tests, and Phadiatop). Results from 8329 randomized adults from the SPALDIA Study. Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults. *Allergy* 1998; 53: 608–613.
2. Grevers G, Röcken M. *Ilustrowany podręcznik chorób alergicznych*. Red. wydania I polskiego: Panaszek B. Wrocław: Urban & Partner; 2003.
3. Liebhart J. *Epidemiologia alergii atopowej w Polsce i na świecie*. [w:] *Immunoterapia alergenowa*. Red. Kowalski ML. Łódź: Mediton; 2003: 19–28.
4. Tatoń J, Czech A, Berna M. *Kardiometabologia*. Gdańsk: VIA MEDICA; 2002.
5. Wannamethee SG, Shaper AG, Durrington PR. Hypertension, serum insulin, obesity and the metabolic syndrome. *Circulation* 2000; 102: 1358–1363.
6. Dropiński J, Szczeklik E. Cardiac involvement in systemic autoimmune disease. *Pol Arch Med Wewn* 2003; 109: 375–381.
7. Singer RB. Mortality In rheumatoid arthritis patients treated with or without methotrexate. *Insur Med* 2003; 35: 144–149.
8. Chung KF, Barnes PJ. Cytokines in asthma. *Thorax* 1999; 54: 825–857.
9. Kowalski M. *Kliniczne postacie alergii atopowej*. [w:] Kowalski M. *Immunologia kliniczna*. Łódź: Mediton; 2000: 165–199.
10. Bousquet J, Jeffrey PK, Busse W i wsp. Asthma. From bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. *Am J Resp Cri Care Med* 2000; 161: 1720–1745.
11. Hara M, Matsumori A, Ono K i wsp. Mast cells cause apoptosis of cardiomyocytes and proliferation of other intramyocardial cells in vitro *Circulation* 1999; 100: 1443–1449.
12. Hara M, Ono K, Hwang M-W. Evidence for a role of mast cells in the evolution to congestive heart failure *Jour Exp Med* 2003; 195: 375–381.
13. Riboldi P, Gerosa M, Luzzana C i wsp. Cardiac involvement In systemic wutoimmune diseases. *Clin Rev Allergy Immunol* 2002; 23: 247–261.
14. Fischer LM, Schlienger RG, Matter C i wsp. Effect of rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus on the risk of first time acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2004; 15: 198–200.

15. Weyand CM, Goronzy JJ, Liuzzo G i wsp. T cell immunity in acute coronary syndromes. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 1011–1020.
16. Ferreiros ER, Boissonnet CP, Pizarro R i wsp. Independent prognostic value of elevated C-reactive protein in unstable angina. *Circulation* 1999; 100: 1958–1963.
17. Krentz AJ. *Cukrzyca*. (Red. wydania polskiego Sieradzki J). Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2001.
18. McFadden C. Perspectives in β 2-agonist therapy: Vox clamantis in deserto vel lux in tenebris? *J Allergy Clin Immunol* 1995; 95: 641–651.
19. McDevitt DG. Pharmacological characteristics of beta blockers and their role in clinical practice *J Cardiovasc Pharmacol* 1986; 8(Suppl 6): 5–11.
20. Panaszek B, Barg W, Małolepszy J i wsp. Eozynofilia obwodowa i tkankowa u pacjenta z obrzękiem naczynioruchowym, wywołanym inhibitorem enzymu konwertującego angiotensynę (ACE) – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Pol Arch Med Wewn* 2003; 5: 1339–1343.
21. Warner TD, Mitchell JA. Cyclooxygenases: new forms, new inhibitors, and lessons from the clinic *FASEB J* 2004; 18: 790–800.

Adres Autora:
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych
i Alergologii AM
ul Traugutta 57/59
50-417 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PREWENCJA PIERWOTNA I WTÓRNA CHORÓB
SERCOWO-NACZYNIOWYCH – ROLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ
PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES
– EDUCATIONAL ROLE OF HEALTH PROMOTION

Zmiana stylu życia po zawale mięśnia serca – rola warsztatów edukacyjnych dla pacjentów i ich rodzin

The change of a way of life after myocardial infarction
– the role of an educational workshop for patients and their families

KATARZYNA KULCZUGA¹, ADELA BARTCZUK², ANDRZEJ BŁASZCZYK¹, BARBARA JABŁOŃSKA¹,
JOANNA KALISZAK¹, HENRYKA GÓRSKA¹, KRYSZYNA ŁOBOZ-GRUDZIEŃ^{1, 2}

¹ Z Oddziału Kardiologicznego Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka
we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

² Z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału
Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

Streszczenie **Cel pracy.** Podstawowym celem programu była edukacja chorych i ich rodzin w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Dalszym celem była ocena skuteczności działań edukacyjnych w zakresie zmiany stylu życia. **Materiał i metody.** Edukacją zdrowotną objęto 100 chorych po zawale mięśnia sercowego oraz ich rodziny. Wiek chorych zawierał się w przedziale 30–65 lat, średnia 47,5 lat. Badanie ankietowe prowadzono w dwóch etapach. Etap I obejmował wywiad kwestionariuszowy dotyczący stylu życia chorych, a w szczególności: palenia tytoniu, sposobu odżywiania, aktywności fizycznej, sytuacji trudnych, nadużywania alkoholu. Po przeprowadzonym wywiadzie kwestionariuszowym chorych kwalifikowano do udziału w warsztatach edukacyjnych. Tematyka warsztatów obejmowała zagadnienia z zakresu zachowań prozdrowotnych. W edukacji uczestniczyły także rodziny pacjentów celem wsparcia działań prozdrowotnych. Etap II obejmował ocenę skuteczności działań edukacyjnych w aspekcie zmiany stylu życia chorych. Po zakończeniu warsztatów edukacyjnych chorzy byli ponownie poddani wywiadowi kwestionariuszowemu. **Wyniki.** Ponad 50% badanych zmieniło styl życia. Największa zmiana dokonała się w sposobie odżywiania, bowiem 73% ograniczyła spożycie czerwonego mięsa i jego przetworów, zwiększyło się spożycie warzyw i owoców (ponad 41%), o połowę zmniejszyło się spożycie tłuszczów zwierzęcych. Zwiększyła się aktywność fizyczna u 72%, przez systematyczne uprawianie gimnastyki (63%), spaceru (36%), a 50% porzuciło siedzący tryb życia. Wzrosła o połowę umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Wśród palących 50% osób zaprzestało palenia tytoniu, a także zmniejszyła się o połowę liczba wypalanych papierosów. **Wnioski.** W wyniku prowadzonej edukacji zdrowotnej ponad 50% badanych zmieniło styl życia. Największa zmiana dokonała się w sposobie odżywiania, aktywności fizycznej, radzeniu sobie w sytuacjach trudnych oraz paleniu tytoniu. Istotną rolę w zmianie stylu życia odegrało wsparcie rodzin. Według 85% badanych udział rodzin w warsztatach edukacyjnych przyczynił się do zmiany stylu życia. Istnieje konieczność kontynuowania działań edukacyjnych w zakresie prozdrowotnego stylu życia pacjentów i ich rodzin.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, zmiana stylu życia, zawał mięśnia sercowego.

Summary Secondary prevention of atherosclerosis is essential for patients with myocardial ischemia after myocardial infarction. These patients need a careful modification of risk factors of the coronary disease. **Objectives.** The main aim of the program was to educate the patients and their families. The secondary objective was to evaluate the efficiency of educational activities regarding the change of lifestyle. **Material and methods.** A group of hundred patients aged 30–65, mean age 47.5, after myocardial infarction and their families were provided with health education. They completed a questionnaire twice. At the first stage they were interviewed about their way of life: smoking cigarettes, type of diet, physical activity, reaction to life crisis, alcohol abuse. After the interview they were qualified to the educational workshop on “Smoking cigarettes and heart disease”, “Healthy feeding in primary and se-

condary prevention”, “The role of physical activity”, “Overweight and obesity and arterial hypertension”, “Stress and health”, “Noxious influence of alcohol to circulatory system”. The families were involved in educational program to support the patients. An interdisciplinary team – cardiologist, healthcare nurse, physiotherapist, psychologist – provided health promoting activities. At the second stage of the study educational activities were assessed regarding the change of way of life and the patients were interviewed again. **Results.** More than 50% of examined patients have changed their way of life. Mostly they have changed their diet – 73% of patients have limited consumption of a red meat and its preserves, more than 43% of patients have increased consumption of vegetables and fruits. Physical activity has increased in 72% of the patients – 63% systematically exercised, 36% – walked and 50% quit their sitting lifestyle. The ability of coping with distress has increased in 50% of cases. Half of the patients gave up smoking and the other half reduced smoking by 50%. **Conclusions.** Due to conducted health education above 50% of the patients changed their life style. The biggest change took place in feeding behaviour, physical activity, coping with stress and smoking. Crucial role in the change of lifestyle had family support. In about 85% of patients their families’ attendance at the workshop was supportive and caused the change of lifestyle. It is necessary to continue educational activities on healthy lifestyle of the patients and their families.

Key words: health education, change of lifestyle, myocardial infarction.

Wstęp

Choroba niedokrwienna serca (ch.n.s.) stanowi problem społeczny w Polsce. Rocznie na zawał mięśnia serca zapada około 100 tysięcy osób, w tym ludzie młodzi, w okresie największej aktywności życiowej i zawodowej, a także kobiety w wieku menopauzalnym [1, 2]. W ciągu ostatnich 30 lat notuje się poprawę wskaźników umieralności z powodu ch.n.s. Ocenia się, że liczba zgonów w USA z powodu choroby wieńcowej zmniejszyła się o połowę od 1970 roku. Uważa się, że ta korzystna tendencja spowodowana została nie tylko postępowaniem w diagnostyce i leczeniu, ale szeroko stosowaną prewencją wtórnej [3]. Udowodniono w badaniach eksperymentalnych i klinicznych, że już sama zmiana stylu życia powoduje regresję miażdżycy [4, 5]. Prewencja wtórna miażdżycy ma szczególne znaczenie u chorych z ch.n.s. po zawale mięśnia serca. Chorzy ci wymagają wnikliwej modyfikacji czynników ryzyka choroby wieńcowej, w tym kontroli ciśnienia tętniczego krwi, hiperlipidemii, palenia tytoniu.

W 2002 roku Poradnia Kardiologiczna Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu z Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych, realizowała „Program Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Układu Krążenia” pt.: *Działania edukacyjne w zakresie zmiany stylu życia u chorych z chorobą niedokrwienną serca.*

Podstawowym celem programu była edukacja chorych i ich rodzin w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Przyjęte do realizacji zadania programu to: ograniczenie palenia tytoniu, redukcja masy ciała u osób z nadwagą i otyłością, zwiększenie aktywności fizycznej, wdrożenie zasad zdrowego żywienia, prowadzenie kontroli ciśnienia tętniczego krwi, zmniejszenie spożycia alkoholu.

Dalszym celem była ocena skuteczności działań edukacyjnych w zakresie zmiany stylu życia.

Materiał i metoda

Zaplanowany program był realizowany przez Zespół ds. Promocji Zdrowia w składzie: lekarz kardiolog, pielęgniarka – promotor zdrowia, rehabilitant, psycholog.

Programem objęto 100 chorych po zawale mięśnia serca, po bezpośrednim leczeniu w Oddziale Kardiologicznym Szpitala, oraz ich rodziny zainteresowane profilaktyką i promocją zdrowia w chorobach układu krążenia.

Wiek chorych zawierał się między 30–65 lat, średnia 47,5 lat. Spośród chorych 65% stanowili mężczyźni i 35% kobiety. Wykształcenie było zróżnicowane, najczęściej średnie (34%), a następnie wyższe (31%), podstawowe (25%) i zawodowe (18%) (tab. 1).

Udział w programie rozpoczynał pacjent wizytą w Poradni Kardiologicznej Szpitala. Chorzy byli badani przez lekarza, mieli wykonaną próbę wysiłkową, EKG, lipidogram. Zależnie od lipidogramu, chorych kwalifikowano do leczenia dietetycznego lub farmakologicznego. W czasie pierwszej wizyty przeprowadzony został także

Tabela 1. Struktura wieku, płci, wykształcenia badanych

Przedziały wiekowe	Ogółem n = 100 (100%)	Płeć	
		mężczyźni (n = 65)	kobiety (n = 35)
30–35	9%	5%	4%
36–40	16%	10%	6%
41–50	31%	21%	10%
51–60	24%	17%	7%
61–65	20%	12%	8%
Wykształcenie			
podstawowe	25%	10%	15%
zawodowe	18%	14%	4%
średnie	34%	18%	16%
wyższe	23%	16%	7%

wywiad kwestionariuszowy według własnego opracowania kwestionariusza. Kwestionariusz zawierał 26 pytań dotyczących stylu życia, a w szczególności: palenia tytoniu, sposobu odżywiania, aktywności fizycznej, sytuacji trudnych, nadużywania alkoholu. Po przeprowadzonym wywiadzie kwestionariuszowym, chorzy byli kwalifikowani do udziału w warsztatach edukacyjnych. Tematyka warsztatów była następująca:

1. Palenie tytoniu a choroby serca,
2. Zdrowe żywienie w prewencji pierwotnej i wtórnej,
3. Znaczenie aktywności fizycznej,
4. Nadwaga i otyłość a nadciśnienie tętnicze,
5. Stres a zdrowie,
6. Szkodliwy wpływ alkoholu na układ krążenia.

Spotkania warsztatowe odbywały się raz w miesiącu dla pacjentów i ich rodzin w grupach 15-osobowych. Każdy chory odbył 6 spotkań. Warsztaty odbywały się w formie prelekcji i pogadanki, trwały po 45 minut. Każdy uczestnik otrzymywał materiały edukacyjne, związane z tematyką zdrowego stylu życia. Po każdym spotkaniu edukacyjnym, chorzy i ich rodziny mogli prowadzić rozmowy indywidualne z prowadzącymi zajęcia w zakresie interesującej tematyki. Po zakończeniu warsztatów edukacyjnych pacjenci byli ponownie poddani wywiadowi kwestionariuszowemu. Pytania były podobne i dotyczyły skuteczności działań w aspekcie zmiany stylu życia chorych.

Wyniki oceny skuteczności działań edukacyjnych zostały poddane analizie statystycznej. Różnice w częstości występowania czynników ryzyka przed i po edukacji badano za pomocą testu MC Nemary (po połączeniu odpowiednich kategorii). Stwierdzono różnice statystycznie istotne dla każdego czynnika.

Wyniki

Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań przedstawiono w postaci tabel i rycin.

W tabeli 2 przedstawiono występowanie czynników ryzyka ch.n.s. Do najczęściej występujących czynników ryzyka należały: stres (u 92% badanych), nadwaga (u 74% badanych), nadciśnienie tętnicze (u 72% badanych), hipercholesterolemia (u 68% badanych).

Rycina 1 obrazuje zachowanie wskaźnika BMI. Przed edukacją nadwaga występowała (BMI 25–30) u 74% badanych, a ponad połowa badanych nigdy nie kontrolowała wagi ciała. Po przeprowadzonej edukacji zdrowotnej zmniejszył się odsetek osób z nadwagą (z 74 do 56%) oraz wzrósł odsetek osób (z 34 do 78%) kontrolujących wagę ciała.

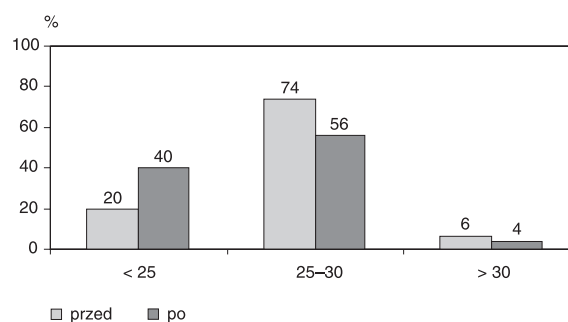
Odnotowano, że aż 89% badanych spożywa czerwone mięso (ryc. 2) 1 × dziennie, a 65% na-

wet częściej niż jeden raz dziennie. Po edukacji obniżył się odsetek osób spożywających czerwone mięso codziennie (z 89 do 16%) i o połowę odsetek spożywających czerwone mięso częściej niż jeden raz dziennie (z 65 do 30%).

Spośród spożywanych tłuszczów najczęściej wymieniane są: tłuszcze roślinne, w tym olej (wg 72% badanych), i masło (wg 66% badanych) (tab. 3), a także tłuszcze zwierzęce, w tym słonina (wg 16% badanych) i smalec (wg 32% badanych). Po przeprowadzonej edukacji wzrósł odsetek osób spożywających tłuszcze roślinne, w tym olej roślinny (z 72 do 89%) i masło roślinne (z 66 do 78%). Natomiast o połowę (z 48 do 20%) obniżył się odsetek osób spożywających tłuszcz zwierzęcy. Odnotowano niewielki odsetek osób spożywających ryby (ryc. 3). Aż 67% nie spożywa ich wcale, a tylko 16% spożywa jeden raz dziennie

Tabela 2. Częstość występowania czynników ryzyka w grupie badanych

Czynniki ryzyka	Ogółem n = 100 (100%)
nadciśnienie tętnicze	72%
cukrzyca	33%
nadwaga	74%
palenie tytoniu	38%
hipercholesterolemia	68%
stres	92%



Ryc. 1. Wskaźnik BMI przed i po edukacji zdrowotnej w badanej grupie chorych po zawale serca (n = 100)

Tabela 3. Spożycie tłuszczów w codziennym pożywieniu, przed i po edukacji zdrowotnej

Rodzaj tłuszczu	przed (n = 100)	po (n = 100)
tłuszcz zwierzęcy	48%	20%
słonina	16%	3%
smalec	32%	5%
margaryna	48%	24%
olej roślinny	72%	89%
masło roślinne	66%	78%

i 15% jeden raz w tygodniu. Po edukacji wzrósł odsetek osób spożywających ryby, a zwłaszcza jeden raz w tygodniu (z 15 do 43%), oraz o połowę (z 16 do 35%) wzrósł odsetek osób spożywających jeden raz dziennie.

Tylko połowa badanych spożywa warzywa i owoce (ryc. 4). Po edukacji wzrósł odsetek (z 51 do 92%) spożywających jeden raz dziennie, a (z 45 do 63%) dwa razy dziennie.

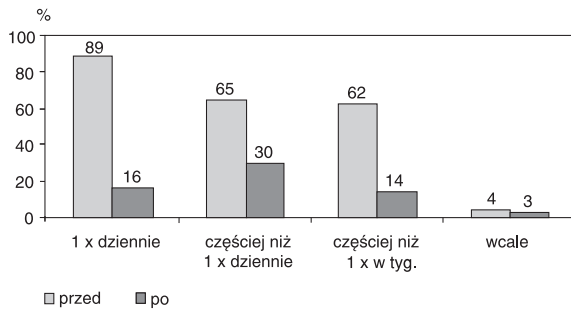
W naszych badaniach wykazano złe nawyki żywieniowe. Częstość posiłków była zbyt duża i obfita (55% badanych).

Stwierdzono również małą aktywność fizyczną (ryc. 5 i 6). Aż 78% nigdy nie uprawia ćwiczeń fizycznych, a tylko 12% uprawia codziennie i 32% raz w tygodniu. Najczęściej badanych cechuje siedzący tryb życia (65%), a tylko 45% spa-

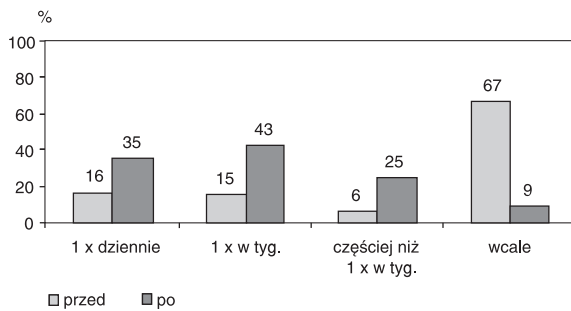
ceruje. Po edukacji aktywność fizyczna uległa istotnej poprawie, bowiem wzrósł odsetek osób (z 12 do 75%), które przejawiają większą aktywność. Obniżył się odsetek osób (z 65 do 15%), którzy zrezygnowali z siedzącego trybu życia, dokonując korzystnego wyboru, zwiększając odsetek osób chodzących na spacer (z 45 do 81%).

Wśród badanych 38% pali tytoń, a 21% przyznaje się do nadużywania alkoholu (ryc. 7 i 8). Spośród palących 8% wypala 10–20 papierosów dziennie, a 30% pali mniej niż 10 papierosów dziennie. Po edukacji maleje o połowę (z 38 do 19%) odsetek palących i wypalanych papierosów. Odnotowano nadal osoby pijące alkohol (5%).

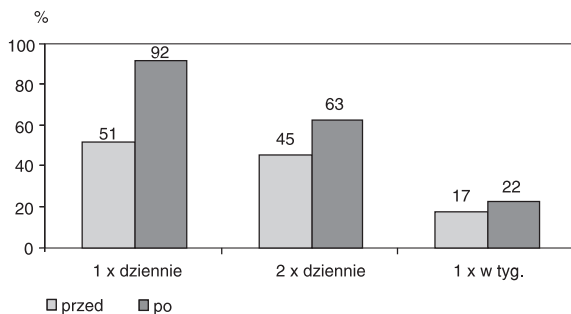
Ponad 80% badanych podaje, wiele sytuacji trudnych (ryc. 9). Stosunkowo niski odsetek osób (30%) posiada umiejętność radzenia sobie w sy-



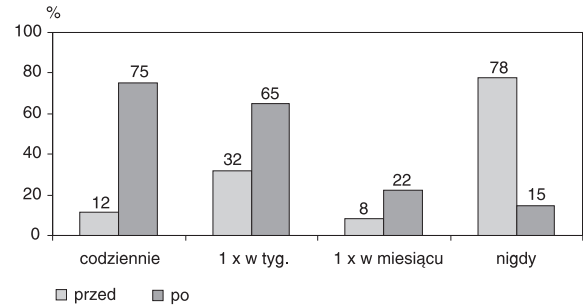
Ryc. 2. Częstość spożywania czerwonego mięsa i jego przetworów przed i po edukacji zdrowotnej (n = 100)



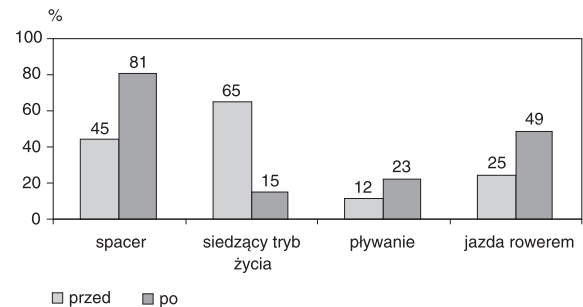
Ryc. 3. Częstość spożywania ryb przed i po edukacji zdrowotnej (n = 100)



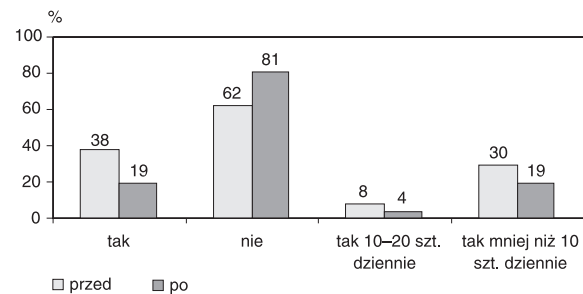
Ryc. 4. Częstość spożywania warzyw i owoców przed i po edukacji zdrowotnej (n = 100)



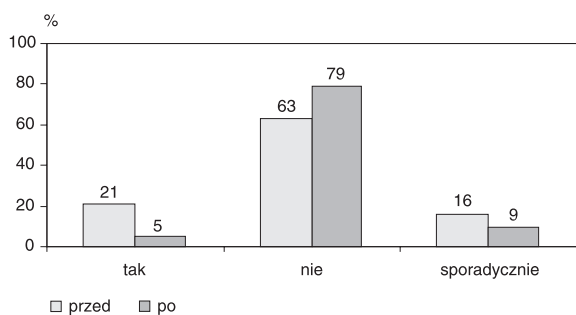
Ryc. 5. Częstość uprawiania ćwiczeń fizycznych przed i po edukacji zdrowotnej w badanej grupie chorych (n = 100)



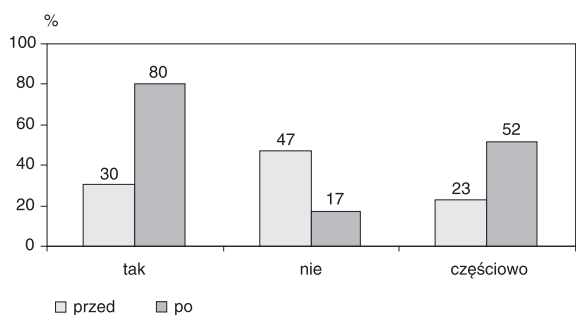
Ryc. 6. Formy aktywności fizycznej przed i po edukacji zdrowotnej (n = 100)



Ryc. 7. Palenie tytoniu przed i po edukacji zdrowotnej (n = 100)



Ryc. 8. Nadużywanie alkoholu przed i po edukacji zdrowotnej (n = 100)



Ryc. 9. Umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych przed i po edukacji zdrowotnej (n = 100)

tuacjach trudnych. Po edukacji wzrósł odsetek osób (z 30 do 80%) lepiej radzących sobie z wieloma problemami życia.

Omówienie wyników i dyskusja

Prewencja wtórna miażdżycy ma szczególne znaczenie u chorych z ch.n.s. po zawale mięśnia serca. Chorzy ci wymagają wnikliwej modyfikacji czynników ryzyka choroby wieńcowej. Do metod zmniejszających ryzyko chorób sercowo-naczyniowych należy zmiana nawyków żywieniowych. Celem zaleceń żywieniowych jest redukcja zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia. Zwykle dietę w ch.n.s. pacjent otrzymuje po wypisaniu ze szpitala od lekarzy i pielęgniarek, ale nie zawsze jest to pełna informacja, która motywuje chorego do jej przestrzegania. Stąd rosnące zapotrzebowanie na dyplomowanych dietetyków i pielęgniarki – promotorów zdrowia.

W realizacji uświadamiania pacjentów do przestrzegania zasad działania takie mogą być prowadzone indywidualnie i grupowo. W naszym programie wybraliśmy formułę warsztatów zbiorowych z obecnością rodziny pacjenta, uważając, że wsparcie ma istotny wpływ na wdrożenie zmiany nawyków żywieniowych.

W najnowszych wytycznych National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel

III [5] zaleca się konieczność ograniczenia tłuszczów nasyconych i cholesterolu w diecie, utrzymywanie optymalnej masy ciała, podawanie estrów stanolowych/sterolowych i (lub) suplementacja błonnika.

A w naszych badaniach u 74% występuje nadwaga. Niepokojący jest fakt, że 54% badanych nigdy nie kontrolowało swojej wagi ciała. Po edukacji zdrowotnej zmniejszył się odsetek osób z nadwagą (z 74 do 56%) oraz wzrósł odsetek osób (z 34 do 78%) kontrolujących wagę ciała. Wyniki nasze są zbliżone do danych publikowanych w piśmiennictwie przez T. Zdrojewskiego i wsp. [6], który zanotował, że w 1998 r. ponad połowa Polaków wykazywała nadwagę, oraz do danych przedstawionych w programie Pol-MONICA [1].

W badaniach własnych wykazano duże spożycie czerwonego mięsa i jego przetworów (89% badanych). Po edukacji odsetek osób obniżył się (z 89 do 16%).

Stosunkowo wysoki (67% badanych) był odsetek osób, którzy wcale nie spożywali mięsa ryb. Po edukacji wzrósł odsetek (z 16 do 35%) na korzyść osób jedzących ryby. Spośród spożywanych tłuszczów najczęściej wymieniane były tłuszcze roślinne, w tym olej roślinny (wg 72% badanych) i masło roślinne (wg 66%), a także około 50% badanych spożywało tłuszcze zwierzęce. Po edukacji odsetek osób spożywających tłuszcze roślinne uległ istotnemu wzrostowi oraz o połowę zmniejszyło się spożycie tłuszczów zwierzęcych.

U 55% badanych stwierdzono złe nawyki żywieniowe, bowiem częstość posiłków była zbyt duża i obfita oraz spożywano je 5 i więcej razy dziennie.

Najstłynniejsze wczesne dane na temat związku diety i ch.n.s. pochodzą z badania Seven Countries Study [7, 8], rozpoczętego w 1958 r. Keys i wsp. opisali zwyczaje żywieniowe prawie 13 tys. mężczyzn z 7 krajów podzielonych na 16 regionalnych kohort. Wyniki tego przełomowego badania wykazały ścisłą korelację między stężeniem cholesterolu we krwi a umieralnością z powodu ch.n.s. Ostatnie badania informują o diecie śródziemnomorskiej, którą charakteryzują: obfitość pożywienia roślinnego, świeże owoce na deser, oliwa z oliwek, produkty mleczne, ryby i drób, od 0–4 jaj na tydzień, niskie spożycie czerwonego mięsa, spożywanie czerwonego wina w małych do umiarkowanych ilościach.

Wykazano również, że tylko połowa badanych spożywa warzywa i owoce. Po edukacji zwiększyło się spożycie warzyw i owoców (z 51 do 92%).

W badaniach Lyon Diet Heart Trial [3] przydzielono losowo pacjentów z chorobą wieńcową do grupy spożywających dietę bogatą w owoce, warzywa, ubogą w czerwone mięso i zachęcano

do stosowania margaryny bogatej w kwas alfa-linolenowy (wielonienasycony kwas tłuszczowy z rodziny omega-3). Osobom z grupy kontrolnej zalecono utrzymanie rozsądnej diety, która jednak nie spełniała zaleceń American Heart Association Step 1. Badania przerwano po 2 latach, ponieważ stwierdzono olbrzymie, 70% zmniejszenie względnego ryzyka zgonu i zawału serca niezakończono zgonem w grupie badanej, utrzymujące się 5 lat po zakończeniu badania. Co ciekawe, korzyści z interwencji nie korelowały ze stężeniem lipidów w surowicy. W grupie badanej odnotowano większe spożycie witamin i kwasu alfa-linolenowego, co potwierdzono w badaniach laboratoryjnych.

Korzyści ze stosowania kwasów tłuszczowych omega-3 potwierdzają również wyniki badania GISSI-Prevention [3], w którym losowo przydzielono pacjentów do grup otrzymujących oleje rybne, witaminę E. Suplementacja oleju rybnego zmniejszyła całkowitą umieralność oraz umieralność z przyczyn sercowo-naczyniowych o 20%, nie wykazano wpływu witaminy E.

Wiadomo, że wysiłek fizyczny zmniejsza ryzyko incydentów wieńcowych. Pod wpływem wysiłku zwiększa się stężenie HDL w surowicy, zmniejsza się nadwaga i następuje poprawa tolerancji glukozy, wysiłek korzystnie wpływa na ciśnienie tętnicze oraz czynność śródbłonna naczyniowego [3].

W naszych badaniach stwierdzono stosunkowo niską aktywność fizyczną, bowiem aż 78% badanych nigdy nie uprawiała ćwiczeń fizycznych, a 65% badanych cechował siedzący tryb życia. Zalecono naszym chorym, aby wykonywali ćwiczenia aerobowe przez większość dni w tygodniu, przez co najmniej 30 minut. Po edukacji aktywność fizyczna uległa istotnej poprawie. Wzrósł odsetek osób systematycznie uprawiających gimnastykę (z 12 do 75%), osób spacerujących (z 45 do 81%), a także obniżył się odsetek osób (z 65 do 15%), którzy zrezygnowali z siedzącego trybu życia.

We własnych badaniach stwierdzono, że 38% badanych pali tytoń. Po edukacji maleje o połowę odsetek palących (z 38 do 19%). Przed edukacją 8% badanych paliło od 10 do 20 papierosów dziennie, a 30% badanych paliło mniej niż 10 papierosów dziennie. W wyniku edukacji zmniejszyła się o połowę liczba wypalanych papierosów. Porzucenie palenia badani zawdzięczają w większości wsparciu rodziny, która uczestniczyła w warsztatach edukacyjnych.

Według M. Dłużniewskiej [9] ryzyko zachorowania na zawał serca jest u palących o około 70% wyższe niż u niepalących, a stopień zagrożenia jest proporcjonalny do liczby wypalanych papierosów. Zidentyfikowano wiele składników dymu tytoniowego, które zwiększają ryzyko cho-

rób układu krążenia. Nikotyna powoduje przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego, skurcz naczyń, uszkodzenie komórek śródbłonna, agregacje płytek krwi i nasiloną trombozę, potencjalnie zwiększając w ten sposób ryzyko chorób sercowo-naczyniowych [10, 11]. Wiele osób podejmuje próby rzucenia palenia. W kilku dużych badaniach kohortowych pacjentów z chorobą wieńcową wykazano, że zaprzestanie palenia zmniejsza częstość kolejnych zawałów serca i umieralność [3]. Fakt hospitalizacji z powodu zawału serca jest dla wielu chorych silnym bodźcem do rzucenia nałogu i doskonałą okazją dla lekarzy i pielęgniarek do zachęcania chorych do tej korzystnej zmiany życia. Stąd duża rola pielęgniarki – promotora zdrowia w uświadamianiu szkodliwości palenia tytoniu, motywowaniu do rzucenia nałogu oraz rola wsparcia rodzinnego. Uważa się, że osoby, które biorą udział w programach edukacyjnych mają większe szanse na rzucenie palenia.

Prowadzone badania nad skutecznością działań antynikotynowych sugerują słuszość podejmowania możliwie wszechstronnych działań [12].

Wyniki badań niniejszej pracy wskazują 21% osób, które przyznają się do nadużywania alkoholu, a także do jego sporadycznego spożywania (46% badanych). Po edukacji zdrowotnej odsetek badanych spożywających alkohol uległ istotnemu zmniejszeniu i 5% badanych informuje, że nie porzuciło nadużywania alkoholu.

Francuzi spożywają duże ilości kwasów tłuszczowych nasyconych, ale częstość występowania choroby wieńcowej w porównaniu z innymi przemysłowymi krajami jest we Francji stosunkowo niska, niemal równa obserwowanej w Japonii. Wysunięto wniosek, że wyjaśnieniem tego francuskiego paradoksu jest spożycie czerwonego wina, ale brakuje danych bezpośrednio potwierdzających tę teorię [3].

Wieloletnie obserwacje kliniczne sugerują od dawna, że różnego rodzaju przeżycia emocjonalne mogą wywołać ostry zawał serca, a także przewlekłe sytuacje stresowe mogą prowadzić do przyspieszonego rozwoju ch.n.s. [13]. Ogólnie stres określane jest jako poczucie zagrożenia przed utratą kontroli nad własnym życiem. Stres może pochodzić z różnych źródeł: z przyczyn zewnętrznych, jak i wewnętrznych [13, 14].

Zdaniem Tylki [15] kształtowanie własnej filozofii życia, formowanie pozytywnego myślenia, uczenie budowania satysfakcjonujących relacji z otoczeniem, nabywanie umiejętności osiągania stanu psychofizycznego odprężenia przez formy aktywności fizycznej i psychicznego relaksu – to podstawowe lekarstwo na stres.

W naszych badaniach występuje wysoki odsetek osób, które twierdzą, że są w stresie (wg 92% badanych), rozdrażnieniu (wg 89% badanych),

stałych konfliktach z otoczeniem (wg 72% badanych). Po edukacji zdrowotnej prowadzonej przez psychologa wzrósł odsetek osób lepiej radzących sobie z przejawami sytuacji trudnych (z 30 do 80%).

Wnioski

1. W wyniku prowadzonej edukacji zdrowotnej ponad 50% badanych zmieniło styl życia.

Największa zmiana dokonana się w sposobie odżywiania, aktywności fizycznej, radzeniu sobie w sytuacjach trudnych oraz paleniu tytoniu.

2. Istotną rolę w zmianie stylu życia odegrało wsparcie rodzin. Według 85% badanych udział rodzin w warsztatach edukacyjnych przyczynił się do zmiany stylu życia.
3. Istnieje konieczność kontynuowania działań edukacyjnych w zakresie prozdrowotnego stylu życia pacjentów i ich rodzin.

Piśmiennictwo

1. Rywik S, Broda G i wsp. Epidemiologia chorób układu krążenia – Program Pol. MONICA, Warszawa. *Kardiologia Pol* 1996; supl. II: 7.
2. Sztembis B. Profilaktyka chorób układu krążenia. *Materiały CEM* 1997: 6–33.
3. Accad M, Michaels AD. Postępowanie po zawale mięśnia serca. *Kardiologia po Dyplomie* 2002; 1, 3: 8–21.
4. James H. Zmiana stylu życia a zapobieganie chorobie wieńcowej. *Medycyna po Dyplomie* 1997; 6: 61–70.
5. Pearson-Thomas A. Zmiany nawyków żywieniowych w ograniczaniu ryzyka chorób układu krążenia: podejście indywidualne i populacyjne. *Kardiologia po Dyplomie* 2002; 1, 3: 90–92.
6. Zdrojewski T. Nadwaga i otyłość. *Czynniki Ryzyka* 1998; 4: 6–8.
7. Fabrizio J, Rubba P. Dieta śródziemnomorska w prewencji choroby niedokrwiennej serca. *Czynniki Ryzyka* 1966; 6: 49.
8. Barringer-Thomas A. Diety śródziemnomorskie a choroby układu sercowo-naczyniowego. *Kardiologia po Dyplomie* 2002; 1, 3: 94.
9. Dłużniewska M. Choroby układu krążenia a palenie tytoniu. *Kardiologia Pol* 1997; 47: 149–153.
10. Joseph Anne M, Lawrence C. Palenie tytoniu a choroby układu sercowo-naczyniowego. *Kardiologia po Dyplomie* 2002; 1, 1: 77–80.
11. Zatoński W. Ekspozycja populacji Polski na tytoń: palenie tytoniu, substancje, następstwa zdrowotne. *Mag Med* 1996; 7: 1–12.
12. Sather D. Ograniczenie palenia tytoniu na świecie – aktualności. *JAMA* 2001; 9: 649–650.
13. Pickering Thomas G. Stres psychiczny jako przyczyna rozwoju nadciśnienia i chorób układu sercowo-naczyniowego. *Kardiologia po Dyplomie* 2001; 1, 1: 19–24.
14. Wysocki H. Związki depresji z chorobą niedokrwinną serca. *Medycyna po Dyplomie* 1999; 11: 13–22.
15. Tylka J. Komentarz. *Kardiologia po Dyplomie* 2002; 1, 1: 25

Adres I Autorki:

Oddział Kardiologiczny Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka
ul. Traugutta 116
50-420 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PREWENCJA PIERWOTNA I WTÓRNA CHOROÓB
SERCOWO-NACZYNIOWYCH – ROLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ
PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES
– EDUCATIONAL ROLE OF HEALTH PROMOTION

Chlamydia pneumoniae a choroba niedokrwienna serca i jej powikłania

Chlamydia pneumoniae – coronary heart disease and complication

IRENA CHOROSZY-KRÓL¹, DOROTA TERYKS-WOŁYNIEC², MAGDALENA FREJ-MĄDRZAK¹,
DOROTA ZYŚKO³

¹ Z Zakładu Nauk Podstawowych Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. Irena Choroszy-Król, prof. nadzw. AM

² Z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Anna Przondo-Mordarska

³ Z Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Walentyna Mazurek

Streszczenie Celem pracy było stwierdzenie obecności *Chlamydia pneumoniae* u chorych z chorobą niedokrwienną serca. Analizie poddano wyniki badań 47 pacjentów (32 mężczyzn i 15 kobiet) w wieku 40–79 lat, hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Kardiologii AM we Wrocławiu z powodu dławicy niestabilnej (n = 35) i zawału serca (n = 12). Grupę kontrolną stanowiło 28 osób w wieku 40–60 lat, bez dolegliwości ze strony układu naczyniowego. Oznaczanie swoistych przeciwciał w surowicy wykonano techniką immunoenzymatyczną ELISA przy użyciu testu Sero CP IgG i IgA-ELISA (Savyon, Israel). Badania wymazów z tylnej ściany gardła przeprowadzono techniką immunofluorescencji bezpośredniej za pomocą reagentu *Chlamydia pneumoniae* Antigen IFT (Medac, Germany) i mikroskopu fluorescencyjnego Olympus-Japan. Przeciwciała klasy IgG i IgA stwierdzono odpowiednio u 39/47 (82,9%) i 24/47 (51,0%) chorych w grupie badanej oraz u 10/28 i 10/28 w grupie kontrolnej. Metodą immunofluorescencji bezpośredniej wykryto zakażenia chlamydialne w wymazach z gardła u 6/47 (12,7%) pacjentów w grupie badanej i 4/28 w grupie kontrolnej. Wyższy poziom przeciwciał klasy IgG i IgA anty *Chlamydia pneumoniae* u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca niż w grupie kontrolnej może wskazywać na zakażenie CP w tej grupie pacjentów. W obu grupach występowanie antygenów w wymazach z gardła nie koreluje z obecnością swoistych przeciwciał w surowicy; podobnie jak w grupie kontrolnej.

Słowa kluczowe: *Chlamydia pneumoniae*, dławica niestabilna, diagnostyka.

Summary The aim of our work was examine the presence of CP antigen in pharynx, anti-CP antibodies in sera in patients with coronary heart disease. Our study compromised 47 patients (32 men and 15 women, aged 40–79) hospitalized in Clinic of Cardiology because of angina pectoris (n = 35) or acute myocardial infarction (n = 12). We measured level of IgG and IgA antibodies against CP in blood samples and examined pharyngeal swab specimens for Cp antigen. Serologic testing for Cp was performed by SeroCP-IgG and IgA ELISA test (Savyon Diagnostic Ltd., Israel) while test *C. pneumoniae* – Antigen IFT (Medac, Germany) was used for detection CP-elementary bodies (EB) in pharyngeal swab specimens. As a control group, we examined 28 age and gender-matched sunjects without cardiovascular disorders. Antichlamydial IgG and IgA response (> 1,1) was found in 39/47 (82,9%) and 24/47 (51%), respectively, in the control group in 10/28 and 10/28. CP-EB in pharyngeal swab specimens were found in 6/47 (12,7%) of the examined patients and 4/18 in the control group. Higher prevalence rate of IgG- and IgA-specific anti-CP antibodies in patients with coronary heart disease than in control group may suggest the specific anti-Cp immunization in this group of patients. In both groups there was no strict association between high seropositivity for CP and the presence CP-EB in pharyngeal specimens.

Key words: *Chlamydia pneumoniae*, angina pectoris, diagnosis.

Wstęp

Chlamydia pneumoniae jest czynnikiem etiologicznym zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, zapalenia gardła i zapalenia zatok. Większość chorób układu oddechowego wywołanych przez ten drobnoustroj ma przebieg łagodny. Uważa się, że chlamydie biorą udział w patogenezie astmy [1]. Zakażenia dróg oddechowych mają wpływ na wytworzenie się nadreaktywności drzewa oskrzelowego i zapoczątkowanie astmy infekcyjnej lub jej zaostrzenie [2]. Obecnie bierze się pod uwagę możliwość związku rozwoju miażdżycy i choroby wieńcowej z procesami infekcyjnymi wywołanymi przez *Chlamydia pneumoniae*, *Helicobacter pylori* i *Cytomegalowirus* [3–6]. Wyżej wymienione drobnoustroje wywołując subkliniczne, przewlekłe lub nawracające infekcje mogą mieć współdziałanie w formowaniu miażdżycy przez niszczenie śródbłonna naczyń. Celem pracy była ocena częstości występowania infekcji *C. pneumoniae* u chorych z dławicą niestabilną lub świeżym zawałem serca, a także próba oceny zależności między występowaniem antygenu a obecnością swoistych przeciwciał klasy IgG i IgA w surowicy.

Materiał i metody

Badania wykonano w Pracowni Naukowej Chlamydzioz Katedry i Zakładu Mikrobiologii AM we Wrocławiu. Przedmiotem badań były wymazy z tylnej ściany gardła oraz surowice pochodzące od 47 pacjentów w wieku 40–79 lat, w tym 15 kobiet i 32 mężczyzn. Badani pacjenci byli leczeni w Katedrze i Klinice Kardiologii AM we Wrocławiu. Grupę kontrolną stanowiło 28 osób, pracowników AM, którzy zgłosili się na profilaktyczne badania okresowe, 18 kobiet i 12 mężczyzn w wieku 40–65 lat. Grupę badanych stanowili pacjenci z rozpoznaniem klinicznym dławicą niestabilną i zawałem serca. Badania bakteriologiczne w kierunku *C. pneumoniae* wykonano ogółem u 75 osób, w tym u 47 w grupie badanej i u 28 w grupie kontrolnej, z wymazów z tylnej ściany gardła. Materiał od pacjentów pobierano rano, na czczo, bez stosowania zabiegów higienicznych jamy ustnej, za pomocą firmowego wacika i natychmiast rozmazywano na specjalnym szkiełku podstawowym. Badania techniką immunofluorescencji bezpośredniej wykonywano, używając reagentu ITCF (test *Chlamydia pneumoniae* Antigen IFT, firmy Medac Germany) [7]. Jednocześnie od chorych – przed rozpoczęciem leczenia – pobierano krew celem wykonania badań serologicznych. Badania serologiczne w kierunku *C. pneumoniae* przeprowadzono metodą immunoenzymatyczną ELISA przy użyciu zestawu diagnostycznego (test Sero CP Firmy

Savyon Diagnostics Ltd, Israel), który służy do oznaczania poziomu swoistych przeciwciał klasy IgG i IgA w surowicy [8].

Wyniki

Za pomocą techniki immunofluorescencji bezpośredniej (DFA) zbadano wymazy z gardła oraz surowice (metodą immunoenzymatyczną) pochodzące od 47 pacjentów i 28-osobowej grupy kontrolnej. Obecność Ag *Chlamydia pneumoniae* w grupie badanej stwierdzono u 6 pacjentów, w tym u 2 spośród 15 kobiet i u 4 spośród 32 mężczyzn. W grupie kontrolnej antygen *C. pneumoniae* wykazano u 4 pacjentów, w tym u 3 spośród 18 kobiet i u 1 spośród 10 mężczyzn (tab. 1 i 2). W tabeli 2 przedstawiono wyniki badań w kierunku *C. pneumoniae* metodą IF i ELISA w grupie kontrolnej. Obecność swoistych przeciwciał klasy IgG i IgA wykazano kolejno u 39 i 24 spośród 47 ogółu badanych, w tym u 13 i 6 spośród 15 kobiet oraz u 26 i 18 spośród 32 mężczyzn. W grupie kontrolnej obecność swoistych przeciwciał klasy IgG i IgA stwierdzono odpowiednio u 10 i 10 badanych, w tym u 5 i 5 w grupie kobiet oraz u 5 i 5 w grupie mężczyzn. Dane kliniczne pacjentów badanych w kierunku *Chlamydia pneumoniae* testem IF i ELISA ilustruje tabela 3. Jak wynika z tej tabeli, u 35 pacjentów z dławicą niestabilną Ag *Chlamydia pneumoniae* wykryto u 4 osób, seropozytywność IgG i IgA stwierdzono kolejno u 30 (85,0%) i 17 (48,5%) osób. U 2/12 pacjentów z zawałem serca wykryto Ag *Chlamydia pneumoniae* u 2 osób, u 9 stwierdzono seropozytywność IgG, a u 7 IgA. Częstość zakażeń *Chlamydia pneumoniae* pacjentów w różnym wieku ilustruje tabela 4. Najwyższy odsetek zaka-

Tabela 1. Wyniki badań w kierunku *Chlamydia pneumoniae* metodą IF i ELISA w grupie badanej

Płeć	Liczba badanych	Wyniki dodatnie		
		Ag	IgG	IgA
Kobiety	15	2	13	6
Mężczyźni	32	4	26	18
Ogółem	47	6	39	24

Tabela 2. Wyniki badań w kierunku *Chlamydia pneumoniae* metodą IF i ELISA w grupie kontrolnej

Płeć	Liczba badanych	Wyniki dodatnie		
		Ag	IgG	IgA
Kobiety	18	3	5	5
Mężczyźni	10	1	5	5
Ogółem	28	4	10	10

Tabela 3. Dane kliniczne pacjentów badanych w kierunku *Chlamydia pneumoniae* testem IF i ELISA

Rozpoznanie	Liczba badanych	Wyniki dodatnie		
		IF	IgG	IgA
Dławica niestabilna	35	4	30	17
Zawał serca	12	2	9	7
Ogółem	47	6	39	24

Tabela 4. Częstość zakażeń *Chlamydia pneumoniae* u pacjentów w różnym wieku

Wiek badanych	40–50	51–60	61–70	71–80
Liczba badanych	10	15	10	12
Liczba zakażonych	1	2	3	0

zeń stwierdzono u pacjentów w wieku 61–70 lat (30%), niższy (13,3%) w grupie wiekowej 51–60 lat, a najniższy (10%) u pacjentów w grupie wiekowej 40–50 lat.

Podsumowanie

Obserwowane w ostatnich latach wzmożone zainteresowanie *Chlamydia pneumoniae* wiąże się z wysuniętą w 1988 r. hipotezą mówiącą, że bakterie te są czynnikiem etiologicznym choroby wieńcowej i przyczyną zawałów. Przedstawione dane na temat epidemiologii zakażeń wywołanych przez *C. pneumoniae* oraz prowadzone w wielu krajach badania wskazują na udział tych drobnoustrojów w rozwoju miażdżycy. Opisano również modele zwierzęce zakażeń *C. pneumoniae*, dostarczające dodatkowych danych na temat ich roli w tym schorzeniu. Na udział *C. pneumoniae* w formowaniu się zmian miażdżycowych wskazują przeprowadzone badania naczyń wieńcowych pobranych z materiału sekcyjnego. W 15 z 36 badanych blaszek miażdżycowych wykazano obecność bakterii na podstawie barwienia immunocytochemicznego oraz zastosowania przeciwciał monoklonalnych. Reakcja PCR dała wynik dodatni z 13 próbkami na 30 badanych. Wśród 21 płytek badanych w mikroskopie elektronowym w 6 stwierdzono obecność EB. Nie udało się wyhodować szczepu *C. pneumoniae* z materiału tkankowego [9].

Erickson i wsp. [10] oznaczyli mikroskopowo stopień nasilenia zmian arteriosklerotycznych w 60 naczyniach wieńcowych, pobranych z materiału sekcyjnego. Stopień arteriosklerozy w 18 próbkach był łagodny, a w 42 ciężki. Na podsta-

wie pośredniej immunofluorescencji wykazano obecność bakterii w 86% przypadków z ciężką arteriosklerozą i tylko w 6% przypadków z łagodną arteriosklerozą. Metoda immunoperoksydazowa wykazała obecność bakterii w 80% przypadków z ciężką i w 38 przypadków z łagodną arteriosklerozą. Poziomy przeciwciał IgG i IgA przeciw *C. pneumoniae*, oznaczone w surowicy metodą mikroimmunofluorescencji, nie różniły się między ciężkimi a łagodnymi przypadkami arteriosklerozy. Z powyższych danych wynika, że infekcja *C. pneumoniae* może mieć związek z ciężką postacią miażdżycy u niektórych osób.

Menschikowski i wsp. [11] analizowali próbki naczyń tętniczych uzyskanych podczas sekcji, po nagłej śmierci pacjentów. W 13 na 102 próbki znaleziono DNA *C. pneumoniae*, w 2 próbkach znaleziono DNA CMV lub *Herpes simplex virus*, 1 próbka zawierała DNA wszystkich 3 patogenów. W naciekach makrofagowych obecność bakteryjnego DNA była ściśle związana z obecnością swoistych cytokin prozapalnych i fosfolipazy A(2). Patogeny, jak również cytokiny i fosfolipazę A(2) znaleziono nie tylko w zaawansowanych, ale również we wczesnych stadiach miażdżycy. W tkankach, które nie zawierały cytokin i fosfolipazy A(2), nie znaleziono żadnych patogenów. Wyniki tych badań sugerują, że istnieje alternatywny mechanizm, za którego pomocą infekcje bakteryjne mogą zapoczątkowywać proces miażdżycowy w ścianach naczyń.

Shor [12] stwierdził występowanie drobnoustroju we wczesnych ogniskach ateromatycznych naczyń wieńcowych i aorty, jak i późnych cechujących się zmianami zwapniałymi i włóknistymi. Nie wykazał obecności bakterii w sąsiadujących fragmentach naczyń, ani w naczyniach pochodzących od osób nie cierpiących na miażdżycę.

Wykorzystując metody immunocytochemiczne, wykryto obecność antygenów *C. pneumoniae* w makrofagach, miocytach, komórkach piankowatych i sporadycznie w centralnym martwiczym rdzeniu blaszki miażdżycowej [12–13].

Występowanie bakterii w monocytach może tłumaczyć obecność tego drobnoustroju w śledzionie, wątrobie, mięśni sercowym i tętnicach, bo są to miejsca sekwestracji tych komórek. Ponadto wykazano obecność *C. pneumoniae* w żyłach, zastawkach aorty, szpiku kostnym i w węzłach chłonnych.

Muhlerstein [14] wykazał *C. pneumoniae* w blaszkach miażdżycowych u 79% pacjentów z chorobą niedokrwienną i w 1% autopsji choroby wieńcowej.

Blasi i wsp. [5] wykryli DNA chlamydiowe w 51% blaszek miażdżycowych pochodzących z tętniaków aorty. Ponadto stwierdzili, że miana swoistych przeciwciał przeciw *C. pneumoniae* były znacząco wyższe u pacjentów z potwier-

dzoną za pomocą PCR obecnością DNA *C. pneumoniae* w blaszkach miażdżycowych.

Nadrchal i wsp. [15] wykryli DNA *Chlamydia pneumoniae* w 8/29 próbek (28%) z nacieków komórkowych z tętnicy szyjnej i w 3/14 próbek (21%) pochodzących z tętniaków aorty. Maass i wsp. [16] analizowali komórki z antygenem CD-14, które otrzymali od 238 pacjentów ze zdiagnozowaną angiograficznie niestabilną anginą lub z ostrym zawałem serca. *C. pneumoniae* została wykryta u 52 spośród 188 osób z niestabilną anginą i u 13 spośród 50 osób z zawałem serca. Powyższe wyniki dowodzą, że *C. pneumoniae* jest obecna w monocytach/makrofagach u większości osób z postępującą chorobą wieńcową. Zawałowi serca nie towarzyszy zwiększone wykrywanie *C. pneumoniae*.

Qavi i wsp. [17] wykryli w 9 na 17 próbek (53%) z nacieków komórkowych z tętnicy szyjnej DNA CMV, w 7 próbkach (41%) DNA *C. pneumoniae*, przy czym 4 próbki (24%) zawierały DNA obu patogenów. Berger i wsp. [3] wykazali brak korelacji między DNA *C. pneumoniae* w arteriosklerotycznych naciekach komórkowych a DNA *C. pneumoniae* w krążących leukocytach i brak korelacji między ogólną ilością DNA *C. pneumoniae* a ciężkością schorzenia.

Bauriedel i wsp. [18] badali tkanki uzyskane operacyjnie ze zwężen naczyń wieńcowych od 42 pacjentów. Chlamydiowe białko HSP60 wykazano w 27 próbkach (64%). W zdrowych naczyniach nie wykazano obecności tego białka. HSP60 było obecne w 21 na 27 (78%) próbek pobranych od osób z dławicą niestabilną lub ostrym zawałem serca, a tylko w 6 na 15 (40%) próbek pobranych od osób z dławicą stabilną. W grupie osób z ostrym zespołem wieńcowym, obecność chronicznej infekcji *C. pneumoniae* była niezależna od wcześniej przebytego zawału.

Bartels i wsp. [19] wykryli DNA *C. pneumoniae* w zamkniętych żylnych przeszczepach aorto-wieńcowych, natomiast nie wykryli DNA CMV w tych przeszczepach.

W szeregu przeprowadzonych badań stwierdzono istotnie częstsze występowanie swoistych przeciwciał przeciw *C. pneumoniae* klasy IgA i IgG u pacjentów ze świeżym zawałem serca (60–70%) i z przewlekłą chorobą niedokrwienną serca (50–60%) w stosunku do grupy kontrolnej (17%) [20].

W Helsinkach badając chorych z chorobą wieńcową dowiedziono, że u pacjentów z częstym występowaniem epizodów sercowych jest podwyższony poziom lipopolisacharydowego antygeny chlamydiowego oraz skierowanych przeciwko niemu przeciwciał klasy IgA w próbkach pobranych między 3–6 miesiącem przed i 4 tygodnie po ostrym incydencie wieńcowym. Warto podkreślić, że u 70% chorych w okresie

okołozawałowym i u 52% pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną ma miejsce przejściowy wzrost miana swoistych przeciwciał przeciw *C. pneumoniae* i obecność kompleksów immunologicznych z LPS bakteryjnym. Powyższe dane sugerują, że ostre epizody wieńcowe mogą być związane z zaostrzeniem przewlekłego zakażenia *C. pneumoniae* [13]. Zhu i wsp. [21] wykazali, że ponad 75% badanych pacjentów z chorobą wieńcową, miało kontakt z 3 spośród 5 testowych patogenów i że zwiększone obciążenie patogenami znacząco było związane ze zwiększonym ryzykiem występowania choroby wieńcowej, nawet po usunięciu tradycyjnych czynników ryzyka choroby wieńcowej. Podobną zależność stwierdzono między obciążeniem patogenami a poziomem CRP.

Schmidt i wsp. [22] wykazali, że seropozytywność dla *C. pneumoniae* wiązała się z pogrubieniem błony wewnętrznej tętnicy szyjnej IMT, natomiast nie wiązała się z obecnością nacieków komórkowych w naczyniach szyjnych, u pacjentów z nadciśnieniem i wysokim ryzykiem wystąpienia choroby naczyniowo-sercowej.

Markus i wsp. [23] przebadali 983 osoby z normalnej populacji w wieku 30–70 lat. Nie wykazali związku między seropozytywnością IgA lub IgG dla *C. pneumoniae* a grubością błony wewnętrznej IMT w tętnicy szyjnej wspólnej (CCA) i w miejscu rozgałęzienia tej tętnicy lub obecnością zmian arteriosklerotycznych w tętnicy szyjnej. Wykazali natomiast znamieny związek między seropozytywnością IgA dla *C. pneumoniae* a zwężeniem tętnicy szyjnej powyżej 50%, w powiązaniu z wiekiem i płcią. Po uwzględnieniu innych czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej, ten związek nie był znaczący. Naukowcy nie znaleźli dowodu, że serologicznie potwierdzona infekcja *C. pneumoniae* ma związek z wczesną arteriosklerozą, i że *C. pneumoniae* powoduje chroniczny, systemowy stan zapalny.

Coles i wsp. [24] badali związek między swoistymi przeciwciałami przeciw *C. pneumoniae*, czynnikami ryzyka choroby sercowo-naczyniowej, a arteriosklerozą w przypadkowo dobranej populacji miejskiej. U mężczyzn poziom IgA i IgG był wyższy niż u kobiet. Palacze mieli wyższy poziom IgA niż niepalacze. Osoby, u których w rodzinie występowała choroba naczyniowo-mózgowa, miały wyższy poziom IgG, niż osoby bez tej choroby w rodzinie. Seropozytywność IgG i IgA nie była związana ze standardowymi czynnikami ryzyka choroby naczyniowo-sercowej ani z grubością błony wewnętrznej IMT tętnicy szyjnej i ze zmianami miażdżycowymi w tej tętnicy.

Apfalter i wsp. [25], używając różnych typów próbek tkankowych z naczyń krwionośnych, uzyskanych od 38 pacjentów, wyizolowali *C. pneu-*

moniae z 3 próbek (7,9%). Szczepy *C. pneumoniae* uzyskano z próbek tkankowych pochodzących z tętnicy szyjnej, tętnicy udowej i tętniaka wewnątrznerkowego z aorty brzusznej, od trzech osób z arteriosklerozą. Uważa się, że żywe bakterie występują również w innych regionach naczyń, niż w dotąd opisanych. Wyhodowanie drobnoustroju z płytek miażdżycowych przemawia za tym, że *C. pneumoniae* jest przyczyną powstawania miażdżycy [26]. W naszych badaniach metodą immunofluorescencji bezpośredniej stwierdzono *C. pneumoniae* w wymazach z gardła u 6 spośród 47 pacjentów w grupie badanej i u 4 spośród 28 w grupie kontrolnej. W surowicach pacjentów grupy badanej znamiennej poziom przeciwciał IgG stwierdzono u 82,9%, a IgA u 51,5% i u kolejno 35,7% i 35,5% w grupie kontrolnej. Nie potwierdziła się sugestia wielu autorów dotycząca częstszego występowania zakażeń *C. pneumoniae* u mężczyzn niż u kobiet. Z analizy danych własnych wynika, że częstość zakażeń u mężczyzn i kobiet była zbliżona i wynosiła odpowiednio: 13,3 i 12,5%. Seropozytywność IgG dla *C. pneumoniae* była również porównywalna i wynosiła kolejno: 86,6 i 81,2%, natomiast seropozytywność IgA u mężczyzn była wyższa niż u kobiet (56,2 i 40,0%). Wyższe odsetki zakażonych chlamydiami przy badaniu wymazów z gardła stwierdzono u pacjentów z zawałem serca (16,6%), nieco niższe z dławicą niestabilną (11,2%). Poziom swoistych przeciwciał klasy IgG i IgA u pacjentów z zawałem serca wy-

nosił kolejno: 75 i 58,3%, natomiast u pacjentów z dławicą niestabilną: 85,7 i 48,5%. Z przytoczonych danych wynika jak ważne są dla lekarzy kardiologów zakażenia chlamydiami. Dotyczą one konieczności uwzględniania czynnika zakaźnego u chorych z chorobą niedokrwioną serca. Wśród różnych teorii powstawania miażdżycy, należy brać pod uwagę możliwość zakażenia *Chlamydia pneumoniae*, ze względu na często bezobjawowy i nawracający charakter infekcji.

Wnioski

1. Niezależnie od techniki badania w wymazach z gardła i w surowicy pacjentów z chorobą niedokrwioną serca stwierdza się *Chlamydia pneumoniae* i swoiste przeciwciała.
2. Grupą kliniczną, w której uzyskano najwięcej wyników dodatnich przy badaniu poziomu przeciwciał IgG anty-*Chlamydia pneumoniae* stanowili chorzy z dławicą niestabilną.
3. Niezależnie od wieku badanych zakażenia chlamydiami stwierdzono z podobną częstością.
4. W grupie pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi występowanie antygenów w wymazach z gardła nie koreluje z obecnością swoistych przeciwciał w surowicy, podobnie jak w grupie kontrolnej.
5. Szybkie rozpoznanie zakażeń wywołanych przez *Chlamydia pneumoniae* i skuteczne leczenie, może zapobiec odległym powikłaniom.

Piśmiennictwo

1. Cook PJ, Honeybourne D. *Chlamydia pneumoniae*. *J Antimicrob Chemother* 1994; 34: 859–873.
2. Hahn DL, Antilla T, Saikku P. Association of *Chlamydia pneumoniae* IgA antibodies with recently symptomatic asthma. *Epidemiol Infect* 1996; 117: 513–517.
3. Berger M, Daeschlein G, Scheider W i wsp. *Chlamydia pneumoniae* DNA in non-coronary atherosclerotic plaques and circulating leukocytes. *J Lab Clin Med* 2000; 136: 194–200.
4. Coles KA, Plant AJ, Riley TV i wsp. Lack of association between seropositivity to *Chlamydia pneumoniae* and carotid atherosclerosis. *Am J Cardiol* 1999; 84: 825–828.
5. Blasi F, Denti F, Erba M i wsp. Detection of *Chlamydia pneumoniae* but not *Helicobacter pylori* in atherosclerotic plaques of aortic aneurysms. *J Clin Microbiol* 1996; 34: 2766–2769.
6. Schiele F, Batur MK, Seronde MF i wsp. Cytomegalovirus, *Chlamydia pneumoniae* and *Helicobacter pylori* IgG antibodies and restenosis after stent implantation; an angiographic and intravascular ultrasound study. *Heart* 2001; 85: 304–311.
7. Choroszy-Król I, Teryks-Wołyniec D, Kuliczkowski W i wsp. Związek między przebyłą i przewlekłą infekcją *Chlamydia pneumoniae* a chorobą niedokrwioną serca. *Adv Clin Exp Med* 2003; 12(6): 753–759.
8. Choroszy-Król I, Ruczkowska J, Kowal J. Oznaczanie przeciwciał klasy IgM, IgG i IgA w surowicy metodą immunoenzymatyczną ELISA. *Adv Clin Exp Med* 1999; 8: 337–341.
9. Kuo CC, Shor A, Campbell LA i wsp. Demonstration of *Chlamydia pneumoniae* in atherosclerotic lesions of coronary arteries. *J Clin Dis* 1993; 167: 841–849.
10. Erickson K, Saldeen TG, Lindquist O i wsp. Relationship of *Chlamydia pneumoniae* infection to severity of human coronary atherosclerosis. *Circulation* 2000; 101: 2568–2571.
11. Menschikowski M, Rosner-Schiering A, Eckey R i wsp. Expression of secretory group IIA phospholipase A(2) in relation to the presence of microbial agents, macrophage infiltrates and transcripts proinflammatory cytokines in human aortic tissues. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000; 20: 751–762.
12. Shor A. *Chlamydia pneumoniae* in atheroma: consideration of criteria for causality. *J Clin Pathol* 1998; 51: 812–817.

13. Sobański P, Sienkiewicz W. *Chlamydia pneumoniae* – następny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca? *Czynniki Ryzyka* 1997; 3–4: 28–33.
14. Muhlerstein JS, Hammond EH, Carlquist JF. Chlamydia infection is associated with clinically significant atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 1555–1561.
15. Nadrchal R, Markristathis A, Apfalter P i wsp. Detection of *Chlamydia pneumoniae* DNA in atheromatous tissues by polymerase chain reaction. *Wien Klin Wochenschr* 1999; 111: 153–156.
16. Maass M, John J, Gieffers J i wsp. Detection of *Chlamydia pneumoniae* within peripheral blood monocytes of patients with unstable angina or myocardial infarction. *J Infect Dis* 2000; 181: 449–551.
17. Qavi HB, Melnick JL, Adam E i wsp. Frequency of coexistence of cytomegalovirus and *Chlamydia pneumoniae* in atherosclerotic plaques. *Cent Eur J Public Health* 2000; 8: 71–73.
18. Bauriedel G, Likoingu J A, Welz A i wsp. Persistence of *Chlamydia pneumoniae* in coronary plaque tissue. A contribution to infection and immune hypothesis in unstable angina pectoris. *Disch Med Wochenschr* 1999; 124: 1408–1413.
19. Bartels C, Maass M, Bein G i wsp. Detection of *Chlamydia pneumoniae* but not cytomegalovirus in occluded saphenous vein coronary artery bypass grafts. *Circulation* 1999; 99: 879–882.
20. Saikku P. *Chlamydia pneumoniae* infection as a risk factor in acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1993; 14: 62.
21. Zhu J, Quyyumi AA, Norman JE i wsp. Effect of total pathogen burden on coronary artery disease risk and C-reactive protein levels. *Am J Card* 2000; 85: 140–146.
22. Schmidt C, Hulthe J, Wikstrand J i wsp. *Chlamydia pneumoniae* seropositivity is associated with carotid artery intima – media thickness. *Stroke* 2000; 31: 1526–1531.
23. Markus HS, Stizer M, Carrington D i wsp. *Chlamydia pneumoniae* infection and early asymptomatic carotid atherosclerosis. *Circulation* 1999; 100: 832–837.
24. Coles KA, Plant AJ, Riley TV i wsp. Lack of association between seropositivity to *Chlamydia pneumoniae* and carotid atherosclerosis. *Am J Cardiol* 1999; 84: 825–828.
25. Apfalter P, Loidl M, Nadrchal R i wsp. Isolation and continuous growth of *Chlamydia pneumoniae* from arterectomy specimens. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000; 4: 305–308.
26. Ramirez JA. Isolation of *Chlamydia pneumoniae* from the coronary artery of a patient with coronary atherosclerosis. The *Chlamydia pneumoniae* Atherosclerosis study group. *Am Intern Med* 1996; 125: 979–982.

Adres Autorów:

Zakład Nauk Podstawowych AM
ul. Chałubińskiego 4
50-368 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCYNY RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Węzłowe problemy rejestru zakładów opieki zdrowotnej

The main issues of the health care facilities register

JAROSŁAW DROBNIK¹, KRZYSZTOF NYCZAJ², IZABELA CZAPROWSKA³,
ANDRZEJ STECIWKO¹

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

² Z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie
Dyrektor: Iwo Dominik Żochowski

³ Z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu
Dyrektor: Dorota Grzybowska

Streszczenie Zachodzące na przestrzeni ostatnich lat zmiany w sektorze zdrowia przyczyniają się do wzrostu liczby zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ). Jednakże rynek usług zdrowotnych i związane z nim zasady funkcjonowania podmiotów niejednokrotnie napotykać na problemy legislacyjne. Niedostosowanie przepisów prawa do zasad wolnego rynku gospodarczego (głównie sektora usług medycznych) ma swoje podłoże zarówno w dalszym funkcjonowaniu ZOZ, jak i u źródeł. Problemy legislacyjne często zaczynają się w momencie rejestracji zakładów opieki zdrowotnej. Napotykane zarówno przez organy tworzące ZOZ, jak i organy rejestrowe (województwie) dotyczą głównie stanu technicznego budynków lub lokali przeznaczonych na udzielanie świadczeń zdrowotnych, kwalifikacji kierownika zakładu czy też nazwy zakładu. Autorzy niniejszego artykułu przybliżą najczęściej pojawiające się problemy związane z rejestrem zakładów opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: rejestr zakładów opieki zdrowotnej, zakład opieki zdrowotnej, problemy legislacyjne.

Summary The authors describe some issues referring to the registration of the health care facilities. Lately, the transformation processes in the health care system have an influence on the increase a number of registered health care facilities. However, both the health care services' market and the rule of its functioning, many a time, meet with some legislation obstacles and difficulties. The lack of the adjustment of the rules to free market economy has an influence on the establishing and activity of the health care facilities. Some legislative issues often start during a registration of the health care facilities. Both the founding bodies and the registration bodies (the province governor) meet with the some following difficulties, e.g.: a technical conditions of the building and premises meant for a treatment, a staff professional qualifications, and a health care facility name.

Key words: a health care facilities register, a health care facility, some legislative issues.

Istotę funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej oraz jej zakres działania regulują poszczególne przepisy prawa, z których najważniejsze to: ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej, rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, a także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie

wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju. Jednakże przepisy te nie precyzują w sposób oczywisty poszczególnych faktów, z jakimi spotykają się zarówno same podmioty, jak i organy rejestrowe.

Najczęściej napotykane problemy dotyczą pomieszczeń i urządzeń ZOZ oraz związanego z nim programu dostosowawczego tych obiektów. Pomieszczenia i urządzenia zakładu winny odpowiadać wymogom określonym w wyżej cytowanym rozporządzeniu. Jednakże z uwagi na konieczność zabezpieczenia świadczeń zdrowot-

nych mocodawca przewidział tzw. program dostosowawczy dla obiektów niespełniających wymogów i dotyczą one istniejących od wielu lat zakładów oraz nowo powstałych zakładów zlokalizowanych w pomieszczeniach starego ZOZ. Nie zostały uregulowane pewne kwestie zatwierdzania, stosowania i realizacji programu dostosowawczego.

Organy rejestrowe często spotykają się z sytuacją, w której organy inspekcji sanitarnej wydają zakładom opieki zdrowotnej nieprawidłowe lub niejednoznacznie sformułowane postanowienia lub opinie o spełnieniu wymagań fachowych i sanitarnych pomieszczeń i urządzeń, powołując się na podstawę prawną dotyczącą indywidualnych praktyk lekarskich bądź pielęgniarских, opiniując zakład pozytywnie, ale z wyszczególnionymi zastrzeżeniami. Podstawa prawna dotycząca indywidualnych praktyk lekarskich i pielęgniarских jest niewłaściwa i nie powinna być uwzględniona przy rejestracji zakładu opieki zdrowotnej. Organ rejestrowy działający w imieniu Wojewody winien zwrócić się o usunięcie uchybień. W sytuacji, gdy podmiot starający się o wpis ZOZ do rejestru nie dostarczy właściwej opinii (z prawidłową podstawą prawną), wojewoda wydaje decyzję odmowną i nie wpisuje takiego zakładu do rejestru.

Organ inspekcji sanitarnej ma obowiązek przy wydawaniu opinii (postanowienia) o spełnieniu wymagań fachowych i sanitarnych dla zakładów opieki zdrowotnej przytoczyć odpowiednią podstawę prawną. Kwestie wymogów dla ZOZ określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 366 z późn. zm.). Jeżeli organ inspekcji sanitarnej podaje złą podstawę prawną w postanowieniu lub opinii, wówczas organ wyższej instancji powinien stwierdzić nieważność tego dokumentu. Postanowienie w sprawie spełnienia wymagań winno mieć zawsze odpowiednią podstawę prawną adekwatną do formy prowadzenia działalności (czy jest to indywidualna praktyka lekarska, czy pielęgniarська czy też zakład opieki zdrowotnej).

Zgodnie z § 6 wyżej cytowanego rozporządzenia, zakład, który nie spełnia wymogów (nie powodujących zagrożenia dla zdrowia osób korzystających ze świadczeń), jest obowiązany do przedstawienia programu dostosowania obiektu do wymagań określonych w tym akcie normatywnym. Zachodzi jednak szereg wątpliwości dotyczących tego dokumentu. Pojawiające się w tej kwestii problemy dotyczą procedury stosowania, zatwierdzania, realizacji i zakończenia terminu realizacji programu dostosowawczego. Zachodzi

zatem pytanie, jaka jest procedura stosowania programu dostosowawczego oraz jakie są kompetencje organu rejestrowego. Jeżeli zakład nie spełnia wszystkich wymagań określonych w rozporządzeniu, to wojewoda lub minister w określonym zakresie może wydać zgodę na odstąpienia i zarejestrować zakład mimo niespełnienia tych wymagań. Wówczas zgodnie z rozporządzeniem z 1992 r. wnioskodawca opracowuje i przedkłada program dostosowawczy, w którym proponuje termin dostosowania pomieszczeń. O fakcie wpisu takiego ZOZ do rejestru decyduje organ rejestrowy (wojewoda) i wydaje stosowną decyzję. Jeśli zatem organ rejestrowy przychyli się do takiego wniosku, to w decyzji o wpisie tego zakładu powinno zostać napisane, że zakład posiada program dostosowawczy i będzie on zrealizowany w danym terminie. Organ rejestrowy wyrażając zgodę na funkcjonowanie zakładu, którego pomieszczenia objęte zostały programem dostosowawczym, nakłada na siebie obowiązek sprawdzenia realizacji postanowień w nim zawartych. Jeżeli organ rejestrowy stwierdzi, że program nie jest realizowany, wówczas zakład powinien być wykreślony z rejestru.

Wątpliwości budzi również fakt zbliżającego się upływu terminu programu dostosowawczego. Przepisy prawne nie regulują w sposób oczywisty tego, jakie działania winien przedsięwziąć podmiot, którego pomieszczenia w dalszym ciągu nie spełniają wymogów, oraz jaką rolę odgrywa organ rejestrowy. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, jeżeli istnieje możliwość przedłużenia terminu programu (pod warunkiem, że nie został zrealizowany 10-letni, maksymalny termin dostosowania pomieszczeń), to wojewoda winien wydać stosowną decyzję zgodnie z dyspozycją art. 155 k.p.a., gdzie zmiana będzie dotyczyła tylko i wyłącznie programu dostosowawczego. Jeżeli zostanie wykorzystany maksymalny, 10-letni termin realizacji programu dostosowawczego, a pomieszczenia zakładu w dalszym ciągu nie spełniają wymagań fachowych i sanitarnych, zakład powinien zostać wykreślony z rejestru.

Należy zaznaczyć, że obecnie trwają prace nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Projekt rozporządzenia w sposób szczegółowy precyzuje wymagania dla poszczególnych dziedzin medycznych.

Inne wątpliwości wiążą się z zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Dyspozycja art. 14 ust. 1 nakazuje zakładom opieki zdrowotnej w terminie 14 dni zgłoszenie zmiany stanu faktycznego i prawnego. Jednakże przepis ten nie określa, jakie działania ma podjąć organ rejestrowy w przypadku, kiedy zakład nie dokona zmian w określonym przez ustawę terminie. Jedynym

rozwiązaniem interpretowanym analogicznie jest art. 147 kodeksu wykroczeń, który mówi o tym, że „kto prowadzi zakład opieki zdrowotnej bez wymaganego wpisu podlega karze grzywny lub pozbawienia wolności”. Artykuł ten odnosi się nie tylko do wpisu zakładu, ale również zmiany w rejestrze i budzi szereg wątpliwości. Nie jest jednoznacznie uregulowana kwestia, kto i na podstawie jakich dokumentów zgłasza fakt popełnienia przestępstwa związanego z art. 14 ustawy o ZOZ oraz art. 147 kodeksu wykroczeń. Zadaniem Ministerstwa Zdrowia, fakt ten powinien zgłosić prokuraturze wojewoda, podpierając się przy tym uzyskanymi informacjami oraz dokumentami świadczącymi o zmianie stanu faktycznego bądź prawnego, a nie zgłoszonych do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

Istotnym problemem staje się również przestrzeżenie przez ZOZ art. 12 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. „Zakład opieki zdrowotnej może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru”. Zdarza się bowiem, że w nowo tworzonej zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne udzielane są wcześniej. Niestety mocodawca nie zawarł w ustawie o ZOZ procedury, jaką powinien stosować organ rejestrowy. Jednakże zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa organ rejestrowy powinien zgłosić ten fakt prokuraturze i skierować sprawę do sądu zgodnie z dyspozycją art. 147a kodeksu wykroczeń.

Przepisy ogólne zawarte w Dziale I „Przepisy wspólne” ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie są dokładnie sprecyzowane i niosą ze sobą ogrom wątpliwości. Ustawa ani akty wykonawcze nie określają minimalnej liczby personelu zatrudnionego w zakładzie. Zachodzi zatem pytanie, czy dwie osoby mogą założyć zakład opieki zdrowotnej? Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 ustawy o ZOZ – zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych. W związku z tym, że dwie osoby stanowią już zespół, mogą one przy spełnieniu wszystkich innych wymagań założyć zakład opieki zdrowotnej. Jednakże należy pamiętać, że powinny być to osoby z wykształceniem medycznym.

Formy prowadzenia działalności medycznej są również częstym problemem, z którym spotykają się zarówno sami lekarze, jak i organy rejestrowe. Działalność medyczna może być prowadzona w formie indywidualnych praktyk lekarskich, praktyk pielęgnarskich, grupowych praktyk lekarskich oraz zakładów opieki zdrowotnej. Jednak nie widać dokładnej różnicy pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej oraz grupową praktyką lekarską. Grupową praktykę lekarską, jak i zakład opieki zdrowotnej mogą założyć już dwie osoby medyczne. Forma działalności będzie zależała tylko od wyboru tych osób. Mocodawca nie narzuca formy prowadzenia działalności.

Dużym problemem dla organów tworzących zakład staje się nazwa zakładu. Zgodnie z art. 2 ust. 4 ustawy o ZOZ, nazwa zakładu powinna odpowiadać zakresowi świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten zakład. Zdarza się, że organy założycielskie nadają nazwy, w których występują słowa typu klinika lub instytut, choć zakłady te działają w formie ambulatoryjnej i nie prowadzą działalności w zakresie badań naukowych oraz nie realizują zadań dydaktycznych. Takie postępowanie nie jest zgodne z prawem, gdyż kliniki i instytuty prowadzą działalność nie tylko polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ale również z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych. Zakład opieki zdrowotnej nie może przyjmować nazwy nieadekwatnej do prowadzonej działalności, jednakże zdarza się, że zakłady ubiegające się o wpis nadają nazwy: Praktyka Lekarska czy też Indywidualna Praktyka Lekarska. Wnioski takie nie są uwzględniane i podmiot tworzący zakład zobowiązany jest do dostosowania zmiany nazwy.

Wiele trudności, które napotyka organ rejestrowy, dotyczą podmiotów (organów) założycielskich oraz ich działalności. Najczęściej pojawiającym się problemem jest zmiana organu założycielskiego zakładu opieki zdrowotnej. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie przewiduje zmiany organu założycielskiego. Chcąc zmienić organ założycielski, zakład musi dokonać wykreślenia z rejestru, a następnie przedłożyć nowy komplet dokumentów rejestracyjnych i ponownie wpisać się do rejestru. Zatem nowy podmiot nowo tworzonego zakładu opieki zdrowotnej powinien przedstawić wszystkie dokumenty zgodnie z przepisami prawa. W tym miejscu pojawia się kolejny problem – czy zakład powinien mieć nowe postanowienie (opinię) organu inspekcji sanitarnej o spełnieniu wymagań fachowych i sanitarnych pomieszczeń i urządzeń, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne? Jeżeli zachodzi sytuacja zmiany organu założycielskiego i w związku z tym zakład dokonuje wykreślenia z rejestru, wówczas nowy podmiot musi przedstawić wszystkie wymagane dokumenty, a co za tym idzie również postanowienie organu inspekcji sanitarnej.

Zachodzi również pytanie, czy zakład opieki zdrowotnej może założyć kilka osób fizycznych nie stanowiących spółki, kilka osób prawnych będących współwłaścicielami majątku? Art. 8 ust. 1 ustawy o ZOZ precyzuje, kto może tworzyć zakłady opieki zdrowotnej. Zatem zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, samorząd terytorialny (województwo, powiat, gmina), państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk me-

dycznych, kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, spółkę nieposiadającą osobowości prawnej. Z powyższego wynika, że organem założycielskim zakładu opieki zdrowotnej nie może być kilka różnych podmiotów gospodarczych. Ponadto należy zaznaczyć, że jeśli zachodziłyby takie sytuacje, nieuregulowana byłaby kwestia, czyim rejonem i NIP-em miałyby posługiwać się zakład. Organy rejestrowe często spotykają się z sytuacją próby sprzedaży zakładu opieki zdrowotnej. Są to sytuacje niedopuszczalne i przepisy ustawy o ZOZ oraz akty wykonawcze nie regulują faktu sprzedaży zakładu. W takiej sytuacji należy postąpić dokładnie tak samo, jak w wypadku zmiany organu założycielskiego.

Wiele wątpliwości pojawia się już w momencie rejestracji zakładu opieki zdrowotnej. Nieuregulowane zostały kwestie dotyczące minimalnej powierzchni zakładu, a rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, określa, jakie pomieszczenia powinien posiadać zakład, natomiast nie określa minimalnej całkowitej wielkości zakładu. Znaczna część zakładów w niewielkiej ilości pomieszczeń (np. 2) tworzy szereg poradni (np. 8). Mocodawca nie przewidział takiej sytuacji i w związku z tym przy spełnieniu poszczególnych wymogów oraz rozdzielności czasowej w zakładzie, gdzie są tylko dwa pomieszczenia, może funkcjonować większa liczba poradni. Nieuregulowana została też sprawa czasu pracy zakładu. Przepisy nie regulują, w jakich godzinach oraz jaki jest minimalny czas pracy zakładu. Zachodzi więc pytanie, czy zakład opieki zdrowotnej może udzielać świadczeń zdrowotnych tylko w godzinach nocnych oraz w dni wolne od pracy (soboty, niedziele, święta) i czy w tej formie może zostać wpisany do rejestru? Przepisy prawne dotyczące zakładów opieki zdrowotnej nie regulują, przez jaki czas zakłady mają udzielać świadczeń zdrowotnych, zatem jeżeli spełnione zostały wszystkie wymogi określone w art. 9–11 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zakład, który udziela świadczeń w wyżej wymienionym czasie może zostać wpisany do rejestru. Jednak niedopuszczalna jest sytuacja, gdy w tych samych pomieszczeniach jeden zakład świadczy usługi do południa, a drugi po południu. Wynika to z dyspozycji art.1 ust. 1 – zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Rynek usług medycznych staje się bardziej wymagający, co sprzyja powstawaniu różnych instytucji zajmujących się np. pośrednictwem medycznym. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz akty wykonawcze do niej nie precyzują i nie dotyczą tego rodzaju działalności. Podmiot gospodarczy zajmujący się pośrednictwem medycznym nie jest zakładem opieki zdrowotnej, gdyż nie udziela świadczeń zdrowotnych. W związku z tym nie może on być wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Pośrednictwo medyczne powinno zostać wpisane do ewidencji działalności gospodarczej. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia ewidencja działalności gospodarczej powinna obejmować również takie podmioty, jak: gabinet masażu, gabinety protetyki stomatologicznej, gabinety fizjoterapii, pracownie rezonansu magnetycznego. Podobnie należy traktować jednostki zajmujące się przewozem materiałów kardiologicznych, ratunkowych lub przewozem osób na dializy. Takie podmioty nie podlegają również wpisowi do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

Jednym z dokumentów niezbędnych w celu dokonania rejestracji zakładu jest statut. Ustawa o ZOZ wskazuje, iż statut zakładu powinien obejmować informacje dotyczące nazwy zakładu, celu i zadań, siedziby oraz obszaru działania, rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, organów zakładu oraz struktury organizacyjnej, a także gospodarki finansowej. Statut zakładu musi określać ustrój i zasady funkcjonowania zakładu. Statut zakładu, w części dotyczącej organów zakładu, powinien posiadać zapisy dotyczące kierownika zakładu oraz osób reprezentujących zakład pod jego nieobecność.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w art. 15 porusza kwestię rażącego naruszenia statutu zakładu. Jednakże mocodawca nie sprecyzował, co oznacza to sformułowanie. Zachodzi zatem pytanie, jak należy interpretować pojęcie rażącego naruszenia statutu i czy wobec stwierdzenia faktu „rażącego naruszenia zapisów statutu” zakład należy wykreślić z rejestru? Zdaniem Ministerstwa Zdrowia słowo „rażące” jest oceniane i należy je rozumieć jako uniemożliwienie prawne funkcjonowania zakładu. Po stwierdzeniu faktu rażącego naruszenia zapisów statutu należy zakład wezwać do usunięcia uchybień w wyznaczonym terminie, a wobec ich nie dokonania wykreślić zakład z rejestru.

W ostatnich latach dochodzi również do sytuacji, kiedy zakład opieki zdrowotnej na skutek braku kontraktu z płatnikiem nie prowadzi działalności. Organy rejestrowe oraz poszczególne podmioty zostają zmuszone do wykreślenia takich zakładów z rejestru, choć bardziej wskazana byłaby forma zawieszenia działalności. Jednakże ustawa o ZOZ nie przewiduje formy zawieszenia działalności. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia brak

kontraktu nie uniemożliwia prowadzenia działalności, a ustawa reguluje, że zakład powinien realizować zadania określone w statucie. Jeśli więc zakład *de facto* nie prowadzi działalności, wówczas podlega on zgodnie z dyspozycją art. 15 wykreśleniu z rejestru.

Dużo wątpliwości budzi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju. Nie do końca zostały uregulowane kwestie, kto powinien pełnić funkcję kierownika w zakładzie udzielającym świadczeń z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego. Czy w takim zakładzie funkcję kierownika ma pełnić lekarz. Według stanowiska Ministerstwa Zdrowia w zakładzie udzielającym świadczeń z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego kierownikiem powinna być pielęgniarka, a nie powinien być lekarz. Nie do końca sprecyzowana jest również kwestia kierownika zakładu, który prowadzi położne środowiskowe. W takim zakładzie kierownikiem nie może być lekarz ani położna. Przepisy jednoznacznie wskazują, że musi być to pielęgniarka. Ponadto zawarte w rozporządzeniu stwierdzenie „sześćoletni staż pracy w zawodzie” budzi wiele wątpliwości. Trudno określić, czy ma być to sześćoletni staż pracy na określonym stanowisku, czy w zawodzie lekarza, czy pielęgniarki, czy też w określonym innym zawodzie, ale zgodnym z kierunkiem studiów. Jak wynika z wątpliwości organów rejestrowych, poszczególne zapisy rozporządzenia nie są dostosowane do poszczególnych rodzajów działalności. W aktach prawnych doty-

czących funkcjonowania ZOZ pominięto kompetencje organu rejestrowego w przypadku, w którym np. samorząd terytorialny powołał uchwałą kierownika niespełniającego wymagań określonych w rozporządzeniu. Stosowne w takiej sytuacji (bądź pokrewnej) byłoby zaskarżenie uchwały samorządu, a w konsekwencji zastosowanie art. 15 ustawy o ZOZ. Niespełnienie przez kierownika wymogów będzie skutkowało naruszeniem zapisów art. 10 ustawy o ZOZ. Przepisy ustawy o ZOZ ani przepisy wykonawcze nie określają, jaką odpowiedzialność ponosi kierownik zakładu w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Kwestie te regulują dopiero przepisy prawa cywilnego i przepisy prawa karnego. Za udzielone świadczenia zdrowotne odpowiada osoba, która ich udzieliła. Kierownik (właściciel) jest również odpowiedzialny. Nie jest również określony status kierownika zakładu – trudno określić jego zadania i kompetencje. Jedynym dokumentem, który te kwestie będzie regulował jest statut zakładu. W statucie zakładu powinny być określone zadania, odpowiedzialność kierownika, sposób reprezentowania przez niego zakładu.

Organy rejestrowe coraz częściej napotykają na trudności związane z likwidacją zakładów opieki zdrowotnej. Nie do końca sprecyzowane zapisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej powodują rozbieżności dotyczące podejmowanych uchwał, terminów likwidacji i zakończenia działalności, przejęcia spraw majątkowych, spraw pracowniczych, a także wykreślenia z rejestru. Jednakże sprawy likwidacji zakładu opieki zdrowotnej zostaną poruszone w osobnej publikacji.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 366 z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 864 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. nr 44, poz. 520 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. nr 89, poz. 555 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz.U. nr 12, poz. 114 z późn. zm.).

Adres i Autora:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCyny RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Przyczyny zgłaszania się pacjentów do lekarza pierwszego kontaktu na Dolnym Śląsku

Reasons of appointments among patients
of general practitioners in Lower Silesia

DONATA KURPAS, ANDRZEJ STECIWKO

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie W pracy przedstawiono wyniki badań ankietowych dotyczących przyczyn zgłaszania się pacjentów do lekarzy pierwszego kontaktu na Dolnym Śląsku. Do najczęstszych należą: dolegliwości somatyczne (48,5%), przedłużenie terapii (29,6%), prośba o skierowanie do specjalisty (17,8%). Wyniki badań pomogą w przyszłości na ukierunkowanie profilu opieki podstawowej tak, aby stał się jak najbardziej bliski oczekiwaniom pacjentów.

Słowa kluczowe: przyczyny zgłoszeń, opieka podstawowa, lekarz pierwszego kontaktu.

Summary It was showed in the paper results of questionnaire research concerning reasons of appointments among patients of general practitioners in Lower Silesia. The most often are: somatic complaints (48.5%), prolongation of therapy (29.6%), referral to specialist (17.8%). The results will help in the future to guide a profile of primary care to meet patients' expectations.

Key words: reasons of appointments, primary care, general practitioner.

Wstęp

Rozwój medycyny rodzinnej, który jest celem reformy polskiego systemu ochrony zdrowia (Targets, 1991), jest trudny bez szczegółowej charakterystyki oczekiwań świadczeniobiorców, czyli pacjentów.

Konieczne jest między innymi określenie przyczyn zgłoszeń pacjentów do lekarzy pierwszego kontaktu, co umożliwi w przyszłości ustalenie profilu opieki podstawowej i jego ewentualną reorganizację tak, aby stał się w pełni wykładnikiem holistycznej opieki nad pacjentem, rodziną i społecznością.

Cel pracy

Celem pracy było określenie przyczyn zgłoszeń do lekarza pierwszego kontaktu pacjentów Dolnego Śląska pozostających pod opieką ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej we Wrocławiu,

miastach o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców, miastach o populacji poniżej 100 tysięcy mieszkańców oraz ośrodków wiejskich.

Materiał i metody

Badana populacja

Badania ankietowe przeprowadzono między wrześniem 2001 a marcem 2003 r. wśród pacjentów publicznych i niepublicznych zakładów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz indywidualnych praktyk lekarzy rodzinnych Wrocławia, losowo wybranych 2 miast województwa dolnośląskiego o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców, losowo wybranych 2 miast województwa dolnośląskiego o populacji mniejszej niż 100 tysięcy mieszkańców oraz losowo wybranych 3 wsi województwa dolnośląskiego.

Badaniami objęto około 60 tysięcy pacjentów, z czego kwestionariusz został wypełniony przez

1410 pacjentów losowo wybranych według doboru incydentalnego, zgodnie z wytycznymi Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS).

Pacjentów i kierowników badanych ośrodków uprzedzono o anonimowości wywiadu oraz dobrowolności udziału w badaniu, a także obszerności kwestionariusza.

Wywiad kwestionariuszowy przeprowadzono z pacjentem po opuszczeniu przez niego gabinetu lekarza.

Efekt ankierski i efekt respondencki został wykluczony poprzez szkolenia ankierów według wytycznych CBOS.

Wyniki

Pacjenci wypełnili 1410 ankiet, z czego dalszej analizie statystycznej poddano 1306 (współczynnik zwrotności: 92,62%). Zdyskwalifikowano 104 kwestionariusze ze względu na nieprawidłowe wypełnienie (brak zakreślonych odpowiedzi w większości pytań).

Ankiety zebrano od pacjentów 28 lekarzy z 24 ośrodków, w tym: 9 publicznych, 7 niepublicznych, 8 praktyk lekarzy rodzinnych. Pod względem lokalizacji były to ośrodki: 8 z Wrocławia, 6 z miejscowości o populacji powyżej 100 tysięcy, 4 o populacji poniżej 100 tysięcy oraz z 6 ośrodków wiejskich.

Pod względem płci badaną grupę stanowiło 66,3% kobiet, 33,7% mężczyzn. Rozkład procen-

towy pacjentów ze względu na płeć i położenie ośrodka POZ nie wykazał różnic istotnych statystycznie. W praktykach lekarzy rodzinnych statystycznie istotnie częściej ankietę wypełniały kobiety (70,2%).

Średni wiek ankietowanych wyniósł 46,2 lata (mediana 46 lat, SD = 16,1). Najstarsi pacjenci pochodzili z miejscowości o populacji powyżej 100 tysięcy (50,76 lat) i niepublicznych ośrodków POZ (48,32 lat), najmłodszy z miejscowości o populacji poniżej 100 tysięcy (40,94 lat) i publicznych ośrodków POZ (44,83 lat).

Przyczyny zgłoszeń

Analizę przyczyn zgłoszeń do lekarza pierwszego kontaktu w zależności od położenia i rodzaju ośrodka POZ przedstawia tabela 1.

Z powodu dolegliwości somatycznych zgłosiło się do lekarza 48,5% pacjentów. Nie wykazano zwiększonej częstości tych zgłoszeń w zależności od położenia i rodzaju ośrodka POZ. Przyczyny zgłoszeń do lekarza pierwszego kontaktu pacjentów z dolegliwościami somatycznymi wykazuje tabela 2. Najczęstszym problemem pacjentów był ból (35,8%), następnie choroby układu oddechowego (23,9%), po nich objawy ogólne, m.in. gorączka, kaszel, zawroty głowy (13,2%), rzadsze były dolegliwości mogące sugerować choroby kardiologiczne (5,3%), gastroenterologiczne (4,6%), dermatologiczne (2,9%), endokrynologiczne (2,75%), nefrologiczne (2,6%) czy neurologiczne

Tabela 1. Przyczyna zgłoszeń do lekarza pierwszego kontaktu w zależności od położenia i rodzaju ośrodka POZ

	Dolegliwości somatyczne * p = 0,130953 ** p = 0,147380		Recepta * p = 0,327907 ** p = 0,139100		Skierowanie do specjalisty * p = 0,147367 ** p = 2,42503E-6		Inne * p = 0,0230098 ** p = 0,0269000	
	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie
Wrocław*	52,4% (236)	47,6% (214)	28,4% (128)	71,6% (322)	19,8% (89)	80,2% (361)	8,2% (37)	91,8% (413)
Miejscowości > 100 tys.*	47,9% (126)	52,1% (137)	29,3% (77)	70,7% (186)	14,8% (39)	85,2% (224)	9,1% (24)	90,9% (239)
Miejscowości < 100 tys.*	48,1% (140)	51,9% (151)	27,5% (80)	72,5% (211)	20,3% (59)	79,7% (232)	14,8% (43)	85,2% (248)
Wieś*	43,7% (132)	56,3% (170)	33,8% (102)	66,2% (200)	15,2% (46)	84,8% (256)	8,9% (27)	91,1% (275)
Publiczne**	50,6% (202)	49,4% (197)	28,1% (112)	79,1% (287)	25,3% (101)	74,7% (298)	7,5% (30)	92,5% (369)
Niepubliczne**	44,9% (205)	55,1% (252)	33,0% (151)	67,0% (306)	17,1% (78)	82,9% (379)	12,9% (59)	87,1% (398)
Praktyka LR**	50,4% (227)	49,6% (223)	27,6% (124)	72,4% (326)	12,0% (54)	88,0% (396)	9,3% (42)	90,7% (408)
RAZEM	48,5% (634)	51,5% (672)	29,6% (387)	70,4% (919)	17,8% (233)	82,2% (1073)	10,0% (131)	90,0% (1175)

Tabela 2. Przyczyny zgłoszeń do lekarza pierwszego kontaktu z powodu dolegliwości somatycznych

Alergia (1,1%)	
astma (0,18%)	
Angiologiczne (0,55%)	
żylaki (0,55%)	
Ból (35,8%)	
ból barku (0,55%)	
ból biodra (0,18%)	
ból brzucha (6,42%)	
ból gardła (8,3%)	
ból głowy (3,5%)	
ból kolan (1,3%)	
ból kręgosłupa (7,2%)	
ból mięśni (0,9%)	
ból nóg (1,1%)	
ból ręki (0,18%)	
ból stawów (1,5%)	
ból ucha (1,8%)	
ból w klatce piersiowej (2,2%)	
ból zęba (0,18%)	
Dermatologiczne (2,9%)	
grzybica (0,18%)	
odcisk (0,18%)	
świąd (0,4%)	
wypadanie włosów (0,18%)	
wysypka (2,0%)	
Endokrynologiczne (2,75%)	
choroba tarczycy (0,7%)	
cukrzyca (1,7%)	
osteoporoza (0,4%)	
Gastroenterologiczne (4,6%)	
biegunka (1,5%)	
przepuklina (0,18%)	
wrzody (0,18%)	
zaparcie (1,1%)	
zatrucie pokarmowe (0,55%)	
Urologiczne (0,18%)	
zatrzymanie moczu (0,18%)	
Zakaźne (0,18%)	
HCV (0,18%)	
Inne (13,2%)	
chudnięcie (0,4%)	
drżenie rąk (0,4%)	
duszności (1,3%)	
gorączka (2,0%)	
kaszel (2,0%)	
	obrzęk kostek (0,4%)
	przykurcze w stawach ręki (0,18%)
	szum w uszach (0,18%)
	wymioty (0,7%)
	zawroty głowy (0,7%)
	złe samopoczucie (5,1%)
	złe wyniki badań (0,55%)
	Ginekologiczne (0,9%)
	Hematologiczne (0,18%)
	powiększony węzeł (0,18%)
	Kardiologiczne (5,3%)
	kołatania serca (0,7%)
	nadciśnienie (4,4%)
	Otorynolaryngologiczne (1,3%)
	chrypka (0,55%)
	niedosłuch (0,7%)
	Nefrologiczne (2,6%)
	pieczenie przy mikcji (0,55%)
	kamienie nerkowe (0,4%)
	krew w moczu (0,18%)
	zakażenia układu moczowego (0,7%)
	Neurologiczne (2,4%)
	nerwoból (1,1%)
	Ortopedyczne (0,18%)
	choroba zwyrodnieniowa stawów
	kręgosłupa (0,18%)
	Okulistyczne (0,18%)
	słaby wzrok (0,18%)
	Psychiatryczne (0,7%)
	depresja (0,4%)
	nerwica (0,4%)
	Pulmonologiczne/układu oddechowego (23,9%)
	zapalenie oskrzeli (0,55%)
	zapalenie tchawicy (0,18%)
	zapalenie zatok (0,18%)
	przeziębienie/grypa (22,9%)
	Urazy (1,1%)
	uraz nogi (0,4%)
	uraz oka (0,18%)
	uraz ręki (0,18%)
	złamanie kości przedramienia (0,18%)
	złamanie palca (0,18%)

(2,4%). Najrzadsze były objawy mogące sugerować choroby otorynolaryngologiczne (1,3%), urazy i alergie (po 1,1%), choroby ginekologiczne (0,9%), psychiatryczne (0,7%), angiologiczne (0,55%) oraz ortopedyczne, okulistyczne, urologiczne i zakaźne (po 0,18%).

W celu przedłużenia leczenia (wypisania recept na leki stale zażywane) zgłosiło się 29,6%. Przy analizie wyników w zależności od położenia i rodzaju ośrodka POZ, nie wystąpiły różnice istotne statystycznie w częstości zgłoszeń pacjentów w tym celu.

Aby uzyskać skierowanie do poradni specjalistycznej, do lekarza zgłosiło się 17,8% pacjentów. Nie stwierdzono statystycznie istotnych róż-

nic w częstości zgłoszeń w tym celu przy analizie wyników w zależności od położenia ośrodka POZ. Statystycznie istotnie częściej po skierowaniu do specjalisty zgłaszali się pacjenci publicznych ośrodków POZ (25,3%), najrzadziej – pacjenci praktyk lekarzy rodzinnych (12,0%).

Pacjenci zgłaszali się po skierowania do takich specjalistów, jak: laryngolog (16,3%), diabetolog (3,2%), ortopeda (14,5%), urolog (2,7%), chirurg (12,7%), stomatolog (2,3%), neurolog (9,5%), gastrolog, nefrolog (po 1,4%), okulista, endokrynolog (po 5,9%), pulmonolog (0,9%), kardiolog (5,4%), neurochirurg, specjalista chorób zakaźnych, ginekolog, hepatolog (po 0,4%), dermatolog, rehabilitant (po 4,5%), reumatolog (4,1%).

Do lekarza z powodów innych niż dolegliwości somatyczne, po skierowanie do specjalisty czy wypisanie recepty zgłosiło się 10,0% pacjentów. Statystycznie istotnie częściej zgłaszali się z tych powodów pacjenci praktyk z ośrodków o populacji poniżej 100 tys. (14,8%). Przy analizie częstości zgłoszeń w tym celu w zależności od rodzaju ośrodka nie wykazano różnic istotnych statystycznie.

Inne przyczyny zgłoszeń do lekarza POZ to: kontrolne badania laboratoryjne (17,8%), zaświadczenie o stanie zdrowia (14,4%), kontrolne badanie fizykalne (np. po chorobie) (13,6%), szczepienie (8,5%), skierowanie do sanatorium (7,6%), odebranie i interpretacja wyników (5,0%), badania okresowe, konsultacja po wizycie u specjalisty, w sprawie kontynuacji leczenia (4,2%), towarzyszenie osobie chorej (3,4%), profilaktyczne (osteoporoza), zwolnienie lekarskie, skierowanie na USG, zastrzyki dożylnie lub domięśniowe (po 2,5%), pomiar ciśnienia, bilans zdrowia, wykonanie EKG, skierowanie na RTG (po 1,7%), skierowanie na gastroscopię, inhalacje, kontrolne badanie ginekologiczne, zmiana opatrunku, usunięcie sączka z rany pooperacyjnej, wniosek o zaopatrzenie ortopedyczne (po 0,9%).

Dyskusja

Pierwsze dziesięć głównych przyczyn, które skłoniły pacjentów do zasięgnięcia opinii lekarza to:

1. ból (35,8%),
2. infekcje układu oddechowego (23,9%),
3. objawy ogólne: gorączka, złe samopoczucie itd. (13,2%),
4. przyczyny kardiologiczne: kołatanie serca, nadciśnienie (5,3%),
5. przyczyny gastroenterologiczne: biegunka, zaparcia, wymioty itd. (4,6%),
6. przyczyny dermatologiczne: wysypka, świąd itd. (2,9%),
7. przyczyny endokrynologiczne: cukrzyca, osteoporoza, choroby tarczycy (2,75%),

8. przyczyny nefrologiczne: infekcje, kamica itd. (2,6%),
9. przyczyny neurologiczne (2,4%),
10. przyczyny laryngologiczne: chrypka, niedosłuch (1,3%).

Powyższe dane pokrywają się częściowo z uzyskanymi w innych badaniach (Boland M, 1997; Gross DA, Zyzanski SJ, 1998; de Wit MAS, Koopmans MPG, 1999), m.in. według de Wit i wsp. (de Wit MAS, Koopmans MPG, 1999) główne przyczyny zgłoszeń do lekarzy holenderskich to:

1. kaszel, gorączka, ogólne osłabienie (8%),
2. prośba o zmierzenie ciśnienia tętniczego (5%),
3. ból (5%),
4. dolegliwości ze strony kończyny dolnej (2%),
5. obrzęk (1%),
6. dolegliwości ze strony gardła (1%),
7. miejscowe zaczerwienienie (1%),
8. duszność (1%),
9. świąd (1%),
10. zawroty głowy, nudności (1%).

Powyższe zmienne zależą jednak będą w stopniu znamionym od charakterystyki socjo-demograficznej pacjentów danego ośrodka POZ. Nie zmienia to jednak faktu, że jako najczęstszą przyczynę zgłoszeń nagłych, niezależnie od profilu populacji pacjentów, stanowi ból i objawy ogólnego pogorszenia samopoczucia (Boland M, 1997; Salmon P, Quine J, 1989; de Wit MAS, Koopmans MPG, 1999).

Wnioski

Z powodu dolegliwości somatycznych zgłosiło się do lekarza 48,5% badanych pacjentów (najczęściej publicznych ośrodków POZ i praktyk lekarzy rodzinnych), 29,6% w celu wypisania przez lekarza recepty (najczęściej niepublicznych ośrodków POZ), 17,8% – w celu uzyskania skierowania do specjalisty (najczęściej pacjenci publicznych ośrodków POZ).

Piśmiennictwo

1. *Targets for health for all. The health policy for Europe, 1991.* Copenhagen: WHO; 1991.
2. Boland M. Wyzwania dla medycyny rodzinnej. *Lek Rodz* 1997; 3: 8.
3. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47: 133–137.
4. de Wit MAS, Koopmans MPG, Kortbeek LM i wsp. *Interim report of a study on gastroenteritis in sentinel practices in the Netherlands (NIVEL) 1996–1999. Results of the first two years.* Bilthoven: National Institute of Public Health and The Environment; 1999.
5. Salmon P, Quine J. Patients' intentions in primary care: measurement and preliminary investigation. *Psychol Health* 1989; 3: 103–110.

Adres I Autora:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCyny RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Choroby przewlekłe wśród pacjentów lekarza pierwszego kontaktu na Dolnym Śląsku

Chronic diseases in patients of general practitioners in Lower Silesia

DONATA KURPAS, ANDRZEJ STECIWKO

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie W pracy przedstawiono wyniki badań ankietowych dotyczących chorób przewlekłych występujących wśród pacjentów lekarzy pierwszego kontaktu na Dolnym Śląsku. Do najczęstszych należą: nadciśnienie, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, cukrzyca, choroba wrzodowa dwunastnicy, choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych. Wyniki badań pomogą w przyszłości na ukierunkowanie profilu opieki podstawowej tak, aby stał się jak najbardziej bliski oczekiwaniom pacjentów.

Słowa kluczowe: choroby przewlekłe, opieka podstawowa, lekarz pierwszego kontaktu.

Summary It was showed in the paper results of questionnaire research concerning chronic diseases in patients of general practitioners in Lower Silesia. The most often are: arterial hypertension, degenerative vertebral disease, diabetes, duodenal ulcer, degenerative joint disease. The results will help in the future to guide a profile of primary care to meet patients' expectations.

Key words: chronic diseases, primary care, general practitioner.

Wstęp

Celem reformy polskiego systemu ochrony zdrowia jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa oraz efektywności działania opieki zdrowotnej przez rozwój jakości usług świadczonych w zakresie medycyny rodzinnej (Targets, 1991).

Wobec tych założeń jest niezbędne określenie profilu schorzeń, zwłaszcza przewlekłych, u pacjentów pozostających pod stałą i holistyczną opieką swoich lekarzy rodzinnych. Pozwoli to w przyszłości na ukierunkowanie profilu opieki podstawowej tak, aby stał się jak najbliższy oczekiwaniom świadczeniobiorców, czyli pacjentów.

Cel pracy

Celem pracy było określenie częstości schorzeń przewlekłych wśród pacjentów Dolnego Śląska pozostających pod opieką ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej we Wrocławiu, w mia-

stach o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców, w miastach o populacji poniżej 100 tysięcy mieszkańców oraz ośrodków wiejskich.

Materiał i metody

Badana populacja

Badania ankietowe przeprowadzono między wrześniem 2001 a marcem 2003 r. wśród pacjentów publicznych i niepublicznych zakładów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz indywidualnych praktyk lekarzy rodzinnych Wrocławia, losowo wybranych 2 miast województwa dolnośląskiego o populacji powyżej 100 tysięcy mieszkańców, losowo wybranych 2 miast województwa dolnośląskiego o populacji mniejszej niż 100 tysięcy mieszkańców oraz losowo wybranych 3 wsi województwa dolnośląskiego.

Badaniami objęto około 60 tysięcy pacjentów, z czego kwestionariusz został wypełniony przez 1410 pacjentów losowo wybranych według do-

Tabela 1. Samoocena stanu zdrowia w zależności od położenia i rodzaju ośrodka POZ

	Stan zdrowia (* p = 5,52274E-4, ** p = 1,32117E-14)				
	znakomity	bardzo dobry	dobry	wystarczający	słaby
Wrocław*	2,9% (13)	15,2% (68)	10,3% (173)	27,1% (121)	15,9% (71)
Miejscowości > 100 tys.*	2,7% (7)	14,2% (27)	38,8% (111)	19,2% (50)	25,3% (66)
Miejscowości < 100 tys.*	5,2% (15)	12,0% (41)	37,2% (107)	29,5% (85)	13,9% (40)
Wieś*	7,6% (23)	12,0% (36)	37,2% (110)	26,6% (80)	17,3% (52)
Publiczne**	10,8% (43)	17,4% (69)	39,8% (158)	20,9% (135)	19,1% (100)
Niepubliczne**	1,3% (6)	10,2% (46)	36,6% (166)	29,8% (135)	22,1% (100)
Praktyka LR**	2,0% (9)	12,8% (57)	39,7% (177)	26,5% (118)	19,1% (85)
RAZEM	4,5% (58)	13,3% (172)	38,7% (501)	25,9% (336)	17,7% (229)

boru incydentalnego, zgodnie z wytycznymi Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS).

Pacjentów i kierowników badanych ośrodków uprzedzono o anonimowości wywiadu oraz dobrowolności udziału w badaniu, a także obszerności kwestionariusza. Wywiad kwestionariuszowy przeprowadzono z pacjentem po opuszczeniu przez niego gabinetu lekarza.

Efekt ankieterski i efekt respondencki został wykluczony poprzez szkolenia ankieterów według wytycznych CBOS.

Wyniki

Pacjenci wypełnili 1410 ankiet, z czego dalszej analizie statystycznej poddano 1306 (współczynnik zwrotności: 92,62%). Zdyskwalifikowano 104 kwestionariusze ze względu na nieprawidłowe wypełnienie (brak zakreślonych odpowiedzi w większości pytań).

Ankiety zebrano od pacjentów 28 lekarzy z 24 ośrodków, w tym: 9 publicznych, 7 niepublicznych, 8 praktyk lekarzy rodzinnych. Pod względem lokalizacji były to ośrodki: 8 z Wrocławia, 6 z miejscowości o populacji powyżej 100 tysięcy, 4 o populacji poniżej 100 tysięcy oraz z 6 ośrodków wiejskich.

Pod względem płci badaną grupę stanowiło 66,3% kobiet, 33,7% mężczyzn. Rozkład procentowy pacjentów ze względu na płeć i położenie ośrodka poz nie wykazał różnic istotnych statystycznie. W praktykach lekarzy rodzinnych statystycznie istotnie częściej ankietę wypełniały kobiety (70,2%).

Średni wiek ankietowanych wyniósł 46,2 lata (mediana 46 lat, SD = 16,1). Najstarsi pacjenci

pochodzili z miejscowości o populacji powyżej 100 tysięcy (50,76 lat) i niepublicznych ośrodków poz (48,32 lat), najmłodszy z miejscowości o populacji poniżej 100 tysięcy (40,94 lat) i publicznych ośrodków poz (44,83 lat).

Samoocena stanu zdrowia pacjentów

Swoje zdrowie jako dobre ocenia 38,7% pacjentów, 25,9% jako wystarczające, 17,7% jako słabe, 13,3% jako bardzo dobre i 4,5% jako znakomite.

Tabela 2. Obecność chorób przewlekłych w zależności od położenia i rodzaju ośrodka POZ

	Choroby przewlekłe * p = 4,26770E-13 ** p = 1,12848E-10	
	tak	nie
Wrocław*	51,6% (218)	48,4% (232)
Miejscowości > 100 tys.*	39,5% (104)	60,5% (159)
Miejscowości < 100 tys.*	25,8% (75)	74,2% (216)
Wieś*	30,5% (92)	69,5% (210)
Publiczne**	27,6% (110)	72,4% (289)
Niepubliczne**	49,9% (228)	50,1% (229)
Praktyka LR**	36,7% (165)	63,3% (285)
RAZEM	38,5% (503)	61,5% (803)

Tabela 3. Choroby przewlekłe w badanej populacji

Alergologiczne (4,8%)	zapalenie dróg moczowych (0,16%)
astma oskrzelowa (3,2%)	
Angiologiczne (4,0%)	Neurologiczne (4,16%)
niedokrwienie kończyn	neuralgia międzyżebrowe (0,32%)
dolnych (0,48%)	neurologiczne inne (0,48%)
zapalenie żył (2,4%)	niedotlenienie mózgu (0,16%)
głębokich (0,48%)	niedowład kończyn (0,16%)
zatorowość płuc (0,16%)	padaczka (0,32%)
żylaki (0,8%)	porażenie nerwu twarzowego (0,16%)
przełyku (0,16%)	przepuklina oponowo-rdzeniowa
podudzi (0,16%)	u dziecka (0,16%)
żylaki odbytu (0,16%)	przepuklina rdzenia kręgowego (0,16%)
Dermatologiczne (0,48%)	przewlekłe bóle głowy (1,6%)
łuszczyca (0,32%)	SM (0,16%)
tłuszczaki (0,16%)	udar (0,64%)
Endokrynologiczne (13,9%)	wodogłowie (0,16%)
cukrzyca (8,32%)	Okulistyczne (2,08%)
osteoporoza (0,96%)	jaskra (1,28%)
nadczynność przysadki (0,16%)	zaćma (0,64%)
choroby tarczycy (4,48%)	zespół suchego oka (0,16%)
wole (0,32%)	Onkologiczne (2,56%)
guzki (0,32%)	jelita grubego (0,48%)
nadczynność (1,28%)	narządu rodniego (0,16%)
zapalenie (0,16%)	piersi (0,32%)
Gastroenterologiczne (10,24%)	żołądka (0,32%)
choroby trzustki: zapalenie (1,28%)	Ortopedyczne (19,04%)
choroby przełyku, żołądka, dwunastnicy (5,28%)	amputacja palców (0,16%)
choroba wrzodowa dwunastnicy (4,16%)	choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa (8,96%)
zapalenie przełyku i żołądka (0,16%)	choroba zwyrodnieniowa stawów
refluks żołądkowo-przełykowy (0,48)	obwodowych (4,16%)
zapalenie jelita grubego (0,32%)	skolioza (0,32%)
kamica pęcherzyka żółciowego (1,44%)	skręcenie stawu skokowego (0,16%)
stan po zapaleniu otrzewnej (0,16%)	stan po operacji
przepuklina przełykowa (0,16%)	stawu kolanowego (0,16%)
choroby wątroby (1,6%)	kręgosłupa (0,48%)
marskość (0,32%)	stan po złamaniu (1,92%)
wzw (0,64%)	kończyny dolnej (1,44%)
B (0,32%)	szyjki kości udowej (0,32%)
C (0,32%)	urazy komunikacyjne (0,96%)
Ginekologiczne (0,8%)	zapalenie stawów (0,8%)
Hematologiczne (0,48%)	Otorynologiczne (1,6%)
anemia (0,16%)	niedosłuch (0,16%)
czerwienica (0,16%)	przewlekłe zapalenie ucha środkowego (0,48%)
powiększenie węzłów chłonnych szyi (0,16%)	przewlekłe zapalenia migdałków (0,16%)
Kardiologiczne (24,48%)	przewlekła zapalenie gardła (0,32%)
arytmie (0,64%)	przewlekłe zapalenia śluzówek nosa (0,16%)
choroba niedokrwienności serca (6,08%)	przewlekłe zapalenie zatok (0,32%)
nadciśnienie (16,48%)	Powikłania (0,32%)
niedomykalność zastawek (0,16%)	infekcja gronkowcowa po złamaniu (0,16%)
niewydolność krążenia (0,96%)	uszkodzenie nerwów po operacji ślinianki
zapalenie mięśnia sercowego (0,16%)	podżuchwowej (0,16%)
zawał (1,28%)	Psychiatryczne (1,44%)
Metaboliczne (0,64%)	depresja (0,48%)
hipercholesterolemia (0,64%)	nerwica (0,8%)
Nefrologiczne (4,16%)	zespół paranoidalny (0,16%)
choroby nerek (2,88%)	Reumatologiczne (1,44%)
przewlekła niewydolność (0,48%)	rzs (1,28%)
przewlekłe zapalenie (1,44%)	toczeń układowy (0,16%)
odmiedniczkowe (0,16%)	Urologiczne (1,6%)
kłębkowe (0,16%)	przerost gruczołu krokowego (1,44%)
wielotorbielowatość nerek (0,16%)	Zakaźne (0,48%)
kamica układu moczowego (1,12%)	borelioza (0,16%)
	wirusowe zapalenie opon mózgowych (0,32%)

Rozkłady oceny zdrowia pacjentów zależą od położenia ośrodka POZ i jego rodzaju. Zdecydowanie najczęściej pojawia się ocena „dobre”, a najrzadziej „znakomite”. Najczęściej na „słabe” zdrowie skarżą się mieszkańcy w miejscowościach o populacji powyżej 100 tys. (25,3%) i niepublicznych ośrodkach poz (22,1%), a najrzadziej w miejscowościach poniżej 100 tys. (13,9%) i publicznych ośrodkach poz (11,1%). Jako „znakomite” oceniają swoje zdrowie najczęściej mieszkańcy wsi (7,6%) i publicznych ośrodków poz (10,8%), najrzadziej – mieszkańcy miejscowości o populacji powyżej 100 tys. (2,7%) i niepublicznych ośrodków poz (1,3%) (tab. 1).

Schorzenia przewlekłe

Z powodu chorób przewlekłych leczy się 38,5% pacjentów, najczęściej w ośrodkach wrocławskich (51,6%) i niepublicznych ośrodkach poz (49,9%). Największy odsetek pacjentów bez chorób przewlekłych występuje w praktykach położonych w miejscowościach o populacji poniżej 100 tys. (74,2%) i w publicznych ośrodkach poz (72,4%) (tab. 2).

Choroby przewlekłe podawane przez pacjentów przedstawia tabela 3.

Najczęściej pacjenci skarżą się na przewlekłe schorzenia kardiologiczne (24,48%) i kolejno ortopedyczne (19,04%), endokrynologiczne (13,9%), gastroenterologiczne (10,24%), rzadziej – alergologiczne (4,8%), nefrologiczne i neurologiczne (po 4,16%) oraz angiologiczne (4,0%).

Do najrzadszych należą choroby onkologiczne (2,56%), okulistyczne (2,08%), otorynolaryngolo-

giczne i urologiczne (po 1,6%) oraz reumatologiczne i psychiatryczne (po 1,44%), ginekologiczne (0,8%), metaboliczne (0,64%), dermatologiczne, hematologiczne, zakaźne (po 0,48%) oraz powikłania zabiegów operacyjnych i infekcji (0,32%).

Dyskusja

Powyższe dane pokrywają się częściowo z uzyskanymi w innych badaniach (Boland M, 1997; Gross DA, Zyzanski SJ, 1998; de Wit MAS, Koopmans MPG, 1999), m.in. według de Wit i wsp. (de Wit MAS, Koopmans MPG, 1999) główne choroby przewlekłe, z którymi zgłaszają się pacjenci to: nadciśnienie tętnicze (5%), cukrzyca (1%), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (2%), choroba niedokrwienności serca (1%), niewydolność serca (1%).

Powyższe zmienne zależą jednak będą w stopniu znamionym od charakterystyki socjodemograficznej pacjentów danego ośrodka poz. Tam, gdzie pacjenci są młodszy, odsetek schorzeń układu sercowo-naczyniowego i mięśniowo-szkieletowego będzie niższy.

Wnioski

Pacjenci najczęściej podawali jako choroby przewlekłe, z powodu których zgłaszają się do lekarza pierwszego kontaktu: nadciśnienie tętnicze (16,48%), chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa (8,96%), cukrzycę (8,32%), chorobę wrzodową dwunastnicy (5,28%), chorobę zwyrodnieniową stawów obwodowych (4,16%).

Piśmiennictwo

1. *Targets for health for all. The health policy for Europe, 1991.* Copenhagen: WHO; 1991.
2. Boland M. Wyzwania dla medycyny rodzinnej. *Lek Rodz* 1997; 3: 8.
3. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47: 133–137.
4. de Wit MAS, Koopmans MPG, Kortbeek LM i wsp. *Interim report of a study on gastroenteritis in sentinel practices in the Netherlands (NIVEL) 1996–1999. Results of the first two years.* Bilthoven: National Institute of Public Health and The Environment; 1999.
5. Salmon P, Quine J. Patients' intentions in primary care: measurement and preliminary investigation. *Psychol Health* 1989; 3: 103–110.

Adres I Autora:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Poziom świadomości zdrowotnej mieszkańców Dolnego Śląska – znajomość i samoocena podstawowych wskaźników zdrowia

Health consciousness level of Lower Silesia citizens –
self-knowledge about fundamental health coefficients

MARIOLA SEŃ¹, ANDRZEJ STECIWKO², JOANNA ŻÓRAWSKA²

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr Iwona Taranowicz

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Dostateczna świadomość zdrowotna jest warunkiem dbałości pacjentów o swoje zdrowie oraz przejawiania przez nich zachowań uznawanych za prozdrowotne. Zachęca ich do systematycznych pomiarów wartości podstawowych parametrów zdrowia (ciśnienie tętnicze krwi, masa ciała, stężenia cholesterolu całkowitego w surowicy krwi). Dokonywanie systematycznych pomiarów podstawowych wskaźników zdrowia jest najprostszą i podstawową metodą zapobiegania poważnym schorzeniom, m.in. chorobom układu krążenia, chorobom związanym z otyłością. Zespół POZ (lekarz i pielęgniarki) powinien nie tylko dokonać pomiaru danego parametru, lecz również omówić jego wynik, poinformować o zagrożeniach wynikających z posiadania podwyższonych wartości tych parametrów, gdyż wielu pacjentów nie zna norm i jest nieświadomych ryzyka stąd wynikającego. Niezbędne jest również poinformowanie o zależnościach między przejawianymi zachowaniami w zakresie stylu życia a wartościami określonych wskaźników zdrowia.

Słowa kluczowe: świadomość zdrowotna pacjentów, wskaźniki zdrowia, ciśnienie tętnicze krwi, BMI, poziom cholesterolu.

Summary Sufficient wholesome consciousness is condition of care of patients about one's health. It encourages them to systematic measurements of value of basic parameters of health (arterial pressure of blood, mass of bodies, concentrations of total cholesterol in serum of blood). Making of systematic measurements of basic coefficients of health is straightest and basic method of prevention serious illnesses for example diseases of cardiovascular system, diseases connected with obesity. Team of GP should (doctor and nurses) not only to execute measurement of given parameter but also to talk over his result, to inform about resulting threats from possession of raised value of this parameters, because many patients it does not know norms and it is unaware risks from here resulting. Indispensable informing about dependences among manifested maintenances in range of style of life is also and value of definite coefficients of health.

Key words: wholesome consciousness of patients, coefficients of health, arterial pressure, BMI, level of cholesterol.

Wstęp

Nowocześnie pojmowana edukacja zdrowotna skierowana jest na zmianę zachowań osób w kontekście ich społeczno-ekonomicznych i środowiskowych uwarunkowań i polega na przekazywaniu informacji o zdrowiu, o problemach związanych ze zdrowiem i umiejętności radzenia sobie z nimi (Kawczyńska-Butrym Z,

1995; Kawczyńska-Butrym Z, 1999; Rywik S, 1999; Słońska Z, 1999; Szczerbińska K, 2001). Poprzez kształtowanie właściwych postaw i zachowań zdrowotnych każdy indywidualnie może dbać o stan swojego zdrowia i jakość życia. Edukacja zdrowotna jest podstawowym działaniem zwiększającym świadomość w zakresie możliwości poprawy zdrowia i jakości życia.

Świadomość zdrowotną wśród pacjentów moż-

na m.in. ocenić na podstawie znajomości podstawowych parametrów zdrowia, takich jak ciśnienie tętnicze krwi, masa ciała, stężenie cholesterolu całkowitego w surowicy krwi oraz umiejętności ich samooceny. Poznanie podstawowych norm oraz zagrożeń wynikających z ich podwyższenia, a także wpływu na ich wartość określonych elementów stylu życia, jest niezbędna do mobilizacji pacjentów do dbania o własne zdrowie (Blik B, 2001; Jethon Z, 1997; Kicbusch J, 1986; Łuczak JR, 1999).

Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej konieczne jest nie tylko regularne dokonywanie pomiarów powyższych parametrów, ale również omawianie ich wyników z pacjentem (niezależnie od wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania), co pozwala na pogłębienie świadomości zdrowotnej oraz na kształtowanie zdrowego stylu życia, zwalczanie czynników ryzyka i wczesne wykrywanie osób zagrożonych wystąpieniem chorób układu krążenia (m.in. nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy) i chorób związanych z otyłością oraz ich powikłań (Jethon Z, 1997; Karski JB, 1999; Prewencja w podstawowej opiece zdrowotnej, Łódź, 1995; Rywik S, 1999). Nieznajomość i nieumiejętność oceny powyższych wskaźników zdrowia, jak również niewiedza na temat wpływu stylu życia (diety, aktywności fizycznej, palenia papierosów, picia alkoholu) na wartość podstawowych parametrów przyczynia się do występowania zachowań o negatywnych skutkach zdrowotnych. Informowanie o zagrożeniu wynikającym z posiadania podwyższonych wartości określonego parametru w jednakowym stopniu osób chorych, jak i niewykazujących oznak choroby może wpływać na modyfikację stylu życia i dbałość o swoje zdrowie oraz stosowanie się do zaleceń lekarza (Czerniawska O, 1992; Health Promotion, Public Health Reviews, 1986; Łuczak JR, 1999; Słońska Z, 1999). Niedostateczny poziom wiedzy dotyczącej zdrowia i czynników je warunkujących może wywoływać u pacjentów niepokój związany ze swoim stanem zdrowia, np. występowanie nieznacznie podwyższonego poziomu cholesterolu całkowitego w surowicy krwi bez podwyższonych wartości pozostałych wskaźników zdrowia nie jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia i może zostać zniwelowane poprzez zmianę sposobu odżywiania pacjenta. Informacja ustna poparta materiałami edukacyjnymi w formie ulotki czy broszury może przynieść pozytywne efekty i doprowadzić do zmiany zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne (Czerniawska O, 1992; Gniazdowski A i wsp., 1990; Jethon Z, 1997; Łuczak JR, 1999).

Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów w społeczeństwie polskim. Do tej grupy schorzeń zalicza się m.in. nadciśnienie tętnicze. Podstawową metodą diagnozowania nadci-

śnienia tętniczego jest pomiar ciśnienia tętniczego krwi (Cybulska B i wsp., 2000; Jethon Z, 1997; Narkiewicz K i wsp., 2000, Prewencja w podstawowej opiece zdrowotnej, Łódź 1995; Rywik S, 1999). Regularne pomiary ciśnienia tętniczego krwi już od wczesnej młodości są podstawą profilaktyki pierwotnej chorób układu krążenia i może przyczynić się do zapobieżenia lub zmniejszenia późnych konsekwencji choroby (udar mózgu, niewydolność krążenia), a także umieralności. Zwalczanie czynników ryzyka, promowanie zdrowego stylu życia oraz wykrywanie osób z grup ryzyka jest niezbędne do ograniczenia występowania chorób układu krążenia, chorób związanych z otyłością itp. (Cybulska B i wsp., 2000; Narkiewicz K, 2000; Prewencja w podstawowej opiece zdrowotnej, Łódź 1995; Rywik S, 1999; Szczęch R, 2001).

Nadciśnienie tętnicze często współistnieje z nadwagą i podwyższonym stężeniem cholesterolu we krwi. Stwierdzono, że nadwaga występuje u około 70% chorujących na nadciśnienie tętnicze, a hipercholesterolemia u około 20%. Profilaktyka nadciśnienia tętniczego powinna obejmować nie tylko pomiar ciśnienia tętniczego krwi, lecz także pomiar wagi ciała oraz stężenia cholesterolu (Ostrowska A, 1999; Rywik S i wsp., 1996). Pacjent otyły lub pacjent z nadwagą podejmie działania mające na celu redukcję masy ciała, gdy zostanie poinformowany o konsekwencjach zdrowotnych wynikających ze zbyt dużej masy ciała. Stwierdzono, że redukcja masy ciała o 10% u osób z otyłością powoduje m.in. zmniejszenie umieralności ogólnej o ponad 20%, obniżenie ciśnienia tętniczego skurczowego o 10 mm Hg, a rozkurczowego o 20 mm Hg oraz zmniejszenie stężenia cholesterolu całkowitego o 10% (Narkiewicz K i wsp., 2000).

Nadmierne spożycie soli, tłuszczów zwierzęcych, palenie papierosów oraz mała aktywność fizyczna wpływają na podwyższenie wartości podstawowych parametrów zdrowia. Dlatego też niezmiernie ważne jest informowanie pacjentów o związku zachodzącym między zmniejszeniem spożycia soli, tłuszczów zwierzęcych, zaprzestaniem palenia papierosów i prowadzeniem aktywnego trybu życia a obniżeniem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia lub zmniejszeniem ich nasilenia.

Pacjent, który jest tylko biernym odbiorcą poleceń lekarskich, często nie widzi sensu zastosowania się do nich lub stosuje je wybiórczo. Natomiast pacjent świadomy chętnie bierze czynny udział w terapii.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena poziomu świadomości zdrowotnej wśród pacjentów szpitali Dolnego

Śląska na podstawie znajomości i samooceny podstawowych parametrów zdrowia, takich jak: ciśnienie tętnicze krwi, masa ciała i stężenie cholesterolu całkowitego w surowicy krwi.

Badana grupa

Badania przeprowadzono wśród dorosłych pacjentów z losowo wybranych szpitali ogólnych województwa dolnośląskiego w okresie od kwietnia do grudnia 2001 r. W badaniach uczestniczyło 763 pacjentów, wśród których kobiety stanowiły 79,2%, a mężczyźni 27,1%. Większość respondentów (62,3%) to osoby młode, od 18 do 44 roku życia łącznie. 489 osób to osoby żyjące w związku małżeńskim. 57,3% miało wykształcenie średnie, 19% wykształcenie wyższe, 6,3% zawodowe, a pozostałe osoby podstawowe lub niepełne podstawowe (17,4%).

Ponad 60% pacjentów było czynnych zawodowo i jako źródło utrzymania podawało wynagrodzenie z tytułu pracy, 19% to renciści i emeryci.

57,9% to mieszkańcy dużego miasta, 13,5% badanych pochodziło z wiosek, a pozostali (28,6%) zamieszkiwali w małych i średnich miastach.

Metoda

Respondenci udzielali odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety dotyczącej znajomości podstawowych wskaźników zdrowia, możliwości dokonania ich pomiaru, znajomości norm oraz wpływu stylu życia na ich wysokość. W ocenie uzyskanych wyników uwzględniono status społeczno-ekonomiczny (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, sytuację materialną, miejsce zamieszkania) ankietowanych, gdyż jest to czynnik istotnie wpływający na poziom świadomości i styl życia (Nowakowski W, 2000; Ostrowska A, 2000; Ostrowska A, 1999a, 1999b).

Wyniki i ich omówienie

Przy ocenie ciśnienia tętniczego krwi za podwyższone uznano wartości równe i powyżej 140/90 mm Hg. Do oceny stopnia otyłości użyto wskaźnika masy ciała (BMI – Body Mass Index), czyli wskaźnik Quelteta. BMI w granicach od 20,0 do 24,9 oznacza masę ciała prawidłową, 25–29,9 nadwagę, 30–39,9 otyłość, a większy lub równy 40 ciężką otyłość. Za prawidłowe stężenie cholesterolu całkowitego w surowicy krwi uznano wartości < 200 mg/dl, za umiarkowanie podwyższone 200–249 mg/dl, a za znacznie podwyższone > 250 mg/dl.

Nie każdy ankietowany znał wartości swojego ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, wzrostu i stężenia cholesterolu całkowitego w surowicy krwi. Wśród osób znających powyższe parametry znaczna część nie umiała ich odnieść do obowiązujących norm, czyli obiektywnie ocenić.

Wśród badanych pacjentów szpitali Dolnego Śląska wysokość swojego ciśnienia tętniczego krwi umiało określić 77,6%, masę ciała 95,2%, a poziom cholesterolu 27,8%.

U co piątego badanego stwierdzono podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, w tym u 30,1% mężczyzn i u 25,1% kobiet. W tej grupie co trzecia osoba była pewna, że jest ono w normie, a co dziesiąta nie umiała ocenić, czy jest ono prawidłowe. Jedynie 23,5% kobiet i 30,2% mężczyzn odpowiedziało, że lekarz POZ dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego podczas każdego badania, a spośród nich 46,3% kobiet i 49,7% mężczyzn twierdzi, że lekarz omówił wynik pomiaru. W grupie wiekowej do 45 r.ż. co piąta osoba nie została poinformowana o rezultacie dokonanego pomiaru, a wśród osób powyżej 45 r.ż. co dziesiąta. Spośród osób z nadwagą częściej niż co piąty pacjent (23,7%) twierdził, iż jego waga jest prawidłowa, tyleż samo nie potrafiło ocenić, czy jego masa ciała odbiega od normy (zależności te były istotne statystycznie $P < 0,001$). Jedynie u 28% ankietowanych, w tym 26,7% kobiet i 31,5% mężczyzn, dokonano pomiaru wagi i wzrostu w placówce POZ, w której się leczą. Lekarz pierwszego kontaktu omówił wynik pomiaru wagi tylko u 31,3% badanych.

Podwyższony poziom cholesterolu jest istotnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia (Rywik S, 1999). W grupie osób z podwyższonym stężeniem cholesterolu całkowitego w surowicy krwi prawie co trzecia była pewna, że jest on prawidłowy.

Tabela 1. Znajomość i ocena wskaźników zdrowia

		Ciśnienie tętnicze krwi	Masa ciała	Stężenie cholesterolu całkowitego
Pacjent zna wartość		77,6%	95,2%	27,8%
Pacjent ma wartości podwyższone	M	30,1%	57,6%	48,3%
	K	17,5%	42,5%	42,5%
Lekarz omówił wynik pomiaru		47,2%	31,3%	21,4%

K – kobiety, M – mężczyźni.

Wynik pomiaru tego parametru lekarz pierwszego kontaktu omówił jedynie u 21,4% respondentów, w tym u 22,1% kobiet i 19,7% mężczyzn. Tylko połowa pacjentów twierdziła, iż może skontrolować poziom stężenia cholesterolu w placówce POZ.

W grupie ankietowanych z niższym poziomem wykształcenia częściej obserwowano nieprawidłowe wartości podstawowych wskaźników zdrowia, nieumiejętność ich oceny oraz występowanie zachowań o negatywnych skutkach zdrowotnych (palenie papierosów, nieprawidłowe odżywianie, częste picie alkoholu, mała aktywność fizyczna).

Wśród osób młodych (między 18–35 r.ż.) rzadko dokonywano pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, pomiarów antropometrycznych i poziomu cholesterolu całkowitego w surowicy, a jeszcze rzadziej je interpretowano. Zaobserwowano również związek między występowaniem podwyższonych wartości podstawowych wskaźników zdrowia a zmiennymi określającymi położenie społeczno-demograficzne badanych. Nadwagę lub otyłość, podwyższone ciśnienie tętnicze oraz hipercholesterolemię częściej obserwowano u mężczyzn, osób starszych, pozostają-

cych w związku małżeńskim, z niskim poziomem wykształcenia.

Wnioski

1. W badanej populacji stwierdzono rozbieżność pomiędzy znajomością podstawowych parametrów zdrowia a właściwą ich oceną w odniesieniu do norm, co świadczy o niewystarczającej świadomości zdrowotnej pacjentów.
2. Nieznajomość i nieumiejętność oceny powyższych parametrów w dużym stopniu wynika z braku ich systematycznych pomiarów na poziomie POZ oraz rzadkiego omawiania ich rezultatów.
3. Kontrola i interpretacja podstawowych wskaźników zdrowia na poziomie POZ wykonywana była najczęściej u osób starszych.
4. W zwalczaniu chorób układu krążenia i ich czynników ryzyka ważne jest dbanie o pogłębienie świadomości zdrowotnej pacjentów. Zbyt niska świadomość zdrowotna pacjentów nie sprzyja prowadzeniu efektywnej profilaktyki i promocji zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Blik B. *Koncepcja promocji zdrowia*. [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. T. 2. Czupryna A i wsp. (red.). Kraków: Vesalius; 2001: 207–248.
2. Cybulska B, Adamus J i wsp. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. Rekomendacje Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Kardiologia Pol* 2000; 53(Supl. I): 6.
3. Czerniawska O. *Poradnictwo jako swoista metoda wspierania wychowania*. [w:] *Wprowadzenia do pedagogiki dorosłych*. Wujek T (red.). Warszawa; 1992.
4. *Deklaracja Dżakarcka na temat wprowadzenia promocji zdrowia w XXI wiek przyjęta na IV Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, 21–25 czerwca 1997 r., Dżakarta*. [w:] *Promocja Zdrowia*. Wydanie nowe. Karski JB (red.). Warszawa; 1999: 484–487.
5. Gniazdowski A (red.). *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera; 1990.
6. Health Promotion. A discussion document of the concept and principles. *Public Health Reviews* 1986; 3–4.
7. Jethon Z. *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: PZWL; 1997.
8. Karski JB. Rozwój idei promocji zdrowia. *Lider* 1999; 6: 7–13.
9. Kawczyńska-Butrym Z. *Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego*. Warszawa: PZWL; 1995.
10. Kawczyńska-Butrym Z. Pielęgniarstwo rodzinne w Polsce w XXI wieku. *Pielęgniarstwo* 2000 1999; 1(42): 34–48.
11. Kickbusch J. Life style and health. *Soc Sc Med* 1986; 2: 22.
12. Kickbusch J. *Action on health promotion. Approaches to Advocacy and Implementation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1991.
13. Koziarkiewicz A. Znaczenie wybranych wskaźników dla podejmowania decyzji w ochronie zdrowia. Cz. I. *Zdrowie Publiczne* 2000; 110(Supl. 1): 7–13.
14. Łuczak JR. Lekarz rodzinny i jego pacjent w zmieniającym się otoczeniu. *Zdrowie i Zarządzanie* 1999; 1(5): 10–14.
15. Narkiewicz K, Szczęch R, Krupa-Wojciechowska B. Stanowisko WHO/ISO 1999 dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego. *Kardiologia Pol* 2000; 52: 391.
16. Nowakowski W. Wykształcenie – najsilniejszy determinant czynników ryzyka w chorobach serca (na przykładzie byłego województwa wrocławskiego i toruńskiego). *Czynniki Ryzyka* 2000; 2–3: 84–89.
17. Ostrowska A. Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 2000; 7(19): 46–65.
18. Ostrowska A. *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: IFiS PAN; 1999.
19. Ostrowska A. Płeć jako czynnik zróżnicowania zdrowia społeczeństwa. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 1999; 6(16): 48–47.

20. *Prewencja w podstawowej opiece zdrowotnej. Przewodnik dla lekarzy rodzinnych i studentów*. CINDI, WHO, Łódź: Europejskie Biuro Regionalne; 1995.
21. Puchalski K. Kryteria zdrowia w świadomości potocznej. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 1994; 1(1–2): 63–69.
22. Rywik S. *Promocja zdrowia w zagrożeniach zdrowotnych układu krążenia*. [w:] *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Karski JB (red.). Warszawa: Ignis; 1999: 94–107.
23. Rywik S, Broda G, Piotrowski W i wsp. Epidemiologia chorób układu krążenia – Program Pol-MONICA, Warszawa. *Kardiologia Pol* 1996; 44(Supl. II): 7–36.
24. Słoińska Z. *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*. [w:] *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Karski JB (red.). Warszawa: Ignis; 1999: 304–319.
25. Szczerbińska K. *Organizacja edukacji zdrowotnej pacjentów*. [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. T. 2. Czupryna A, Paździoch S, Ryś A, Włodarczyk CW (red.). Kraków: Vesalius; 2001: 249–266.
26. Szczęch R, Grodzicki T, Narkiewicz K. Edukacja chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 2001; 7(20): 7–25.

Adres I Autora:

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Zdrowia Publicznego AM

ul. Bartla 5

51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCyny RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Profilaktyka w pracy zespołu podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Dolnego Śląska na podstawie badań ankietowych

Prophylaxis in primary health care team's activities in the Lower Silesia region: a questionnaire survey

MARIOLA SEN¹, ANDRZEJ STECIWKO², JOANNA ŻÓRAWSKA²

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: Iwona Taranowicz

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie Do zadań podstawowej opieki zdrowotnej, poza diagnozowaniem i leczeniem, należy także działalność w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Działania te pozwalają na zmniejszenie częstości występowania określonych chorób i ich następstw przez identyfikację i redukcję czynników ryzyka, podnoszą świadomość zdrowotną w społeczeństwie, a także pozwalają ludziom na zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Celem profilaktyki chorób, zależnie od jej fazy, jest identyfikacja i eliminacja określonych czynników ryzyka zanim jeszcze wystąpią pierwsze symptomy choroby (profilaktyka I fazy), rozpoznawanie i leczenie choroby w jej wczesnym okresie (profilaktyka II fazy) oraz niedopuszczenie do powstania powikłań w wyniku choroby (profilaktyka III fazy). Do działań w zakresie profilaktyki pierwszego rzędu możemy zaliczyć szczepienia ochronne, również te proponowane poza kalendarzem szczepień. Udział lekarzy i pielęgniarek POZ w zapobieganiu chorobom zakaźnym będzie polegał w tym przypadku nie tylko na wykonywaniu tych szczepień, ale przede wszystkim na ich propagowaniu (np. przeciwko WZW typu B, grypie i innych) wśród podopiecznych. Do profilaktyki drugorzędowej natomiast możemy zaliczyć m.in. badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi i szyjki macicy u kobiet. Nowotwory sutka i szyjki macicy stanowią 40% nowotworów u kobiet (Polski Komitet zwalczania Raka Piersi, Szarkowska E, 2003). Od lekarzy i pielęgniarek na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oczekuje się dużej aktywności w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych u kobiet poprzez rozmowy, porady, zachęcanie kobiet do samobadania piersi, kierowanie na badanie mammograficzne w uzasadnionych przypadkach, organizowanie punktów samobadania piersi na terenie placówek POZ oraz na edukowaniu w zakresie zmiany stylu życia, gdy jest to konieczne. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują jednak, że aktywność lekarzy i pielęgniarek na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce chorób zakaźnych oraz chorób nowotworowych sutka i szyjki macicy u kobiet należy uznać za niewystarczającą.

Słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna, promocja zdrowia, profilaktyka chorób.

Summary Tasks of primary health care include not only diagnosis and treatment but also health promotion and disease prevention. These activities allow reducing the prevalence of specific disease and their after-effects through identification and reduction of risk factors. They also contribute to a rise in public awareness about health and to an increased control of people's own health. The aim of disease prevention is, depending on its stage, an identification and reduction of specific risk factors to avoid disease before it starts (primary prevention), diagnosis and treatment of the disease at its early stage (secondary prevention), and counteracting the development of complications (tertiary prevention). Primary prevention includes prophylactic vaccination (compulsory or non-compulsory). Secondary prevention may involve screening programs designed specifically to find cancer early (e.g. breast or cervical cancers in women). Carcinoma of the breast and cervix accounts for 40% of all malignancies in women. Primary care physicians and nurses are expected to be very active in cancer prophylaxis in women through patient education, counseling, encouraging patients to self-exam of the breast and to change their life styles, by referral for mammography, etc. Another important task is also prophylaxis of communicable disease and their complications, e.g. through recommendations regarding non-compulsory vaccinations (against type B hepatitis, influenza, etc.).

Key words: primary health care, health promotion, diseases prevention.

Wstęp

Opieka zdrowotna określana jest jako całościowy kształt działalności zmierzającej do poprawy stanu zdrowia ludności. Sprawowana jest obecnie na trzech poziomach referencyjnych: podstawowym, specjalistycznym i wysokospecjalistycznym. Do zadań POZ zalicza się: zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia, kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, udostępnianie świadczeń opieki zdrowotnej wszystkim ludziom (Narodowy Program Zdrowia 1996–2005). Do zakresu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zaliczono edukację zdrowotną, promocję zdrowia, opiekę nad matką i dzieckiem, w tym planowanie rodziny, szczepienia ochronne, a także właściwe leczenie powszechnie występujących chorób i obrażeń oraz zapewnienie podstawowych leków (*Declaration of Alma Ata*, 1978; *Health Promotion Glossary*, 1989; Pritchard P, 1990; Słońska Z i wsp., 2000).

Według założeń ogólnych Narodowego Funduszu Zdrowia podstawowa opieka zdrowotna jest fundamentem i głównym ogniwem systemu opieki zdrowotnej. POZ jest miejscem podstawowego kontaktu jednostki i rodziny z systemem opieki zdrowotnej. Zapewnia opiekę zdrowym i chorym w miejscu ich zamieszkania, pracy i nauki, w warunkach ambulatoryjnych i w domu pacjenta (*Zasady kontraktowania świadczeń w zakresie POZ*, 2003). W założeniach szczegółowych NFZ zadania podstawowej opieki zdrowotnej określa się jako rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych, wykrywanie czynników zagrożenia zdrowia, zapobieganie chorobom, diagnostykę schorzeń, leczenie, usprawnianie, pielęgnację, edukację zdrowotną i promocję zdrowia oraz koordynację procesu diagnostyczno-terapeutycznego (*Zasady kontraktowania świadczeń w POZ*, 2003).

Promocja zdrowia ma na celu umożliwienie ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i jego poprawę (Conrad G i wsp., 1990; *Health Promotion Glossary*, 1989; *Health Promotion*, 1986; *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986). Karta Ottawska określa promocję zdrowia jako działanie wspierające, broniące i umożliwiający zachowanie zdrowia (*Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*; *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986). Działaniami z zakresu promocji zdrowia powinni być objęci wszyscy członkowie danej społeczności, a nie tylko osoby zaliczane do grup ryzyka określonych chorób. Za istotne w promocji zdrowia uznaje się podnoszenie poziomu świadomości zdrowotnej oraz odpowiedzialności za własne zdrowie, a także uzyskiwanie wiedzy na temat czynników środowiskowych i behawioralnych, które oddziałują na zdrowie (*Health Promotion Glossary*, 1989; Słońska Z i

wsp., 2000). Obszary działania promocji zdrowia często krzyżują się z prewencją chorób. Prewencja chorób to działania, które związane są z redukcją częstości występowania czynników ryzyka określonych chorób, wczesnym ich wykrywaniem i leczeniem oraz z zapobieganiem występowaniu niepożądanych następstw chorób. Wyróżnia się trzy rodzaje prewencji: prewencję pierwotną, wtórną oraz prewencję trzeciego stopnia. Zadaniem prewencji pierwotnej jest zredukowanie częstości występowania nowych zachorowań lub innego rodzaju odchyłeń od dobrego stanu zdrowia. W zakres działań z tego obszaru zalicza się poprawę stanu odżywienia, sprawności fizycznej i stanu emocjonalnego, szczepienia przeciw chorobom zakaźnym i poprawa bezpieczeństwa środowiskowego. Prewencja wtórna ma na celu skrócenie czasu trwania choroby oraz zapobieganie powikłaniom. Powyższy cel można osiągnąć przez kontrolę stanu zdrowia, wczesne wykrywanie chorób i właściwe leczenie zaburzeń. Prewencja trzeciego stopnia polega na ograniczeniu występowania trwałych następstw chorób. Są to działania mające na celu zmniejszenie częstości uszkodzeń i inwalidztwa, minimalizację cierpienia spowodowanego przez istniejące zaburzenia zdrowotne oraz przystosowanie pacjentów do zmienionych przez dolegliwości warunków życia (Breslow L, 1987; Conrad G i wsp., 1990; Kickbusch I, 1990; Knypl K, 2000a; Last JM, 1983; Słońska Z i wsp., 2000). Profilaktyka jest jedną z najskuteczniejszych, niedrogich i korzystnych metod zwalczania chorób (Knypl K, 2000b; Kawczyńska-Butrym Z, 1995).

Na istotną rolę w „poprawie stanu zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia”, promocji zdrowia i profilaktyki chorób wskazuje Narodowy Program Zdrowia 1996–2005 (NPZ), który uznaje się za wyraz polityki zdrowotnej naszego państwa. Do zadań, jakie należy zrealizować, aby osiągnąć przytoczony cel strategiczny NPZ, należą m.in.: usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych piersi i szyjki macicy u kobiet, zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym, a także zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej oraz zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa (*Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*). W Polsce notuje się stały i szybki wzrost zachorowań i zgonów z powodu chorób nowotworowych. Rak sutka i nowotwory narządu rodowego stanowią 40% wszystkich nowotworów u kobiet (Polski Komitet Zwalczania Raka; www.szczepienia.sanepid.pl). Najskuteczniejszą formą zwalczania tych chorób są badania skrininowe, pozwalające na wczesne wykrycie jakichkolwiek nieprawidłowości i wdrożenie leczenia. W przypadku raka szyjki macicy będzie to wyko-

nywany raz w roku rozmaz cytologiczny, który zwiększa o 80–93% (Raffle AE i wsp., 2003; Wronkowski Z i wsp., 2001; Wronkowski Z i wsp., 2000) szansę wykrycia i całkowitego wyleczenia stanów przedrakowych. Polski Komitet Zwalczenia Raka oraz American Cancer Society opracowały model skriningu raka szyjki macicy. Ze względu na wiek, kobiety podzielono na dwie grupy. Do pierwszej grupy zaliczono kobiety w wieku 25–40 lat. W tej grupie kobiet zaleca się wykonywanie badania ginekologicznego z rozmazem cytologicznym co 3 lata. Natomiast druga grupa to kobiety powyżej 40 roku życia, u których zaleca się wykonywanie badania ginekologicznego z rozmazem cytologicznym 1 raz w roku. Badanie ginekologiczne ogólne należy wykonywać co najmniej raz w roku od momentu rozpoczęcia życia płciowego. W Polsce poziom upowszechnienia badań profilaktycznych w celu wczesnego wykrycia nowotworów złośliwych u kobiet jest niezadowalający. Badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy wykonuje się regularnie jedynie u 11,6% wszystkich kobiet i u 26,0% kobiet powyżej 50. roku życia (Wronkowski Z i wsp., 2000, 2001).

Do działań w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia zalicza się także szczepienia ochronne. Uznaje się, że jest to jedna z najsukcesywniejszych i najkorzystniejszych form zapobiegania chorobom zakaźnym. U osób zaszczepionych zwiększa się odporność organizmu, co znacznie obniża ryzyko zachorowań, zapobiega powikłaniom po przebytej chorobie i zmniejsza liczbę zgonów. Szczepienia m.in. przeciwko grypie, różyczce, WZW typu B nie należą do obowiązkowych, lecz do zalecanych poza kalendarzem szczepień, co oznacza, że pacjent sam musi za nie zapłacić (poza określonymi przypadkami). Dlatego, aby zachęcić pacjentów do zaszczepienia się, należy informować nie tylko o możliwości wykonania szczepienia, lecz także o korzyściach wynikających z zaszczepienia się. W Polsce jedynie około 2–3% społeczeństwa szczepi się przeciw grypie.

Sytuacja epidemiologiczna dotycząca zachorowalności na choroby zakaźne na terenie Dolnego Śląska przedstawiona w ramach Programu Edukacyjnego dotyczącego popularyzacji szczepień ochronnych dla tego województwa dowodzi, że była ona w województwie dolnośląskim w latach 1998 i 1999 znaczna. Przykładowo zachorowalność na grypę wzrosła z około 2,91% w 1998 r. do blisko 6% w 1999 r. Wiązać należy to również z niskim poziomem wykonywanych szczepień ochronnych. W tabeli 1 przedstawiono liczbę zachorowań na WZW typu B, grypę i różyczkę w latach 1998 i 1999.

Kolejnym istotnym zadaniem zespołu lekarza rodzinnego w profilaktyce chorób jest identyfika-

Tabela 1. Zachorowalność na choroby zakaźne na Dolnym Śląsku (www.szczepienia.sanepid.pl)

Choroby zakaźne	Liczba zachorowań w 1998 r.	Liczba zachorowań w 1999 r.
WZW typu B	286	287
Grypa	86 664	177 594
Różyczka	2 512	1 125

cja osób o wysokim stopniu ryzyka chorób i podejmowanie stosownych działań (Knypl K, 2000a). Chodzi tu o zastosowanie prostych testów diagnostycznych wobec dużej grupy osób pozwalających na rozpoznanie choroby w stadium przedklinicznym i wczesnym wdrożeniu terapii.

Ponieważ zadaniem lekarza rodzinnego i jego zespołu jest znajomość potrzeb zdrowotnych populacji objętej opieką, powinien on znać zagrożenia zdrowotne występujące w rodzinie, związane m.in. z warunkami socjalno-bytowymi, występującymi chorobami, a także istniejącymi czynnikami ryzyka. W rozpoznaniu tych ostatnich pomocne będzie zastosowanie badań przesiewowych (*Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*; Szarkowska E, 2003).

Cel pracy

Celem pracy jest ocena działań profilaktycznych w zakresie raka piersi i szyjki macicy u kobiet oraz chorób infekcyjnych podejmowanych przez zespół podstawowej opieki zdrowotnej.

Badana grupa

Badanie przeprowadzono wśród dorosłych pacjentów z losowo wybranych szpitali ogólnych województwa dolnośląskiego w okresie od kwietnia do grudnia 2001 r. Respondenci rekrutowali się spośród pacjentów szpitali ze względu na fakt korzystania przed pobytem w szpitalu z porad lekarza pierwszego kontaktu i/lub pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. W większości wypadków to lekarze rodzinni decydowali o konieczności wystawienia skierowania do lekarza specjalisty lub do szpitala. W badaniach wzięło udział 763 pacjentów w wieku od 18 do 64 i więcej lat, w tym 79,2% kobiet i 27,1% mężczyzn. W większości były to osoby młode w wieku od 18 do 44 roku życia (62,3%). Ponad 60% ankietowanych była czynna zawodowo i jako źródło utrzymania podawała wynagrodzenie z tytułu pracy, 19% to renciści i emeryci. Większość (57,9%) pacjentów to mieszkańcy dużego miasta, 13,5% pochodziła ze wsi, a pozostali mieszkali w małych i średnich miastach.

Metoda

Badanie zostało zrealizowane za pomocą kwestionariusza ankiety. Respondenci udzielali odpowiedzi na pytania dotyczące możliwości zaszczepienia się na własne życzenie, zachęcania przez lekarza lub pielęgniarkę do szczepień dodatkowych oraz odpłatności za nie. Pytano również o możliwość uzyskania skierowania na badania profilaktyczne, które w opinii pacjentów są niezbędne.

Do kobiet skierowano dodatkowo pytania dotyczące możliwości wykonania badania cytologicznego rozmazu z szyjki macicy w placówce POZ, w której się leczą, wizyty u ginekologa oraz edukacji ze strony personelu POZ w zakresie zapobiegania nowotworom piersi i szyjki macicy.

Wyniki i ich omówienie

Na temat możliwości wykonania badania cytologicznego bez skierowania od lekarza wypowiedziały się 553 kobiety. Około 32,4% spośród ankietowanych kobiet odpowiedziało, że mogą bez skierowania od lekarza, w miejscu gdzie się leczą, wykonać badanie cytologiczne. 26,2% odpowiedziało, że nie może wykonać takiego badania, natomiast około 7% respondentek stwierdziło, że może je wykonać, ale tylko odpłatnie (tab. 2).

Kolejne pytanie dotyczyło trudności z uzyskaniem wizyty u ginekologa. Jedynie 6,5% kobiet odpowiedziało, że napotkały na takie trudności. Większość respondentek (ok. 59,2%) nie miało z tym trudności, a około 26% ankietowanych stwierdziło, że mogą uzyskać poradę u lekarza

Tabela 2. Możliwość wykonania badania cytologicznego w przychodni bez skierowania od lekarza

Badanie cytologiczne bez skierowania	Liczba kobiet (%)
Tak	32,4
Nie	26,2
Tak, ale odpłatnie	7
Nie wiem	34
Brak odpowiedzi	0,4

Tabela 3. Trudności z uzyskaniem wizyty u ginekologa

Trudności z wizytą u ginekologa	Liczba kobiet (%)
Tak	6,5
Nie	59,2
Nie, bo chodzi tylko prywatnie	26
Brak odpowiedzi	8,3

ginekologa, gdy tylko zachodzi taka potrzeba, ponieważ korzystają tylko z prywatnych porad (tab. 3).

Na pytanie: czy w przychodni (praktyce lekarza rodzinnego), w której się Pani leczysz znajduje się punkt nauki samobadania piersi, odpowiedziało 697 kobiet, 31,9% potwierdziło istnienie takiego punktu, 24,1% udzieliło odpowiedzi negatywnej, natomiast aż 44,0% nie wiedziało o jego istnieniu (tab. 4).

Następne pytanie dotyczyło rozmów lekarza pierwszego kontaktu i pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej z pacjentkami na temat zapobiegania nowotworom sutka i szyjki macicy. W części dotyczącej lekarza odpowiedzi udzieliło 528 kobiet. Około 68% kobiet stwierdziło, że lekarz nigdy nie rozmawiał z nimi na ten temat. Jedynie około 7% kobiet przyznało, że lekarz edukował je w zakresie profilaktyki nowotworów sutka i szyjki macicy, a blisko 6% przyznało, że lekarz podjął rozmowę, ale na ich wyraźną prośbę. Jeśli chodzi o pielęgniarki środowiskowe, sytuacja wygląda podobnie – ponad 66% ankietowanych kobiet odpowiedziało, że nigdy nie były informowane o zapobieganiu chorobom nowotworowym sutka i szyjki macicy przez pielęgniarki. Jedynie niespełna co dziesiąta kobieta była edukowana w tym zakresie przez pielęgniarkę – w tym 3,5% kobiet stwierdziło, że rozmowa odbyła się na prośbę ankietowanej (tab. 5).

Tabela 4. Punkt samobadania piersi w przychodni

Punkt samobadania piersi w przychodni	Liczba kobiet (%)
Tak	31,9
Nie	24,1
Trudno powiedzieć	44,0

Tabela 5. Rozmowa lekarza pierwszego kontaktu i pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej na temat zapobiegania nowotworom sutka i szyjki macicy

Rozmowa na temat zapobiegania nowotworom sutka i szyjki macicy	Lekarz pierwszego kontaktu	Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna
Tak, z własnej inicjatywy	6,8%	4,8%
Tak, bo sama o to poprosiłam	3,5%	6,3%
Nie, nigdy	67,8%	66,5%
Trudno powiedzieć	17,6%	23,3%
Brak odpowiedzi	1,5%	1,9%

Kolejne zagadnienie poruszone w ankiecie dotyczyło możliwości nieodpłatnego wykonania badania mammograficznego piersi. Na ten temat wypowiedziały się 543 kobiety. Większość z nich, bo około 68% nigdy na ten temat nie rozmawiała ani z lekarzem pierwszego kontaktu, ani z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną. 9% odpowiedziało, że nie rozmawiało, gdyż informacja o bezpłatnym badaniu jest wywieszona na terenie praktyki (przychodni). Tylko 1,7% kobiet zostało poinformowanych o możliwości przeprowadzenia takiego badania, a 8% kobiet rozmawiało, bo same taką rozmowę zainicjowało (tab. 6).

Pacjenci udzielali również w ankiecie odpowiedzi na pytanie dotyczące możliwości uzyskania skierowania lub wykonania badania profilaktycznego na ich własne życzenie przez lekarza pierwszego kontaktu. Wymieniono tu takie badania, jak pomiar ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, poziomu cukru we krwi, stężenia cholesterolu w surowicy krwi. Około 84% pacjentów odpowiedziało, że lekarz pierwszego kontaktu w ciągu ostatnich 2 lat nie odmówił wydania takiego skierowania lub wykonania badania profilaktycznego, jeśli wydawało się ono ankietowanemu niezbędne. Jedynie około 16% respondentów spotkało się z odmową ze strony lekarza.

Kolejny temat poruszony w ankiecie dotyczył dodatkowych szczepień ochronnych. Pacjentów zapytaliśmy, z jakimi trudnościami spotkali się, chcąc wykonać szczepienie. Na trudności w zaszczepieniu się wskazywał jedynie prawie co

dziesiąty pacjent chcący zaszczepić się przeciw WZW typu B, około 5,5% badanych chcących zaszczepić się przeciw różyczce oraz 8,3% przeciw grypie. Większość spośród ankietowanych (ok. 90%) nie miało żadnych trudności (tab. 7).

Zwrócono również uwagę na udział lekarza pierwszego kontaktu i pielęgniarki środowiskowej w zachęcaniu pacjentów do poddania się dodatkowym szczepieniom. Znaczna większość badanych (ok. 90%) szczepieniom poddawała się z własnej inicjatywy, bez zachęty ze strony personelu POZ. Do poddania się dodatkowemu szczepieniu ochronnemu lekarz zachęcał jedynie 16% pacjentów, natomiast pielęgniarka środowiskowa zachęcała jeszcze rzadziej, bo 9% badanych. 45% ankietowanych przyznało, że za szczepienie musiało zapłacić.

Podsumowanie

Z analizy wyników badania ankietowego wynika, iż około 1/3 kobiet nie musi mieć skierowania, aby wykonać badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy. Zastanawiający jest fakt, że około 1/3 kobiet nie wie, czy takie skierowanie jest im potrzebne. Należy przypuszczać, że kobiety, które nie wiedzą, nie poddawały się temu badaniu w ostatnim czasie. W badanej grupie większość kobiet była w wieku od 18 do 44 roku życia. Dlatego tak duża liczba kobiet, które nie wiedzą, że badanie cytologiczne należy wykonywać regularnie, jest niepokojąca.

Bardzo ważną rolę w profilaktyce raka szyjki macicy odgrywa również regularne, wykonywane raz w roku, ogólne badanie ginekologiczne. Ponad połowa respondentek nie ma trudności z uzyskaniem wizyty u ginekologa, ale ponad 26% korzysta wyłącznie z porad prywatnych, co wskazuje na brak zadowolenia z opieki w placówkach publicznych w tym zakresie. Jedynie 6,5% ankietowanych kobiet wskazywało na trudności z uzyskaniem wizyty u ginekologa, co wskazuje, że istnieje niewielka grupa kobiet, która nie jest objęta w zadowalającym stopniu profilaktyką nowotworów piersi i narządu rodowego. Szczególnie do tych kobiet lekarze i pielęgniarki POZ powinni kierować działania edukacyjne i zachęcać do wykonywania regularnych badań przesiewowych szyjki macicy i wizyt u ginekologa. Jak udowodniono, jest to najlepszy sposób, aby zapobiec nowotworom narządu rodowego.

Spśród ankietowanych kobiet jedynie około 32% potwierdziło obecność punktu nauki samobadania piersi w przychodni, w której się leczą. Nie wiedziało, czy taki punkt jest aż 44% kobiet. Świadczy to o niewielkiej świadomości zdrowotnej kobiet i roli, jaką może odegrać ich własna aktywność w zapobieganiu chorobie nowotworowej

Tabela 6. Rozmowa z lekarzem pierwszego kontaktu i pielęgniarką środowiskowo-rodzinną na temat bezpłatnego badania mammograficznego

Rozmowa na temat bezpłatnego badania mammograficznego	Liczba kobiet (%)
Tak	1,7
Tak, na moje życzenie	8,3
Nie, bo jest informacja na terenie praktyki	9,2
Nie, nigdy	67,8
Trudno powiedzieć	11,2
Brak odpowiedzi	1,8

Tabela 7. Trudności z zaszczepieniem się na własne życzenie

Trudności z zaszczepieniem	Tak	Nie
Przeciw WZW B	10,0%	89,6%
Przeciw różyczce	5,5%	94,5%
Przeciw grypie	8,3%	91,7%

sutka. Dowodzi to również, że sama organizacja punktów nauki samokontroli piersi na terenie placówek POZ bez odpowiedniej ich promocji wśród kobiet jest mało efektywna. Ponad 2/3 kobiet nigdy nie rozmawiało z członkami zespołu POZ na temat zapobiegania nowotworom sutka i szyjki macicy oraz możliwości wykonania bezpłatnego badania mammograficznego. Lekarze i pielęgniarki na poziomie podstawowym powinni wykazać się znacznie większą aktywnością w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy przez rozmowy, porady i zachętę do korzystania z badań profilaktycznych i ewentualnej zmiany stylu życia w uzasadnionych przypadkach. Badania innych autorów również wykazują, że stopień rozpowszechnienia badań profilaktycznych mających na celu wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych u kobiet jest bardzo niski. Na badanie mammograficzne zgłasza się 16% wszystkich kobiet i 29% kobiet w wieku powyżej 50 lat. Regularnie wykonuje samobadanie piersi tylko 24% kobiet, a wśród kobiet powyżej 50 roku życia odsetek rośnie do jedynie 36% (Wronkowski Z i wsp., 2001).

Badania profilaktyczne, takie jak pomiar ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała, poziomu cukru czy cholesterolu we krwi, są dostępne dla znacznej części pacjentów. W większości są to badania niedrogie i często nie wymagają zbyt dużego nakładu czasu, a ich rola w profilaktyce chorób, szczególnie układu krążenia, jest nieoceniona.

Zespół podstawowej opieki zdrowotnej powinien zachęcać pacjentów w ramach działań profilaktycznych do szczepienia się przeciw chorobom zakaźnym spoza kalendarza szczepień. Niestety, jak wynika z przeprowadzonych badań, tylko około 16% pacjentów było zachęcanych do szczepień dodatkowych przez lekarza pierwszego kontaktu. Jeszcze mniej, bo tylko około 9% pacjentów, zachęcała pielęgniarka środowiskowa. Jest to bardzo zaskakujące, gdyż edukacja zdrowotna należy do podstawowych zadań zespołu lekarza rodzinnego.

Podsumowując, należy podkreślić, że lekarze i pielęgniarki na poziomie podstawowym powinni wykazać się znacznie większą aktywnością w zakresie wczesnej profilaktyki raka szyjki macicy oraz zapobieganiu chorobom zakaźnym. Po-

winni też dążyć do poszerzenia wiedzy zdrowotnej pacjentów nie tylko przez rozdawnictwo broszur i ulotek, ale przede wszystkim przez bezpośrednie rozmowy. Przeprowadzone badania wskazują, że pacjenci o dużej świadomości zdrowotnej chętniej korzystają z badań i porad profilaktycznych, nawet jeżeli muszą za część z nich zapłacić (dodatkowe szczepienia ochronne, prywatne wizyty u ginekologa). Edukacja zdrowotna to ważne zadanie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski

1. Działania profilaktyczne i edukacyjne z zakresu zapobiegania nowotworom sutka i szyjki macicy u kobiet oraz chorób zakaźnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej należy uznać za niewystarczające:
 - jedynie około 1/3 ankietowanych kobiet ma możliwość wykonania badania cytologicznego oraz przeprowadzenia badania piersi w punkcie nauki samobadania piersi, w placówce POZ, w której się leczy;
 - 1/4 badanych kobiet korzysta wyłącznie z prywatnych usług ginekologa, co sugeruje brak zadowolenia lub utrudniony dostęp do usług w tym zakresie w publicznych placówkach POZ;
 - aż 2/3 kobiet mówi, że lekarze i pielęgniarki w POZ nigdy nie rozmawiali z nimi na temat zapobiegania nowotworom sutka i szyjki macicy, ani o możliwości wykonania nieodpłatnego badania mammograficznego piersi;
 - jedynie około 15% lekarzy i 10% pielęgniarek na poziomie podstawowym zachęcało pacjentów do poddania się dodatkowym szczepieniom ochronnym; ponad 90% pacjentów, którzy zaszczepili się zrobiło to z własnej inicjatywy.
2. Konieczne wydaje się zwiększenie aktywności edukacyjnej lekarzy i pielęgniarek na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym oraz nowotworom sutka i szyjki macicy u kobiet.

Piśmiennictwo

1. Breslow L. *Some fields of application for health promotion and disease prevention. Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European series No. 22; 1987.
2. Conrad G, Schmidt W. *Gesundheitsförderung/Health Promotion. Glosar/Glossary. Investment in Health*. Bonn: International Conference on Health Promotion, 17–19 December 1990.
3. *Declaration of Alma Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva: WHO; 1978.
4. *Health Promotion Glossary*. Copenhagen: WHO/EURO; 1989.
5. Health Promotion: a discussion document on the concept and principles. *Health Promotion* 1986; 3: 335–340.

6. Kickbusch I. *Health promotion – the move towards a new public health*. Copenhagen: WHO/EURO; 1990.
7. Knypl K. Profilaktyka – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość. *Med Rodz* 2000; (10), 2.
8. Knypl K. Profilaktyka. *Służba Zdrowia* 2000; 27–29(2920–2922).
9. Kawczyńska-Butrym Z. *Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego*. Warszawa: PZWL; 1995.
10. Kirschner H. *Promocja zdrowia na tle rozwoju medycyny społecznej*. [w:] *Promocja zdrowia*. Wydanie Nowe. Karski JB (red.). Warszawa; 1999: 71–87.
11. Last JM. *Dictionary of epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 1983.
12. *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej; 1996.
13. *Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference of Health Promotion. November 17–21 1986*. Ottawa, Ontario, Canada; 1986.
14. Paciorek-Kolbus A. Badania profilaktyczne. *Żyjemy Dłużej* 1999; 12 (grudzień).
15. Polski Komitet Zwalczania Raka „Profilaktyka raka szyjki macicy”. pkzr.ac.bialystok.pl
16. Pritchard P. *Participation in primary health care*. Copenhagen: WHO/EURO; 1990.
17. Raffle AE i wsp. Skuteczność badań przesiewowych wykonywanych w celu profilaktyki raka szyjki macicy. *BMJ* 2003; 326: 901.
18. Słońska Z, Misiuna M. *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii; 2000.
19. *Sytuacja epidemiologiczna województwa dolnośląskiego w latach 1998–1999. Program edukacyjny dotyczący popularyzacji szczepień ochronnych dla województwa dolnośląskiego*; www.szczepienia.sanepid.pl
20. Szarkowska E. Lekarz POZ powinien zawsze informować o możliwości dodatkowej immunizacji. *Puls Medycyny* 2003; 1(50).
21. Wronkowski Z, Zwierko M. Podstawy epidemiologiczne do promocji zdrowia i prewencji nowotworów złośliwych u kobiet w wieku pomenopauzalnym. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 2001; 7(20): 94–107.
22. Wronkowski Z, Zwierko M, Załucki W, Chmielarczyk W. *Wczesne wykrywanie nowotworów*. Warszawa; 2000.
23. *Zasady kontraktowania świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)*. Wrocław: Narodowy Fundusz Zdrowia Dolnośląski Oddział Wojewódzki; 2003.

Adres I Autora:

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCYNY RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Analiza warunków funkcjonowania praktyk lekarzy rodzinnych na terenie Dolnego Śląska w latach 2002–2003

Family medicine practices on Lower Silesia in the period 2002–2003
– analysis of duty conditions

BARTOSZ J. SAPILAK¹, ANDRZEJ STECIWKO¹, MONIKA MELON²

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

² Ze Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Streszczenie W opracowaniu przedstawiono wyniki badania ankietowego praktyk lekarzy rodzinnych. Badanie przeprowadzono na przełomie lat 2002/2003 w 100 wybranych praktykach lekarzy rodzinnych na Dolnym Śląsku. Publikowane wyniki prezentują obiektywne realia, w jakich funkcjonowały praktyki.

Słowa kluczowe: lekarze rodzinni, praktyki lekarzy rodzinnych, warunki pracy.

Summary In the paper authors present questionnaire research which took place in family medicine practices. We have examined 100 practices situated in region of Lower Silesia. Presented results objective realities in which family doctors have functioned in the end of 2002 and the beginning of 2003.

Key words: family doctors, family medicine practices, work conditions.

Wstęp

Medycyna Rodzinna (MR) jest w naszym kraju specjalizacją stosunkowo młodą – pierwszą praktykę w Polsce otwarto na Dolnym Śląsku 27 września 1995 r., a więc zaledwie 8 lat temu. Pomimo tak krótkiej historii rozwinęła się bardzo dynamicznie, a lekarze rodzinni wpisali się na trwałe w koncepcję funkcjonowania Służby Zdrowia. Jak pokazały wydarzenia z początku tego roku, stali się na tyle istotnym jej fundamentem, że obecnie mogą stwierdzić – nic o nas bez nas.

Rosnące zainteresowanie specjalizacją z MR, zarówno podczas kształcenia przed-, jak i podyplomowego, wskazuje na celowość podjęcia wysiłków związanych z jej propagowaniem oraz powiększaniem grona nowej wyspecjalizowanej kadry medycznej w POZ.

Postanowiliśmy podjąć próbę oceny funkcjonowania praktyk lekarzy rodzinnych (PLR) i głównych problemów, z którymi borykają się lekarze

rodzinni w naszym makroregionie. Uzyskana wiedza posłużyła nie tylko do zobrazowania obecnej kondycji PLR, ale również została wykorzystana w procesie szkolenia lekarzy rodzinnych.

Materiał i metody

Wysoki poziom usług medycznych zależy zarówno od obszernej wiedzy specjalisty (wykształcenie i doskonalenie umiejętności), jak również od warunków lokalowych i wyposażenia placówek zdrowotnych. By poznać realia funkcjonowania PLR na Dolnym Śląsku, przeprowadziliśmy na przełomie lat 2002/2003 badania ankietowe. Pozwoliły one na analizę działalności tych placówek ze względu na różnorodność świadczonych usług, przeprowadzane akcje prozdrowotne, aktywność naukową i dydaktyczną kierowników. Oceniono również warunki lokalowe, zaopatrzenie sprzętowe, możliwość korzystania

z komputera, Internetu. Kwestionariusz zwraca także uwagę na podstawowe problemy, z jakimi muszą się zmagać lekarze w codziennej pracy, oraz na możliwość współpracy z innymi ośrodkami medycznymi.

Badanie ankietowe przeprowadzono metodą korespondencyjną. Badaniem objęto zarówno praktyki z dużych miast – 50, mniejszych miejscowości – 11, jak i ośrodki wiejskie – 39. W sumie przeanalizowano 100 praktyk LR.

W części dotyczącej samej praktyki formularz ankietowy zawierał 30 pytań zamkniętych i 4 otwarte. Umieszczono w nim także 12 pytań zamkniętych dotyczących kierownika praktyki.

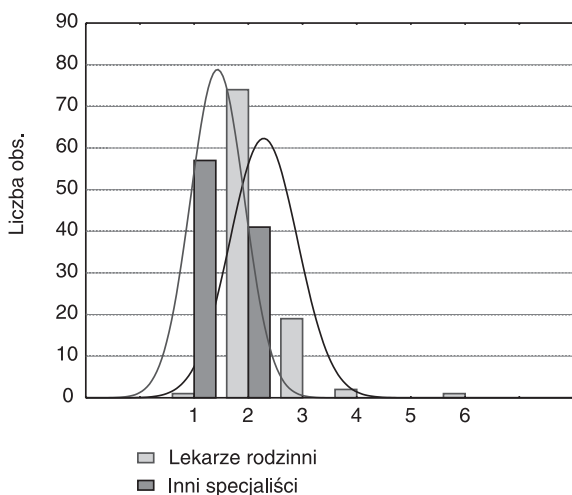
Uzyskano 100% zwrot wypełnionych formularzy. Nie wszystkie jednak zawierały komplet odpowiedzi na postawione pytania. Z drugiej strony, na niektóre pytania otwarte udzielano więcej niż jednej odpowiedzi. Spowodowało to, że suma uzyskanych odpowiedzi w poszczególnych pozycjach nie zawsze wyniosła 100.

Wyniki

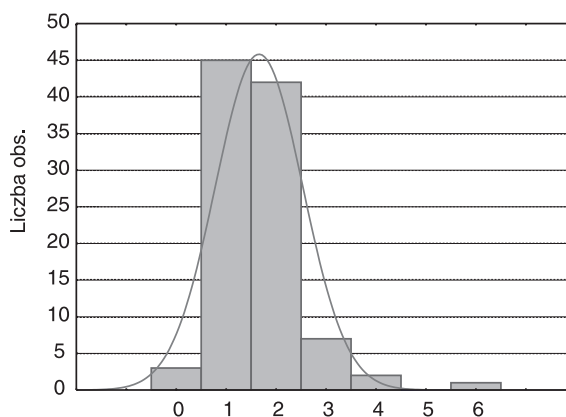
Personel PLR

Liczba specjalistów MR pracujących w PLR wahała się od 1 do 5 (średnio 1,29), lekarzy innych specjalności od 0 do 1 (średnio 0,42). Większość praktyk była obsługiwana przez jednego (48) lub dwóch lekarzy (49) (ryc. 1, 2).

Zdecydowana większość – 90 praktyk – korzystała z pomocy rezydentów MR. W 85,3% z nich rezydenci odbywali wizyty domowe, a w 51,1% pełnili dyżury lekarskie. Pielęgniarkę środowiskową zatrudniało 100% praktyk, położną 75,3%.



Ryc. 1. Liczba specjalistów MR i lekarzy innych specjalności przyjmujących w PLR



Ryc. 2. Liczba lekarzy ogółem przyjmujących w PLR

Warunki lokalowe i wyposażenie PLR

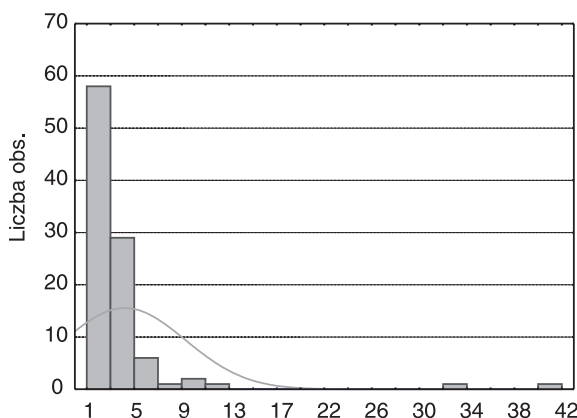
Najmniejsza praktyka funkcjonowała na pow. 39 m² (2 gabinety), największa na 1047 m² (13 gabinetów). Najbardziej typowa praktyka miała powierzchnię około 120 m² i składała się z 3 gabinetów lekarskich. Większość ośrodków spełniała więc wymagania określone w kompetencjach LR (ryc. 3, 4).

Zazwyczaj praktyki funkcjonowały na bazie własnej. Jeżeli lokal był wynajmowany, przeciętny czynsz płacony za wynajem wynosił 7,21 zł/m² (1–29,2 zł) (ryc. 5).

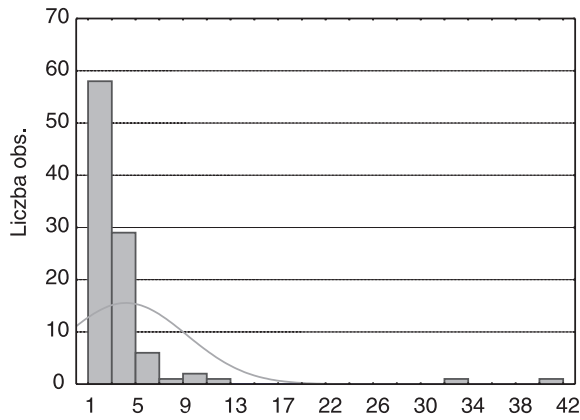
Godziny otwarcia praktyk były znormalizowane. Większość – 95% praktyk – czynna była od 7.30 do 18.30, a więc średnio 11 godzin.

Wyposażenie gabinetów LR sami lekarze uznali za niewystarczające. Brak środków finansowych na doposażenie PLR zgłaszał co piąty lekarz. Własne EKG posiadała każda PLR, spirometr 46,2%, audiometr 22,8%, laboratorium analityczne 67,3%.

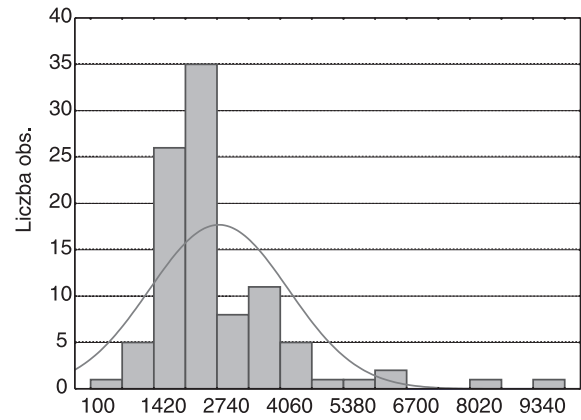
Nienajgorzej, jak na polskie warunki, przedstawiał się problem dostępu LR do Internetu i skomputeryzowanie PLR. 55,6% praktyk prowa-



Ryc. 3. Liczba gabinetów w PLR



Ryc. 4. Powierzchnia praktyki



Ryc. 6. Liczba pacjentów zadeklarowanych do PLR

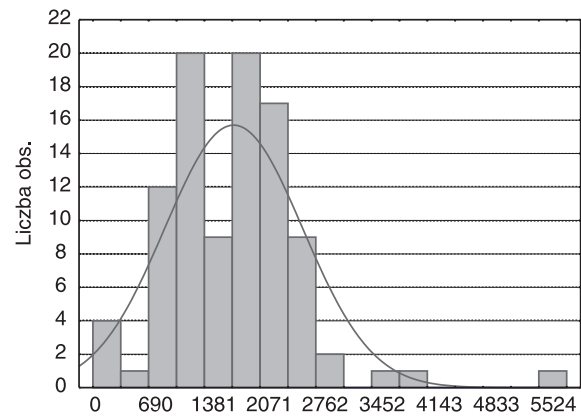
dziło dokumentację elektroniczną, 80,4% miało dostęp do Internetu, a własny adres e-mail – 69,5%.

W tabeli 1 i 2 przedstawiono listę drobnych zabiegów i programów profilaktycznych oferowanych przez praktyki.

Pacjenci PLR

Liczba zadeklarowanych pacjentów była w ankietyowanych PLR bardzo zróżnicowana i wahała się od 100 do 10 000 pacjentów, średnio 2765 pacjentów na jedną praktykę. Na jednego lekarza przypadało najczęściej od 1000 do 2500 zadeklarowanych pacjentów, średnio – 1734 (ryc. 6, 7).

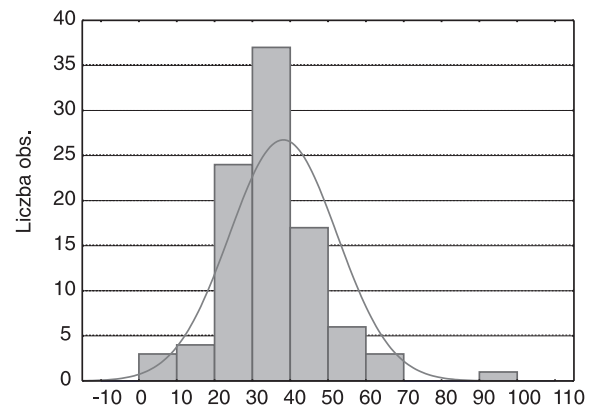
W czasie przeciętnego dnia pracy większość lekarzy przyjmowała około 40 chorych i wykonywała 2 wizyty domowe (ryc. 8, 9).



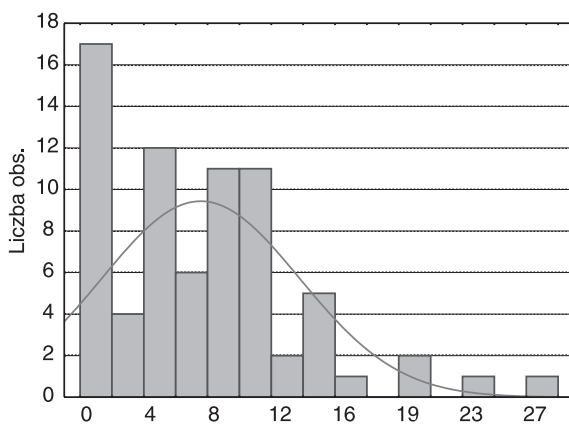
Ryc. 7. Liczba pacjentów zapisanych do pojedynczego lekarza w PRL

Przygotowanie zawodowe lekarzy

90% ankietyowanych PLR brało czynny udział w szkoleniu rezydentów MR w ramach staży specjalizacyjnych. Wysoki odsetek LR współpracują-

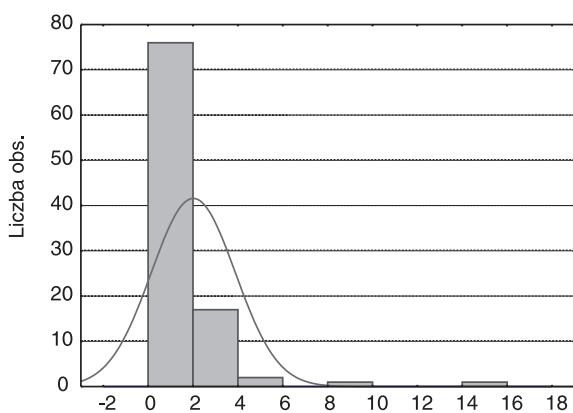


Ryc. 8. Przeciętna dzienna liczba przyjęć

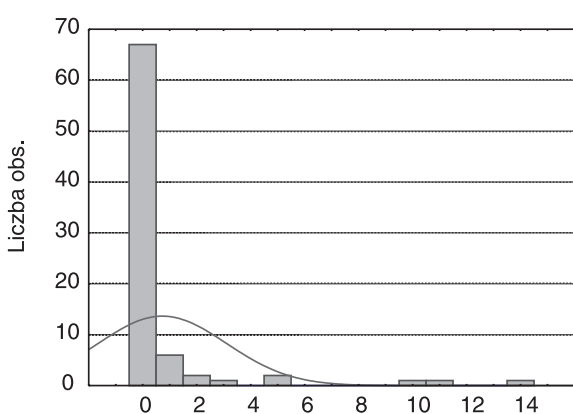
Ryc. 5. Wykres przedstawiający rozkład opłat czynszowych za m² PLR

cych z naszym ośrodkiem w szkoleniu młodszych kolegów cieszy i przynosi korzyść wszystkim zainteresowanym stronom procesu dydaktycznego. 42 z badanych kierowników PLR oceniło, że posiada przygotowanie dydaktyczne, a z nich 22 ukończyło szkołę tutorów.

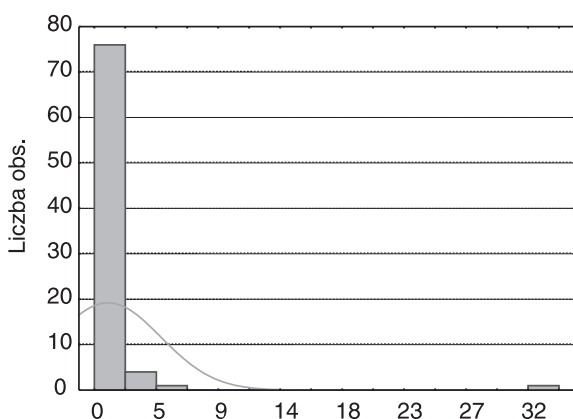
Aktywność naukową dolnośląskich LR należy niestety ocenić jako słabą i niesatysfakcjonującą.



Ryc. 9. Przeciętna dzienna liczba porad domowych

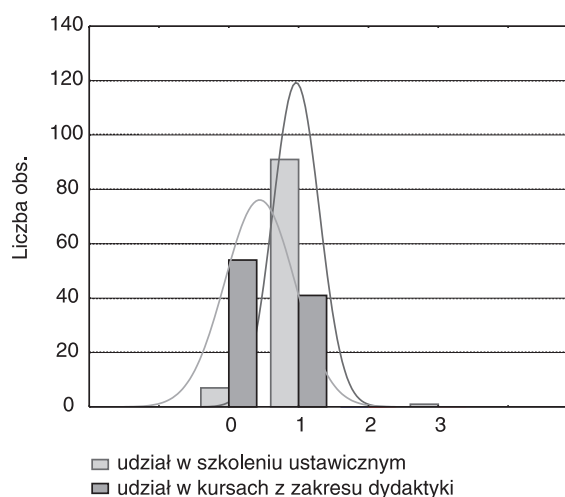


Ryc. 10. Liczba publikacji kierownika PLR



Ryc. 11. Liczba wystąpień zjazdowych

Tylko 14 respondentów było autorami publikacji naukowych, a 13 brało czynny udział w zjazdach medycznych. Z drugiej strony aż 91% bierze czynny udział w kształceniu ustawicznym. Poniższe wyniki w połączeniu z 11-godzinnym dniem pracy wskazywać mogą nie na brak chęci, ale raczej na przemęczenie zawodowe i brak czasu na czynną działalność naukową LR (ryc. 10–12).



Ryc. 12. Udział LR w szkoleniu ustawicznym i kursach dydaktycznych

Tabela 1. Lista zabiegów wykonywanych w PLR

Lista zabiegów wykonywanych w PLR	Liczba
1. alergiczne testy skórne	2
2. badanie tętna płodu (KTG)	1
3. blokady nerwów	1
4. cewnikowanie	16
5. EKG	15
6. fizykoterapia	3
7. inhalacje/nebulizacje	37
8. iniekcje/wlewy dożylnie	50
9. leczenie odleżyn	3
10. mała okulistyka	8
11. mezoterapia/magnetostymulacja/masaż wibracyjny/elektroterapia	6
12. naświetlanie (solux, biotron, lampy UV)	23
13. obliteracja żyłaków	1
14. opatrunki	42
15. pełny zakres kompetencji lekarza rodzinnego	8
16. pobieranie materiału biologicznego do badań	20
17. spirometria	16
18. stawianie baniek	2
19. szczepienia ochronne	23
20. USG	8 + 1 (badanie doppler.)
21. usuwanie szwów	32
22. wkłucia dostawowe	13
23. zabiegi laryngologiczne (badanie i płukanie uszu)	51
24. zabiegi małej chirurgii	51
25. zdejmowanie gipsu	9

Tabela 2. Badania i programy profilaktyczne prowadzone przez PLR	
Badania i programy profilaktyczne w PLR	Liczba
1. badanie niektórych pracowników	3
2. badanie słuchu	1
3. badanie zdolności do pracy kandydatów na kierowców	1/2
4. bilanse dzieci zdrowych	32
5. choroba wrzodowa	1
6. cukrzyca	34
7. gruczoł krokowy	11
8. gruźlica	1
9. hipercholesterolemia	24
10. nowotwory jelita grubego	3
11. inne nowotwory	4 + 1 (cytologia szyjki macicy)
12. jaskra	1
13. nadciśnienie	12
14. osteoporoza	10
15. otyłość	2
16. poradnia p/alkoholowa	1
17. poradnia p/niotynowa	3
18. profilaktyka pulmonologiczna	tbc – 1; POCHP – 6; astma – 6
19. punkt samobadania piersi/ profilaktyka p/nowotworowa piersi	17 + 2 USG
20. szczepienia ochronne	4
21. szkoła rodzenia	1
22. układ sercowo-naczyniowy; kardiologia 40–50-latków	34
23. wady postawy/skolioza	4

100% ankietowanych LR deklarowało przynależność do Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Omówienie wyników

Wszystkie ankietowane praktyki spełniły wymogi zawarte w kompetencjach LR w zakresie wykształcenia kadry lekarskiej. Według nich kierownikiem praktyki powinien być lekarz specjalista medycyny rodzinnej, a do leczenia w PLR dopuszczono:

- lekarza specjalistę medycyny rodzinnej,
- lekarza specjalistę medycyny ogólnej,
- lekarza specjalistę I i II^o w zakresie chorób wewnętrznych,
- lekarza specjalistę I i II^o w zakresie chorób dziecięcych,
- lekarzy innych specjalności lub bez specjalizacji posiadających udokumentowany minimalny 10-letni staż pracy w POZ.

Tabela 3. Najważniejsze problemy PLR	
Najważniejsze problemy PLR	Liczba
1. skromne możliwości finansowe	9
2. potrzebne środki na wyposażenie i rozwój praktyki (spirometr, audiometr, USG)	8
3. liczna populacja osób starszych (> 65 r.ż.) z chorobami przewlekłymi	6
4. problemy z kontraktowaniem usług (kontrakty, ich odnawianie, niekorzystne warunki finansowe, zmiany procedur rozliczania)	6
5. utrudniony dojazd do pacjentów (rozległy teren, wiejski teren, górzysty teren)	5
6. zbyt niskie finansowanie praktyki	4
7. potrzeba komputeryzacji praktyki (bazy danych)	3
8. duża odległość do poradni specjalistycznych	2
9. brak środków na komputeryzację praktyki	2
10. problem przeprowadzek i kosztów remontów placówek praktyk	2
11. brak szkoleń w opiece nad terminalnie chorymi	1
12. brak współpracy ze specjalistami	1
13. brak zastępstwa lekarza w razie choroby lub urlopu	1
14. duża liczba wizyt domowych	1
15. duża liczba chorych	1
16. konieczność utworzenia podjazdów dla niepełnosprawnych	1
17. konkurencja	1
18. mały metraż Praktyki	1
19. opieka nad pacjentami w Domu Opieki Społecznej (choroby przewlekłe)	1
20. praktyka położona jest na piętrze	1
21. praktyka w ubogiej dzielnicy – nikotynizm, alkoholizm, narkomania	1
22. problem z transportem chorych do ośrodka rehabilitacji	1
23. teren wiejski i związana z nim duża urazowość i schorzenia narządu ruchu	1
24. trudny dojazd głównie zimą	1
25. opieka nad wychowankami domu dziecka	1

Większość praktyk spełniła również wymogi lokalowe, zalecające lokal o powierzchni minimum 75 m² dla praktyki indywidualnej, plus dodatkowo po 35 m² na każdego następnego partnera w praktyce grupowej, składający się z następujących części:

- gabinet lekarski z wydzielonymi częściami (lub pokojami) konsultacyjnymi i badań,

- gabinet zabiegowy,
- rejestracja,
- poczekalnia,
- zaplecze sanitarno-socjalne dla personelu i dla chorych.

W ankiecie nie zawarto pytania dotyczącego szczegółów wyposażenia PLR. Ze względu na duży odsetek odpowiedzi niepełnych, na podstawie listy wykonywanych w PLR zabiegów (tab. 1), nie można jednoznacznie ocenić, że w większości praktyk jest ono zgodne z zaleceniami. W niektórych jednak przypadkach z pewnością przekracza wymagania z poniższej listy:

- stół do badania ogólnolekarskiego oraz małej chirurgii,
- stół do badania niemowląt,
- waga medyczna dla niemowląt,
- waga medyczna ze wzrostomierzem,
- tablice do badania ostrości wzroku,
- sprzęt i pomoce do powtórzenia testów przesiewowych uczniów,
- aparat do EKG,
- aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi,
- stetoskop,
- glukometr,
- zestaw do małej chirurgii,
- otoskop,
- oftalmoskop,
- miernik przepływu szczytowego,
- podstawowy zestaw reanimacyjny,
- zestaw przeciwwstrząsowy,
- lodówka,
- lampa bakteriobójcza,
- system informatyczny spełniający wymagania systemu informatycznego NFZ.

Wnioski i komentarze

Uzyskane wyniki obrazują rzeczywiste realia pracy dolnośląskich LR. Przeciętny polski lekarz rodzinny poświęca swojej praktyce 11 godzin dziennie. W tym czasie przyjmuje około 40 pacjentów i wykonuje 2 wizyty domowe. Jednocześnie poświęca czas niewdzięcznej biurokracji narzuconej przez Kasy Chorych (obecnie NFZ) i obowiązujące przepisy prawno-skarbowe. W tych realiach należy docenić dążenie LR do dokształcania i samokształcenia.

Większość z praktyk spełnia minimalne wymagania sprzętowe i lokalowe zawarte w kompetencjach LR. W wypowiedziach LR przewija się jednak niezadowolenie z braku możliwości finansowych do poszerzenia istniejącej bazy sprzętowej PLR. Wśród innych bolączek wymieniane są problemy z niejasnymi regułami kontraktowania usług medycznych, utrudniony dojazd do chorych (rozległy teren PLR, nieprzejezdne zimą drogi), brak szybkiego dostępu do porad specjalistycznych – szczególnie w realiach ośrodków wiejskich. Szczegółowe dane przedstawia tabela 3.

Przeciętna dolnośląska PLR ma zadeklarowanych 2765 pacjentów – co daje odpowiednio około 1700 chorych przypadających na LR. Jest to liczba wystarczająca do funkcjonowania w obecnych realiach finansowych, ale praktyki większe mają lepsze możliwości inwestycyjne. Tylko w jednym przypadku LR skarżył się na zbyt dużą liczbę zadeklarowanych pacjentów.

Sądzymy, że przedstawione dane będą ciekawym materiałem do przemyśleń zarówno dla lekarzy rodzinnych, jak i innych osób zainteresowanych rozwojem medycyny rodzinnej w Polsce. Oceniamy, że należy dalej prowadzić badania naukowe w tym kierunku.

Piśmiennictwo

1. Steciwko A. Zasady i przepisy prawne dla lekarzy rodzinnych. Wrocław: Akademia Medyczna; 2004.
2. Mierzecki A, Januszewski A. Zarządzanie praktyką lekarza rodzinnego. Szczecin–Wrocław: Łódzkie Zakłady Graficzne; 1999.
3. Sloane PD, Slatt LM, Curtis P. *Medycyna rodzinna*. Steciwko A. (red. wydania polskiego). Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner; 1998.
4. Steciwko A. *Praktyka lekarza rodzinnego. Aspekty organizacyjne, prawne i finansowe*. Wrocław: Akademia Medyczna; 1998.
5. Kompetencje Lekarza Rodzinnego.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 marca 2000 r. „W sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej” (Dz.U. nr 20, poz. 254).

Adres Autorów:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCYNY RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Zagrożenia zdrowotne związane ze stylem życia w populacji mieszkańców Dolnego Śląska

Wholesome connected threat with style of life
in population of occupants of Lower Silesia

MARIOLA SEŃ¹, ANDRZEJ STECIWKO², ANNA FELIŃCZAK³, KRYSZYNA MISIAK¹

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. hum. Iwona Taranowicz

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

³ Z Zakładu Organizacji i Zarządzania
Kierownik: dr n. przyr. Grażyna Siarkiewicz

Streszczenie Podejmowanie działań naprawczych związanych ze zdrowiem społeczeństwa powinno dotyczyć zarówno modelowania warunków zewnętrznych, wpływających na zdrowie, oraz aktywności indywidualnej, polegającej zarówno na intensyfikacji kontaktów ze służbą zdrowia (badania profilaktyczne), jak i realizacji prozdrowotnego stylu życia. Lekarzom i pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej przypisuje się szczególne miejsce we wszelkich działaniach na rzecz zdrowia populacji. Są oni uważani za najlepsze źródło informacji o zdrowiu i czynnikach je warunkujących oraz zapobieganiu chorobom, cieszą się dużym zaufaniem i autorytetem wśród społeczeństwa, mają możliwość modelowania zachowań zdrowotnych swoich podopiecznych, a także oceny i korygowania swojej działalności profilaktycznej i promocyjnej w ciągu długiego okresu. Lekarze i pielęgniarki POZ, łącząc w swej pracy promocję zdrowia z profilaktyką chorób, sprawują nad mieszkańcami rejonu opiekę wyprzedzającą pojawienie się niekorzystnych zjawisk. Celem pracy była ocena zagrożeń zdrowia związanych z przejawianym stylem życia w populacji mieszkańców Dolnego Śląska oraz określenie roli lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w promocji zdrowia i profilaktyce chorób stylozależnych. Uzyskane wyniki badania ankietowego wskazują, iż najczęściej wśród badanej populacji stwierdza się deficyt w zakresie aktywności fizycznej (48,4% M i 49,4% K); u co 3 osoby błędy żywieniowe (32,2% M i 30,1% K) i brak umiejętności radzenia sobie ze stresem (33,5% M i 39,7% K), a także palenie tytoniu (31,0% M i 27,0% K) oraz u niewielkiego odsetka osób częste picie alkoholu (16,3% M i 4,9% K).

Słowa kluczowe: styl życia, zachowania zdrowotne, podstawowa opieka zdrowotna.

Summary Taking of repair connected workings with health of society should concern both modelling of external conditions, influencing bless you as well as individual activity, depending both on intensification of contacts with service of health (preventiveinvestigation) as realization healthy of style of life. Special place attributes itself doctors and nurses of basic wholesome care in every workings onto thing of health of population. They are for best source of information about health and factors it eats conditioning as well as prevention diseases, they be please large confidence and authority among society, they have possibility of modelling of maintenances of wholesome one's person beings under charge, and also; as well as; opinions and correcting of one's preventive activity and promotive in; within long period of time. Doctors and nurses of POSES joining in one's work promotion of health with prophylaxis of diseases, they hold outdistance care appear above occupants of region unfavourable phenomena. Opinion of connected of health threats was aim of work with manifested style of life in population of occupants of Bottom Silesia as well as qualification of part of doctors and nurses of basic wholesome care in promotion of health and prophylaxis of diseases. Got results of questionnaire's investigation show, that often among studied population deficit affirms itself in range of physical activity (48,4% M and 49,4% K); at what 3 of person nutritional mistake (32,2% M and 30,1% K) and lack of skill of advice itself with stress (33,5% M and 39,7% K), and also; as well as; smoking of tobacco (31,0% M and 27,0% K) as well as at small percentage of persons frequent drinking of liquor (16,3% M and 4,9% K).

Key words: style of lives, wholesome maintenances, primary care.

Wstęp

Stan zdrowia społeczeństwa zależy w dużej mierze od tego, jakie zachowania zdrowotne w zakresie stylu życia przejawiają poszczególne ludzie. Dotyczą one tych elementów stylu życia, którym na podstawie wielu badań epidemiologicznych przypisuje się znaczącą rolę w powstawaniu przewlekłych chorób cywilizacyjnych, głównie układu krążenia (a także nowotworowych), a więc palenia tytoniu, nieracjonalnej diety i picia alkoholu, małej aktywności fizycznej (Kannel NS, 1978; Cybulska B, Adamus J, 2000) oraz nieumiejętności radzenia sobie ze stresem.

Termin „zachowania zdrowotne” jest różnie definiowany i różne są propozycje podziału zachowań zdrowotnych. Najczęściej dzieli się je na:

- sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne), np. odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, umiejętność radzenia sobie ze stresem,
- ryzykowne dla zdrowia (antyzdrowotne): palenie tytoniu, częste picie alkoholu oraz niedostatki zachowań prozdrowotnych.

Badanie zachowań zdrowotnych stanowi podstawę planowania i ewaluacji edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych oraz projektów promocji zdrowia (Wojnarowska B, 1999).

Szczególną rolę w promocji zdrowia ma do spełnienia personel podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza lekarze pierwszego kontaktu i pielęgniarki środowiskowo-rodzinne. Ich zadania będą rosły w miarę upowszechniania instytucji lekarza rodzinnego, zgodnie z założeniami reformy systemu ochrony zdrowia i związanymi z tym programami edukacyjnymi, przygotowującymi lekarzy i pielęgniarki do pełnienia tej nowej społeczno-zawodowej roli.

Należy dążyć do tego, aby coraz więcej lekarzy i pielęgniarek miało kwalifikacje (i motywacje) do wykonywania takich zadań, jak promowanie u podopiecznych aktywności fizycznej, odpowiedniej diety, czy sposobów radzenia sobie ze stresem oraz do uczenia ludzi nowych umiejętności w zakresie prozdrowotnego stylu życia (Jethon Z, 1997).

Cel pracy

Celem pracy była ocena zagrożeń zdrowia związanych z przejawianym stylem życia w populacji mieszkańców Dolnego Śląska oraz określenie roli lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w promocji zdrowia i profilaktyce chorób stylozależnych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono u 900 pacjentów z losowo wybranych szpitali ogólnych województwa dolnośląskiego z podziałem na Wrocław i region w okresie od kwietnia do grudnia 2001 roku. Ostatecznej analizie statystycznej poddano 763 prawidłowo wypełnione kwestionariusze ankiety.

W badaniu ankietowym uczestniczyli losowo wybrani pacjenci w wieku powyżej 18 roku życia, wśród których było 556 kobiet (72,9%) i 207 mężczyzn (27,1%). Przeciętny wiek badanych pacjentów, wyrażony jako kategoria modalna, wahał się w granicach 25–34 lata. Wśród mężczyzn przeciętna wieku wahała się w granicach 45–54 lata, a wśród kobiet 25–34 lata.

Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim (57%). W grupie kobiet wykształcenie na poziomie średnim miało 63,4% osób, a w grupie mężczyzn 40,7%. Najmniej osób było z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym (7,7% w grupie kobiet i 4,4% w grupie mężczyzn). Respondenci wywodzili się w większości ze środowiska miejskiego.

W pracy posłużono się kwestionariuszem ankiety skonstruowanym na potrzeby tego badania. Zawarte w ankiecie pytania dotyczyły:

- przejawianych zachowań w zakresie wybranych elementów stylu życia, takich jak palenie tytoniu, sposób żywienia i picie alkoholu, aktywność fizyczna, poziom radzenia sobie ze stresem;
- znaczenia, jakie respondenci przypisują przejawianym zachowaniom zdrowotnym w kształtowaniu ich zdrowia;
- oraz zmiennych opisujących sytuację społeczno-demograficzną badanych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie i sytuacja materialna stanowiących kontekst wyborów prozdrowotnych.

Analizy statystycznej korelacji między zmiennymi wyrażonymi na skalach nominalnych wykonano, używając testu niezależności χ^2 . Krytyczną wartość błędu pierwszego rodzaju przyjęto na poziomie $p < 0,05$. Obliczenia wykonano za pomocą programu Simstat (wersja 1.24; Peladeau 1998).

Wyniki

Z analizy wypowiedzi badanych osób wynika, iż najczęściej wśród badanej populacji stwierdza się deficyt w zakresie aktywności fizycznej (48,4% M i 49,4% K); u co 3 osoby błędy żywieniowe (32,2% M i 30,1% K) i brak umiejętności radzenia sobie ze stresem (33,5% M i 39,7% K), a także palenie tytoniu (31,0% M i 27,0% K) oraz u niewielkiego odsetka osób częste picie alkoholu (16,3% M i 4,9% K) (tab. 1).

Tabela 1. Deficyt w zakresie zachowań zdrowotnych wśród badanych osób w korelacji z cechami położenia społecznego

Zmienne społeczno-demograficzne	Zachowania zdrowotne badanych osób (*)						Częste picie alkoholu		Nieradzenie sobie ze stresem	
	Błędy żywieniowe		Palenie tytoniu		Deficyt aktywności fizycznej		N	%	N	%
	N	%	N	%	N	%				
Płeć:										
mężczyźni	63	32,2	62	31,0	92	48,4	27	16,3	66	33,5
kobiety	157	30,1	146	27,0	258	49,4	19	4,9	210	39,7
Wiek:										
18–24	35	32,9	31	26,5	57	56,9	10	11,2	40	35,1
25–34	56	30,3	51	26,0	110	58,0	9	6,0	61	31,8
35–44	45	28,9	55	36,2	69	61,0	15	12,3	61	39,9
45–54	46	28,6	54	32,9	76	62,0	9	7,4	67	34,1
55–64	18	30,1	13	21,7	28	58,0	1	2,3	31	55,4
> 64	12	24,0	5	9,4	25	67,6	2	7,4	17	33,3
Wykształcenie:										
wyższe	34	24,9	29	20,7	69	57,2	13	11,2	40	28,8
średnie	123	29,7	116	27,6	207	58,6	19	6,1	158	38,4
zawodowe	46	34,4	45	36,6	50	56,5	10	11,8	53	44,2
podstawowe i niepełne podstawowe	14	57,9	17	33,3	200	64,9	4	12,9	23	46,9
Sytuacja materialna:										
bardzo dobra i dobra	46	25,6	40	22,2	82	54,3	13	9,7	49	27,8
średnia	119	30,5	111	28,0	199	61,6	24	8,1	146	37,4
zła	48	32,4	55	34,2	68	57,8	9	7,7	80	51,0

(*) Dane nie sumują się do 100%, ponieważ w tabeli zawarto wybrane kategorie odpowiedzi.

Aktywność ruchowa jest jednym z istotnych elementów stylu życia jednostki, która sprzyja utrzymaniu właściwej kondycji zarówno fizycznej, jak i psychicznej przez całe życie. Jej znaczne ograniczenie zarówno w zakresie częstości, jak i intensywności jest realnym zagrożeniem dla zdrowia. Prawie połowa badanych mężczyzn i kobiet preferuje bierne formy spędzania czasu wolnego: leżąc lub siedząc (czytanie prasy, oglądanie telewizji, gry komputerowe itp.) – 36,1% bądź wychodząc ze znajomymi do restauracji czy kawiarni – 11,0%. Osoby, które spędzały czas wolny w ruchu, wybierały najczęściej mało aktywne formy odpoczynku, takie jak spacer – kobiety częściej względem mężczyzn (67,7 i 62,6%) we wszystkich grupach wiekowych oraz gimnastykę – 14,5% kobiet i mężczyzn, najczęściej w grupie osób 55–65 i więcej lat (20,5%) w porównaniu z osobami młodymi (9,9% w grupie wiekowej 25–34 lata). Formy wypoczynku wymagające intensywnego wysiłku fizycznego wybierał tylko rzadziej niż co 10 respondent (8,5%) – najczęściej mężczyźni ($\chi^2 = 4,67$; $df = 1$; $p = 0,031$) i osoby młode ($\chi^2 = 7,71$; $df = 1$; $p = 0,006$).

Sami badani natomiast oceniają własną aktywność fizyczną nieco lepiej niż to wynika

z oceny deklarowanych form spędzania czasu wolnego, tj. najczęściej na poziomie dobrym i średnim; odpowiednio 28,2% kobiet i 31,6% mężczyzn oraz 57,7% kobiet i 43,2% mężczyzn. Wiąże się to zapewne z faktem posiadania wiedzy na temat pozytywnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie, na co wskazuje ponad 90,0% ankietowanych kobiet i mężczyzn. Niestety wiedza ta pozostaje jedynie w sferze intelektualnej respondentów, nie znajdując zastosowania w praktyce.

Niewłaściwy sposób odżywiania pod względem ilościowym i jakościowym prowadzi do wzrostu głównych czynników ryzyka chorób przewlekłych (Doll R, Peto R, 1981; Kromhout D, 1985). Ustaleń dotyczących nawyków w zakresie stylu odżywiania badanych osób dokonano w oparciu o opinię na temat regularności spożywanych posiłków oraz częstości spożywania produktów z poszczególnych grup. Z analizy wypowiedzi respondentów wynika, iż prawie co 3 badany mężczyzna i kobieta przejawia antyzdrowotne zachowania w tym zakresie (tab. 1). Bez śniadania wychodzi z domu czasem i zawsze częściej niż co 5 badany (22,5% kobiet i 21,6% mężczyzn). Za podstawowy powód niespożywa-

nia posiłków respondenci uznawali brak czasu – częściej mężczyźni (37,5%) względem kobiet (27,0%; $\chi^2 = 6,86$; $df = 1$; $p = 0,009$) i osoby młode (30,9% w wieku 18–44 lata) względem starszych (25,0% po 45 r.ż.; $\chi^2 = 4,95$; $df = 1$; $p = 0,026$). Co 2 kobieta i niespełna 2/3 mężczyzn przyznaje, że jada nieregularnie, a więc ma świadomość nieprawidłowego zachowania w tym zakresie. Świadomość ta dotyczyła częściej osób po 45 r.ż. (66,0%) w porównaniu z respondentami z młodszych grup wiekowych (47,9%; $\chi^2 = 5,76$; $df = 1$; $p = 0,016$).

Błędy jakościowe w żywieniu to niedobory niektórych składników pokarmowych, związane ze zbyt niską podażą niektórych produktów spożywczych. Węglowodany złożone powinny stanowić podstawowe źródło pozyskiwania energii w ciągu dnia (Paczkowska M, 1998). Z analizy uzyskanego materiału wynika, iż spożycie produktów z tej grupy wśród badanej populacji jest niewystarczające w porównaniu z wymogami racjonalnej diety. Jedynie częściej niż co 5 kobieta i co 6 mężczyzna jada ciemne pieczywo co najmniej raz dziennie, a także osoby starsze (po 45 r.ż. – 29,0%) względem młodszych (19,0%; $\chi^2 = 4,02$; $df = 1$; $p = 0,045$). Prawie co 3 pytany przyznaje, że spożywa je rzadko (31,6%). Zwyczaj jadania produktów z grupy węglowodanów złożonych jest skorelowany z poziomem wykształcenia badanych osób. Im wyższe było wykształcenie respondentów, tym częściej deklarowali oni spożywanie ciemnego pieczywa codziennie i kilka razy w tygodniu (56,2% z wykształceniem wyższym i 29,3% z podstawowym; $\chi^2 = 8,13$; $df = 1$; $p = 0,004$).

Głównym źródłem błonnika, witamin i soli mineralnych są warzywa i owoce, które powinny być spożywane zgodnie z zalecanymi normami, nawet częściej niż raz dziennie (warzywa do każdego posiłku) (Szponar L, Respondek W, 1999; Cybulska B, Szostak WB, 1997). Z wypowiedzi badanych osób wynika, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni popełniają pod tym względem dużo błędów. Co 2 kobieta i tylko częściej niż co 3 mężczyzna spożywa owoce co najmniej raz dziennie. Osoby bardzo młode (18–24 lata) jadają owoce i warzywa rzadziej (odpowiednio 39,3 i 21,6%) względem pozostałych (spożycie warzyw vs wiek: $\chi^2 = 4,69$; $df = 1$; $p = 0,030$; spożycie owoców vs wiek: $\chi^2 = 6,81$; $df = 1$; $p = 0,009$).

Mleko jest niezbędnym produktem w żywieniu, głównie ze względu na dużą zawartość wapnia oraz białka (Szponar L, Respondek W, 1999). Zachowania badanych osób pod względem spożycia mleka i jego przetworów należy uznać za korzystne.

2/3 spośród ankietowanych mężczyzn i kobiet deklaruje spożywanie produktów z tej grupy codziennie (42,5% kobiet i 38,1% mężczyzn) i kil-

ka razy w tygodniu (32,8% kobiet i 31,0% mężczyzn). Częstość spożywania produktów z tej grupy wzrasta z wiekiem osób badanych – raz dziennie pije chude mleko i jada jego przetwory częściej niż co 3 respondent w wieku 25–34 lata i prawie 2/3 osób w wieku 65 i więcej lat ($\chi^2 = 7,03$; $df = 1$; $p = 0,008$), częściej osoby z wykształceniem wyższym i średnim (42,8%) względem pozostałych (34,4%; $\chi^2 = 3,86$; $df = 1$; $p = 0,050$). Wśród osób ze złą sytuacją materialną co 10 wyrażała opinię, że rzadko jada przetwory mleczne w porównaniu z osobami z bardzo dobrą sytuacją materialną, gdzie nikt nie deklarował takiego zachowania ($\chi^2 = 5,43$; $df = 1$; $p = 0,020$).

Zgodnie z zasadami racjonalnej diety spożycie mięsa wieprzowego obfitującego w nasycone kwasy tłuszczowe i cholesterol powinny być ograniczone na rzecz zdrowszego mięsa drobiu i ryb. Tłuste ryby morskie zawierają dodatkowo dużą ilość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz fosfor i wapń. Produkty te powinny być zjadane zamiennie i nie częściej niż 2 razy w tygodniu (Cybulska B, Szostak WB, 1997). Badane osoby znacznie częściej spożywają mięso wieprzowe i wędliny w stosunku do drobiu i ryb. Codziennie jada mięso wieprzowe prawie co 3 mężczyzna (31,2%) i 26,6% kobiet, częściej osoby słabiej wykształcone (35,7% z wykształceniem zawodowym i podstawowym) względem lepiej wykształconych (25,5% z wykształceniem wyższym i średnim; $\chi^2 = 4,06$; $df = 1$; $p = 0,044$). Spożycie drobiu i ryb wśród badanej populacji mężczyzn i kobiet należy uznać za bardziej racjonalne w porównaniu z mięsem wieprzowym. Kilka razy w tygodniu i raz w tygodniu spożycie tych produktów deklaruje ponad 2/3 badanych (79,9% K i 76,3% M), nieistotnie częściej z wykształceniem wyższym i średnim (81,7%) względem pozostałych (74,1%; $\chi^2 = 2,18$; $df = 1$; $p = 0,140$). Odsetek osób wyraźnie ograniczających spożycie mięsa wieprzowego i wędlin zwiększa się wśród osób w wieku 55–65 lat – rzadko jada je 25,9% w porównaniu z badanymi w wieku 18–44 lata, gdzie odsetek ten wynosi 11,2% ($\chi^2 = 4,08$; $df = 1$; $p = 0,043$). Fakt ten należy łączyć z rosnącym zainteresowaniem sprawami zdrowia i wzrastającą świadomością zdrowotną wśród osób starszych ze względu na nasilone problemy zdrowotne.

Wraz z pogarszaniem się sytuacji materialnej badanych osób zmniejsza się spożycie zarówno mięsa wieprzowego, jak i drobiu i ryb. Sól kuchenna jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka. Jej nadmiar może prowadzić do powstawania nadciśnienia tętniczego i jego powikłań (Cosensus 2000). Za niekorzystne z punktu widzenia profilaktyki nadciśnienia tętniczego krwi należy uznać, iż około 40,0% respondentów deklaruje zwyczaj dosalania goto-

wych potraw. Odsetek osób, które nie mają zwyczaju dosalania potraw, jest odwrotnie proporcjonalny do wieku – nigdy nie robi tego 7,1% osób młodych (18–24 lata) i 39,5% po 65 r.ż. ($\chi^2 = 7,30$; $df = 1$; $p = 0,007$).

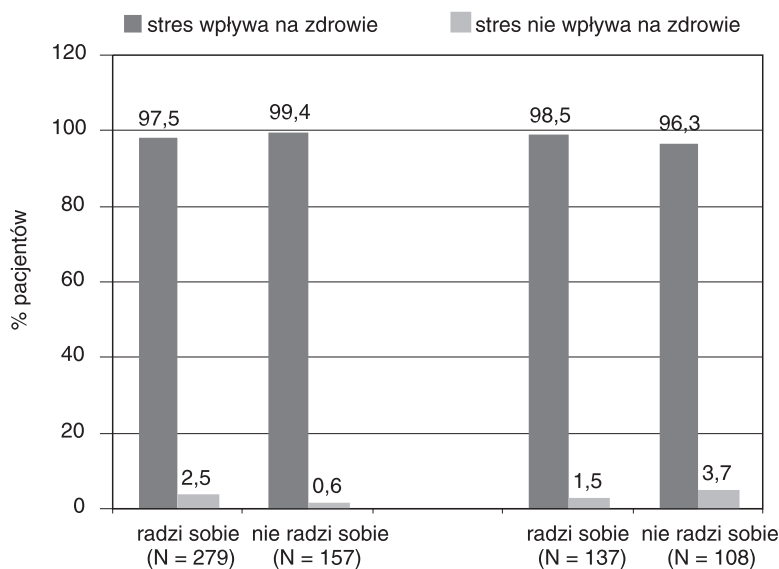
Stan stresu to nie tylko stan napięcia psychicznego, ale stan określonych zmian w fizjologii ustroju człowieka. Stres wymienia się jako czynnik przyspieszający wystąpienie zawału serca, nadciśnienia, obniżający odporność organizmu, czyniąc go podatnym na różnorodne schorzenia (Czabała CJ, 2000; Selye H, 1977). Umiejętność radzenia sobie ze stresem uznawana jest za jedno z zachowań prozdrowotnych. Jednym z elementów zachowań podnoszących odporność na stres jest aktywność fizyczna, pozostająca zdecydowanie na zbyt niskim poziomie wśród badanych osób (u ok. 50%). Prawie 90,0% ankietowanych osób (89,9% kobiet i 85,3% mężczyzn) przyznaje, że przeżywa stresy, a więc odczuwa dyskomfort psychiczny i fizyczny w wielu codziennych sytuacjach. Nieco częściej taką opinię wyrażały osoby młode (18–34 lata) – 91,4% względem starszych (55–65 i więcej lat; $\chi^2 = 3,71$; $df = 1$; $p = 0,054$) – 81,5%, o wyższym poziomie wykształcenia (średnim i wyższym) – 90,2% w porównaniu z pozostałymi – 83,8% ($\chi^2 = 3,06$; $df = 1$; $p = 0,080$). Zdecydowana większość respondentów spośród badanej populacji wyraża jednoznaczną opinię, że przeżywane stresy mają negatywny wpływ na ich zdrowie (ponad 90,0%) (ryc. 1).

Stres jest wszechobecny w życiu człowieka i organizm człowieka jest przygotowany do jego znoszenia. Dopiero dystres działa szkodliwie na organizm człowieka i wymaga odpowiednich umiejętności radzenia sobie z nim w życiu codziennym (Siek S, 1989).

Badane osoby zapytano, jak oceniają umiejętności radzenia sobie ze stresem (tab. 1). Z wypo-

wiedzi respondentów wynika, iż co 3 mężczyzna (33,5%) i częściej niż co 3 kobieta (39,7%) nie posiada umiejętności, we własnym odczuciu, dzięki którym mogłaby zmniejszyć skutki przeżywanego stresu i nie radzi sobie ze stresem (lub radzi sobie bardzo słabo). Należy sądzić, że u tych osób stres przybiera formę dystresu, stając się czynnikiem ryzyka chorób, w których powstawaniu dużą rolę odgrywa niekontrolowany stres. Dobrze radzi sobie ze stresem co 2 badany mężczyzna i kobieta (53,3%), a bardzo dobrze jedynie częściej niż co 10 mężczyzna i co 15 kobieta. Odsetek osób oceniających niedostatecznie poziom radzenia sobie ze stresem wzrasta istotnie wraz z wiekiem badanych – im osoby starsze, tym gorzej oceniają swoje umiejętności w tym zakresie. W grupie osób młodych takich ocen było 35,1%, a w grupie wiekowej 55–64 lata – 45,4% ($\chi^2 = 3,88$; $df = 1$; $p = 0,049$). Poziom wykształcenia badanych w sposób zasadniczy różnicował opinie respondentów na temat umiejętności radzenia sobie ze stresem. Im badane osoby były lepiej wykształcone, tym częściej deklarowały radzenie sobie z sytuacjami trudnymi na poziomie dobrym (40,0% z podstawowym i 61,9% z wyższym; $\chi^2 = 4,20$; $df = 1$; $p = 0,040$). Podobny efekt obserwujemy przy analizie wpływu sytuacji materialnej na umiejętność radzenia sobie ze stresem – respondenci, którzy oceniali ją jako dobrą i bardzo dobrą (58,2%), deklarowali, że radzą sobie dobrze z sytuacjami stresowymi w porównaniu z pozostałymi osobami (42,0%; $\chi^2 = 3,95$; $df = 1$; $p = 0,047$).

Jedynie 27,8% badanych osób umiało określić, w jaki sposób radzi sobie ze stresem, co potwierdza deklarowany brak umiejętności w tym zakresie w badanej populacji. Badani mieszkańcy regionu Dolnego Śląska wymieniali racjonalne (84,4%) i nieracjonalne (15,6%) sposoby niwelowania skut-



Ryc. 1.

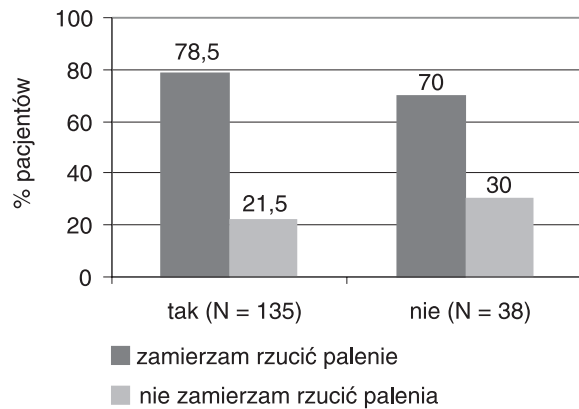
ków stresu w swoim życiu. Do pierwszej grupy należy zaliczyć uprawianie sportu, spacer, „duże” porządki w domu, rozmowy z bliskimi osobami i przyjaciółmi, relaksacja, medytacja, czytanie książek, sen itp. Druga grupa „sposobów” na stres, to objadanie się, picie alkoholu, palenie papierosów, przyjmowanie środków uspokajających, agresja.

Palenie tytoniu jest podstawowym zagrożeniem zdrowia ludności Polski, dlatego też powinno znaleźć się w centrum zainteresowania lekarzy pierwszego kontaktu (lekarzy rodzinnych). Jest to jeden z najpoważniejszych czynników ryzyka chorób układu krążenia (Wielkoszyński T, Bodzek D, 2001) oraz nowotworowych podlegających modyfikacji. W chwili badania papierosy palił prawie co 3 mężczyzna (31%) i częściej niż co czwarta kobieta (27%) (tab. 1). Większość respondentów spośród palaczy wypala paczkę papierosów dziennie (lub mniej), odpowiednio 78,1% mężczyzn i 87,5% kobiet. Odsetek osób palących maleje wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ($\chi^2 = 8,06$; $df = 3$; $p = 0,045$) i pozytywnej oceny sytuacji materialnej ($\chi^2 = 6,86$; $df = 2$; $p = 0,032$). Zastanawiający jest fakt, że w grupie osób bardzo dobrze i dobrze oceniających swoje zdrowie odsetek palaczy był nieznacznie wyższy (podobny) jak w grupie osób z negatywną samooceną stanu zdrowia. Być może posiadanie dobrego samopoczucia zmniejsza poczucie zagrożenia zdrowotnego związanego z paleniem tytoniu, którego skutki ujawniają się dopiero po wielu latach nałogu. Zdrowie bardziej zaczynamy cenić dopiero wówczas, gdy pojawiają się poważne problemy zdrowotne.

Znaczny odsetek osób spośród palących deklaroowało chęć rzucenia palenia w równym stopniu zarówno mężczyźni, jak i kobiety.

Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie nie wpływało istotnie na deklaracje pacjentów co do chęci zerwania z nałogiem i/lub dalszym trwaniem w nałogu wśród osób palących papierosy (ryc. 2). Wskazuje to na deklaracyjny charakter poczucia odpowiedzialności za stan swojego zdrowia w tej grupie badanych osób.

Picie alkoholu w umiarkowanych ilościach wzbudza wiele kontrowersji wśród całego środowiska medycznego. Często wskazuje się na ochronne działanie niewielkich dawek alkoholu na serce (Broustet JP, 1999). Wśród badanych osób przeważali respondenci niepijący i pijący alkohol jedynie okazjonalnie – 81,3% kobiet i 63,3% mężczyzn. Codziennie (tab. 1) i kilka razy w tygodniu deklaruje, że pije alkohol 4,9% kobiet i 16,3% mężczyzn, a kilka razy w miesiącu prawie co 5 mężczyzna (18,7%) i częściej niż co 10 kobieta. Osoby te preferują trunki o niskiej zawartości alkoholu: piwo (44,3%) i wino (31,7%); najrzadziej badani pili wódkę i inne wysokoprocentowe alkohole (24,0%).



Ryc. 2.

Rodzaj i charakter przejawianych zachowań zdrowotnych w zakresie wybranych elementów stylu życia mieszkańców Dolnego Śląska oraz niedostateczna świadomość zdrowotna badanych w zakresie prozdrowotnego stylu życia wskazuje na konieczność objęcia jej ukierunkowanym poradnictwem i edukacją zdrowotną na poziomie społeczności lokalnej. Szczególną rolę w tym zakresie należałoby przypisać lekarzom i pielęgniarkom praktykującym na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Zaangażowanie lekarzy pierwszego kontaktu/lekarzy rodzinnych jest dla skutecznego promowania zdrowia bardzo ważne, po pierwsze dlatego, że pełnią oni w sektorze opieki zdrowotnej nie tylko funkcję terapeutów, ale i „liderów”, po drugie zaś – ze względu na ich bezpośrednie kontakty z ludźmi.

Więcej uwagi należałoby poświęcić pielęgniarkom środowiskowo-rodzinnym i ich zadaniom w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, będących ich podstawowymi zadaniami zawodowymi. W stosunku do podopiecznych pełnią one funkcję doradcy i promotora działań prozdrowotnych, w stosunku do lekarza – informatora o pacjentach i ich środowisku. Łącząc w swej pracy promocję zdrowia z profilaktyką chorób, sprawując nad mieszkańcami rejonu opiekę, której zadaniem jest wczesne rozpoznawanie niekorzystnych zjawisk i podejmowanie adekwatnych działań we współpracy z pozostałymi członkami zespołu POZ.

Rosnące znaczenie promocji zdrowia w dzisiejszej medycynie stanie się bardziej wyraziste, gdy odwołamy się do planowanego na lata 1996–2001 ogólnego programu pracy Światowej Organizacji Zdrowia. Opiera się on na czterech głównych założeniach:

- pojmowaniu zdrowia jako nieodłącznego elementu rozwoju człowieka,
- zapewnieniu równego dostępu do usług zdrowotnych,
- promocji i pomnażania potencjału zdrowia,
- profilaktyki i kontroli specyficznych zagrożeń zdrowia.

Wnioski

1. Zagrożenia zdrowotne w badanej populacji wiążące się z określonymi elementami stylu życia dotyczą: niskiej aktywności fizycznej (48,4% M i 49,4% K), błędów żywieniowych zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym (32,2% M i 30,1% K), nieumiejętności (we własnej ocenie) radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (33,5% M i 39,7% K) oraz palenia tytoniu (31% M i 27% K).
2. W populacji badanych osób dostrzega się rozbieżność między wyrażaną opinią o wpływie
3. Mała świadomość zdrowotna i brak odpowiedzialności za własne zdrowie wśród badanych mężczyzn i kobiet wskazuje na znaczącą rolę i konieczność aktywnego udziału lekarzy i pielęgniarek POZ w kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych wśród podopiecznych.

Piśmiennictwo

1. Cybulska B, Adamus J i wsp. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. Rekomendacje Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Kardiologia Polska* 2000; 53(Supl. I): 6.
2. Kannel NS. Niektóre wyniki długofalowego badania populacji Framingham. *Prz Lek* 1978; 2: 275.
3. Jethon Z (red.). *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: PZWL; 1997.
4. Doll R, Peto R. The causes of cancer. Quantitative estimates of available risk of cancer in the US today. *J Nat Cancer Inst* 1981; 66: 1191.
5. Kromhout D. *Dietary Components and the Risk of Coronary Heart Disease Mortality*. [in:] *Behavioral Epidemiology and Disease Prevention*. Kaplan RM, Criqui MH (eds). New York and London: Plenum Press; 1985: 121.
6. Paczkowska M. Węglowodany złożone w promocji zdrowia. *Nowa Medycyna* 1998; 5 (21–22): 51–52.
7. Szostak WB, Cybulska B. Piramida Zdrowia, czyli optymalny model żywienia. Aneks II. *Pol Tyg Lek* 1995; Supl. 1: 51–55.
8. Cosensus 2000. Spożycie tłuszczu, dieta śródziemnomorska a długie, zdrowe, dobre życie. 2000 Międzynarodowa Konferencja „Dieta Śródziemnomorska”, Londyn, Royal College of Physicians, 13–14 stycznia 2000. International Task Force for Prevention of Coronary Disease. *Czynniki Ryzyka* 2000; 4: 5–7.
9. Szponar L, Respondek W. *Zmniejszanie ryzyka chorób na tle wadliwego żywienia w promocji zdrowia*. [w:]. *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Karski JB (red.). Warszawa: Ignis; 1999: 217–237.
10. Cybulska B, Szostak WB. Wytyczne żywieniowe Narodowego Programu Profilaktyki Cholesterolowej dla ludzi dorosłych. *List informacyjny*. Narodowy Program Profilaktyki Cholesterolowej 1997: 8–14.
11. Czabała CJ (red.). *Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
12. Selye H. *Stres okiełznany*. Warszawa: PIW; 1977.
13. Tylka J. Leczenie stresu. *Med Rodz* 1998; 2: 34–38.
14. Siek S. *Walka ze stresem*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej; 1989.
15. Wielkoszyński T, Bodzek D. Palenie tytoniu a miażdżycy – aktualne poglądy. *Czynniki Ryzyka* 2001; 1–2: 39–50.
16. Broustet JP. Wino a zdrowie. *Heart* 1999; 81: 459–460 [w:] *BMJ* Wydanie Polskie, grudzień 1999; 16–19.

Adres I Autorki:

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Poziom dostępności usług medycznych w opinii pacjentów

The level of medical services accessibility in patients' opinion

MARIOLA SEŃ¹, DONATA KURPAS², ANDRZEJ STECIWKO²

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: Iwona Taranowicz

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie 763 pacjentów regionu Dolnego Śląska poprosiliśmy o opinię na temat dostępności do usług medycznych i ich jakości w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej w okresie przed i po reformie systemu ochrony zdrowia, trudności na jakie pacjenci napotykają, dostępności do opieki specjalistycznej, a także propozycje, które usprawniłyby funkcjonowanie placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Nasza praca jest oceną skutków reformy systemu ochrony zdrowia, daje obraz słabych stron funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, ale i możliwości jej poprawy.

Słowa kluczowe: opieka podstawowa, dostępność usług medycznych.

Summary We asked 763 patients of Lower Silesia region about the opinion of medical services accessibility and quality before and after health care system reform, difficulties which patients meet, specialist care accessibility and also proposal which could improve services in primary care centers. Our paper is the estimation of health care system reform, shows the weak points of services in primary care centers and possibilities of improvement.

Key words: primary care, medical services accessibility.

Wstęp

W ostatnich dziesięcioleciach bezpieczeństwo zdrowotne ludzkości było domeną działalności Światowej Organizacji Zdrowia. W Preambule Konstytucji WHO (1946) zawarty jest zapis głoszący, że „...zdrowie jest fundamentalnym prawem każdego człowieka, a zdrowie wszystkich społeczeństw jest warunkiem pokoju i bezpieczeństwa...” (Paździoch S, 2000). Wyrazem praktycznego wdrażania idei bezpieczeństwa zdrowotnego w skali świata jest „Strategia dla Wszystkich”, zaakceptowana przez wszystkie kraje członkowskie WHO. Gwarantuje ona równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania, zamożność. Dla rządów większości państw jest sprawą oczywistą, że władze państwowe są odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Kwestią sporną pozostaje raczej zakres tej odpowiedzialności.

W 1978 r. z inicjatywy WHO odbyła się międzynarodowa konferencja w Alma-Acie, podczas

której określono m.in. najistotniejsze elementy podstawowej opieki zdrowotnej, do których należy m.in. jej powszechna dostępność dla jednostek i rodzin oraz dostępność na szczeblu lokalnej społeczności, a także działania w oparciu o zasadę uczestnictwa odbiorców świadczeń (Włodarczyk C, 2000).

Również polski „Narodowy Program Zdrowia” (NPZ) określa indywidualną odpowiedzialność za ochronę, utrzymanie oraz rozwój zdrowia. W NPZ na lata 1996–2005 zawarto 18 celów operacyjnych i postawiono jeden cel strategiczny, tj. poprawę stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia (NPZ, 1990; NPZ, 1993; NPZ, 1996).

Wśród celów operacyjnych NPZ należy podkreślić wskazujące nie tylko na zachowania będące elementami stylu życia, ale kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska pracy, życia i nauki oraz wypoczynku, a także ukierunkowanie na zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępności do świadczeń zdrowotnych (NPZ, 1996).

Cel pracy

Nasze badania przeprowadziliśmy, aby określić opinię pacjentów na temat dostępności do świadczeń zdrowotnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Materiał i metody

Badania miały charakter anonimowego wywiadu kwestionariuszowego składającego się z 94 pytań. Respondentów pytano o ocenę zasad funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej przed reformą i po zmianie jej zasad funkcjonowania (po 1 stycznia 1999 r.), a także o dostępność i jakość świadczonych usług medycznych oraz trudności, na jakie pacjenci natrafili podczas korzystania ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Ankieta zawierała także zmienne opisujące sytuację społeczno-demograficzną badanych (wiek, płeć, wykształcenie, status zawodowy i sytuację materialną). Prowadzono je wśród pacjentów losowo wybranych szpitali województwa dolnośląskiego, z podziałem na Wrocław i region, od kwietnia do grudnia 2001 r. Respondenci korzystali z porad lekarza pierwszego kontaktu przed pobytem w szpitalu.

Rozprowadzono 2000 ankiet. Ostatecznie zebrano 900 kwestionariuszy (45%), z czego opracowaniu poddano 763 ankiety.

Podczas analizy statystycznej wykorzystano test niezależności χ^2 (krytyczną wartość błędu pierwszego rodzaju przyjęto na poziomie $p < 0,05$), test dla median, test Manna-Whitneya. Obliczenia wykonano za pomocą programu Simstat (wersja 1.24; Peladeau 1998).

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 763 pacjentów w wieku powyżej 18 roku życia, wśród których było 556 kobiet (72,9%) i 207 mężczyzn (27,1%). Kobiety znacznie częściej wyrażały zgodę na wypełnienie ankiety, mężczyźni częściej nie zwracali kwestionariuszy lub zwracali je wypełnione częściowo, co uniemożliwiało poddanie ich dalszej analizie.

Przeciętny wiek badanych wyrażony jako kategoria modalna, wahał się w granicach 25–34 lata. Przeciętny wiek kobiet wynosił 25–34 lata, mężczyzn 45–54 lata. Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim (57%).

W grupie kobiet 63,4% miało wykształcenie średnie, w grupie mężczyzn – 40,7%. Wyższym wykształceniem częściej legitymowali się mężczyźni (28,4%), w porównaniu z kobietami (15,6%).

Najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym (7,7% kobiet i 4,4% mężczyzn).

63,9% badanych było czynnych zawodowo. W grupie osób pobierających emeryturę i rentę większość stanowili mężczyźni (14%). Kobiety spośród respondentów nieaktywnych zawodowo to osoby częściej pozostające na utrzymaniu innych (12,6%).

Większość pacjentów oceniła swoją sytuację materialną jako średnią (53,7%), 22,2% – jako dobrą, 21,7% – jako złą, 2,4% – jako bardzo dobrą.

Respondenci pochodzili w większości ze środowiska miejskiego (duże miasto – 57,9%, średniej wielkości – 13,1%, małe miasto – 15,5%). Ze środowiska wiejskiego wywodziło się 13,5% badanych.

Spośród ankietowanych 690 osób należało do Regionalnej Kasy Chorych, 63 do Branżowej Kasy Chorych, 10 nie było objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Znajomość zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po 1999 r. oraz wynikających stąd zadań i obowiązków stojących przed świadczeniodawcami, a także uprawnień dla pacjentów wiąże się ze znajomością „Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”. Wśród badanej populacji jedynie 10,6% wyraziło opinię, że zna dobrze treść tej ustawy, a 39,1% stwierdziło, że zna tę ustawę powierzchownie. Pozostali respondenci nie znają przepisów zawartych w ustawie, twierdząc, że tylko o niej słyszeli (38,1%) lub nigdy nie słyszeli (11,9%). Znajomość treści ustawy koreluje dodatnio z wyższym poziomem wykształcenia badanych (16,9% posiadających wyższe wykształcenie i tylko 5,1% z wykształceniem zawodowym i niższym twierdziło, że zna jej treść dobrze). Mieszkańcy miast dwukrotnie częściej deklarowali dobrą znajomość treści ustawy (11,5% – w tym 11,4% z dużego miasta, 15,6% – średniego, 8,5% – małego miasta) w porównaniu do zamieszkałych na wsi (4,9%). Osoby starsze (20,3% w wieku 55–64 lata) częściej znały treść ustawy niż młodsze (4,3% w wieku 18–24 lata).

Zdecydowana większość kobiet (69,4%), jak i mężczyzn (66,3%) oceniła negatywnie funkcjonowanie służby zdrowia (raczej źle lub zdecydowanie źle). Opinia ta była zależna od poziomu wykształcenia badanych. Osoby z wykształceniem niższym częściej wyrażały opinie pozytywne (63,9% z wykształceniem podstawowym) w porównaniu z respondentami z wyższym wykształceniem (21,7%; $p = 0,006$). Lepiej oceniali ją również mieszkańcy wsi (40,2%) względem pacjentów z dużego miasta (28,2%; $p = 0,041$), osoby niepracujące (39,9%) w porównaniu z osobami aktywnymi zawodowo (26,4%; $p = 0,047$).

Zdecydowana większość badanych leczy się w przychodniach rejonowych (72,7%), a jedynie

Tabela 1. Jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych w praktykach lekarzy rodzinnych oraz publicznych zakładach POZ w opinii pacjentów

Jakość usług	Praktyka lekarza rodzinnego (%)	Publiczny zakład POZ (%)
Zdecydowanie dobra	5,8	4,4
Raczej dobra	51,7	43,5
Raczej zła	32,6	41,5
Zdecydowanie zła	9,9	10,6

częściej niż co 5 pacjent u lekarza rodzinnego. Ocenę jakości świadczeń udzielanych w powyższych placówkach zawiera tabela 1.

Mieszkańcy wsi oraz osoby z wykształceniem podstawowym znacznie częściej wyrażały opinię pozytywną (odpowiednio 62,4 i 66,8%) względem pacjentów pochodzących z dużego miasta oraz z wyższym wykształceniem (co 2 badany). 57,6% pacjentów wyrażało pozytywną opinię o jakości świadczeń udzielanych w praktykach lekarzy rodzinnych, 47,9% – w ośrodkach publicznych.

Dostępność do usług medycznych może być ograniczona z powodu trudności, na jakie napotykać pacjenci korzystający ze świadczeń POZ. Trudności z uzyskaniem porady u lekarza rodzinnego ma co 3 pacjent i 58,8% osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w publicznej przychodni. Najczęstszym problemem (55,1%) jest biurokracja (brak informacji, odsyłanie, wielokrotne wizyty).

Nową zasadą wynikającą z założeń reformy systemu ochrony zdrowia jest potrzeba uzyskania od lekarza pierwszego kontaktu skierowania do większości specjalistów. Co 2 pacjent wskazuje na trudności z uzyskiwaniem takich skierowań (w podobnym stopniu w ośrodkach publicznych, jak i u lekarzy rodzinnych). 79,2% badanych wskazuje, że lekarz pierwszego kontaktu nie posiada wystarczających umiejętności ani aparatury diagnostycznej, aby można było ograniczyć konsultacje u lekarzy specjalistów.

Częściej o trudnościach napotykanym w ośrodkach POZ wspominają pacjenci dużych

miast, częściej również dotyczą one placówek publicznych.

Założenia reformy miały doprowadzić do poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych na poziomie podstawowym. Spośród badanych jedynie co 10 wyraża opinię, że zarówno dostęp do świadczeń, jak i ich jakość na poziomie POZ przed reformą były gorsze niż obecnie. Zdecydowanie więcej pacjentów twierdzi, że dostęp do świadczeń lekarzy POZ był lepszy (41,4% – do lekarza ogólnego, 59,2% – do specjalisty), rzadziej, że taki sam (odpowiednio: 37,2 i 20,7%). Dostęp do specjalistów przed reformą lepiej oceniają mieszkańcy miasta (59,9%) niż wsi (50%) oraz pacjenci z wykształceniem wyższym i średnim (64,4%) względem pozostałych (37,5%) (tab. 2).

Prawie co 2 badany ocenia, że jakość usług po reformie nie uległa pogorszeniu, co 3, że przed reformą była lepsza. Zmienne demograficzne nie różnicują tu w sposób zasadniczy opinii pacjentów.

Niepokojące jest, że prawie co 2 pacjent w mieście nie potrafił ocenić dostępności i jakości usług pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej. Znacznie korzystniejszą sytuacją wygląda na wsi, gdzie jedynie co 5 badany nie potrafił określić dostępności i jakości jej usług.

Niezadowolone pacjentów ze świadczeń zdrowotnych w nowych warunkach funkcjonowania służby zdrowia może wynikać z faktu konieczności finansowania usług, które były bezpłatne przed 1 stycznia 1999 r. oraz konieczności rezygnacji z nich, gdy sytuacja materialna do tego zmusza. 64,2% ankietowanych przyznaje, że była zmuszona zapłacić za usługi medyczne, które były bezpłatne przed reformą systemu ochrony zdrowia, co 2 pacjent w ogóle z nich zrezygnował. Najczęściej badani płacili za usługi stomatologa (25,9%), badania specjalistyczne (18,2%), prywatne wizyty u lekarza (12,7%), wykonanie badań laboratoryjnych (10,4%), zakup sprzętu i środków (kule, wózek inwalidzki, wkładki ortopedyczne, strzykawki itp.) (9,2%), zakup cegiełek z tytułu pobytu w szpitalu (7,3%). Z przyczyn finansowych pacjenci rezygnowali z wizyty u stomatologa (23,4%), wykupienia re-

Tabela 2. Dostęp do usług i jakość usług medycznych w ośrodkach POZ przed 1 stycznia 1999 r. w opinii pacjentów

Przed reformą (%)	Lepszy (%)	Taki sam (%)	Gorszy (%)	Trudno powiedzieć (%)
Dostęp do lekarza ogólnego	41,4	37,2	11,6	9,9
Jakość usług lekarza ogólnego	29,0	45,7	9,7	15,6
Dostęp do lekarza specjalisty	59,2	20,6	10,5	9,7
Jakość usług lekarza specjalisty	31,5	44,2	8,3	16,1
Dostęp do pielęgniarki środowiskowej	21,9	30,9	4,1	43,1
Jakość usług pielęgniarki środowiskowej	15,7	34,0	4,5	45,8

cepty (21,7%), wizyty u lekarza specjalisty i wykonania badań specjalistycznych (10,7%), zakupu okularów zalecanych przez okulistę (10,7%), wyjazdu do sanatorium (6,8%).

Problem z uzyskaniem wizyty domowej zgłaszało 61,8% badanych, najczęściej w dużym mieście (66,9%), a najrzadziej w małym mieście (49,5%), częściej osoby z wyższym wykształceniem (65,3%) w porównaniu z osobami z wykształceniem podstawowym (44,1%), respondenci czynni zawodowo (63,8%) wobec niepracujących (59,7%).

Na brak możliwości wnikliwego badania wskazywało 68,3% ankietowanych – najczęściej byli to mieszkańcy miasta średniej wielkości (81,3%) w porównaniu z małym i dużym miastem oraz wsią (po 65%), osoby z wykształceniem wyższym (75,8%) wobec respondentów z wykształceniem podstawowym (52,9%), czynni zawodowo (69,7%) w porównaniu z niepracującymi (66,3%).

Co 2 badany wskazuje na niewystarczającą ilość czasu na rozmowę z lekarzem, w tym 70,5% z wykształceniem wyższym i tylko 37,1% z podstawowym, w takim samym stopniu mieszkańcy miast i wsi, częściej pracujący (59,9%) w porównaniu z niepracującymi (52,9%).

Na brak zainteresowania lekarza pierwszego kontaktu sytuacją rodzinną i materialną skarży się 73,3% badanych.

We wszystkich przypadkach sytuacja korzystniej wygląda w praktykach lekarzy rodzinnych niż publicznych ośrodkach POZ.

Jakość świadczeń zdrowotnych to również możliwość skorzystania z porady lekarza lub pielęgniarki w czasie dogodnym dla pacjenta. 2/3 osób spośród pacjentów lekarzy rodzinnych stwierdza, że czas, jaki lekarz przeznacza na opiekę nad pacjentem, jest wystarczający dla zapewnienia opieki na właściwym poziomie, potwierdza to jedynie co 2 leczący się w publicznym zakładzie POZ.

Częściej pacjenci darzą zaufaniem lekarzy z prywatnych praktyk lekarzy rodzinnych (42,3%) w porównaniu z lekarzami z publicznych zakładów POZ (33,6%; $p = 0,041$).

Wiele z elementów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wdrożeniu reformy nie uzy-

skoło akceptacji pacjentów. Podczas badań poproszono respondentów o propozycje usprawnienia funkcjonowania POZ (tab. 3).

Główne źródło złego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia świadczeniobiorcy upatrują w zbyt małych nakładach finansowych. Pochodną tego jest możliwość zakupu lepszego sprzętu diagnostycznego. Prawdopodobieństwo poprawy funkcjonowania POZ ankietowani widzą też w zniesieniu skierowań do specjalistów. Rzadziej wysuwano propozycję zatrudnienia większej liczby specjalistów w ośrodkach POZ oraz zwiększenie liczby lekarzy pierwszego kontaktu, czy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. Ważne są uwagi dotyczące zintensyfikowania działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, co świadczy o wzrastającej świadomości zdrowotnej społeczeństwa.

Dyskusja

Reforma systemu ochrony zdrowia z dnia 1 stycznia 1999 r. zakładała, że wiodącą rolę odgrywać będzie dobrze zorganizowana, powszechnie dostępna i dostosowana do potrzeb społeczeństwa podstawowa opieka zdrowotna.

Uzyskanie porady (lecniczej, rehabilitacyjnej czy edukacyjnej) stwarza możliwość wyrażenia potrzeb zdrowotnych po stronie odbiorcy usług medycznych (pacjenta) i daje poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Poprawa opieki zdrowotnej ma znaczący wpływ na poziom zdrowotności obywateli (Ostrowska A, 1999). Dostępność do świadczeń zdrowotnych rozumiana jako wskaźnik udostępniania zasobów oraz usług opieki zdrowotnej w stosunku do potrzeb danej społeczności lub osoby, w tym szczególnie do świadczeń na poziomie podstawowym i właściwa ich jakość, to czynniki warunkujące stan zdrowia ludności.

Na przestrzeni lat 90. oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ulegały systematycznemu pogorszeniu – w 1993 r., kiedy zaczynały poprawiać się oceny innych sektorów, służbę zdrowia oceniało pozytywnie tylko 43% respondentów, w 1996 r. – tylko 25% (Ostrowska A, 2000). W latach 1996–1998 obserwowano niewielką po-

Tabela 3. Propozycje pacjentów usprawniające funkcjonowanie POZ

Propozycje	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	Ogółem (%)
Zwiększenie nakładów finansowych	92,4	95,4	93,2
Więcej lekarzy	72,5	78,9	72,9
Więcej pielęgniarek	75,6	69,8	74,1
Więcej specjalistów	79,0	63,9	75,0
Zniesienie skierowań do specjalistów	88,2	81,1	86,3
Lepszy sprzęt diagnostyczny	93,3	95,3	93,8
Promocja zdrowia w POZ	91,5	92,0	91,7

prawę opinii, co może wiązać się ze wzrostem aktywności sektora usług prywatnych, przez co zaczęto doceniać usługi bezpłatne (Ostrowska A, 2000). Wyniki niniejszej pracy wskazują, że odsetek osób negatywnie oceniających funkcjonowanie służby zdrowia po 1 stycznia 1999 r. wynosi około 70%. Opinie te zależne były od poziomu wykształcenia badanych, miejsca zamieszkania i aktywności zawodowej. Lepiej działalność służby zdrowia oceniali respondenci z wykształceniem zawodowym, mieszkańcy wsi, osoby nieczynne zawodowo. Według sondaży CBOS, odsetek osób wyrażających opinie negatywne na temat funkcjonowania służby zdrowia był podobny i wynosił 66% w czerwcu 1999 r. oraz 79% w styczniu 2000 r. (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001). Większy krytycyzm w ocenie dostępu do świadczeń zdrowotnych wykazywały osoby z wyższym i średnim wykształceniem, zamieszkałe w dużych miastach, należące do wyższych warstw społecznych (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001).

Znajomość zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wśród pacjentów ułatwia realizację ich potrzeb zdrowotnych. W badaniach sondażowych na temat warunków i jakości życia oraz społecznego odbioru reform systemowych 58,3% respondentów znało nowe zasady korzystania z opieki medycznej. Za lepiej poinformowanych uważali się mieszkańcy dużego miasta niż wsi (66,0% vs 51,2%) (Czapiński J, Panek T, 2000). O znajomości (dobrej lub powierzchownej) zasad korzystania ze świadczeń medycznych mówiło 50% badanych Dolnego Śląska, były to głównie osoby starsze, lepiej wykształcone, pochodzące z dużego miasta. Jeżeli przyjąć znajomość treści „Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” za stopień poinformowania o nowych zasadach korzystania z opieki zdrowotnej, to jest on niewystarczający i może prowadzić do braku poczucia bezpieczeństwa w sytuacji choroby, na co wskazują także dane z literatury (Dylewicz P, Przywarska I, 2001; Kapała W, 2001).

W ocenie funkcjonowania opieki zdrowotnej przed i po reformie 41,4% pytanych uznało, że dostęp do lekarza pierwszego kontaktu był lepszy przed 1 stycznia 1999 r. (11,6%, że gorszy), 59,2% stwierdziło, że dostęp był lepszy do lekarza specjalisty (10,5%, że uległ pogorszeniu). Niewątpliwie na tę opinię wpłynęło ograniczenie możliwości korzystania z porad lekarzy specjalistów. Na pozytywną ocenę dostępności do lekarza ogólnego i lekarzy specjalistów przed 1999 r. wskazują również badania CBOS (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001).

Analiza opinii pacjentów o dostępności do usług lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów w POZ w porównaniu z sytuacją przed 1999 r. wskazuje, że odbiór społeczny reformy

służby zdrowia jest raczej negatywny, a zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pogorszyło się.

Oceny jakości usług lekarzy w opiece ambulatoryjnej nie były już zdecydowanie negatywne. Co 3 pacjent wyraził opinię, że była ona lepsza niż obecnie.

Obserwuje się nasilenie biurokracji, znacznie trudniej uzyskać wizytę domową, wnikliwe badanie czy zainteresowanie sytuacją rodzinną i materialną pacjenta ze strony lekarza pierwszego kontaktu. Na te trudności częściej wskazywali respondenci lepiej wykształceni, czynni zawodowo, korzystający ze świadczeń w publicznych ośrodkach POZ. Na problemy z uzyskaniem wizyty u lekarza pierwszego kontaktu wskazuje co 2 ankietowany leczący się w ośrodku publicznym i co 3 w praktyce lekarza rodzinnego. Trudność z uzyskaniem skierowania do lekarza specjalisty oraz na badania specjalistyczne sygnalizuje co 2 pacjent zarówno publicznych ośrodków, jak i praktyk lekarzy rodzinnych. Potwierdzają to wyniki badania CBOS (Derczyński W, 2000).

Godziny przyjęć pacjentów ustalone w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej uznane zostały przez 2/3 badanych za satysfakcjonujące i wystarczające dla zapewnienia usług na właściwym poziomie, częściej w prywatnych praktykach lekarzy rodzinnych.

Na ponoszenie dodatkowych kosztów finansowych wskazywał co 6 badany, podobnie jak w badaniach CBOS (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001).

Niepokojącym zjawiskiem jest rezygnowanie ze świadczeń zdrowotnych z powodów finansowych, dotyczy to wizyt u stomatologa, innego specjalisty czy wykonania badań specjalistycznych, ale także wykupienia recepty czy okularów. Badania CBOS wskazują, że stopień rezygnacji pacjentów z usług medycznych po roku funkcjonowania reformy dotyczył co 5 ankietowanego lub członka jego rodziny (*Reforma ochrony zdrowia*, 2001).

Znacząca większość pacjentów (92,9%) niezależnie od wykształcenia uważa, że zwiększenie nakładów finansowych na POZ wpłynęłoby pozytywnie na jej funkcjonowanie. Środki finansowe przekazano by głównie na lepszy sprzęt diagnostyczny. Istotnym dla pacjentów jest też możliwość wyboru lekarza specjalisty, a także intensyfikacja działań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób w ośrodkach POZ.

Wnioski

Liczne trudności zgłaszane przez pacjentów korzystających z usług na poziomie POZ dowodzą ograniczonej dostępności do świadczeń lekarza pierwszego kontaktu, wskazując jednocześnie na brak poczucia bezpieczeństwa zdrowot-

nego badanych w nowych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Niewielki odsetek osób wskazujących na trudności z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych pielęgniarki środ-

wiskowo-rodzinnej wynika z braku doświadczeń pacjentów w korzystaniu z usług pielęgniarek i wskazuje na ich małą aktywność jako członka zespołu podstawowej opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Paździoch S. *Międzynarodowa polityka zdrowotna*. [w:] Czupryna i wsp. *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. T. I. Kraków: Vesalius; 2000: 167–212.
2. Włodarczyk C. *Podstawowa opieka zdrowotna jako kategoria polityki zdrowotnej*. [w:] Czupryna i wsp. *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. T. I. Kraków: Vesalius; 2000: 213–228.
3. *Narodowy Program Zdrowia. Założenia polityki zdrowotnej państwa*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej; 1990.
4. *Narodowy Program Zdrowia*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej; 1993.
5. *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej; 1996.
6. Ostrowska A. *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: IFIS PAN; 1999.
7. Ostrowska A. Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2000; 7(19): 46–65.
8. Reforma ochrony zdrowia, *Antidotum* 2001, 4: 39–71.
9. Czapiński J, Panek T. *Diagnoza społeczna 2000*. Warszawa: Społeczna Rada Monitoringu; 2000.
10. Dylewicz P, Przywarska I, Borowicz-Bieńkowska S, Wilk M. Aktywność fizyczna w kardiologicznej prewencji pierwotnej. *Kardiol Pol* 2001; 55: 569–571.
11. Kapała W. Organizacja pracy a jakość usług medycznych. *Antidotum* 2001; 4: 15–19.
12. Derczyński W. *Opinie o opiece zdrowotnej pod koniec drugiego roku reformy*. Komunikat CBOS, grudzień 2000.

Adres I Autora:

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Rola i kompetencje pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w praktyce lekarza rodzinnego

The role and authority of family district nurse in family doctor practice

DONATA KURPAS, ANDRZEJ STECIWKO

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Streszczenie W pracy przedstawiamy charakterystykę pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, zakres jej odpowiedzialności, uprawnień oraz funkcje, a także akty prawne regulujące pracę pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej oraz wykaz świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną, ze szczególnym uwzględnieniem środowiska nauczania i wychowania.

Słowa kluczowe: pielęgniarka środowiskowo-rodzinną, opieka podstawowa.

Summary We present in the paper the characteristic of family district nurse, range of her responsibility, entitlement and functions, as well legislative acts regulating the work of the family district nurse and statement of health services performed by the family district nurse taking environment of teaching and education into consideration.

Key words: family district nurse, primary care.

Charakterystyka pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej

Pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego jest świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę (kontrakt) o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinną realizuje kompleksową opiekę nad jednostką, rodziną i populacją lokalną w zakresie zgodnym z jej przygotowaniem zawodowym, obejmującym ocenę stanu zdrowia i działania pielęgniarskie:

- nad zdrowymi i chorymi niezależnie od płci i wieku,
- nad dziećmi od 6 tygodnia życia – zdrowymi i chorymi,
- nad osobami niepełnosprawnymi,
- nad osobami w stanie terminalnym.

Zgodnie ze specyfiką miejsca świadczenia usług, pielęgniarka środowiskowo-rodzinną podejmuje działania z zakresu:

- promocji zdrowia,
- profilaktyki chorób oraz świadczeń:
- pielęgnacyjnych,

- leczniczych,
- diagnostycznych,
- rehabilitacyjnych.

Zakres odpowiedzialności

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinną odpowiada za kompleksową opiekę zdrowotną nad pacjentem, rodziną i lokalną społecznością. Odpowiedzialność dotyczy realizowanych przez nią świadczeń. Podejmuje decyzje i jest odpowiedzialna za konsekwencje swoich decyzji.

Zakres uprawnień

Do uprawnień pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej należą:

1. Samodzielne organizowanie pracy na swoim stanowisku (tab. 1).
2. Samodzielne diagnozowanie, planowanie i realizowanie opieki pielęgniarskiej, zgodne z wybranym modelem pielęgnowania.
3. Samodzielne ustalanie sposobów, form, me-

to realizacji kompleksowej opieki pielęgniarskiej zgodnie z wiedzą i standardami obowiązującymi w medycynie i Kodeksem Etyki Zawodowej.

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna jest zobowiązana do kompleksowej i holistycznej opieki nad powierzonymi jej opiece ubezpieczonymi. W sytuacji przekraczającej jej kompetencje pielęgniarka powinna niezwłocznie skierować podopiecznego/pacjenta do lekarza.

Funkcje pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej

Do kompetencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej należy:

1. Realizowanie funkcji (w stosunku do podopiecznych objętych opieką):
 - profilaktycznej,
 - diagnostycznej,
 - leczniczej,
 - terapeutycznej,

- rehabilitacyjnej,
- promocji zdrowia,
- wychowawczej,
- opiekuńczej.

2. Realizowanie holistycznej, kompleksowej i indywidualnej opieki nad pacjentem, rodziną i społecznością.
3. Planowanie, realizowanie i ocenianie świadczeń wykonywanych na rzecz podopiecznych.
4. Określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w społeczności, w której pracuje.

Akty prawne regulujące pracę pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna wykonuje swoje obowiązki i zadania zgodnie z aktami prawnymi:

- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz.U. nr 91, poz. 410 z dnia 30 lipca 1996 r. z późn. zm.),

Tabela 1. Opis stanowiska pracy

Kryteria	Wymogi
Wykształcenie	<p>Wymogi formalne</p> <p>dypłom szkoły pielęgniarskiej</p> <p>posiadanie prawa wykonywania zawodu</p> <p>odbycie stażu zawodowego</p> <p>ukończony kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych</p> <p>Dodatkowe wymogi</p> <p>specjalizacja dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych</p> <p>ukończone inne formy doskonalenia zawodowego przydatne do realizacji zadań</p> <p>tytuł magistra</p>
Wiedza	wynikająca z przygotowania zawodowego programu szkoły pielęgniarskiej, programu kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych oraz innych programów doskonalenia zawodowego, przydatnych do realizacji funkcji i zadań
Umiejętności	zawodowe, określone w programach kształcenia przed- i podyplomowego
Współpraca	<p>z lekarzem rodzinnym</p> <p>z lekarzem pediatrą, z lekarzami innych poradni specjalistycznych stosownie do potrzeb podopiecznych</p> <p>z pielęgniarką w środowisku nauczania i wychowania</p> <p>z innymi profesjonalistami oraz przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny</p> <p>z przedstawicielami samorządu terytorialnego</p>
Kryteria oceny	<p>jakość opieki pielęgniarskiej w środowisku na podstawie:</p> <p>jakości zgromadzonych danych</p> <p>prawidłowości prowadzonej dokumentacji</p> <p>planu pracy i sposobu jego realizacji, zakresu i dostępności udzielanych świadczeń</p> <p>adekwatności planu pracy do listy problemów oraz jego realizacja</p> <p>stopnia twórczego działania w doskonaleniu praktyki</p> <p>udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego</p> <p>satysfakcji z opieki odbiorców świadczeń</p>

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz.U. nr 116, poz. 750),
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 41, poz. 178),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 lipca 1997 r. w sprawie wymogów, jakim powinny odpowiadać pod względem technicznym i sanitarnym urządzenia i pomieszczenia, w których można wykonywać indywidualną praktykę pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 85, poz. 543),
- Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej – grudzień 1995 r.,
- Standardy praktyki zawodowej zatwierdzone przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej,
- Programy rządowe, resortowe i lokalne aktualnie obowiązujące,
- Inne akty prawne:
 - Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych z dnia 13 listopada 1963 r. (Dz.U. nr 50, poz. 279; zmiany: Dz.U. z 1971 r. nr 12, poz. 115; z 1974 r. nr 47, poz. 280; z 1989 r. nr 53, poz. 192; z 1990 r. nr 34, poz. 198; z 1997 r. nr 60, poz. 369),
 - Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz.U. nr 35, poz. 230); zmiany: Dz.U. z 1984 r. nr 34, poz. 184; z 1987 r. nr 33, poz. 180; z 1989 r. nr 35, poz. 192; z 1990 r. nr 34, poz. 198 i nr 73, poz. 431; z 1991 r. nr 73, poz. 321 i nr 94, poz. 419 oraz z 1993 r. nr 40, poz. 184; Dz.U. z 29 października 1996 r. nr 127, poz. 593),
 - Ustawa o zapobieganiu narkomanii z dnia 31 stycznia 1985 r. (Dz.U. nr 4, poz. 15, zmiany: z 1987 r. nr 33, poz. 180; Dz.U. z 24 kwietnia 1997 r. nr 75, poz. 468).

Wykaz świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna realizuje świadczenia w zakresie:

1. profilaktyki,
2. diagnostyki,

3. terapii,
4. rehabilitacji,
5. świadczeń pielęgnacyjno-higienicznych,
6. świadczeń socjalno-bytowych.

Ad 1. Profilaktyka

- prowadzi poradnictwo i doradztwo w zakresie opieki i pielęgnacji dzieci oraz dorosłych,
- prowadzi poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia,
- realizuje programy zdrowotne w środowisku lokalnym,
- organizuje grupy wsparcia.

Ad 2. Diagnostyka

- przeprowadza wywiady środowiskowo-rodzinne,
- wykonuje badanie fizykalne za pomocą metod:
 - obserwacji,
 - dotyku,
 - opukiwania,
 - osłuchiwania,
 - pomiarów za pomocą aparatury i sprzętu,
- wykonuje pomiary: ciśnienia, tętna, temperatury, widzenia barw, słuchu, ostrości wzroku, masy ciała, obręzków obwodowych,
- ocenia odchylenia od normy,
- pobiera materiał na badania diagnostyczne,
- wykonuje testy diagnostyczne dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i moczu,
- rozpoznaje problemy zdrowotne, psychosomatyczne i społeczne u pacjentów/podopiecznych,
- ocenia i monitoruje ból, ogólny stan chorego, proces jego zdrowienia.

Ad 3. Terapia

- ustala dietę w żywieniu przewlekle chorych,
- dobiera techniki karmienia w zależności od stanu chorego,
- wykonuje zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna,
- zakłada cewnik do pęcherza moczowego (cewnikuje),
- wykonuje irygację pochwy,
- wykonuje wlewy doodbytnicze (lewatywy, wlewki),
- podaje leki różnymi drogami wg zleconych dawek,
- wykonuje kaniulowanie żył obwodowych,
- wykonuje iniekcje dożylnie, domięśniowe podskórne i śródskórne,
- wykonuje wlewy dożylnie,
- opatruje rany, wykonuje opatrunki,
- zdejmuje szwy,
- wykonuje inhalacje,
- stosuje bańki próżniowe,
- stosuje tlenoterapię,

- udziela pierwszej pomocy w stanach zagrażających życiu, w nagłych zachorowaniach,
- prowadzi bilans wodny – dobową zbiórkę moczu,
- wykonuje EKG,
- stosuje farmakologiczne leczenie skóry (smarowanie, wcieranie, okłady).

Ad 4. Rehabilitacja

- koordynuje i współdziała w rehabilitacji przyłożkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia (choroby),
- prowadzi usprawnianie ruchowe (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi),
- prowadzi aktywizację podopiecznych z wykorzystaniem terapii zajęciowej,
- ćwiczy odruch ssania i połykania w porażeniach mózgowo-rdzeniowych,
- stosuje drenaż łożyskowy,
- prowadzi gimnastykę oddechową i oklepywanie klatki piersiowej.

Ad 5. Świadczenia pielęgnacyjno-higieniczne

- wykonuje usługi pielęgnacyjno-higieniczne wynikające z procesu pielęgnowania i zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne,
- toaleta ciała, kąpiele lecznicze,
- czynności zapobiegające odleżynom,
- inne wynikające z procesu leczenia.

Ad 6. Świadczenia socjalno-bytowe

- koordynuje i organizuje działania na rzecz podopiecznego w zakresie spraw socjalnych poprzez instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe oraz placówki ochrony zdrowia.

Świadczenia zdrowotne w kompetencji pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania (we wszystkich rodzajach placówek)

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna realizuje świadczenia w środowisku nauczania i wychowania w zakresie usług:

1. zdrowotnych z promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej,
2. profilaktycznych,
3. diagnostycznych,
4. terapeutyczno-leczniczych,
5. pielęgnacyjno-opiekuńczych,
6. rehabilitacyjno-usprawniających.

Ad 1. Usługi zdrowotne z promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej

- projektowanie i wdrażanie różnych progra-

mów z promocji zdrowia: warsztaty, konkursy, olimpiady, festyny,

- przygotowanie i organizowanie materiałów dydaktycznych,
- opracowywanie scenariuszy zajęć z uczniami, rodzicami w zakresie promocji zdrowia,
- edukacja zdrowotna,
- poradnictwo indywidualne, szkolenia.

Ad 2. Usługi profilaktyczne

- monitorowanie stanu zdrowia uczniów/wychowanków,
- monitorowanie stanu szczepień i uodpornienia,
- współorganizowanie szczepień ochronnych,
- organizowanie i/lub realizowanie profilaktyki fluorkowej,
- przegląd higieny osobistej uczniów/wychowanków,
- monitorowanie wypadkowości, absencji chorobowej, zwolnień z lekcji wychowania fizycznego,
- organizowanie kwalifikacji uczniów/wychowanków do nauki pływania,
- ocena stanu sanitarno-higienicznego i bezpieczeństwa w placówce nauczania i wychowania oraz warunków w szkole.

Ad 3. Usługi diagnostyczne

- profilaktyczne badania przesiewowe:
 - badania w kierunku wykrycia wad zgryzu,
 - pomiary antropometryczne (ciężaru ciała, wzrostu, obliczanie centyli),
 - badanie zaburzeń układu ruchu,
 - badanie ostrości wzroku,
 - badanie widzenia barw,
 - badanie słuchu,
 - badanie wymowy,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury, liczby oddechów,
- badanie fizykalne w nagłych zachorowaniach i wypadkach na terenie placówki,
- pobieranie materiału do badań lub kierowanie na badania diagnostyczne i bakteriologiczne (w placówkach całodobowych),
- testy diagnostyczne dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i moczu,
- identyfikowanie uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi,
- wywiad.

Ad 4. Usługi terapeutyczno-lecznicze

- samodzielne, według Rozporządzenia z 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. nr 116, poz. 750),
- wykonywanie opatrunków, okładów, kompresów,

- unieruchamianie kończyn po urazach,
- przemywanie oka,
- wykonywanie iniekcji domięśniowych, podskórnych, dożylnych, śródskórnych,
- cewnikowanie pęcherza moczowego (u dzieci z porażeniem),
- zgłębnikowanie i płukanie żołądka (w sytuacjach nagłych, zagrażających życiu),
- udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, nagłych zachorowaniach,
- prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- na zlecenie lekarza.

Ad 5. Usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze

- sprawowanie stałej opieki nad uczniami/wychowankami z problemami zdrowotnymi,
- nadzorowanie nad podawaniem i przyjmowaniem leków w placówkach oświatowo-wychowawczych,
- uzgadnianie konsultacji, wizyt, badań, transportu,
- uzgadnianie wizyt, konsultacji z poradniami, organizacjami, instytucjami w zakresie pomocy uczniom z problemami zdrowotnymi, szkolnymi, społecznymi,
- współpraca z lekarzem rodzinnym, opiekunem społecznym w zakresie wsparcia dzieci z rodzin ubogich, ze środowisk trudnych itp.,
- zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny,
- zorganizowanie pomocy leczniczej, konsultacji, porady lekarskiej,
- pomoc w umieszczeniu dziecka na koloniach zdrowotnych, obozach itp.,
- pomoc w umieszczeniu dziecka w ośrodkach sanatoryjnych, opiekuńczych,
- wskazywanie możliwości, inicjowanie wsparcia społecznego lub instytucjonalnego w sytuacjach wymagających takiej pomocy dla ucznia/wychowanka lub jego rodziny.

Ad 6. Usługi rehabilitacyjno-usprawniające do:

- prowadzenia aktywizacji uczniów/wychowanków z wykorzystaniem terapii zajęciowej, gimnastyki,

- usprawnianie ruchowe uczniów/wychowanków z ograniczoną sprawnością, niepełnosprawnych.

Wyposażenie torby pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej

1. Podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku:
 - A. do wykonania iniekcji:
 - zestaw niezbędnych płynów dezynfekcyjnych i odkażających,
 - igły,
 - strzykawki,
 - wenflony,
 - B. do przetaczania płynów:
 - aparat do kroplowych wlewów dożylnych,
- 1.1. do wykonywania opatrunków:
 - serwety,
 - pakiety opatrunkowe,
 - podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych,
 - nożyczki,
 - miska nerkowa.
- 1.2. pakiet ochrony przed zakażeniem:
 - fartuch,
 - maseczka,
 - rękawice,
 - ochraniacz obuwia.
2. Zestaw przeciwwstrząsowy:
 - leki,
 - rurka ustno-gardłowa,
 - maseczka do reanimacji z filtrem.
3. Sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi:
 - aparat rtęciowy lub zaporowy,
 - stetoskop.
4. Testy do obrazowego oznaczania wartości cukru we krwi i w moczu:
 - Glukostix,
 - Ketodiasix.
5. Zestaw do pielęgnacji noworodka.
6. Pakiet do odkażania i mycia rąk.

Piśmiennictwo

1. Biuletyn informacji publicznej, www.bip.gov.pl.
2. Steciwko A (red.). *Zasady i przepisy prawne dla lekarzy rodzinnych. Wybrane zagadnienia*. Wrocław: Akademia Medyczna; 2004.

Adres Autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCYNY RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Rola pielęgniarki i położnej – zakres zadań i kompetencje

The role of nurse and midwife – the range of objectives and references

JAROSŁAW DROBNIK¹, MIROŚŁAWA RYBA-ROMANOWSKA², KATARZYNA KEMONA²,
ANDRZEJ STECIWKO¹

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

² Z Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Publicznego
Dyrektor: Piotr Kollbek

Streszczenie Od chwili wejścia w życie reformy służby zdrowia coraz większą wagę przywiązuje się do roli pielęgniarki i położnej w życiu codziennym. Realizacja zadań pielęgniarki i położnej nabiera coraz większego znaczenia w opiece domowej nad pacjentami wymagającymi opieki długoterminowej, a także nad pacjentami objętymi opieką profilaktyczną. Nie bez znaczenia jest również kontakt pielęgniarki z rodzinami chorych. Poruszone także rolę higienistki szkolnej, która monitoruje i „szerzy” profilaktykę u młodszych pacjentów. Autorzy niniejszego artykułu wykazują zakres zadań oraz kompetencje, jakie obejmują te zawody.

Słowa kluczowe: pielęgniarka i położna środowiskowa, higienistka szkolna, kompetencje pielęgniarki i położnej środowiskowej, higiena szkolna.

Summary From the moment of Health Care Reform introduction the role of nurse and midwife in the quotidian life is still increasing. Especially it is noticeable in cases of care which takes place at home of long-term patients and general prevention. Very meaningful is maintaining contact between nurse and patient's family. There is mentioned the role of school sanitation who monitors and enriches the consciousness of prophylaxis among young patients. Authors of this article show the range of objectives and references which include these professions.

Key words: nurse and midwife, school sanitarian, references of nurse and midwife, school sanitation.

Rola pielęgniarki i położnej środowiskowo-rodzinnej

Pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne udzielają świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej na podstawie Ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 91, poz. 410 z późn. zm.).

Pielęgniarki, położne środowiskowo-rodzinne legitymują się ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub:

- specjalizacją z pielęgniarstwa rodzinnego,
- mgr pielęgniarstwa/położnictwa,
- innymi wyższymi mającymi zastosowanie w realizacji świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarki i położne środowiskowe/rodzinne udzielają świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta lub w gabinecie praktyki. Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna planuje i realizuje komple-

ksową opiekę pielęgniarską nad jednostką, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, obejmując opieką zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, osoby niepełnosprawne, osoby w stanie terminalnym.

Pielęgniarka wykonuje wizyty patronażowe w domu u niemowląt w 3, 4 i 9 miesiącu życia dziecka, wywiady (rozpoznanie środowiska), planuje proces pielęgnowania u przewlekle chorych, wykonuje zlecenia lekarskie. Wizyty są planowane i uzgadniane z podopiecznymi lub ich rodzinami.

Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna udziela świadczeń zdrowotnych:

1. z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki:
 - rozpoznaje, ocenia i zapobiega zagrożeniom zdrowotnym u podopiecznych,
 - rozpoznaje potrzeby pielęgnacyjne i problemy zdrowotne podopiecznych,

- prowadzi edukację zdrowotną, w tym dokonuje oceny poziomu wiedzy, umiejętności i motywacji podopiecznych do zachowań prozdrowotnych,
 - realizuje programy promocji zdrowia i profilaktyki,
 - realizuje szczepienia ochronne;
2. diagnostycznych:
- wykonuje badanie fizykalne, pomiary, testy,
 - prowadzi bilans wodny,
 - ocenia i monitoruje ból w opiece paliatywnej,
 - pobiera materiał do badań diagnostycznych;
3. pielęgnacyjnych:
- wykonuje zabiegi pielęgnacyjne,
 - przygotowuje pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności;
4. leczniczych:
- dobiera techniki karmienia w zależności od stanu chorego,
 - stosuje zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna,
 - zakłada i usuwa cewnik z pęcherza moczowego,
 - wykonuje wlewy doodbytnicze,
 - podaje leki różnymi drogami i technikami,
 - zakłada opatrunki na rany, odleżyny, oparzenia,
 - wykonuje zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze w stomach, przetokach i ranach trudno gojących,
 - wykonuje inhalacje, doraźnie podaje tlen,
 - zdejmuje szwy,
 - stawia bańki,
 - wykonuje zlecenia lekarskie,
 - udziela pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzi resuscytację krążeniowo-oddechową;
5. rehabilitacyjnych:
- koordynuje i współdziała w rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego, długotrwałego unieruchomienia i stosowania udogodnień,
 - stosuje drenaż łożeniowy,
 - prowadzi gimnastykę oddechową.

Położna środowiskowo-rodzinna zapewnia niezbędną opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia i jej rodziną w zdrowiu i w różnych stanach chorobowych. Położna środowiskowo-rodzinna opiekuje się kobietami ciężarnymi (zgodnie ze standardem wykonuje minimum 3 wizyty w domu), położnicami i noworodkami/niemowlętami do 6 tygodnia życia (zgodnie ze standardem wykonuje minimum 6 wizyt patrolowych u noworodka i położnicy), kobietami ze schorzeniami ginekologicznymi i onkologicznymi oraz

udziela pomocy przedlekarskiej w nagłych stanach zagrożenia życia.

Położna środowiskowo-rodzinna udziela świadczeń zdrowotnych:

1. z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki:
- prowadzi działalność edukacyjno-zdrowotną dziewcząt w okresie pokwitania oraz w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
 - diagnozuje, ocenia i zapobiega zagrożeniom zdrowotnym kobiet w przebiegu ciąży,
 - prowadzi program przygotowania do porodu z uwzględnieniem porodu rodzinnego,
 - promuje karmienie piersią,
 - edukuje kobiety w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową,
 - edukuje kobiety we wszystkich okresach życia do prowadzenia samoobserwacji do podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego,
 - prowadzi profilaktykę wieku dziecięcego,
 - ocenia zagrożenia zdrowotne wynikające z działania czynników szkodliwych w środowisku,
 - doradza w zakresie korzystania z instytucji zaufania publicznego w sytuacji kryzysowej rodziny;
2. diagnostycznych:
- monitoruje przebieg ciąży fizjologicznej, porodu i rozwoju noworodka do 42 dnia życia,
 - wykonuje badanie fizykalne u noworodków,
 - wykonuje badanie fizykalne ogólne i położnicze u kobiet,
 - wykonuje pomiary i je interpretuje,
 - wykonuje podstawowe próby diagnostyczne przy użyciu testów klinicznych,
 - pobiera materiał do badań diagnostycznych,
 - ocenia jakość życia i wydolność psychiczną kobiet w porodu i kobiet ze schorzeniami ginekologiczno-onkologicznymi;
3. pielęgnacyjne – planuje, realizuje i ocenia opiekę nad:
- kobietą i rodziną w okresie przedkoncepcyjnym, ciąży, porodu, porodu, noworodkiem/niemowlęciem do 42 dnia życia,
 - kobietą ze schorzeniami ginekologiczno-onkologicznymi w obrębie narządu rodowego i gruczołu piersiowego;
4. lecznicze:
- przyjmuje poród fizjologiczny w domu kobiety,
 - nacina i w razie potrzeby znieczula miejscowo i szyje nacięte krocze oraz pęknięte I^o,
 - udziela pomocy położniczej i neonatolo-

- gicznej w nagłych przypadkach do czasu przybycia lekarza,
- ustala dietę kobiety ciężarnej,
 - udziela pomocy w okresie laktacji,
 - wykonuje zabiegi lecznicze zgodnie z odrębnymi przepisami, a w szczególności:
 - zdejmuje szwy,
 - wykonuje zabiegi z zastosowaniem zimna i ciepła,
 - zakłada i usuwa cewnik z pęcherza moczowego,
 - wykonuje zabiegi doodbytnicze,
 - wykonuje inhalacje, doraźnie podaje tlen,
 - realizuje zlecenia lekarskie,
 - podaje leki różnymi drogami i technikami;
5. rehabilitacyjne:
- prowadzi ćwiczenia usprawniające w ciąży, porożu i schorzeniach ginekologicznych,
 - prowadzi instruktaż rodziców dotyczący stymulacji dotykem noworodka,
 - stosuje drenaż ułożeniowy,
 - prowadzi gimnastykę oddechową.

Rodzaje i zakresy świadczeń medycznych realizowane przez pielęgniarki rodzinne i położne rodzinne mają swoją specyfikę i kompetencje, jednocześnie uzupełniają się i bez ścisłej współpracy sprawowana opieka środowiskowa nie jest możliwa.

Kompetencje pielęgniarki rodzinnej różnią się od kompetencji położnej rodzinnej, gdyż związane są z miejscem i czasem wykonywania.

Miejscem pracy pielęgniarki i położnej rodzinnej powinien być wyłącznie dom pacjenta – miejsce pobytu pacjenta, a nie gabinet zabiegowy czy też rejestracja w praktyce lekarskiej, zgodnie z umową z NFZ – „realizacja kompleksowej opieki nad podopiecznymi w zakresie zgodnym z godzinami funkcjonowania praktyki (w tym minimum 6 godzin pracy w środowisku)”.

Kompleksowa realizacja świadczeń medycznych udzielanych przez pielęgniarki i położne rodzinne często jest mocno ograniczona, gdyż następuje łączenie usług pielęgniarki z praktyki ze świadczeniami pielęgniarki rodzinnej, czy też usług świadczonych przez położną w Poradni dla Kobiety ze świadczeniami udzielanymi przez położną rodzinną. W wyniku tego pielęgniarki i położne rodzinne przebywają głównie na terenie praktyk lekarskich, a nie w domu pacjentów i tym samym nie realizują zadań służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia podopiecznych.

Położne rodzinne często zatrudniane są wyłącznie na umowę zlecenie do wykonania określonych zadań, najczęściej kilku wizyt patronażowych u noworodków i nie świadczą usług ade-

kwatnych do rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę położniczą.

Błędem jest także postawienie znaku równości między usługami pielęgniarki i położnej rodzinnej i traktowanie ich zamiennie. Powyższa sytuacja skutkuje zwalnianiem pielęgniarek i położnych zatrudnionych dotychczas w praktykach lekarskich.

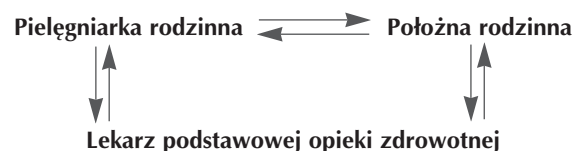
W założeniu reformy służby zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna miała stanowić fundamentalny element w ochronie zdrowia. W rzeczywistości rola pielęgniarki i położnej jest mocno ograniczona w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, szczególnie pielęgniarki – w stosunku do ludzi obłożnie i przewlekle chorych oraz osób starszych, położnej – w stosunku do kobiet w okresie ciąży i porożu oraz noworodków i niemowląt.

Z procesem leczenia nierozzerwalnie łączy się potrzeba pielęgnowania, edukacja zdrowotna i rehabilitacja, lecz obecna sytuacja uniemożliwia pielęgniarkom i położnym rodzinnym realizację zadań, w tym przygotowywać podopiecznych do samopielęgnowania i samoopieki oraz prowadzić promocję i profilaktykę zdrowotną.

W docelowym modelu świadczenia usług z obszaru kompetencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej i położnej środowiskowo-rodzinnej mają być kontraktowane oddzielnie jako niezależna praktyka (indywidualna, grupowa), współpracująca z lekarzem rodzinnym lub zespołem lekarzy rodzinnych.

Pielęgniarka i położna rodzinna współpracuje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej/rodzinnym, lekarzem ginekologiem, przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz rodziny i innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami podopiecznych.

Współpraca pielęgniarek i położnych rodzinnych z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej/rodzinnymi polega na wzajemnej wymianie informacji podczas wykonywanych zadań.



Rola pielęgniarki i higienistki szkolnej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami

Aktualne zasady organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami wynikają z Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia

(Dz.U. nr 45, poz. 391 z późn. zm.). Określono je szczegółowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. nr 130, poz. 1196).

Koncepcja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami wykorzystuje doświadczenia poprzedniego modelu z lat 1992–1998.

Punktem wyjścia jest założenie, że zdrowie jednostki i populacji zależy od wielu czynników pozamedycznych, w tym od statusu społeczno-ekonomicznego rodzin, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego szkoły. Współczesna koncepcja systemu opieki zdrowotnej nad uczniami wyrosła ze strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla Wszystkich” i koncepcji promocji zdrowia.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami

Opieka ta sprawowana jest przez:

- pielęgniarkę lub higienistkę w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktycznym. Pełni ona obecnie główną rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Pracuje na terenie szkoły samodzielnie. Powinna być rzecznikiem zdrowia w szkole, doradcą i konsultantem medycznym dyrektora szkoły i nauczycieli oraz uczniów i ich rodziców;
- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej „właściwego dla ucznia” (pod tym terminem należy rozumieć lekarza, na liście którego znajduje się dany uczeń) w zakładzie opieki zdrowotnej lub innym miejscu praktyki zawodowej lekarza;
- lekarza stomatologa w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub w szkole, o ile istnieje w niej gabinet stomatologiczny.

Cele profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami ma na celu:

- wspieranie rozwoju i edukacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym,
- współdziałanie na rzecz ochrony i promocji zdrowia uczniów.

Zgodnie z nazwą, istotą tej opieki są działania profilaktyczne (prewencyjne) w stosunku do uczniów i ich rodziców oraz do środowiska szkolnego.

Obecnie, poza systemem szkolnym, nie ma możliwości objęcia dzieci i młodzieży kompleksową profilaktyczną opieką zdrowotną, szczególnie w zakresie wykonywania badań przesiewowych, profilaktycznych badań lekarskich, edu-

kacji zdrowotnej i opieki psychologiczno-pedagogicznej.

Szkoła stwarza możliwość dotarcia do prawie całej populacji w wieku 7–19 lat (i pośrednio do ich rodziców), wdrażania opracowanych standardów na terenie całego kraju oraz dostępu do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych, niezależnie od rejonu zamieszkania ucznia i sytuacji materialnej jego rodziny.

Status pielęgniarki i higienistki szkolnej

Status ten zmieniał się w czasie, równoległe do zmian zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Pierwsze polskie higienistki szkolne zaczęły pracować w szkołach warszawskich w roku szkolnym 1917/1918 z inicjatywy J. Szmurły – naczelnego lekarza szkół miejskich. Regulamin pracy higienistki szkolnej, opracowany przez St. Kopczyńskiego w 1921 r., stanowił, że pełni ona „służbę pomocniczą w organizacji opieki higieniczno-lekarskiej i społecznej nad dziećmi w szkole i poza szkołą”.

Rola higienistki szkolnej, a także pielęgniarki szkolnej jako pracownika pomocniczego, podlegającego władzy lekarza szkolnego i pracującego pod jego kierunkiem, oficjalnie przetrwała do połowy lat 80. Prekursorem idei wiodącej roli pielęgniarki i higienistki szkolnej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami w Polsce był K. Sokal, zasłużony lekarz szkolny, jeden z twórców specjalności lekarskiej – higiena szkolna. W 1985 r. pielęgniarki szkolne, stanowiące wówczas 80% średniego personelu medycznego szkół, otrzymały status pielęgniarki środowiskowej. Otrzymanie statusu pielęgniarki środowiskowej, środowiska nauczania i wychowania było związane z koniecznością podniesienia kwalifikacji zawodowych w ramach kursu kwalifikacyjnego. Opracowany w Zakładzie Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, zmodyfikowany system opieki zdrowotnej nad uczniami przewidywał przejęcie przez pielęgniarki i higienistki szkolne głównego ciężaru profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole, dając jej faktycznie rolę lidera w bezpośredniej opiece zdrowotnej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej uczniów.

Pielęgniarki i higienistki szkolne przyjęły wyzwanie, skorzystały z szansy rozwoju zawodowego, jaką stanowiło podjęcie nowej roli – samodzielnie pracującego w szkole, często jedyne, pracownika medycznego. W latach 90. przeobrażał się zawód pielęgniarki. W 1991 r. ustawą o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych powołano do życia izby pielęgniarek i położnych. Staraniem pielęgniarek w 1996 r. uchwalono nowoczesną ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej.

Nowe ustawodawstwo pozwoliło pielęgniarkom na usamodzielnienie zawodu. Powstały pu-

bliczne zakłady opieki zdrowotnej, organizowane i prowadzone przez pielęgniarki zatrudniające lekarzy, pielęgniarki i higienistki szkolne. Pierwsze indywidualne praktyki zawodowe to praktyki pielęgniarek szkolnych. Pielęgniarki zaczęły samodzielnie zawierać kontrakty z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego (Kasy Chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia), negocjować warunki funkcjonowania opieki zdrowotnej, ustalać standardy zawodowe i uczestniczyć w ustalaniu standardów profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Z perspektywy ponad 10 lat, od początku oficjalnego wdrożenia zmodyfikowanego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami w 1992 r., można stwierdzić, że pielęgniarki i higienistki szkolne potrafią samodzielnie (bez stałego wsparcia ze strony lekarza szkolnego) sprawować tę opiekę w środowisku nauczania i wychowania, w zakresie opieki i profilaktyki, ciesząc się coraz większym autorytetem w społeczności szkolnej na podstawie swoich kompetencji zawodowych, zaangażowania, otwartości na zmiany, a przede wszystkim życzliwości dla uczniów, personelu szkoły i rodziców.

Zadania pielęgniarki i higienistki szkolnej

W zadaniach określono szczegółowo standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną.

Standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami, sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną:

1. Przestrzeganie prawa ucznia do informacji, prywatności, intymności i poszanowania

godności osobistej oraz zachowania tajemnicy zawodowej zgodnie z prawami pacjenta.

2. Przeprowadzanie testów przesiewowych u uczniów i kierowanie postępowaniem poprzewiewowym u uczniów z dodatnim wynikiem testu.
3. Przygotowanie profilaktycznych badań lekarskich oraz analiza i wykorzystanie wyników.
4. Wykonywanie obowiązkowych szczepień ochronnych (jeśli prowadzone są w szkole).
5. Prowadzenie u uczniów szkół podstawowych grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi.
6. Przekazywanie informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz współpraca z nauczycielami wychowania fizycznego.
7. Poradnictwo czynne dla uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi.
8. Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia.
9. Współpraca z dyrekcją i pracownikami szkoły oraz powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną w zakresie tworzenia w szkole środowiska nauki i pracy sprzyjającego zdrowiu uczniów i pracowników.
10. Udzielanie uczniom i pracownikom szkoły pomocy medycznej w urazach i nagłych zachorowaniach.

Standardy te zostały uznane przez Narodowy Fundusz Zdrowia za podstawę kontraktowania świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną.

Piśmiennictwo

1. *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej*. Red. A. Oblacińska, W. Ostrega. Warszawa 2003.
2. *Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami*. Red. A. Oblacińska, B. Woynarowska. Warszawa 2002.
3. *Zasady i metodyka nadzoru w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami*. Warszawa: Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka; 2003.
4. *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej; 2003.
5. *Prawo w praktyce pielęgniarki i położnej*. Wrocław: Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych; 2002.
6. *Ogólne standardy praktyki i zakresy kompetencji pielęgniarki i położnej przyjęte przez IV Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych*. Warszawa 9 grudnia 2003.
7. *Ogólne standardy praktyki i zakresy kompetencji pielęgniarki i położnej przyjęte przez III Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych*. Warszawa 6–8 grudnia 1999.
8. *Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce*. Red. J. Gadzinowski, G.H. Bręborowicz. Wydanie II. Poznań: Zespół Programu Poprawy Opieki Perinatalnej, Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 1997.
9. *Kliniczna perinatologia i ginekologia*. Suplement IV. Red. Z. Słomko, G. Bręborowicz, J. Gadzinowski. Poznań: PTMP; 1993.

Podstawa prawna

1. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. nr 130, poz. 1196).
3. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 57, poz. 602 z dnia 12.09.2001 r., zm. Dz.U. nr 89, poz. 969).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz.U. nr 116, poz. 750 z dnia 1 października 1997 r.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2003 r. w sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych, oraz okresów w których te badania są przeprowadzane (Dz.U. nr 139, poz. 1337).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 63, poz. 589).

Adres i Autora:

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCYNY RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem terenu Dolnego Śląska

Development of basic health care with a special consideration
of Lower Silesia

JAROSŁAW DROBNIK¹, KRZYSZTOF NYCZAJ², ANDRZEJ STECIWKO¹,
IZABELA CZAPROWSKA³, IWONA PIROGOWICZ¹

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

² Z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie
Dyrektor: Iwo Dominik Żochowski

³ Z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu
Dyrektor: Dorota Grzybowska

Streszczenie W niniejszym artykule autorzy analizują przyrost zakładów opieki zdrowotnej w latach 1991–2004 (I kwartał) udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Analiza obejmuje teren byłego województwa wrocławskiego (lata 1991–1998) oraz obecnego województwa dolnośląskiego (lata 1999–2004). Właściwie do roku 1998 podstawowa opieka zdrowotna realizowana była przez poradnie: „O” – ogólną, „D” – dla dzieci, „K” – dla kobiet oraz stomatologiczną. Realizacją zadań z tego zakresu zajmowały się głównie publiczne zakłady opieki zdrowotnej (przyrost niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej był niewielki). Publiczne zakłady miały swoje określone obszary działania (tzw. rejonizacja). Pod koniec 1998 r., w związku z reformą służby zdrowia, rozpoczął się nagły przyrost zakładów świadczących usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. „Masowo” zaczęły powstawać praktyki lekarza rodzinnego, a publiczne zakłady zmieniały dotychczasowe poradnie „O”, „D”, „K” na poradnie z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dokładna analiza liczby zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi z zakresu POZ oparta na danych statystycznych pozwoli w sposób oglądowy stwierdzić, jak wyglądał rozwój podstawowej opieki zdrowotnej na terenie obecnego województwa dolnośląskiego. Szczególne znaczenie mają lata 1999–2004 (I kwartał). Lata te obrazują, jak rozwijał się POZ po reformie służby zdrowia oraz jaki wpływ na jakość i liczbę zakładów miał płatnik (wcześniej Kasy Chorych, obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia).

Słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna, zakłady opieki zdrowotnej, lekarz rodzinny, statystyka.

Summary In this article the authors are analyzing the growth of the institutions/centers of health care in 1991–2004 (I quarter), which provide services of basic health care. The analysis comprises the area of former Wrocław's province (in 1991–1998) and present Lower Silesia province (1999–2004). Up to 1998 basic health care was carried out by outpatient clinics: “O” – general, “D” – for children, “K” – for woman and stomatological. These kind of activities which I mentioned above were carried out mainly by public institutions of health service (the growth of non-public institutions of health care were insignificant). Public institutions of health service had its own specific areas of activities. At the end of 1998 due to health service reform a rapid growth of institutions providing basic health care services begun. Family doctors started to play a prominent role and public institutions of health service were changing previous outpatient clinics “O”, “D”, “K” for outpatient clinics which served basic health care. Detailed analysis of the amount of institutions which specialize in basic health care, based on statistical data, will let in a clear way state how the development of basic health care in Lower Silesia looked like. Years 1999–2004 (first quarter) has a particular meaning. Those years show in which directions basic health care developed after health service reform and what kind of influence the payer (Healthcare Fund before, National Health Fund) had on the quality and the amount of the institutions.

Key words: basic health care, institutions of health service, family doctor, statistics.

Najbardziej istotnym elementem ochrony zdrowia jest zapewnienie ogółowi ludności dostępu do opieki zdrowotnej (w tym najbardziej pożądanej – podstawowej i specjalistycznej). Pierwszym etapem w całościowym procesie leczenia jest postawienie diagnozy oraz wskazanie dalszego postępowania (leczenia, badań diagnostycznych). Zadania te w największym stopniu realizują zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ) bądź inne jednostki udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). POZ powinien zaspokajać 80% potrzeb zdrowotnych mieszkańców w tym:

- świadczenia diagnostyczne,
- świadczenia lecznicze,
- świadczenia rehabilitacyjne,
- działania prewencyjne, promocja zdrowia¹.

Zakres zadań podstawowej opieki zdrowotnej leży głównie w kompetencjach lekarza rodzinnego. POZ (medycyna rodzinna) nabrała istotnego znaczenia w momencie wdrażania postanowień reformy służby zdrowia.

Na początku lat 90. ubiegłego stulecia inaczej niż w chwili obecnej zorganizowano POZ. Zakłady realizujące świadczenia z wyżej wymienionego zakresu posiłkowały się poradniami: dla dzieci (zwane poradniami „D”), ogólnymi (zwanymi poradniami „O”), dla kobiet (zwane poradniami „K”) oraz stomatologicznymi. Obowiązywała również tzw. rejonizacja, gdzie pacjent był przypisany do zakładu opieki zdrowotnej (przychodni lub ośrodka). Zakład również obejmował tylko jeden niezmienny i ściśle określony obszar działania. Efektem rejonizacji był brak możliwości wyboru lekarza oraz zakładu opieki zdrowotnej, ograniczono wolny wybór pacjenta.

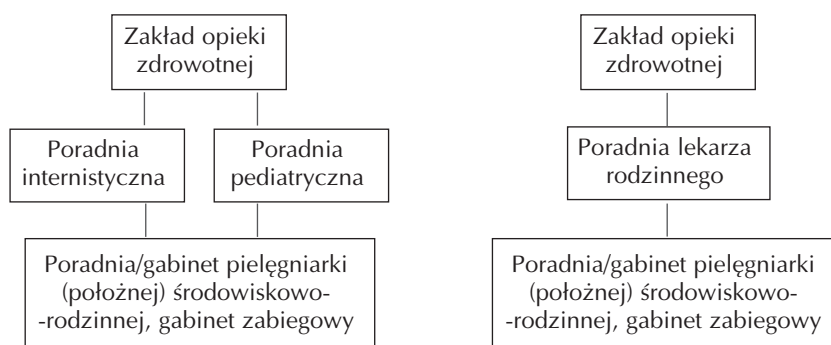
POZ (praktyka lekarza rodzinnego) jest formą opieki medycznej przejmującą całą odpowie-

dzialność za kompleksową i ciągłą opiekę medyczną nad pacjentami². Od 1999 r. (reforma służby zdrowia) podstawowa opieka zdrowotna przyjęła dwa modele funkcjonowania (zob. schemat poniżej).

Istotną różnicą prowadzenia podstawowej opieki zdrowotnej w zakładzie jest jego struktura organizacyjna. W modelu nr 1 pracodawca musi zatrudniać lekarzy dwóch specjalności (pediatria i choroby wewnętrzne, interna), co zwiększa koszty funkcjonowania zakładu oraz ma istotny wpływ na organizację pracy. Model drugi obrazuje natomiast formę prowadzenia zakładu jako praktyki lekarza rodzinnego, gdzie zadania z zakresu pediatrii i interny sędowane zostają na lekarza rodzinnego, zmniejszając przy tym koszty utrzymania zakładu. Tendencje wykorzystania modelu nr 2 są wzrostowe i od 1998/1999 r. notuje się ciągły przyrost zakładów posiłkujących się tą formą struktury organizacyjnej.

Mniej więcej od końca 1998 r. można zaobserwować znaczny przyrost liczby zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi z zakresu POZ. Proces ten jest efektem wyłonienia się nowej specjalizacji, jaką jest medycyna rodzinna oraz realizowaniem postanowień ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym³. Również daleko idąca reforma służby zdrowia, dająca szereg możliwości, przyczyniła się do wzrostu liczby zakładów opieki zdrowotnej o tym profilu.

W latach 1991–1997/1998 rozwój podstawowej opieki zdrowotnej na terenie byłego województwa wrocławskiego był niewielki. Tabela 1 pokazuje niewielki przyrost tych zakładów. Zakłady te świadczyły usługi z zakresu poradni „D”, „K”, „O” oraz stomatologii. Nie wszystkie zakłady świadczyły kompleksowo usługi, zdarzały się jednostki, w których działała tylko poradnia „O”



¹ Kornatowski MA. *Próba przekształceń POZ w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia*. [w:] Krajowa konferencja „Realizacja reformy podstawowej opieki zdrowotnej i jej efekty”. Międzybrodzie Żywieckie 15–17 października 1994. Pod patronatem prof. dra hab. med. Ryszarda Jacka Żochowskiego, Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Żywiec, grudzień 1995: 38.

² *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*. Red. M. Murkowski, A. Koronkiewicz. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa; 1997: 22.

³ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

Tabela 1. Liczba publicznych zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w latach 1994–1998 (dawne województwo wrocławskie*)

Lp.	Rok	Liczba zakładów udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (poradnia ogólna, poradnia dla kobiet, poradnia dla dzieci, poradnia stomatologiczna)
1	1991	66 (publicznych)
2	1992	67 (publicznych)
3	1993	68 (publicznych)**
4	1994	73 (publicznych)
5	1995	75 (publicznych)
6	1996	77 (publicznych)
7	1997	79 (publicznych)
8	1998	70 (publicznych)

* Dane opracowane na podstawie biuletynów statystycznych służby zdrowia za lata 1991–1998 (piśmiennictwo).

** Rok 1993 został opracowany w oparciu o materiały uzyskane z obecnego Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu (Biuletyn statystyczny służby zdrowia za rok 1993 nie został opublikowany).

i poradnia „K”. Jednakże one również kwalifikowane były do zakładów opieki zdrowotnej świadczących porady z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Należy zaznaczyć, że biuletyny statystyczne służby zdrowia (ochrony zdrowia) publikujące dane brały pod uwagę tylko publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Powyższe dane obrazują niewielki przyrost publicznych zakładów w latach 1991–1998. Od 1991 r. liczba zakładów wzrosła tylko o 4 zakłady, czyli o 6%. Należy stwierdzić, że podstawowa opieka zdrowotna była zorganizowana w sposób wystarczający i nie widziano potrzeb dalszego tworzenia zakładów o tym profilu. Na bardzo małym poziomie kształtował się również przyrost niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 1991–1998 świadczących usługi z zakresu POZ. W tym czasie na terenie województwa wrocławskiego powstało 46 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej mających w swoich strukturach POZ. W 1994 r. powstały 2 niepubliczne zakłady, w 1995 r. – 1, natomiast w roku 1998 – 43 zakłady.

Inaczej zaczął kształtować się przyrost ZOZ w latach późniejszych, tj. od 1999 r. – I kwartał 2004 r. W 1999 r. w wyniku reformy administracyjnej kraju powstało województwo dolnośląskie, które przejęło tereny byłych województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego, wrocławskiego oraz niewielkiej części województwa leszczyńskiego. Jednym z założeń reformy ochrony zdrowia było położenie większego

Tabela 2. Liczba publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w latach 1999–2004 (I kwartał) w województwie dolnośląskim*

Lp.	Rok**	Liczba zakładów udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
1	1999	287
2	2000	357
3	2001	421
4	2002	462
5	2003	470
6	I kwartał 2004	468

* Dane uzyskane z rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

** Stan na dzień 31 grudnia danego roku (z wyjątkiem poz. 6).

nacisku na rozwój podstawowej opieki zdrowotnej. Przyczyniły się do tego korzystne zasady kontraktowania świadczeń z tego zakresu. Powstawało więcej niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, a publiczne zakłady rozszerzały bądź zmieniały profil swojej działalności. W wyniku tego powstało więcej jednostek świadczących usługi z zakresu POZ. Tabela 2 obrazuje przyrost zakładów opieki zdrowotnej w latach 1999–2004 (I kwartał).

Wynika z tego, że do I kwartału 2004 r. nastąpił wzrost publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej o 181, czyli 38%. W porównaniu z latami 1991–1998 wzrost ten nastąpił ponad 6-krotnie. Wzrost liczby zakładów opieki zdrowotnej oraz realizacja przez nie świadczeń z zakresu POZ może być efektem:

- gospodarki wolnorynkowej w sektorze ochrony zdrowia,
- zniesienia rejonizacji,
- wolnego prawa do wyboru lekarza POZ,
- określenia płatnika,
- chęci tworzenia nowych miejsc pracy.

Duże znaczenie miała również inicjatywa podjęta przez osoby fizyczne, spółki cywilne, fundacje oraz spółki prawa handlowego, które w znacznym stopniu przyczyniły się do rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa dolnośląskiego. Tworzone przez te organy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stanowią obecnie ponad 78% wszystkich ZOZ udzielających świadczeń niepublicznych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Tabela 3 pokazuje przyrost niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej od 1999 r.

Należy również zauważyć, że część zakładów rozszerza zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych o poradnie specjalistyczne, chcąc

Tabela 3. Liczba niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w latach 1999–2004 (I kwartał) w województwie dolnośląskim*

Lp.	Rok**	Liczba zakładów udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	
		liczba publicznych i niepublicznych ZOZ ogółem	w tym niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej
1	1999	287	181
2	2000	357	247
3	2001	421	310
4	2002	462	355
5	2003	470	370
6	I kwartał 2004	468	369

* Dane uzyskane z rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

** Wg stanu na dzień 31 grudnia danego roku.

osiągnąć bardziej kompleksową ochronę zdrowia pacjenta. Świadczenie usług z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej przez zakłady opieki zdrowotnej prowadzi do tzw. integracji pionowej (tab. 4).

Obecnie ponad połowa zakładów opieki zdrowotnej realizuje zadania z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Mając na uwadze szeroko idące z każdym rokiem zmiany, można spodziewać się dalszego wzrostu liczby zakładów opieki zdrowotnej. Ewolucja podstawowej opieki zdrowotnej sprzyja lepszym warunkom udzielania świadczeń oraz prowadzi do podwyższania kwalifikacji przez lekarzy (lekarzy rodzinnych) i tworzenia lepszych warunków pracy (lepsze wyposażenie, budynki i loka-

Tabela 4. Liczba publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w latach 1999–2004 (I kwartał) w województwie dolnośląskim*

Lp.	Rok**	Liczba zakładów udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	
		ogółem	w tym udzielających świadczeń z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej
1	1999	287	142
2	2000	357	180
3	2001	421	244
4	2002	462	244
5	2003	470	245
6	I kwartał 2004	468	243

* Dane uzyskane z rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego.

** Wg stanu na dzień 31 grudnia danego roku.

le o wyższym standardzie). Zwiększa się też konkurencyjność zakładów opieki zdrowotnej. W celu utrzymania i pozyskiwania pacjentów zakłady opieki zdrowotnej podnoszą standard wykonywanych usług. Nie bez znaczenia jest fakt podjęcia inicjatywy prowadzenia działalności gospodarczej przez lekarzy (lekarz rodzinny – pracodawca).

Istotną rolę odgrywa instytucja płatnika mająca na celu poprawę dochodów, zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawienie ich jakości. Określenie zasad finansowania, zwiększenie dochodów lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przyczyniły się do wzrostu liczby zakładów z tego zakresu.

Piśmiennictwo

1. Kornatowski MA. *Próba przekształceń POZ w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia*. [w:] *Krajowa konferencja „Realizacja reformy podstawowej opieki zdrowotnej i jej efekty”*, Międzybrodzie Żywieckie 15–17 października 1994, pod patronatem prof. dra hab. med. Ryszarda Jacka Żochowskiego, Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Żywiec, grudzień 1995.
2. *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*. Red. M. Murskowski, A. Koronkiewicz. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa; 1997: 22.
3. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).
4. *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia za 1991 rok*. Wojewódzki Zespół Metodyczny Opieki Zdrowotnej Wrocław, Wojewódzki Urząd Statystyczny Wrocław, grudzień 1992.
5. *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia za 1992 rok*. Wojewódzki Zespół Metodyczny Opieki Zdrowotnej Wrocław, Wojewódzki Urząd Statystyczny Wrocław, grudzień 1993.
6. *Informator o zakładach opieki zdrowotnej województwa wrocławskiego 1994*. Wojewódzkie Centrum Analiz i Organizacji Ochrony Zdrowia Wrocław, Wrocław 1995.
7. *Informator o zakładach opieki zdrowotnej województwa wrocławskiego 1995*. Wojewódzkie Centrum Analiz i Organizacji Ochrony Zdrowia Wrocław, Wrocław 1996.

8. *Informator o zakładach opieki zdrowotnej województwa wrocławskiego 1996*. Wojewódzkie Centrum Analiz i Organizacji Ochrony Zdrowia Wrocław, Wrocław 1997.
9. *Informator o zakładach opieki zdrowotnej województwa wrocławskiego 1997*. Wojewódzkie Centrum Analiz i Organizacji Ochrony Zdrowia Wrocław, Wrocław 1998.
10. *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego 1998*. Regionalny Ośrodek Monitorowania Ochrony Zdrowia we Wrocławiu, Wrocław 1999.
11. *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego 1999*. Regionalny Ośrodek Monitorowania Ochrony Zdrowia we Wrocławiu, Wrocław 2000.
12. *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego 2000*. Regionalny Ośrodek Monitorowania Ochrony Zdrowia we Wrocławiu, Wrocław 2001.
13. *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego 2001*. Regionalny Ośrodek Monitorowania Ochrony Zdrowia we Wrocławiu, Wrocław 2002.
14. *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego 2002*. Regionalny Ośrodek Monitorowania Ochrony Zdrowia we Wrocławiu, Wrocław 2003.

Adres i Autora:
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCYNY RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Przekształcenia w opiece zdrowotnej – rola samorządu terytorialnego

The transformation processes in the health care –
the tasks of the local self-government authority

KRZYSZTOF NYCZAJ¹, JAROSŁAW DROBNIK², IZABELA CZAPROWSKA³, ANDRZEJ STECIWKO²

¹ Z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie
Dyrektor: Iwo Dominik Żochowski

² Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

³ Z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu
Dyrektor: Dorota Grzybowska

Streszczenie Rola, jaką odgrywają poszczególne samorządy terytorialne w opiece zdrowotnej w najbliższym czasie będzie miała znaczenie szczególne. Jest to związane z projektem ustawy o restrukturyzacji i komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Głównym założeniem projektu jest oddłużenie zakładów opieki zdrowotnej oraz utworzenie spółek użyteczności publicznej. Większość zadań wynikających z projektu ustawy zostanie scedowana właśnie na samorządy terytorialne. Autorzy niniejszej publikacji podjęli próbę ukazania dotychczasowych doświadczeń samorządu terytorialnego oraz stopień zaawansowania w procesach przekształceń, dokonywanych w zasadzie już od 1992 r.

Słowa kluczowe: zakłady opieki zdrowotnej, restrukturyzacja, komercjalizacja, spółki prawa handlowego (spółki użyteczności publicznej), samorząd terytorialny.

Summary In this paper, the authors show the local self-government authorities' past and present activities and experiences, referring to the transformation processes in the health care system, in principle since 1992 by now. The authors assume that the range of the local self-government authority's tasks and its responsibility, connected with public management of the health care system, will be increased in foreseeable future. These tasks of the local self-government authority are related to the Bill of the restructurization and commercialization public health care facilities. It tends towards achieving both the reduction of liabilities the public health care facilities and establishing of the local self-government public health care utilities commercial companies.

Key words: institutions of health care, restructuring, commercialization, partnerships of commercial law (partnerships of public utility), local government.

Od końca ubiegłego roku Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace nad projektem ustawy o restrukturyzacji i komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ). Założenia projektu mają na celu zmniejszenie zadłużenia ZOZ oraz polepszenie jakości świadczonych przez nie usług zdrowotnych. Nie bez znaczenia będzie też szereg zmian organizacyjnych, które w znacznym stopniu przyczynią się do zmiany procesów zarządzania oraz prowadzenia innej, zdaje się bardziej efektywnej, gospodarki finansowej. Projekt ustawy budzi szereg wątpliwości, zwłaszcza

w środowiskach medycznych. Podnoszą się głosy, że kolejne zmiany będą jeszcze bardziej nieudolne i niekorzystne niż poprzednie. Krytyka dotyczy głównie zapisów dotyczących zyskowności zakładów oraz funkcjonowania zakładów jako spółek użyteczności publicznej (opartych na przepisach kodeksu spółek handlowych). Zachodzi obawa, że nowo utworzone spółki użyteczności publicznej, gdzie większość udziałów będzie miał w dalszym ciągu Skarb Państwa, nie sprostają wymogom gospodarki wolnorynkowej oraz czy owe zmiany nie spowodują „zaniku” dostępności do

udzielanych świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie – całkowitej utraty zdolności finansowej przez zakłady i nie doprowadzą do bankructwa służby zdrowia. Z drugiej jednak strony pogłębiający się wciąż kryzys sektora ochrony zdrowia należy zatrzymać. Przyjęte rozwiązania zawarte w projekcie ustawy dają szansę na zatrzymanie, a może i zniwelowanie wzrostu zadłużenia.

Projekt ustawy nakłada obowiązek udziału samorządu terytorialnego w poszczególnych etapach restrukturyzacji i komercjalizacji zakładów opieki zdrowotnej, zatem warto się zastanowić, jaką rolę oraz jak do tych „rewolucji” przygotowane są organy samorządu terytorialnego. Czy nabyte doświadczenia przekształceniowe w różnych sektorach gospodarki będą miarodajne i efektywne w procesie komercjalizacji i restrukturyzacji ZOZ.

Do 1990 r. organizacją oraz finansowaniem zadań z zakresu ochrony zdrowia zajmowały się jednostki administracji rządowej. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. nr 55, poz. 434 z późn. zm.) regulowała kwestie podległości tychże zakładów. Art. 1 wspomnianej ustawy stanowił, że zakłady społeczne służby zdrowia, szpitale wojewódzkie, specjalistyczne zakłady lecznicze oraz szpitale kliniczne utrzymywało Państwo. Jednakże na powiatowych związkach samorządu terytorialnego spoczywał obowiązek zakładania i utrzymywania okręgowych ośrodków zdrowia, powiatowych ośrodków zdrowia, szpitali powiatowych (mających zapewnić, co najmniej leczenie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgicznych, kobiecych, położnictwa, a także chorób dziecięcych i zakaźnych)¹. Miasta natomiast zakładały i utrzymywały ośrodki zdrowia oraz szpitale o podobnym zakresie, jaki miały przypisane związki samorządu terytorialnego. Zakłady tworzone i utrzymywane przez samorządy miały status zakładów lub jednostek budżetowych. Ustawa ta nie regulowała kwestii „prywatnych” zakładów tworzonych przez inne podmioty niż państwo, z wyjątkiem utrzymywanych przez: fundacje, kon-

gregacje, związki i stowarzyszenia religijne. Zasadnicze zmiany organizacyjne w służbie zdrowia przyniosła ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, która szczegółowo regulowała, kto może tworzyć publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Procesy przekształceniowe w ochronie zdrowia generalnie zostały zapoczątkowane w 1992 r. W wyniku wejścia w życie zapisów ustawy o samorządzie gminnym, gminy zaczęły przejmować zadania z zakresu ochrony zdrowia². Realizacja tych zadań rozkładała się jednak nierównomiernie w skali kraju i dotyczyła głównie zadań z zakresu podstawowej ochrony zdrowia. Od 1994 r. proces przejmowania zadań z zakresu ochrony zdrowia zaczęło realizować kilkadziesiąt miast działających w ramach programu pilotażowego³. Od stycznia 1996 r. 46 dużych miast przejęło prowadzenie (głównie specjalistycznych) zakładów opieki zdrowotnej⁴. Równocześnie od 1997 r. rozpoczął się proces przekształcania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, pozyskujące środki finansowe zgodnie z zawartą umową o przekazanie środków publicznych⁵. W związku z niejednorodnym podziałem klasyfikacyjnym przychodni (rejonowe, specjalistyczne, rejonowo-specjalistyczne) oraz bałaganem sprawozdawczym w 1999 r. trudno jest odpowiedzieć, jaka część ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej została przekazana samorządom. Przekształcanie jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej było długotrwałym procesem. We wrześniu 1997 r. liczba samodzielnych publicznych zakładów posiadających wpis do rejestru sądowego wynosiła 250 zakładów, a ponad 400 przygotowywała się do uzyskania samodzielności⁶. Jednym ze skutków zmiany statusu jednostek służby zdrowia była zmiana zasad ich finansowania. Po uzyskaniu samodzielności podpisywały one z organem zaopieczniającym (najczęściej był nim wojewoda) umowę „o przekazanie środków publicznych do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

¹ Art. 6 Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. nr 55, poz. 434 z późn. zm.).

² Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. nr 16, poz. 95 z późn. zm.).

³ Pilotaż ten obejmował niektóre miasta w Polsce, które wykazały chęć przejęcia zakładów opieki zdrowotnej. Miało to miejsce przy opracowywaniu ustawy o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz miejskich sferach usług publicznych. Dopiero wspomniana ustawa zwana często ustawą o „Wielkich miastach” (Ustawa z dnia 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz miejskich sferach usług publicznych (Dz.U. nr 141, poz. 692) nałożyła taki obowiązek.

⁴ Ustawa z dnia 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz miejskich sferach usług publicznych (Dz.U. nr 141, poz. 692).

⁵ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r. w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (MP. nr 29, poz. 341).

⁶ Marciniak J, Dudarewicz D, Masłowski W. *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, tworzenie, funkcjonowanie – wybrane problemy, projekty dokumentów*. Warszawa; 1997: 5.

oraz sposobu kontroli ich wykorzystania”⁷. Na mocy wspomnianych ustaw do dnia 31 grudnia 1998 r. samorządy przejęły jedynie 15% ambulatoryjnej publicznej opieki zdrowotnej⁸. Większość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej została przekazana samorządom na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 1998 r.

1 stycznia 1999 r. wprowadzona została reforma administracyjna. Ukształtowała ona nowy podział terytorialny kraju. System administracyjny został oparty na samorządności terytorialnej (trójstopniowy podział terytorialny)⁹. Przepisy wprowadzające reformę administracji publicznej niosły za sobą wiele zmian również w zakresie ochrony zdrowia – przynależności zadań organu założycielskiego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁰. Funkcje organizacyjne przejęły samorządy terytorialne. Zadania przejęte przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego były wcześniej zadaniami własnymi wojewody.

Od 1999 r. równoległe z nabyciem przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej samodzielności rozpoczął się proces ich przekształceń, który trwa do dzisiaj. Obejmuje on „prywatyzację” zakładów, konsolidację wchodzących w jego skład jednostek organizacyjnych, likwidację jednostek, przejęcie zadań przez organ samorządu wyższego rzędu.

W związku z tym, że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie dopuszcza prywatyzacji publicznej służby zdrowia „przekształcenia własnościowe” odbywają się „drogą okrężną” – poprzez likwidację publicznego zakładu opieki zdrowotnej i utworzeniu w to miejsce „nowego” – niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim jest spółka prawa handlowego, której udziałowcami mogą być np. pracownicy dotychczasowego zakładu. Podstawą prawną do przeprowadzenia likwidacji SPZOZ jest uchwała organu założycielskiego. Określa ona m.in. sposób i formę oraz dalsze i nieprzerwane korzystanie ze świadczeń zdrowotnych populacji objętej dotychczasową opieką publiczną służby zdrowia. W momencie likwidacji SPZOZ-u jego majątek staje się majątkiem właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Następnie samorząd przekazuje, sprzedaje bądź wynajmuje lub dzierżawi ten majątek nowemu

organowi założycielskiemu (zazwyczaj spółce pracowniczej), nowo powstałego zakładu. W kilkunastu przypadkach udziałowcem spółki – nowego podmiotu tworzącego zakład – jest sama jednostka samorządu terytorialnego.

W związku z tym, że najłatwiej o konsensus w sprawie przekształceń w publicznej służbie zdrowia, zawsze w przypadku małych zakładów, które obsługują małe społeczności, można by oczekiwać, że wspomniane „procesy przekształceniowe” najszerzej powinny być zrealizowane na szczeblu gminnym. Chociaż brak jest szczegółowych analiz i sprawozdań na ten temat, można jednak spróbować oszacować zasięg tych działań na przestrzeni ostatnich 5 lat w poszczególnych regionach kraju, porównując w kolejnych latach kształtowanie się liczby publicznych zakładów opieki zdrowotnej działających na terenach wiejskich. I tak na dzień 30 września 1998 r. funkcjonowało w Polsce 1471 wiejskich, gminnych ośrodków zdrowia¹². Z początkiem 1999 r. zakłady te uzyskały samodzielność, a ich organem założycielskim stała się gmina lub powiat. Okazuje się, że w ciągu ostatnich 5 lat w organizacji publicznej opieki zdrowotnej na terenach wiejskich zaszły poważne zmiany. Według stanu na dzień 31 grudnia 2003 r. wiejskich ośrodków zdrowia było 1135. Dla 694 z nich organem założycielskim była gmina, a dla 441 powiat.

Aby odpowiedzieć na pytanie, jaka część zakładów została „sprywatyzowana”, a jaka została przejęta przez organ samorządu terytorialnego wyższego rzędu (np. powiat), konieczne są bardziej szczegółowe analizy. Z dostępnych danych wynika, że najbardziej zaawansowane procesy przekształceniowe wystąpiły w byłych województwach: piłskim, przemyskim, poznańskim, ostrołęckim, białkopodlaskim, białostockim, skierniewickim, łomżyńskim, śląskim, konińskim i gorzowskim. Najmniej w byłych województwach: warszawskim, bydgoskim, kieleckim, jeleniogórskim, legnickim, łódzkim, wrocławskim.

Informacje dotyczące zmian w organizacji publicznej opieki zdrowotnej na terenach wiejskich warto zestawić z dynamiką rozwoju na tych terenach niepublicznej opieki zdrowotnej. Okazuje się, że w latach 1991–2003 utworzono tam przeszło 3500 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Zgodnie z ustawą o finansach publicznych łączna kwota długu jednostki samorządu teryto-

⁷ *Op. cit.*

⁸ Karliński W. *Modelowe rozwiązania systemu informacyjnego w ochronie zdrowia*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa; 2001: 13.

⁹ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. – przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. nr 133, poz. 872 z późn. zm.).

¹⁰ Art. 47 ust. 1–3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. – przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. nr 133, poz. 872 z późn. zm.).

¹¹ *Biuletyn statystyczny 1999*. Ministerstwo Zdrowia. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Warszawa; 2000: 104.

Tabela 1. Kompetencje terenowej administracji państwowej oraz administracji samorządowej w zakresie ochrony zdrowia

Organ administracji/ /samorząd terytorialny	Zadania po wprowadzeniu reformy administracyjnej ¹²
Wojewoda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja założeń polityki zdrowotnej państwa oraz nadzór nad jej zadaniami (Narodowy Program Ochrony Zdrowia, Narodowy Program Zdrowia). 2. Prowadzenie rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz rejestru jednostek państwowego ratownictwa medycznego. 3. Delegowanie przedstawicieli do rad społecznych samodzielnych publicznych ZOZ. 4. Opiniowanie projektów uchwał i zarządzeń w sprawie likwidacji ZOZ. 5. Kontrola ZOZ mających siedzibę na terenie właściwego województwa. 6. Prowadzenie zadań z zakresu nadzoru medycznego. 7. Kontrola nad orzecznictwem lekarskim. 8. Organizacja specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów. 9. Tworzenie planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych. 10. Działalność szkoleniowa m.in. z zakresu ratownictwa medycznego. 11. Prowadzenie statystyki z zakresu ochrony zdrowia.
Samorząd terytorialny	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pełnienie funkcji organu założycielskiego dla SPZOZ. 2. Planowanie i realizacja lokalnej polityki zdrowotnej. 3. Nadzór nad SPZOZ. 4. Zatwierdzanie statutów. 5. Powoływanie i odwoływanie kierowników SPZOZ. 6. Planowanie i realizacja zadań inwestycyjnych. 7. Kontrola i nadzór nad: realizacją zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowości gospodarowania mieniem, gospodarki finansowej zakładu. 8. Opracowanie i aktualizacja planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. 9. Tworzenie wieloletnich planów rozwoju regionalnego w zakresie ochrony zdrowia (komitety sterujące) – samorząd województwa.

Źródło: opracowanie własne.

rialnego nie może przekraczać 60% jej dochodów. Według danych Ministerstwa Finansów obecnie wskaźnik ten osiągnęło 20 gmin. Do „granicy bezpieczeństwa” (poziom zadłużenia 50%) zbliża się natomiast 60 gmin, dwa powiaty i trzy miasta na prawach powiatu.

Jeśli do obecnego zadłużenia samorządów doliczymy również zadłużenie wygenerowane przez podległe im publiczne zakłady opieki zdrowotnej (zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej zobowiązania SPZOZ-u są w chwili jego likwidacji zobowiązaniami organu założycielskiego), to sytuacja wygląda o wiele bardziej dramatycznie. „Granice bezpieczeństwa” przekroczy prawdopodobnie 5 urzędów marszałkowskich. W dwóch z nich, tj. w dolnośląskim oraz łódzkim, wielkość zadłużenia może nawet osiągnąć lub przekroczyć wielkość dochodów.

W trudnej sytuacji znajdują się również powiaty, szczególnie województwa dolnośląskiego oraz lubuskiego. W województwach tych średnie

zadłużenie powiatów (łącznie z zadłużeniem wygenerowanym przez publiczną opiekę zdrowotną) może przekroczyć 40% wysokości dochodów. W bardzo trudnej sytuacji mogą znaleźć się prezydent Krakowa, Łodzi i Częstochowy. Wielkość zadłużenia w tych miastach już teraz wynosi 40% wielkości dochodów, a dodatkowo w każdym z nich przewiduje się komercjalizację ponad 20 publicznych ZOZ, z których część jest poważnie zadłużona. W przypadku miasta Warszawy sytuacja również nie przedstawia się „zachęcająco”. Obecne jego zadłużenie sięga już 32% dochodów, a zakładów, dla których jest to miasto jest organem założycielskim, jest ponad 60 (większość zadłużona).

Tabela 2 wskazuje, jak poważna jest sytuacja samorządu terytorialnego, w przededniu wejścia Polski do Unii Europejskiej.

Założenia restrukturyzacji finansowej zakładów mają obejmować znane na dzień 31 marca 2003 r. zobowiązania: publicznoprawne, cywil-

¹² Karliński W. *Modelowe rozwiązania systemu informacyjnego w ochronie zdrowia*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa; 2001: 11–16. Dane te uzupełniono w wyniku wprowadzenia w życie poszczególnych aktów prawnych, w tym ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, ustawy o państwowym ratownictwie medycznym.

Tabela 2. Kształtowanie się „wskaźników bezpieczeństwa” JST po uwzględnieniu zobowiązań publicznej opieki zdrowotnej

Nazwa województwa	Stosunek zobowiązań do dochodów JST			
	bez zobowiązań SPZOZ		z zobowiązaniami SPZOZ	
	samorząd powiatowy	samorząd województwa	samorząd powiatowy	samorząd województwa
Wojewoda Dolnośląski	11%	7%	49%	99%
Wojewoda Kujawsko-Pomorski	5%	14%	22%	39%
Wojewoda Lubelski	4%	8%	18%	37%
Wojewoda Lubuski	14%	4%	46%	78%
Wojewoda Łódzki	9%	28%	39%	105%
Wojewoda Małopolski	8%	20%	18%	42%
Wojewoda Mazowiecki	10%	2%	24%	32%
Wojewoda Opolski	4%	5%	11%	30%
Wojewoda Podkarpacki	12%	4%	18%	20%
Wojewoda Podlaski	5%	23%	24%	64%
Wojewoda Pomorski	7%	10%	31%	44%
Wojewoda Śląski	10%	4%	31%	27%
Wojewoda Świętokrzyski	5%	10%	21%	58%
Wojewoda Warmińsko-Mazurski	16%	8%	23%	26%
Wojewoda Wielkopolski	6%	20%	8%	26%
Wojewoda Zachodniopomorski	14%	0%	24%	24%

Źródło: opracowanie własne.

noprawne oraz indywidualne roszczenia pracowników (powstałe od dnia 1 stycznia 1999 do dnia 31 marca 2003 r.). Restrukturyzacja finansowa będzie polegała na: umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych, rozłożeniu na raty spłaty zobowiązań z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne, społeczne, zdrowotne wraz z odsetkami oraz zawarciu ugody między pracownikami (w sprawie roszczeń wynikających z ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych ustaw), a także wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych. Restrukturyzacji finansowej nie będą natomiast podlegały zobowiązania z tytułu zaległości podatkowych i celnych oraz zobowiązania cywilnoprawne powstałe na skutek zaciągniętych kredytów objętych poręczeniami albo gwarancjami Skarbu Państwa. Jednakże umorzenie zobowiązań publicznoprawnych podlega spełnieniu przez SPZOZ-y kilku istotnych warunków, tj.: zakład w dniu wydania decyzji o zakończeniu restrukturyzacji nie posiada zaległości z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne, społeczne i zdrowotne wraz z odsetkami; działa w formie spółki użyteczności publicznej; zawarł ugodę z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych; zaspokoił roszczenia pracowników. W wyniku prac mocodawczych wyłonił się proces trybu postępowania restrukturyzacyjnego. Postępowanie restrukturyzacyjne zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem

założycielskim jest samorząd terytorialny, będzie prowadził właściwy wojewoda, natomiast w przypadku, gdy jest to inny podmiot niż samorząd terytorialny – minister właściwy do spraw zdrowia. Rolą zakładu lub podmiotu tworzącego zakład będzie złożenie wniosku w sprawie wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego. Jeśli wniosek restrukturyzacyjny składa organ założycielski, musi on niezwłocznie powiadomić kierownika zakładu o zaistniałym fakcie. Wniosek ten musi posiadać wiele elementów, z których najbardziej pożądane to: nazwa i siedziba zakładu; okoliczności uzasadnienia wniosku; informacja o liczbie zatrudnionego personelu, sprawozdania finansowe sporządzone na dzień 31 marca 2003 r. (w tym również za poszczególne lata od 1999 do 2003); sprawozdania finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości za poszczególne lata (1999–2003); spis dłużników oraz kwoty długu wraz z odsetkami (wymagane jest podanie wierzytelności głównej oraz odsetek osobno), a także listę zabezpieczenia tych wierzytelności; spis wierzycieli publicznoprawnych i cywilnoprawnych według zasad jak wyżej; wykaz zobowiązań pozabilansowych, kopie tytułów egzekucyjnych lub wykonawczych; informacje o stanie realizacji zobowiązań z tytułu indywidualnych roszczeń pracowników; kopię ewidencji środków trwałych oraz niematerialnych i prawnych oraz informację o ich obciążeniach; projekt ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami cywilnoprawnymi oraz indywidu-

alnymi pracownikami; oświadczenie organu, który utworzył zakład o zamiarze jego przekształcenia, a także zaopiniowany pozytywnie program restrukturyzacyjny. Ostatni przytoczony element wniosku – program restrukturyzacyjny – zawiera szczegółowe wymagania dotyczące opisu sytuacji ekonomicznej zakładu, przyczyny wystąpienia niewydolności finansowej (zadłużenia), wskazanie działań mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej zakładu (w tym również działania restrukturyzacyjne), przewidywany termin przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej, a także określenie źródeł finansowania poprawy sytuacji ekonomicznej. Wnioskodawca zobowiązany jest przedstawić organowi restrukturyzacyjnemu (wojewoda, minister) opinie dotyczące programu restrukturyzacyjnego. Organami opiniodawczymi w przypadku restrukturyzacji będą: organ założycielski, Narodowy Fundusz Zdrowia, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, a także Bank Gospodarstwa Krajowego.

Rolą organu restrukturyzacyjnego jest wszczęcie postępowania. Organ restrukturyzacyjny wszczyna postępowanie restrukturyzacyjne regulowane postanowieniem w terminie 7 dni od daty przedłożenia kompletnego wniosku. W przypadku braków formalnych organ restrukturyzacyjny wzywa do ich uzupełnienia w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez zakład wezwania. Wniosek o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego może zostać również odrzucony, jeśli zostanie złożony po terminie regulowanym przez ustawę¹³. Odmowa wszczęcia postępowania następuje w drodze decyzji w przypadku, gdy brak jest pozytywnej opinii organu założycielskiego. W ciągu dwóch miesięcy od dnia wydania przez organ restrukturyzacyjny postanowienia, zakład zobowiązany jest do: uzgodnienia z wierzycielami publicznoprawnymi programu, zawarcia ugody z wierzycielami cywilnoprawnymi i indywidualnymi pracownikami, zyskuje zgodę odpowiednio: ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub podmiotu, który utworzył zakład na wykonanie poszczególnych ugód regulujących objęcie akcji lub udziałów w podwyższonym kapitale spółki użyteczności publicznej w zamian za wierzytelności. W tym terminie zakład powinien również przekazać organowi restrukturyzacyjnemu ugodę restrukturyzacyjną z wierzycielami cywilnoprawnymi (7-dniowy termin od momentu podpisania ugody); informację o ugodach z indywidualnymi pracownikami (informacja musi zawierać liczbę osób, z którymi ugodę zawarto; wysokość roszczeń, harmonogram spłat); informację o wyni-

kach uzgodnień z wierzycielami publicznoprawnymi. Dalszym etapem procesu restrukturyzacji jest wydanie decyzji o warunkach restrukturyzacji. Organ restrukturyzacyjny jest zobowiązany w ciągu 3 miesięcy od momentu wydania postanowienia o wszczęciu postępowania i decyzji o warunkach restrukturyzacji. Jednakże może ją wydać, jeśli zostały spełnione przez zakład powyższe uwarunkowania, a także po szerokiej analizie wniosku oraz dołączonych do niego dokumentów i stwierdzeniu na podstawie uzyskanych opinii, iż dalsze działania zakładu prowadzić będą do efektywnego jego funkcjonowania. Organ restrukturyzacyjny zobowiązany jest przed wydaniem decyzji stwierdzić zgodność programu z Krajowym Planem Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych. Po stwierdzeniu i zaakceptowaniu wszystkich powyższych informacji organ restrukturyzacyjny wydaje decyzję o warunkach restrukturyzacji zawierającą: nazwę i siedzibę zakładu, zatwierdzenie programu restrukturyzacyjnego, warunki restrukturyzacji oraz przewidywany termin przekształcenia zakładu w spółkę użyteczności publicznej, a także termin zakończenia postępowania restrukturyzacyjnego. W 24 miesiące od momentu wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji oraz spełnieniu przez zakład warunków restrukturyzacyjnych (nieposiadania zobowiązań publicznoprawnych, funkcjonowania jako spółka użyteczności publicznej, zaspokojenia roszczeń pracowniczych, zawarcia umowy z wierzycielami zobowiązań cywilnoprawnych) organ restrukturyzacyjny wydaje decyzję o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego. Decyzja ta jest niezwłocznie przekazywana wierzycielom należności publicznoprawnych. W wypadku gdy nie zostały zrealizowane warunki restrukturyzacji organ restrukturyzacyjny umarza postępowanie w drodze decyzji administracyjnej. Na organ restrukturyzacyjny nałożono obowiązek niezwłocznego wystąpienia z wnioskiem o likwidację zakładu do organu założycielskiego. Ważnym elementem społecznym jest podanie do wiadomości publicznej listy zakładów, które otrzymały decyzję o zakończeniu restrukturyzacji. Lista taka ma być opublikowana w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski B”.

Istotnym elementem restrukturyzacji jest również pozyskanie przez zakład środków finansowych. W celu uzyskania pomocy publicznej zakład może emitować obligacje, zaciągać kredyty bankowe, występować do samorządu terytorialnego o udzielenie poręczenia zapłaty należności głównej od wyemitowanych obligacji, a także występować do BGK o udzielenie poręczenia zapła-

¹³ Projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej narzuca termin dwóch miesięcy od momentu wejścia w życie tejże ustawy.

ty odsetek od obligacji. Emisja obligacji ma nastąpić w okresie 12 miesięcy od wydania przez organ restrukturyzacyjny decyzji o warunkach restrukturyzacji. Organizacja i obsługa emisji obligacji zgodnie z wytycznymi będzie leżała w kompetencji BGK. Jednakże koszty tego postępowania pokrywa emitent. Innym elementem procesu restrukturyzacji zakładów jest pozyskanie dotacji na wsparcie działań restrukturyzacyjnych ze środków budżetu państwa. Warunkiem uzyskania dotacji jest spełnienie przez zakład obowiązku nieposiadania zaległości finansowych na dzień 31 marca 2003 r. oraz przekształcenie się zakładu w spółkę użyteczności publicznej. Dotacje będą przyznawane zakładom tylko w określonej kwocie zgodnej z ustawą budżetową.

Warto zauważyć, że prowadzenie działalności w zakresie ochrony zdrowia przez samorząd w ramach spółki użyteczności publicznej dopuszcza Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. nr 91, poz. 576 z późn. zm.) regulująca zakres zadań i kompetencje samorządu województwa. Z przepisów tej ustawy wynika, że samorząd województwa może m.in. pozyskiwać i łączyć środki finansowe: publiczne i prywatne w celu realizacji zadań z zakresu użyteczności publicznej¹⁴. W sferze użyteczności publicznej samorząd wojewódzki może tworzyć spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki akcyjne, a także może do nich przystępować¹⁵. Podobne kompetencje w tej kwestii mają samorządy gminne i powiatowe. Samorząd gminny realizuje swoje zadania w oparciu o ustawę z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. nr 16, poz. 95 z późn. zm.).

Postanowienia projektu ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na jednostki samorządu terytorialnego zostaną nałożone nowe zadania i kompetencje. Szeroki zakres tych zadań będzie miał odzwierciedlenie w: podjęciu uchwały o restrukturyzacji, złożeniu wniosku w tej sprawie, zaopiniowaniu programu restrukturyzacyjnego, zgody na zawarcie ugody w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych.

Przedstawione powyżej procesy nie będą jed-

nak dotyczyły wszystkich jednostek samorządu terytorialnego. Różna też będzie skala zaangażowania aparatu administracji samorządowej w zależności od regionu kraju oraz szczebla samorządu. Z tabeli 3 wynika, że największy odsetek aparatu samorządowego zostanie zaangażowany w województwie świętokrzyskim (82% wszystkich urzędów administracji samorządowej weźmie udział w procesie komercjalizacji publicznej opieki zdrowotnej)¹⁶. W województwach: dolnośląskim, małopolskim, kujawsko-pomorskim, gdzie dotychczasowe procesy prywatyzacyjne (przekształceniowe) były niewielkie, zaangażowanie poszczególnych urzędów będzie stanowiło ponad połowę urzędów samorządu terytorialnego. W znacznie lepszej sytuacji będą znajdowały się województwa: wielkopolskie, lubuskie i podlaskie. Tutaj procesy „prywatyzacyjne” kształtowały się najwyżej i osiągały kolejno: 20, 22 oraz 14%. W województwie podlaskim niepełna 3% urzędów gminnych oraz miejskich będzie brało udział w procesach związanych z wejściem w życie przedmiotowej ustawy. W województwach wielkopolskim i lubuskim procesy te dotyczyć będą około 10% urzędów.

Aby zdać sobie sprawę ze skali zadań, jakie będą musiały wykonać jednostki samorządu terytorialnego, warto sięgnąć do doświadczeń związanych z realizacją podobnej ustawy, ale odnoszącej się do przedsiębiorstw państwowych¹⁷. Z danych, jakimi dysponuje Ministerstwo Skarbu Państwa, wynika, że w okresie 11 lat przekształcenia dokonano w 5450 z 8453 przedsiębiorstwach państwowych (w tym: 1527 – komercjalizacja, 2128 – prywatyzacja, natomiast 1795 – likwidacja)¹⁸. Zestawiając te dane z liczbą prawie 2000¹⁹ samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zgodnie z ustawą o restrukturyzacji i komercjalizacji SPZOZ mają zostać przekształcone w spółki użyteczności publicznej skomercjalizowane w ciągu dwóch lat możemy wnioskować, że zadanie stojące przed uczestnikami projektu, a szczególnie samorządami będzie bardzo trudne.

Wymienione wyżej zadania samorząd terytorialny będzie realizował w ramach posiadanego

¹⁴ Art. 11 ust. 2 pkt 3 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. nr 91, poz. 576 z późn. zm.).

¹⁵ Art. 13 ust. 1 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. nr 91, poz. 576 z późn. zm.).

¹⁶ Wasilewski D. *Restrukturyzacja i komercjalizacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kontekście doświadczeń jednostek samorządu terytorialnego*. [w:] *Koncepcje zmian w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Doświadczenia i propozycje na przyszłość*. Red. M. Węgrzyn, D. Wasilewski. Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław; 2004: 77–89.

¹⁷ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji (Dz.U. z 2002 r. nr 171, poz. 1397).

¹⁸ *Dynamika Przekształceń Własnościowych*. Nr 55. Ministerstwo Skarbu Państwa – Departament Analiz i Prognoz.

¹⁹ Dane według rejestru zakładów opieki zdrowotnej. W tej liczbie znajduje się również 160 żłobków, które mają status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego.

Tabela 3. Zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego w procesy komercjalizacji i restrukturyzacji ZOZ

Województwo	Jednostki samorządu terytorialnego (JST)						
	liczba ogółem	w tym będących organem założycielskim dla SPZOZ	% JST, które wezmą udział w procesach komercjalizacji				
			ogółem	% urzędów gmin i miast (bez miast na prawach powiatu)	% urzędów miejskich miast na prawach powiatu	% starostw powiatowych	% urzędów marszałkowskich
Dolnośląskie	196	103	53,0	48,2	33,3	80,8	100,0
Kujawsko-Pomorskie	164	78	48,0	43,6	100,0	63,2	100,0
Lubelskie	233	54	23,0	14,9	75,0	95,0	100,0
Lubuskie	96	21	22,0	8,6	50,0	100,0	100,0
Łódzkie	199	63	32,0	26,4	66,7	66,7	100,0
Małopolskie	202	120	59,0	55,3	100,0	89,5	100,0
Mazowieckie	352	147	42,0	35,0	100,0	89,2	100,0
Opolskie	83	23	28,0	14,3	100,0	100,0	100,0
Podkarpackie	181	67	37,0	28,4	100,0	85,7	100,0
Podlaskie	133	19	14,0	2,6	100,0	85,7	100,0
Pomorskie	140	49	35,0	27,7	100,0	68,8	100,0
Śląskie	185	80	43,0	31,1	100,0	82,4	100,0
Świętokrzyskie	116	95	82,0	80,2	100,0	92,3	100,0
Warmińsko-Mazurskie	136	50	37,0	26,3	100,0	89,5	100,0
Wielkopolskie	258	52	20,0	9,5	75,0	87,1	100,0
Zachodniopomorskie	133	35	26,0	14,4	100,0	83,3	100,0

Źródło: Wasilewski D. *Restrukturyzacja i komercjalizacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kontekście doświadczeń jednostek samorządu terytorialnego*. [w:] *Koncepcje zmian w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej. Doświadczenia i propozycje na przyszłość*. Red. M. Węgrzyn, D. Wasilewski. Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2004.

obecnie aparatu urzędniczego, na który składają się pracownicy, kompetencje oraz struktura organizacyjna danego urzędu. Warto więc przyjrzeć się bliżej sposobowi dotychczasowej organizacji pracy urzędów samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia.

Zadania z zakresu polityki zdrowotnej realizowane są w Urzędzie Miejskim Wrocławia przez 25 pracowników skupionych w jednej komórce organizacyjnej o nazwie „Wydział Zdrowia”. Zadania te to: prowadzenie polityki zdrowotnej w mieście, analizy stanu zdrowia oraz potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i rehabilitacji, rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, promocji zdrowia i zwalczania uzależnień, współdziałanie w zakresie rozwiązywania problemów osób niepełnosprawnych²⁰. W województwie dolnośląskim przy Urzędzie Marszałkowskim utworzono Departament Polityki Zdrowotnej zatrudniający około 20 osób (w innych urzędach marszałkowskich te same komórki przybierają różne nazwy, ale ich zakres działania jest podobny, np. w województwie mazowieckim taki sam zakres zadań realizuje Departament

Zdrowia i Polityki Społecznej). Strukturę organizacyjną departamentu tworzą: Wydział Zdrowia, Wydział Restrukturyzacji Służby Zdrowia, Pełnomocnik Zarządu ds. Restrukturyzacji Służby Zdrowia. Każdej komórce przypisano odpowiednie zadania wynikające z kompetencji nałożonych przez ustawę z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa (Dz.U. nr 106, poz. 668).

Departament Polityki Zdrowotnej realizuje zadania związane np. z kreowaniem regionalnej polityki zdrowotnej, prowadzeniem spraw związanych z tworzeniem, przekształcaniem i likwidacją zakładów opieki zdrowotnej, nadzór nad działalnością ZOZ-ów, wobec których Samorząd Województwa pełni funkcję organu założycielskiego. Realizację zadań przypisano poszczególnym działom. Wydział Zdrowia został podzielony na 3 odrębne działy: Dział Nadzoru i Promocji Zdrowia, Dział Ekonomiczny, Stanowisko ds. organizacyjnych. Dział Nadzoru i Promocji Zdrowia realizuje następujące zadania²¹:

²⁰ § 24 Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Miejskiego Wrocławia.

²¹ § 17 Regulaminu Organizacyjnego Samorządu Województwa Dolnośląskiego.

- prowadzenie staży podyplomowych lekarzy, lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych,
- prowadzenie spraw związanych z kierowaniem osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- prowadzenie spraw związanych z zawieraniem umów na udostępnianie oddziałów szpitalnych na rzecz działalności dydaktycznej i badawczej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- rozpatrywanie skarg na działalność zakładów opieki zdrowotnej,
- nadzór nad działalnością SPZOZ,
- współpraca z samorządami zawodowymi, związkami zawodowymi, organizacjami społecznymi,
- współudział w opracowywaniu planów zabezpieczenia opieki medycznej na wypadek katastrof, kataklizmów itp.,
- współpraca z wydziałem edukacji i nauki w zakresie szkolnictwa medycznego,
- prowadzenie działalności związanej z promocją zdrowia,
- nadzór nad realizacją działalności w zakresie promocji zdrowia w SPZOZ.

Dział ekonomiczny wykonuje zadania związane z:

- opracowaniem projektu budżetu województwa i zmian w zakresie ochrony zdrowia,
- sporządzaniem sprawozdań finansowych i informacji o realizacji budżetu w zakresie ochrony zdrowia,
- prowadzeniem spraw związanych z finansowaniem zadań z budżetu województwa i dotacji budżetu w zakresie ochrony zdrowia, w tym:
 - finansowaniem działalności WOMP (Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy),
 - finansowaniem zadań w zakresie medycyny pracy: badania uczniów i studentów, więźniów, świadczeń instytutów medycyny pracy,
 - finansowaniem programów zdrowotnych,
 - finansowaniem zadań w ramach programów restrukturyzacyjnych,
- bieżącym monitorowaniem sytuacji finansowej SPZOZ na podstawie składanych przez nie informacji finansowych,
- weryfikacją jednostkowych sprawozdań budżetowych RB-Z i RB-N składanych przez SPZOZ i sporządzanie zbiorowych sprawozdań w tym zakresie,
- współpracą z Departamentem Budżetu i Finansów,

- współpracą z płatnikiem świadczeń w zakresie finansowania świadczeń medycznych²².

Zadaniem Stanowiska ds. Organizacyjnych jest:

- organizowanie konkursów na stanowiska zastępców dyrektorów ds. lecznictwa i inne,
- prowadzenie rejestru skarg i wniosków wpływających do Wydziału Zdrowia,
- planowanie kontroli podległych SPZOZ i współpraca w tym zakresie z Biurem Kontroli,
- prowadzenie rejestru wpływających interpelacji parlamentarzystów i radnych Sejmiku Województwa Dolnośląskiego.

Istotną komórką organizacyjną Urzędu Marszałkowskiego jest Wydział Restrukturyzacji Służby Zdrowia, którego zadaniem jest:

- prowadzenie całokształtu spraw bieżących związanych z tworzeniem, przekształceniem i likwidacją zakładów opieki zdrowotnej (w tym przygotowywanie projektów uchwał: w sprawie przekształcenia lub likwidacji SPZOZ, zatwierdzających statuty SPZOZ, powoływania i odwoływania rady społecznej),
- nadzór i kontrola nad przebiegiem likwidacji SPZOZ i działalnością likwidatorów,
- kontrola i ocena prawidłowości gospodarowania mieniem SPZOZ (w zakresie: zakupów i przyjmowania darowizn sprzętu i aparatury medycznej, zbycia, dzierżawy i najmu majątku trwałego),
- prowadzenie spraw związanych z działalnością inwestycyjno-remontową SPZOZ,
- tworzenie bazy danych dotyczących działalności SPZOZ i prowadzenie monitoringu w zakresie: prowadzenia spraw dotyczących państwowego ratownictwa medycznego, prowadzenia spraw związanych z przekształceniem SPZOZ w zakłady niepubliczne, prowadzenia i analizy sprawozdawczości w zakresie sytuacji finansowej SPZOZ.

Realizacją innych zadań restrukturyzacji służby zdrowia zajmuje się również Pełnomocnik Zarządu ds. Restrukturyzacji Służby Zdrowia. Jego zadaniami są wprowadzanie i realizacja planów inżynierii finansowo-prawnej, negocjacje z wierzycielami i ustalanie warunków spłat zadłużenia, prowadzenie rozmów bankowych w celu stworzenia projektu planu ekonomiczno-kredytowego, ustalanie sald zadłużenia SPZOZ oraz prowadzenie spraw prawnych w tym zakresie, koordynowanie prac powołanego zespołu konsultacyjnego ds. restrukturyzacji.

Wiele zadań realizowanych zarówno przez Wydział Restrukturyzacji Służby Zdrowia, jak i Pełnomocnika Zarządu ds. Restrukturyzacji Służ-

²² W chwili obecnej z Narodowym Funduszem Zdrowia – zapis o współpracy z kasą chorych może wynikać z braku aktualizacji regulaminu organizacyjnego Samorządu Województwa Dolnośląskiego.

Tabela 4. Organ restrukturyzacyjny w procesie restrukturyzacji – porównanie wielkości zadłużenia

Organ restrukturyzacyjny	Liczba ZOZ	Zadłużenie ogółem (w mln zł)	Średnie zadłużenie ZOZ (w mln zł)
Wojewoda Dolnośląski	173	669	3,9
Wojewoda Kujawsko-Pomorski	136	133	1
Wojewoda Lubelski	84	199	2,4
Wojewoda Lubuski	40	247	6,2
Wojewoda Łódzki	120	351	2,9
Wojewoda Małopolski	205	172	0,8
Wojewoda Mazowiecki	258	333	1,3
Wojewoda Opolski	56	62,2	1,1
Wojewoda Podkarpacki	98	93,1	1
Wojewoda Podlaski	47	129	2,7
Wojewoda Pomorski	95	210	2,2
Wojewoda Śląski	250	309	1,2
Wojewoda Świętokrzyski	127	154	1,2
Wojewoda Warmińsko-Mazurski	80	77	1
Wojewoda Wielkopolski	98	48,3	0,5
Wojewoda Zachodniopomorski	69	99,6	1,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz danych o zadłużeniu wg stanu na dzień 31.03.2003 r., powstałe od 1.01.1999 r. (dane na podstawie ankiety przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia, sierpień 2003 r.).

by Zdrowia będą miały zastosowanie w planowanej przez rząd restrukturyzacji służby zdrowia.

Szczególną uwagę należy zwrócić na weryfikację programów restrukturyzacyjnych, które będą stanowiły podstawę całego procesu restrukturyzacji i komercjalizacji zakładów. Kwestia ta będzie jednym z podstawowych zadań organu restrukturyzacyjnego. Dokonywana weryfikacja programów musi zawierać kilka podstawowych elementów. Autoryzacja programów będzie obejmowała stronę prawną i merytoryczną programu, jego skuteczność, a także zgodność działań naprawczych z krajowym i regionalnym planem zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Wielkość zadań nałożonych na organ restrukturyzacyjny determinowana będzie przez liczbę zakładów podlegających restrukturyzacji oraz stopień „skomplikowania” poszczególnych przypadków restrukturyzacyjnych. Dobrym sposobem pomiaru stopnia „skomplikowania” poszczególnych przypadków może być wielkość zadłużenia danego zakładu. Jest to logiczne, gdyż im większe zadłużenie, tym bardziej skomplikowane będzie przygotowanie programu restrukturyzacyjnego, zaś miernikiem, który obrazowałby wielkość cał-

kowitego nakładu pracy poszczególnych organów restrukturyzacyjnych, można uznać sumę zadłużenia wszystkich zakładów podlegających restrukturyzacji.

Z tabeli 4 można wysnuć następujące wnioski. Zadłużenie samorządu terytorialnego na terenie województw dolnośląskiego, łódzkiego, mazowieckiego oraz śląskiego świadczy o dotychczasowym małym zaangażowaniu w prace pseudoprywatyzacyjne. W związku z tym organy restrukturyzacyjne (województwie) zmuszeni zostaną do bardziej efektywnej i wydajnej pracy w procesie restrukturyzacji. W wyżej wymienionych województwach proces restrukturyzacji będzie bardziej szeroki i dynamiczny niż w województwach o mniejszym zadłużeniu (opolskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie oraz podkarpackie).

Słuszną koncepcją było stworzenie odpowiednich narzędzi niezbędnych w procesie restrukturyzacji, dlatego należałoby zaimplementować systemy organizacyjne organów restrukturyzacyjnych oraz organów prowadzących rejestr ZOZ, gdyż to właśnie w organie rejestrowym koncentrują się wszystkie kwestie dotyczące organizacji zakładów opieki zdrowotnej²³. Organy rejestrowe

²³ Zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, każdy zakład może prowadzić działalność medyczną w jednostkach i komórkach organizacyjnych (oddziały szpitalne, poradnie, pracownie, zespoły ratownictwa medycznego) tylko po uzyskaniu odpowiedniego wpisu do rejestru prowadzonego przez wojewodę lub ministra zdrowia. Jednym słowem każda jednostka i komórka organizacyjna zakładu powinna mieć swoje odzwierciedlenie w księgach rejestrowych zakładu. Wpis poprzedzony jest odpowiednim postępowaniem administracyjnym, w którym bardzo dużą rolę odgrywa kwestia sprawdzenia zgodności pomieszczeń przewidzianych do udzielania świadczeń z odpowiednimi standardami sanitarnymi.

Tabela 5. Doświadczenie administracji samorządowej (gmin i miast na prawach powiatu) biorącej udział w komercjalizacji ZOZ w zarządzaniu spółkami kapitałowymi oraz w emisji obligacji

Województwo	Doświadczenie urzędów gmin i miast, które biorących udział w procesach komercjalizacji SPZOZ				
	razem biorących udział	w tym mających doświadczenie w emisji obligacji		w tym mających doświadczenie w zarządzaniu spółkami kapitałowymi	
		liczba	%	liczba	%
Dolnośląskie	81	11	14	25	31
Kujawsko-Pomorskie	65	10	15	13	20
Lubelskie	34	3	9	5	15
Lubuskie	8	2	25	5	63
Łódzkie	48	7	15	14	29
Małopolskie	102	7	7	21	21
Mazowieckie	113	7	6	16	14
Opolskie	11	1	9	4	36
Podkarpackie	48	6	13	14	29
Podlaskie	6	0	0	3	50
Pomorskie	37	9	24	10	27
Śląskie	65	11	17	36	55
Świętokrzyskie	82	2	2	15	18
Warmińsko-Mazurskie	32	4	13	11	34
Wielkopolskie	24	5	21	13	54
Zachodniopomorskie	19	4	21	7	37

Źródło: Wasilewski D. *Restrukturyzacja i komercjalizacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kontekście doświadczeń jednostek samorządu terytorialnego*. [w:] *Koncepcje zmian w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej. Doświadczenia i propozycje na przyszłość*. Red. M. Węgrzyn, D. Wasilewski, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2004.

dysponują potężnym narzędziem, jakim jest informacja. Znają one bowiem strukturę organizacyjną, zakres zadań zakładu oraz jego liczbę personelu medycznego. Dysponują dużym doświadczeniem w procesach przekształceniowych, gdyż brały już udział w podobnych działaniach. Ponadto należy zaznaczyć, że od 2002 r. organy rejestrowe zostały w pełni z informatyzowane i działają na bazie jednego systemu obejmującego dane objęte rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej²⁴. Istnieje zatem duże prawdopodobieństwo zapewnienia bieżącego i dokładnego wglądu oraz przebiegu procesu restrukturyzacji. Jednakże sposób zorganizowania procesów pracy odnośnie do działań restrukturyzacyjnych wewnątrz urzędu należy już bezpośrednio do wojewody, choć wydaje się, że najlepsze efekty przyniosłoby umiejscowienie kompetencji z zakresu prowadzenia działań restrukturyzacyjnych w jednostkach i komórkach prowadzących rejestr za-

kładów opieki zdrowotnej (wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich lub regionalne centra zdrowia publicznego). Niezbędne wydaje się również korzystanie z doświadczenia innej komórki organizacyjnej urzędu, jaką jest wydział zajmujący się zadaniami z zakresu przekształceń własnościowych. Mając tak silne zasoby personalne poparte doświadczeniem, warto byłoby zastanowić się nad skonstruowaniem odpowiedniego modelu pracy i scedowania poszczególnych zadań na ww. komórki.

Według projektu ustawy to sam zakład powinien być inicjatorem działań restrukturyzacyjnych, jednak z doświadczenia można założyć, że „pierwsze skrzypce” przejmie organ założycielski. Trudno jednak określić, jaka będzie jego efektywność. W ocenie wydajności organów restrukturyzacyjnych należy wziąć pod uwagę liczbę zakładów podlegających restrukturyzacji, stopień przygotowania jednostek samorządu terytorialnego dotyczących przekształceń w spółki kapitałowe,

²⁴ Na przełomie 2002 oraz 2003 roku Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia wdrożyło we wszystkich organach rejestrowych jednolity system informatyczny pn. Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej. Wszystkie dane o zakładach opieki zdrowotnej są obecnie gromadzone w jednej centralnej bazie danych i prezentowane w Internecie pod adresem www.rejestrzoz.gov.pl. Zakres prezentowanych danych jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 74, poz. 864).

doświadczeń w dysponowaniu akcjami lub udziałami czy też w emisji obligacji. Obecnie należy stwierdzić, że niewiele jednostek samorządu terytorialnego jest przygotowanych do przeprowadzenia tych działań. Trzeba też zauważyć, że największym doświadczeniem w tym zakresie będą dysponowały gminy, gdyż to one jako organy samorządu istnieją najdłużej. Zatem problemy mogą pojawić się w starostwach powiatowych oraz samorządach województw (istnieją one krócej niż gminy i nie były objęte wcześniejszymi przekształceniami, stąd mniejsze doświadczenie).

Najtrudniej będzie urzędom z województw mazowieckiego, świętokrzyskiego i lubelskiego. Tam doświadczenie urzędów w omawianej kwestii nie jest duże.

Chociaż organizacja i obsługa emisji obligacji zgodnie z wytycznymi będzie leżała w kompetencji BGK, to jednak zaangażowanie w tej kwestii jednostek samorządu terytorialnego jest kluczowe ze względu na przygotowanie koncepcyjnie i rozpoczęcie całego przedsięwzięcia.

Warto podkreślić, że proces restrukturyzacji i komercjalizacji powinien być szczególnie monitorowany, a procesy przekształceniowe realizowane przez samorządy terytorialne konsultowane z jednostkami administracji rządowej (komórki prowadzące rejestr zakładów opieki zdrowotnej oraz przekształcenia własnościowe). Nabyte przez lata doświadczenia administracji rządowej oraz daleko idąca współpraca mogą przynieść korzyści dla samych zakładów opieki zdrowotnej, jak i całego procesu restrukturyzacji i komercjalizacji. Współpraca organów rządowych i samorządowych pozwoli na uniknięcie błędów oraz usprawni przepływ informacji.

Na koniec warto również wspomnieć o rządowych planach dotyczących zmian w dotychczasowej organizacji ochrony zdrowia na poziomie wojewódzkim²⁵. Zmiany takie, choć mogą wyda-

wać się racjonalne, to jeśli zbiegną się w czasie ze startem procesów restrukturyzacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, mogą być poważnym czynnikiem destruktywnym. Zgodnie z planami rządowymi, marszałkowi województwa miałyby być przekazane m.in. następujące kompetencje:

- a) opiniowanie projektów zarządzeń lub uchwał o likwidacji lub przekształceniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
 - b) planowanie i nadzór nad organizacją systemu ratownictwa medycznego (określanie liczby i rozmieszczenia centrów powiadamiania ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zespołów ratownictwa medycznego w ramach planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych),
 - c) prowadzenie rejestru jednostek ratownictwa medycznego,
 - d) prowadzenie rejestru ośrodków prowadzących kształcenie dyspozytorów medycznych, kursy doskonalenia zawodowego, kursy ratowników medycznych.
- Rozważa się również:

- a) przekazanie marszałkom zadań z zakresu statystyki w ochronie zdrowia (wiązałoby się to ze zmianą podległości tzw. regionalnych centrów zdrowia publicznego),
- b) połączenie Wojewódzkiej Inspekcji Farmaceutycznej z Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną i podporządkowanie nowej instytucji wojewodzie.

Zmiany te mogą mieć bardzo poważne następstwa. Jeśli wojewoda zostanie zobowiązany do przekazania marszałkowi regionalnego centrum zdrowia publicznego, to pozbędzie się najważniejszego narzędzia wspierającego proces restrukturyzacji. Ponadto należy zauważyć, że każda tego typu zmiana skutkuje choćby czasowym obniżeniem wydolności aparatu urzędniczego.

²⁵ Celem tych działań ma być likwidacja często dublujących się zadań, czego skutkiem ma być znaczne zmniejszenie kosztów administracyjnych oraz zwiększenie efektywności regionalnej polityki zdrowotnej. Jednym ze skutków dotychczasowego podziału kompetencyjnego była np. trudność w realizacji wspólnie wypracowanej (w ramach tzw. regionalnych komitetów sterujących) regionalnej polityki zdrowotnej. Nie chodzi tu nawet o różnice w poglądach, ale przede wszystkim o zwykłe procedury biurokratyczne.

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

ROLA MEDYCyny RODZINNEJ W OCHRONIE ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA
THE ROLE OF FAMILY MEDICINE IN PUBLIC HEALTH CARE

Rola lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w leczeniu ostrych urazów

Acute injuries in Primary Care Physician's practice

EDYTA SUTKOWSKA¹, KRZYSZTOF SUTKOWSKI², RAJMUND ADAMIEC¹

¹ Z Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Rajmund Adamiec

² Z I Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Akademii Medycznej
we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Janusz Dawiskiba

Streszczenie Celem pracy jest przedstawienie roli lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) w pierwszej fazie leczenia urazów tkanek miękkich. Ze względu na propagowanie zdrowego trybu życia oraz wzrost aktywności fizycznej wśród społeczeństwa zwiększa się także częstość urazów, jakich osoby te doznają podczas uprawiania sportu. Powołanie specjalizacji lekarza rodzinnego spowodowało, że większość chorych trafia do gabinetów lekarza POZ w celu uzyskania pierwszej pomocy. Brak odpowiedniego przygotowania i wiedzy, w jaki sposób postępować w pierwszych godzinach po urazie, przyczynia się do powstania późnych powikłań, które w efekcie prowadzić mogą do kalectwa. Znana od wielu lat i z powodzeniem stosowana w ostrych urazach przez lekarzy sportowych metoda RICE (rest – odpoczynek, ice – lód, compression – ucisk, elevation – uniesienie) jest najprostszym, a jednocześnie bardzo skutecznym sposobem udzielenia pomocy pacjentom, którzy doznali urazu w następstwie podejmowanej aktywności fizycznej. Korzystny wpływ stosowania metody RICE na dalszy przebieg leczenia i rehabilitacji pacjentów jest wystarczającym argumentem do jej rozpowszechnienia wśród lekarzy rodzinnych.

Słowa kluczowe: uraz, rehabilitacja, RICE.

Summary This article presents management of soft tissue injuries should be practise by primary care physicians. Because of higher physical activity in consequence of new life-style popularisation, soft tissue contusions increase. A lot of patients expect the first aid from their primary care physicians. The article includes short description of common injuries and the rationale for the RICE (rest, ice, compression, elevation) method of acute treatment.

Key words: injury, rehabilitation, RICE.

Wraz z modą na aktywny tryb życia, zarówno wśród osób młodych, jak i dojrzałych, zwiększa się częstość występowania uszkodzeń czynnego i biernego narządu ruchu. Ze względu na ograniczoną dostępność do specjalistycznych ośrodków pacjenci, którzy ulegają urazom, trafiają ze swoimi dolegliwościami do lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). O ile w przypadku schorzeń przewlekłych czas ich trwania nie odgrywa tak dużej roli, o tyle w przypadku urazów ostrych postępowanie z chorym w ciągu pierwszych minut czy godzin, w oczekiwaniu na konsultację u specjalisty, ma kolosalne znaczenie. Odpowiednie zachowanie lekarza, który pierwszy udziela pomocy pa-

cjentowi z urazem tkanek miękkich czy układu kostnego, ma wpływ na rozległość destrukcji tkanek, czas trwania rehabilitacji a nawet stopień ewentualnego kalectwa. Od tego lekarza zależy też często stan ogólny chorego, a szczególnie jego cierpienie związane z towarzyszącym każdemu urazowi bólem. Oczywiście postępowaniem najważniejszym jest ocena stopnia zagrożenia życia bądź możliwości wystąpienia poważnych powikłań. Największe znaczenie mają w tej sytuacji ewentualne uszkodzenia układu nerwowego, centralnego czy też obwodowego. W przypadku najmniejszych wątpliwości nasz pacjent powinien być natychmiast przewieziony do specjalistyczne-

go ośrodka w celu dalszego leczenia. Nie należy tutaj sugerować się zapewnieniami pacjentów, którzy twierdzą, że czują się dobrze, ponieważ często szok towarzyszący doznany kontuzjom uniemożliwia im racjonalną ocenę samopoczucia.

Z tego względu szczególnej staranności w ocenie i leczeniu wymagają uszkodzenia kręgosłupa szyjnego i barku. Istnieje bowiem zdecydowanie większe prawdopodobieństwo, iż podczas urazów o takiej lokalizacji doszło do uszkodzenia układu nerwowego. Ryzyko ewentualnych powikłań, złego rozpoznania i leczenia jest więc także zdecydowanie większe i niesie ze sobą poważniejsze następstwa niż urazy wynikające jedynie z uszkodzenia czynnego czy też biernego układu ruchu o innej lokalizacji. Nie należy lekceważyć przemijających objawów neuropaksji, jak zaburzenia czucia czy niedowłady, bo choć często szybko ustępują mogą być jednak zwiastunem poważnych powikłań (Torg JS, Ramsey-Emrhein JA, 1997).

Wśród urazów zdecydowanie najwięcej problemów przysparzają dolegliwości stawowe, głównie w zakresie kończyn dolnych, powstałe w związku z aktywnością fizyczną (Ilahi OA, Kohl HW, 1998). Ze względu na swoją lokalizację, złożoną budowę anatomiczną i brak naturalnej stabilizacji kostnej staw kolanowy jest najbardziej narażony na uszkodzenie. Wśród licznych kontuzji układu kostno-stawowego urazy kolana stanowią co 3 przypadek. Szacuje się, że corocznie występują one u 35–85% systematycznie uprawiających jogging osób. Należy też pamiętać, że około 25% takich urazów wymaga leczenia operacyjnego (Koplan JP, Powell KE, 1982). Sporty, które, poza joggingiem, są szczególnie traumatyzujące dla stawu kolanowego to piłka nożna, tenis i narciarstwo. Niestety powtarzające się dolegliwości bólowe kolana u pacjenta, zbyt chętnie są rozpoznawane jako kolejny uraz, gdy tymczasem wynikają często z niewłaściwie rozpoznanej i następnie źle leczonej wcześniejszej kontuzji (Kassler J, 1996).

Kolejny staw, który przysparza często problemów w leczeniu i którego urazy są lekceważone, to staw skokowy. Szacuje się, że osobom dorosłym, które uprawiają sport rekreacyjnie, przytrafia się 3–15% wszystkich uszkodzeń stóp związanych ze sportem (DeLee JC, Drez D, 1994). Najczęstszy uraz stanowi skręcenie stawu skokowego w mechanizmie nadmiernego odwrócenia stopy. Przyczyną przetrwałego po leczeniu bólu jest nieprawidłowo prowadzona rehabilitacja. Głównymi objawami wówczas są sztywność, osłabienie i upośledzenie czucia proprioceptywnego oraz niestabilność w wyniku utraty kontroli mięśniowej i koordynacji (Xanos JS, Hopkinson WJ, 1995). Przewlekła niewydolność stawu skokowo-goleniowego wyraża się jego funkcjonalną i mechaniczną niestabilnością. Według Freemana termin ten oznacza subiektywne odczuwanie uciekania

stopy lub niepewność podczas chodzenia, połączonego z gwałtownym odwróceniem stopy i powtarzającymi się skręczeniami stawu skokowo-goleniowego. Niestabilność funkcjonalna występuje u około 15–60% osób po urazie więzadeł bocznych i wydaje się być niezależna od ciężkości kontuzji (Seligson D, Gassman J, 1980).

W jaki sposób powstają zmiany, które stają się przyczyną długotrwałej przerwy w treningach i wymagającej dużej cierpliwości w rehabilitacji. W chwili urazu dochodzi do przzerwiania ściany komórkowej i rozszczepienia przez enzymy (np. cyklooksygenazę) uwolnionych związków śródkomórkowych na mediatory stanu zapalnego (prostaglandyny, leukotrieny etc.). Czynność enzymów pobudza do działania krwinki białe oraz inicjuje inne wrodzone mechanizmy obronne i naprawcze. Ponadto prostaglandyny powodują zwiększenie wrażliwości zakończeń nerwowych, tak że ulegają one większemu pobudzeniu wskutek działania bodźców, które w normalnej sytuacji byłyby zaledwie podprogowymi. Zwiększona przepuszczalność ścian naczyń oraz rozszerzenie naczyń jest odpowiedzialne za powstanie obrzęku, który także nasila odczyn bólowy (Thornton JS, 1997). Walka z bólem i obrzękiem staje się więc najważniejszym wyzwaniem dla lekarza.

Profesor Gabe Mirkin z Georgetown University School of Medicine użył w roku 1978 po raz pierwszy akronimu RICE pochodzącego od angielskich słów rest – odpoczynek, ice – lód, compression – ucisk oraz elevation – uniesienie do określenia sposobu postępowania przez lekarzy w przypadku ostrych urazów tkanek miękkich u sportowców (Mirkin G, Hoffman M, 1978). Chociaż od tej daty upłynęło wiele lat, metoda RICE jest nadal na całym świecie standardowym postępowaniem w przypadku doznania kontuzji. Uszkodzenia nie są jednak domeną jedynie sportowców i dlatego wszędzie tam, gdzie potrzebna jest pomoc w opanowaniu dolegliwości wywołanych nagłym uszkodzeniem tkanek miękkich, metodę tę należy polecać. Postępowanie zgodne z procedurą RICE powinno zostać wdrożone w ciągu pierwszych 72 godzin po wystąpieniu urazu (Dubravcic-Simunjak S, Haspl M, 2001).

Dlaczego odpoczynek? W następstwie urazu, w zależności od jego rozległości, dochodzi do uszkodzenia wielu elementów: mięśni, ścięgien, elementów układu kostnego. Warunkiem sprawnej odnowy tych struktur jest ich czasowe odciążenie. Niezastosowanie tego elementu leczenia powoduje narastanie obrzęku i nasilenie ekspresji innych składowych stanu zapalnego, który przedłużając się, może być przyczyną wtórnych uszkodzeń i ograniczenia ruchomości (Gieck JH, Saliba EN, 1987). Podawane często na prośbę samych pacjentów środki uśmierzające ból, o ile nie są dozowane w sposób rozsądny, bywają naj-

częstszą przyczyną zbyt szybkiego powrotu do praktykowanej aktywności fizycznej. Niestety taki sposób postępowania owocuje nawrotami dolegliwości mimo braku ewidentnych, kolejnych urazów i z czasem może być przyczyną przewlekłych schorzeń, które uniemożliwiają normalne funkcjonowanie (DiFiori JP, 1999).

Dlaczego lód? Zimne okłady, np. z lodu, powodują odruchowy skurcz naczyń krwionośnych, spowolnienie przewodnictwa nerwowego i zahamowanie komórkowych przemian metabolicznych. Prowadzi to do zmniejszenia obrzęku i bólu. W celu uniknięcia podrażnienia skóry lodu nie powinno się przykładać bezpośrednio na skórę, ale przez bandaże lub inną tkaninę (Gieck JH, Saliba EN, 1987; DiFiori JP, 1999). Ponieważ zastosowanie zimnych okładów zaleca się przez cały czas rehabilitacji chorego, warto w tym miejscu wspomnieć o stosunkowo powszechnej już i dostępnej metodzie krioterapii. W przypadku takich zabiegów elementem schładzającym jest najczęściej ciekły azot, który z butli przez specjalną dyszę aplikuje się na chore miejsce. Zabiegi krioterapii powinno się stosować przez cały okres powrotu pacjenta do zdrowia przez co najmniej 5 dni w tygodniu. W wyspecjalizowanych ośrodkach pacjenci po zabiegu, ze względu na znacznie zmniejszone czucie bólu, mogą być poddawani kinezyterapii (nie dotyczy to fazy ostrej urazów), co zapobiega przykurczom oraz przyspiesza powrót do utraconej formy. W przypadku stosowania zabiegów krioterapii miejscowej jedynymi przeciwwskazaniami są zmiany skórne w okolicy, która ma być poddana zabiegom oraz istotne hemodynamicznie niedokrwienie kończyn (Łazowski J, 2000).

Dlaczego ucisk? Umiarkowana kompresja chorego miejsca przeciwdziała obrzękowi wywołanemu przez uraz. Wiąże się to także z koniecznością wspomagania odpływu krwi z układu żylnego wo-

bec wyłączenia pompy mięśniowej na czas zalecanego odciążenia (Gieck JH, Saliba EN, 1987; DiFiori JP, 1999). W miarę możliwości jako kompresji należy zalecać nie tylko bandaże, ale także aparat do pneumatycznego ucisku zewnętrznego. Sam w sobie bandaż elastyczny nie stanowi szczególnie efektywnego sposobu usztywnienia np. dla chorego stawu, jak mniemają pacjenci, jednak jest dla nich pewnego rodzaju przypomnieniem, o konieczności oszczędzania chorej kończyny.

Dlaczego elewacja chorej kończyny? Podobnie jak ucisk, także leczenie antygravitacyjne pod postacią uniesienia kończyny ogranicza narastający obrzęk. Często obrzęk jest nie tylko wyrazem bezpośredniego uszkodzenia naczyń podczas urazu czy też wysięku, ale może narastać wtórnie ze względu na wzrost ciśnienia w naczyniach żylnych kończyny. Ta patologia wynika z ucisku naczyń żylnych przez pierwotny obrzęk oraz wyłączenie, jak wspomniano powyżej, działania pompy mięśniowej z powodu unieruchomienia pacjenta (Gieck JH, Saliba EN, 1987; DiFiori JP, 1999).

W zwalczaniu najbardziej dokuczliwej dla chorego dolegliwości, tj. bólu, pomocne są także liczne środki farmakologiczne (tab. 1). Nie można jednak zapominać o zasadniczej, ostrzegawczej roli bólu. Celem leczenia powinien być zawsze sam uraz, nie zaś doraźne uśmierzenie dolegliwości. Tak więc z jednej strony zadaniem lekarza jest zapewnienie pacjentowi komfortu, jednak z drugiej nieostrożne, niewyważone postępowanie przeciwbólowe może po pewnym czasie okazać się przyczyną wielu komplikacji. Jest to szczególnie wyraźne wśród osób młodych, aktywnych, które za wszelką cenę pragną jak najszybciej powrócić do, poprzedzającej uraz, aktywności. We wczesnym okresie pourazowym zaleca się stosowanie paracetamolu, ponieważ niesteroidowe leki przeciwzapalne, jak np. często przepisywany kwas

Tabela 1

Środki niekwaśne	Pochodne kwasu karboksylowego	Pochodne kwasu enolowego
Nabumeton (Relifex)	<i>Pochodne kwasu octowego:</i> sól potasowa diklofenaku (Catalfam), sól sodowa diklofenaku (Majamil, Feloran, Naklofen, Olfen, Voltaren), todolak, indometacyna (Metindol), sulindak, sól sodowa tolmetyny (Tolectin) <i>Fenamaty:</i> sól sodowa meklofenamatu, kwas mefenamowy (Mefacit) <i>Pochodne kwasu propionowego:</i> sól wapniowa fenoprofenu, flurbiprofen, ibuprofen, ketoprofen (Ketonal, Profenid), naproksen, sól sodowa naproksenu (Anapran), oksaprozyna <i>Salicylany:</i> kwas acetylosalicylowy, diflunisal, salicylan choliny z magnezem, salicylan, salsalan	<i>Oksykamy:</i> piroksykam (Piroxycam, Feldene) <i>Pirazole:</i> trometamina ketorolaku

acetylosalicylowy, mogą przyczynić się do zwiększenia obrzęku. Wspomnianą grupę leków zaleca się dopiero w chwili, gdy mimo leczenia paracetamolem, ból nie ustępuje. Osoby chore na nadciśnienie powinny jednak przyjmować preparaty niesteroidowych leków przeciwzapalnych, które nie zawierają sodu. Konieczne jest też uwzględnienie chorób wątroby, nerek, choroby wrzodowej oraz ewentualnej alergii, kiedy decydujemy się podać leki z tej grupy (Altman RD, Latta LL, 1995).

Ponieważ ostremu urazowi towarzyszy zazwyczaj odruchowy skurcz mięśni, choremu w celu złagodzenia dolegliwości możemy podać leki miorelaksacyjne (Altman RD, Latta LL, 1995).

Po opanowaniu bólu i zastosowaniu wspomnianej metody RICE, o ile nie ma wskazań do dalszego leczenia specjalistycznego, operacyjnego, konieczna jest rehabilitacja. Jej celem jest przywrócenie prawidłowego zakresu ruchu, siły, giętkości oraz propriocepcji. W tym celu niezbędna wydaje się pomoc specjalistów z dziedziny rehabilitacji, tj. lekarza oraz fizjoterapeuty.

Podsumowując rozważania dotyczące roli lekarza rodzinnego w leczeniu ostrych urazów tkanek miękkich, trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że to właśnie od niego często zależy powodzenie dalszej terapii i w efekcie stan zdrowia pacjenta. Tej dużej odpowiedzialności towarzyszy stosunkowo prosty sposób postępowania, w jaki lekarz POZ może pomóc poszkodowanej osobie.

Przeprowadzone w roku 1997 w Danii badanie, którego celem była ocena stopnia wykorzystania RICE zgodnie z zaleceniami w praktyce lekarzy rodzinnych, wykazała, że mimo zaleceń, jedynie 3% z nich pamiętało o konieczności wdrożenia tej procedury u pacjentów po ostrych urazach tkanek miękkich (Johannsen F, Langberg H, 1997). W Polsce takich badań nie przeprowadzono, jednak trudno spodziewać się, aby sytuacja ta wyglądała lepiej.

Jasne zasady, brak konieczności korzystania z wysoko wyspecjalizowanego sprzętu i praktycznie brak kosztów przy zastosowaniu metody RICE, przy jednocześnie bardzo wysokiej skuteczności, sprawiają, że jest ona złotym środkiem w leczeniu ostrych urazów u pacjentów zgłaszających się do Praktyk Lekarzy Rodzinnych. Trudno dziś sobie wyobrazić, aby chory doznawszy urazu, szukając pomocy u lekarza POZ „nie uzyskał pomocy w takiej formie jak opisano to powyżej. Niestety często najprostsze metody wydają się popadać w zapomnienie czy to z powodu braku dostatecznego doświadczenia lekarza, braku wiary w skuteczność „starych, sprawdzonych środków zaradczych”, czy też nalegań samych pacjentów na podanie cudownego leku, który w jednej chwili przywróci poszkodowanego do dobrej formy. Pamiętając o licznych powikłaniach źle rozpoznanych i źle leczonych, także w ostrej fazie urazu, schorzeniach narządu ruchu, przywróćmy do codziennej praktyki lekarskiej metodę RICE.

Piśmiennictwo

1. Torg JS, Ramsey-Emrhein JA. Cervical Spine and Brachial Plexus Injuries. *Phys Sportsmed* 1997; 25(7): 61–72.
2. Ilahi OA, Kohl HW. Lower extremity morphology and alignment and risk of overuse injury. *Clin J Sport Med* 1998; 8(1): 38–42.
3. Koplán JP, Powell KE, Sikes RK i wsp. An epidemiologic study of the benefits and risks of running. *JAMA* 1982; 248(23): 3118–21.
4. Kassler J. *Orthopaedic Knowledge*. Rosemont: American Academy of Orthopedic Surgeons; 1996: 463–480.
5. DeLee JC, Drez D, Stanitski CL. *Orthopaedic Sports Medicine: Principles and Practice*. Philadelphia: WB Saunders; 1994: 1642–1704.
6. Xanos JS, Hopkinson WJ, Mulligan ME i wsp. The tibiofibular syndesmosis: evaluation of the ligamentous structures, methods of fixation, and radiographic assessment. *J Bone Joint Surg Am* 1995; 77(6): 847–855.
7. Seligson D, Gassman J, Pope M. Ankle instability: evaluation of the lateral ligaments. *Am J Sports Med* 1980; 8(1): 839–842.
8. Thornton JS. Pain relief for acute soft-tissue injuries. *Phys Sportsmed* 1997; 25(10): 11–167.
9. Mirikin G, Hoffman M. *The Sportsmedicine Book*. Boston: Little, Brown Co: 1978: 126–132.
10. Dubravcic-Simunjak S, Haspl M, Bojanic I i wsp. Physical procedures in the treatment of overuse injury syndromes of the locomotor system. *Arh Hig Rada Toksikol* 2001; 52(4): 491–500.
11. Gieck JH, Saliba EN. Application of modalities in overuse syndromes. *Clin Sports Med* 1987; 6(2): 427–466.
12. DiFiori JP. Overuse injuries in children and adolescents. *Phys Sportsmed* 1999; 27(1): 77–86.
13. Łazowski J, *Podstawy fizykoterapii*. Wrocław: Wydawnictwo AWF; 2000: 136–156.
14. Altman RD, Latta LL, Keer R i wsp. Effect of nonsteroidal antiinflammatory drugs on fracture healing: a laboratory study in rats. *J Orthop Trauma* 1995; 9(5): 392–400.
15. Johannsen F, Langberg H. The treatment of acute soft tissue trauma in Danish emergency rooms. *Scand J Med Sci Sports* 1997; 7(3): 178–181.

Adres Autorów:

Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AM
ul. Poniatowskiego 2
50-326 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY LECZENIA CHORÓB O ZNACZENIU SPOŁECZNYM
Z UWZGLĘDNIENIEM ALERGOLOGII I REUMATOLOGII KLINICZNEJ
PROBLEMS IN MEDICAL TREATMENT OF SOCIAL DISEASES INCLUDING
CLINICAL ALLERGOLOGY AND REUMATOLOGY

Analiza parametrów spirometrycznych u zdrowych palących i zdrowych niepalących w odniesieniu do urodzeniowej masy ciała

Lung function tests analysis of healthy non-smoking
and smoking subjects as referred to birth weight

JERZY ICHNOWSKI¹, BERNARD PANASZEK², ADAM SMEREKA³, KAROLINA PESZ²,
KONRAD PANASZEK²

¹ Z Niepublicznego ZOZ-u „Medicus” w Lubsku

Kierownik: lek. med. Jerzy Ichnowski

² Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. Bernard Panaszek, prof. nadzw.

³ Z Katedry i Zakładu Farmakologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. Adam Szela, prof. nadzw.

Streszczenie W grupie 334 osób zdrowych, podzielonych na podgrupę osób niepalących (n = 145) oraz palących (n = 189) ustalono urodzeniową masę ciała i wykonano komplet badań czynnościowych płuc. Wykazano zależność, mierzoną współczynnikiem korelacji Spearmana, między urodzeniową masą ciała a funkcją płuc u zdrowych niepalących w odniesieniu do FVC% normy, FEV1% normy, PEF% normy i FEF 25–75% normy. W grupie zdrowych palących powiązania powyższe dotyczyły głównie parametrów obturacji dużych (PEF) i małych (FEF 25–75%) oskrzeli. Wniosek: urodzeniowa masa ciała ma wpływ na funkcję płuc u dorosłych, a u dorosłych palących oddziałuje głównie na parametry określające obturację dużych i małych dróg oddechowych.

Słowa kluczowe: urodzeniowa masa ciała, palenie papierosów, funkcje płuc.

Summary The group of 335 healthy individuals were examined divided into non-smokers (n = 145) and smokers (n = 189). In all subjects birth weight was settled and full lung function tests were developed. The results indicated, by means of Spearman correlation coefficient, to relationships between birth weight and lung function in healthy non-smokers concerning with FVC%, FEV1%, PEF% and FEF 25–75%. In healthy smokers group such relationships were mainly pointed to parameters for obstruction of wide airways (PEF) and small bronchi (FEF 25–75%). Conclusion: birth weight influences on lung function in healthy adults, and in healthy smokers affects mainly parameters for obstruction wide and small bronchi.

Key words: birth weight, tobacco smoking, lung function tests.

Wstęp

Układ oddechowy, w tym oskrzela i tkanka płucna, odgrywają ważną i zasadniczą rolę w utrzymaniu homeostazy organizmu. Przepływające przez drogi oddechowe powietrze dostarcza tlen do naczyń krwionośnych płuc i wszystkich tkanek ustroju, jednocześnie eliminując nadmiar dwutlenku węgla, którego prawidłowe

ciśnienie parcjalne gwarantuje utrzymanie równowagi kwasowo-zasadowej. Ostatnio wiele uwagi zwraca się na rozwój płuc, dojrzewanie i dorastanie wszystkich elementów układu oddechowego. Wiadomo, między innymi, że pewne zjawiska zachodzące w czasie ciąży, od których zależy urodzeniowa masa ciała, łącznie z czynnikami środowiskowymi, na które ekspozycyony jest organizm dziecka, mogą wpływać na spraw-

ność wentylacyjną płuc oraz stanowić element ryzyka wielu chorób układu oddechowego u dorosłych, w tym chorób obturacyjnych [1, 2]. Czynne i bierne palenie tytoniu powoduje częstsze występowanie zaburzeń czynnościowych płuc oraz sprzyja zachorowalności na schorzenia układu oddechowego, szczególnie w odniesieniu do osób z małą masą urodzeniową ciała [3].

Cel pracy

Mimo wielu publikacji poruszających znaczenie urodzeniowej masy ciała, jako czynnika ryzyka wystąpienia obturacji oskrzelowej oraz wpływu palenia tytoniu na sprawność wentylacyjną płuc, konieczne są wciąż dowody potwierdzające powyższe zależności. Dlatego podjęto próbę oceny wpływu urodzeniowej masy ciała na czynność wentylacyjną płuc u zdrowych osób palących oraz zdrowych niepalących.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiły 334 zdrowe osoby (średnia wieku $48,4 \pm 15,5$), wśród których 189 było nałogowymi palaczami papierosów. Ze względu na istotne różnice wieku między grupą osób palących ($45,0 \pm 13,3$ lat) i niepalących ($48,4 \pm 17,0$ lat) przy ocenie badań spirometrycznych brano jedynie pod uwagę % normy parametrów wentylacji płuc, tj. natężoną pojemność życiową (FVC), natężoną objętość wydechową pierwszosekundową (FEV 1), szczytowy przepływ wydechowy (PEF) oraz natężony przepływ wydechowy w przedziale 25–75% natężonej pojemności życiowej (FEF 25–75).

Wśród 145 zdrowych osób niepalących i 189 zdrowych palących przeprowadzono wywiad dotyczący masy urodzeniowej ciała, danych antropometrycznych (wzrost, aktualna masa ciała) oraz liczby wypalanych papierosów, przedstawionych w postaci indeksu wyliczonego z iloczynu liczby papierosów wypalanych dziennie przez lata palenia. U wszystkich osób wykonano badanie czynnościowe płuc, oznaczając parametry

spirometryczne aparatem Spirobank G firmy MIR, których analizy dokonano za pomocą komputerowego pakietu Statistica 6.0. Parametry spirometryczne oznaczone zostały na podstawie badania dynamicznego z krzywej przepływ–objętość. Średnie wartości powyższych zmiennych oraz odchylenia standardowe przedstawiono w tabeli 1.

Za pomocą testu Shapiro-Wilka stwierdzono brak rozkładów normalnych zmiennych. Wobec powyższego do porównania obydwu grup wykorzystano test nieparametryczny Manna-Whitney'a, za pomocą którego stwierdzono, że średnie wartości urodzeniowej masy ciała, wzrostu oraz aktualnej masy ciała nie różnią się statystycznie. Istotną statystycznie różnicę stwierdzono jedynie w odniesieniu do wieku badanych grup. Za pomocą współczynnika korelacji Spearmana (tab. 2 i 3) oceniano obecność i siłę zależności między zmiennymi w poszczególnych grupach, przy interpretacji wyników wykorzystując podział istotności według Stanisza [4].

Analiza współczynników korelacji między urodzeniową masą ciała a parametrami spirometrycznymi w grupie zdrowych palących wykazała słabą korelację w stosunku do FVC% normy (0,18) oraz FEV 1% normy (0,19) oraz korelację przeciętną w stosunku do FEF% normy (0,32) i FEF 25–75% normy (0,23). Natomiast w grupie zdrowych palących słabą korelację wykazano za ledwie w stosunku do PEF% normy (0,17) oraz FEF 25–75% normy (0,17).

Omówienie wyników i dyskusja

Uzyskane wyniki badań wykazały istotną korelację między urodzeniową masą ciała a badanymi parametrami spirometrycznymi. Tendencja zależności obserwowanych zjawisk ujawniła się zwłaszcza w grupie zdrowych niepalących, ponieważ dotyczyła wszystkich analizowanych wyników badań czynnościowych płuc, natomiast w grupie osób palących dotyczyła jedynie parametrów spirometrycznych charakterystycznych dla obturacji dużych (PEF) oraz drobnych oskrzeli (FEF 25–75%).

Przedstawiane wyniki badań korespondują z danymi zawartymi w piśmiennictwie ostatnich

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanych grup

Nazwa grupy	Liczebność (n) X (SD)	Urodzeniowa masa ciała (kg) X (SD)	Wiek (lata) X (SD)	Wzrost (cm) X (SD)	Masa ciała (kg) X (SD)	Indeks* wypalonych papierosów X (SD)
Zdrowi niepalący	145	3,3 (0,52)	48,4 (17,0)	166,6 (8,6)	74,2 (17,5)	–
Zdrowi palący	189	3,4 (0,61)	45,0 (13,3)	168,4 (8,7)	75,4 (17,7)	336,4 (288,6)

* Liczba wypalanych papierosów dziennie × liczba lat palenia.

Tabela 2. Wartości współczynnika korelacji Spearmana dla zdrowych niepalących

	FVC % normy	FEV1 % normy	PEF % normy	FEF 25–75 % normy
Masa urodzeniowa	0,18	0,19	0,32	0,23
Wiek	0,04	0,003	-0,14	-0,01

Tabela 3. Wartości współczynnika korelacji Spearmana dla zdrowych palących

	FVC % normy	FEV1 % normy	PEF % normy	FEF 25–75 % normy
Masa urodzeniowa	0,045	0,09	0,17	0,17
Wiek	0,0067	-0,10	-0,17	-0,06
Indeks wypalonych papierosów	0,043	-0,06	-0,14	-0,076

lat. Mianowicie Anand i wsp. [5], badając wpływ małej masy urodzeniowej ciała na parametry spirometryczne u dorosłych stwierdzili również istotną ujemną zależność tych cech w odniesieniu do FEF 25–75%. Takie proste powiązania przemawiają za wiarygodnością tzw. hipotezy płodowej, wedle której niedorozwój płodu ma istotny wpływ na czynność płuc u dorosłych. Podobne wyniki, opublikowane w czasopismach o dużym współczynniku wpływu, przedstawili również inni badacze [6, 7]. Lum i wsp. [7] podkreślają zależność między parametrem okołoporodowym, takim jak upośledzenie somatycznego rozwoju, a zaburzeniami wentylacji płuc u noworodków od niepalących matek.

W prezentowanych badaniach wykazano największy związek między urodzeniową masą ciała a parametrami odzwierciedlającymi upośledzenie wentylacji typu obturacyjnego, tj. FEV 1, PEF i FEF 25–75% u osób niepalących oraz PEF i FEF 25–75% u osób palących. Odpowiada to wymowie

wyników Joseph-Bowena i wsp. [8], którzy wykazali zależność między urodzeniową masą ciała i innymi parametrami antropometrycznymi a nadreaktywnością oskrzeli charakterystyczną dla astmy. Bardzo możliwe, iż skłonność do nadreaktywności i skurczu oskrzeli wiąże się z upośledzeniem odpowiedzi adrenergicznej, od której zależy rozkurcz oskrzeli u osób z małą masą urodzeniową ciała [9].

Wnioski

1. Parametry spirometryczne płuc u dorosłych zależą od urodzeniowej masy ciała.
2. Zależność między urodzeniową masą ciała a parametrami spirometrycznymi ujawnia się w większym stopniu u osób niepalących, a u osób palących dotyczy głównie parametrów wskazujących na obturację dużych i małych oskrzeli.

Piśmiennictwo

1. Demissie K, Ernst P, Joseph I i wsp. Birthweight and preterm birth in relation to indicators of childhood asthma. *Can Respir J* 1997; 4: 91–97.
2. Powers WF, Clemens JD. Prognostic implications of age at detection of a fair leak in very low birth weight infants requiring ventilatory support. *J Pediatr* 1993; 123: 611–617.
3. Doyle LW, Olinsky A, Faber B i wsp. Adverse effects of smoking on respiratory function in young adults born weighing less than 1000 grams. *Pediatrics* 2003; 112: 565–569.
4. Stanisław A. *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program Statistica PL na przykładach z medycyny*. StatSoft Polska, Kraków 1998.
5. Anand D, Stevenson CJ, West CR i wsp. Lung function and respiratory health in adolescents of very low birth weight. *Arch Dis Child* 2003; 88: 135–138.
6. Edwards CA, Osman LM, Godden DJ i wsp. Relationship between birth weight and adult lung function: controlling for maternal factors. *Thorax* 2003; 58: 1061–1065.
7. Lum S, Hoo AF, Dezatoux C i wsp. The association between birthweight, sex, and airway function in infants of nonsmoking mothers. *J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 2078–2084.
8. Joseph-Bowen J, de Klerk NH, Firth MJ i wsp. Lung function, bronchial responsiveness, and asthma in a community cohort of 6-year-old children. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169: 850–854.

Adres I Autora:
Niepubliczny ZOZ „Medicus”
ul. Bohaterów 4
68-300 Lubsko

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY LECZENIA CHORÓB O ZNACZENIU SPOŁECZNYM
Z UWZGLĘDNIENIEM ALERGOLOGII I REUMATOLOGII KLINICZNEJ
PROBLEMS IN MEDICAL TREATMENT OF SOCIAL DISEASES INCLUDING
CLINICAL ALLERGOLOGY AND REUMATOLOGY

Występowanie zakażeń poporodowych u matek w zależności od wybranych czynników ryzyka

Occurrence of delivery-around infections at mothers
depending on selected factors of risk

ZDZISŁAWA KNIHINICKA-MERCIK¹, ANDRZEJ GŁADYSZ²

¹ Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień

² Z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Gładysz

Streszczenie Pomimo rosnącego poziomu opieki medycznej pobyt w szpitalu stanowi niekiedy czynnik pogarszający stan zdrowia pacjenta, a nawet może być przyczyną jego śmierci. Dzieje się to za sprawą zakażeń szpitalnych, które zostają nabyte przez pacjentów podczas hospitalizacji. Celem pracy była analiza czynników predysponujących do wystąpienia zakażeń u matek w położu. Badania przeprowadzono w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Retrospektywna analiza dokumentacji położniczej hospitalizowanych pacjentek objęła 15-letni okres (1983–1997) i dotyczyła 21 444 pacjentek, które odbyły porody, w tym 3904 przez cięcie cesarskie. W 421 przypadkach wystąpiło zakażenie, które w 89,5% dotyczyło okresu połogowego w postaci najczęściej obserwowanej gorączki połogowej, ropnia rany brzucha i endometritis. Jako czynniki zagrożenia sprzyjające infekcjom w położu najczęściej odnotowano w badanym materiale: sposób zakończenia porodu (cięcie cesarskie), czas odpłynięcia wód płodowych przed porodem, wiek ciężarnej oraz liczbę dni pobytu w szpitalu przed porodem. W badanym okresie w sposób trwały maleje bezwzględna liczba odbywanych porodów, jak i względna liczba obserwowanych infekcji. Rośnie natomiast liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim. Uzyskano następujące wyniki szczegółowe: (1) Obserwuje się u kobiet rodzących malejącą w czasie liczbę infekcji okołoporodowych, (2) Infekcje u tych kobiet najczęściej występowały w okresie poporodowym i dominowały po porodach zakończonych cięciem cesarskim. (3) Najczęstszą postacią kliniczną infekcji poporodowych były zakażenia przyranne po cięciu cesarskim. (4) Przeważająca liczba pacjentek (75%) leczonych było antybiotykami zlecanymi w oparciu o doświadczenie empiryczne. Znikoma liczba przypadków (0,5%) było potwierdzanych badaniami bakteriologicznymi. (5) Operacja cięcia cesarskiego, przedwczesny czas odpłynięcia wód płodowych, liczba dni spędzonych w szpitalu przed porodem, liczba badań ginekologicznych oraz wiek pacjentki należą do wyróżniających się czynników ryzyka zakażeń poporodowych. (6) Stwierdzone w badanym materiale wszystkie zakażenia okołoporodowe znacząco wydłużały czas pobytu pacjentek w szpitalu.

Słowa kluczowe: położ, zakażenia.

Summary Despite of improving level of medical care, staying in a hospital may be a factor of deterioration of patient's health or even a cause of his or her death. This may be a result of hospital infections. The main aim of the paper is to analyze factors that may be reasons of infection at mother during delivery period. The research was done upon the data collected from The First Department and Clinics of Obstetrics and Gynecology in Wrocław between 1983 and 1997. During this period 21 444 delivering patients were hospitalized, among them 3904 via caesarean operation. In 421 cases infection was observed, mostly (89.5%) childbirth fever and endometritis. In observed period the following actions were noticed as risk factors: caesarean operation, moment of water outflow, age of mother and number of days in hospital before a delivery. The following particular results were observed too: (1) Number of infections at delivery-around time is decreasing, (2) infections are mostly during post birth pe-

riod and are dominated by fractions of births ended by caesarean operation, (3) the most occurrence type of infection is around injury one, (4) dominated fraction of patients (75%) were treated by antibiotic therapy, which was chosen empirically; only very small fraction (0.5%) were bacteriological examined before a treatment (5) caesarean operations, premature water outflow, number of days in a hospital and age of mother are among risk factors, (6) all analyzed infections significantly prolonged staying in the hospital.

Key words: puerperium, infections.

Wstęp

Powikłania okołoporodowe nawet u poprzednio zdrowych kobiet są ciągle poważnym problemem w położnictwie. W dalszym ciągu zdarzają się zakaźne powikłania ciąży, występujące w różnych jej momentach, jak też w połogu i stanowiące znaczne niebezpieczeństwo, a nawet zagrożenie życia matki i dziecka.

Według raportu WHO (Troszyński M i in., 1995; Fox LP, 1985), każdego roku umiera nie mniej niż pół miliona kobiet z powodu powikłań mających swe źródło w ciąży, porodzie lub połogu. Jest to liczba tragiczna w swej wymowie, jeśli weźmie się pod uwagę, że są to kobiety młode, w wieku największej aktywności i do momentu porodu w większości zdrowe.

Zakażenia są najczęstszą po krwotokach przyczyną powikłań stwierdzanych w okresie okołoporodowym, jednak śmiertelność matek z tego powodu jest 3-krotnie mniejsza niż po krwotokach w tym okresie (Ritter DC, de Shazo R, 1995; Alexander J, 1995; Fox LP, 1985).

Polskie statystyki opracowywane w Instytucie Matki i Dziecka przedstawiają analizę zgonów matek od lat pięćdziesiątych. Współczynnik umieralności we wczesnym okresie badanych lat wynosił 17,9, obecnie ustabilizował się na poziomie 2,4. Stąd problem ten jest nadal aktualny.

Większość infekcji w okresie okołoporodowym stanowią zakażenia pęcherzowe górnych dróg rodnych. Inne zakażenia to (w kolejności częstości występowania): zakażenia dolnego odcinka dróg rodnych, zakażenia dróg moczowych, zakażenia ran krocza, ran powłok brzusznych po cięciu cesarskim, zapalenie sutka i zakrzepowe zapalenie żył.

Pobyt w szpitalu, wbrew oczekiwaniom pacjentów, może być miejscem powikłań ich zdrowia, a nawet śmierci. Ryzyko zakażenia szpitalnego występuje we wszystkich placówkach, ale stopień tego ryzyka określają różnorodne czynniki ryzyka zależne i związane ze stanem biologicznym chorego i stosowanymi metodami terapeutyczno-diagnostycznymi.

Cel pracy

Celem pracy była analiza czynników ryzyka przy zaistniałych zakażeniach u matek w połogu.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w I Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu, analizując dokumentację położniczą pacjentek, które były hospitalizowane w latach 1983–1997 (tj. łącznie 15 lat). W latach tych w Klinice przebywało łącznie 28 825 pacjentek, które odbyły ogółem 21 444 porodów, w tym 3904 porody zakończone cięciem cesarskim. 421 pacjentek przeszło różnego rodzaju infekcje, z których 373 było infekcjami poporodowymi, a pozostałe ujawniły się już w okresie przedporodowym. Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu statystycznego Statgraph.

Najczęściej występującą infekcją jest: gorączka pęcherzowa (*status febrilis* – 45,72% wszystkich odnotowanych infekcji poporodowych), ropień rany (23,6%), endometritis (16,6%) oraz zakażenie dróg moczowych (3,5%). Pozostałe typy infekcji poporodowych występują w śladowych ilościach.

Zwraca także uwagę fakt, że w 2,25% przypadków po cięciach cesarskich wywiązały się ropne rany.

Średni wiek wszystkich pacjentek bez infekcji wynosi 26,32 lat (odchylenie standardowe odpowiednio 5,21 lat), podczas gdy dla pacjentek z infekcją poporodową wiek ten wynosi 27,98 lat (odchylenie standardowe 6,12 lat). Różnice tych wartości są istotne na poziomie $\alpha = 0,05$: pacjentki z infekcjami poporodowymi są istotnie starsze, co pozwala uznać wiek pacjentki za istotny czynnik sprzyjający infekcjom.

Analizując miejsce zamieszkania pacjentek z infekcją poporodową, stwierdzamy, że 73% pacjentek zamieszkuje w mieście, a 27% na wsi. Dane nie odbiegają istotnie od danych dla grupy pacjentek bez infekcji (66% miasto, 34% wieś).

Wśród analizowanych pacjentek przeważają pacjentki z wykształceniem średnim, jednak poziom wykształcenia nie ma wpływu na rodzaj infekcji poporodowej.

Obserwowano także dane dotyczące obciążeń położniczych. Do grupy obserwowanych obciążeń zaliczono następujące czynniki (dane dotyczące przeszłości położniczej): liczba przebytych poronień, liczba przebytych porodów, powikłania w trakcie ciąży oraz powikłania w trakcie porodu.

Dane dotyczące obciążeń położniczych wśród pacjentek z infekcją poporodową zostały skon-

Tabela 1. Występowanie infekcji poporodowych w poszczególnych latach

Rodzaj infekcji	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Σ
Ropień rany	3	3		4	9	2	3	1	6		5	5	7	5		53
Ropień rany + endometritis						1	1	1			1					4
Ropień rany + infekcja dróg moczowych						1										1
Ropień rany + infekcja dróg moczowych + status febrilis	10	1						1								2
Ropień rany + status febrilis	5	1	3	8	4		1	1	1				1	1	1	27
Ropień rany + Trombophlebitis				1												1
Endometritis		2	1		3	1	5	3	9	10	2	7	3	1	5	52
Endometritis + infekcja jelit						1										1
Endometritis + infekcja dróg moczowych							1									1
Endometritis + infekcja dróg moczowych + status febrilis					1											1
Endometritis + ropień piersi + status febrilis			1													1
Endometritis + status febrilis	2	2			2											6
Ropień gruczołu Bartoliniego					1											1
Ropień gruczołu Bartoliniego + status febrilis	1															1
Infekcja jelit			2									1				3
Infekcja jelit + status febrilis				1	1											2
Infekcje kataralne		1														1
Infekcje kataralne + ropień skóry				1												1
Infekcje kataralne + status febrilis		2	2													4
Infekcja dróg moczowych		1		1	1			1								4
Infekcja dróg moczowych + ropień skóry + zapalenie płuc							1									1
Infekcja dróg moczowych + status febrilis		2		4	1	1										8
Ropień piersi				1												1
Ropień piersi + status febrilis															1	1
Ropień skóry		1			1							1				3
Status febrilis	26	19	21	16	11	8	13	8	9	9	7	3	4	11	6	171
Trombophlebitis	1	1			1		3	4	2	2	3		2		2	21
Zapalenie płuc					1											1
Razem:	38	36	30	37	37	15	28	20	27	21	18	17	17	18	15	374

Źródło: obliczenia własne.

frontowane z takimi samymi danymi dotyczącymi pacjentek bez infekcji okołoporodowych. Z obu podejść statystycznych (równość średnich i równość median) wynika, że pacjentki z infekcjami poporodowymi nie różnią się pod względem liczby poronień od pacjentek bez infekcji. Natomiast pacjentki z infekcjami poporodowymi różnią się istotnie pod względem liczby odbytych wcześniej porodów od pacjentek bez infekcji – pacjentki te mają średnio prawie dwukrotnie mniej porodów od pacjentek bez infekcji okołoporodowych. Można przypuszczać zatem, że mała liczba porodów jest znaczącym czynnikiem predysponującym do infekcji poporodowych.

Otrzymano także, że pacjentki z infekcjami poporodowymi nie różnią się istotnie pod względem liczby porodów powikłanych od pacjentek bez infekcji. Można przypuszczać zatem, że liczba przebytych porodów powikłanych nie jest znaczącym czynnikiem powodującym infekcje poporodowe.

Podobnie pacjentki z infekcjami poporodowymi nie różnią się pod względem liczby przebytych cięć cesarskich od pacjentek bez infekcji.

Wynika zatem z powyższych rozważań, że **obciążona przeszłość położnicza nie jest czynnikiem predysponującym do występowania infekcji poporodowych.**

W następnej kolejności przedstawiono czynniki związane z występowaniem infekcji poporodowych, a mianowicie czynniki opisujące stan zdrowia położnic. W kartach położniczych możliwe było obserwowanie przebytych operacji ginekologicznych oraz przebytych chorób. Wśród pacjentek z infekcją poporodową 204 pacjentki (54,5%) nie podawały żadnych przebytych chorób. Brak jest także jednej wiodącej choroby (większość z nich wystąpiła w pojedynczych przypadkach).

Kolejną grupę czynników uzyskanych z kart położniczych stanowią czynniki opisujące aktualną ciążę. Wśród nich wyróżnić należy:

- przebieg ciąży (fizjologiczny lub powikłany),
- kolejny numer ciąży,
- tydzień, w którym nastąpił poród,
- rodzaj infekcji,
- badanie stanu pochwy,
- jednoczesne występowanie infekcji przedporodowej, śródporodowej i poporodowej.

Zwraca uwagę fakt, że aż 163 pacjentki (44% ogółu pacjentek z infekcjami poporodowymi) nie miało powikłań w czasie ciąży. Także 5% pacjentek (19 pacjentek) miało (także oprócz innych powikłań) infekcje ogólne. Łącznie wszystkie rodzaje infekcji stanowią 19% (182) przypadków powikłań.

Odnosząc otrzymane wyniki do rozkładu terminu porodu dla pacjentek bez infekcji okołoporodowych otrzymujemy także, że badana grupa pacjentek z infekcjami poporodowymi nie różni się

istotnie od pacjentek bez infekcji. To, co istotnie różni grupę pacjentek z infekcjami poporodowymi oraz bez infekcji okołoporodowych, to średni tydzień rozwiązania ciąży. Otrzymane wartości pozwalają z prawdopodobieństwem nie mniejszym niż 99% stwierdzić, że pacjentki z infekcją poporodową rodzą wcześniej średnio o 1 tydzień w porównaniu z pacjentkami bez infekcji okołoporodowych, co oznacza, że **ciąża trwająca krócej predysponuje do występowania infekcji poporodowych.**

Część pacjentek miała odnotowany w karcie chorobowej wynik badania czystości pochwy. Wartości średnie czystości pochwy nie różnią się istotnie w obu badanych grupach. Nie znajduje zatem w zebranych materiale potwierdzenia fakt, że wysokie wartości stopni czystości pochwy (powyżej 2) sprzyjają infekcjom poporodowym.

Analizowano także przebieg porodu. Z kart położniczych możliwe jest odtworzenie następujących parametrów:

- rodzaj porodu,
- moment odejścia wód i ich kolor,
- parametry krwi (przed i po porodzie) oraz jej utrata,
- momenty poszczególnych etapów porodu,
- zabiegi związane z kroczem i macicą,
- zabiegi okołoporodowe,
- podawanie środków znieczulających.

Analiza rodzaju porodu wśród pacjentek z infekcjami poporodowymi pozwoliła na wyodrębnienie następujących typów porodów: poród siłami natury, poród przez cięcie cesarskie planowe oraz poród przez cięcie cesarskie nieplanowe. Przeprowadzona analiza porównawcza pozwala na stwierdzenie, że obserwuje się znaczącą statystycznie różnicę we frakcjach poszczególnych typów porodów pomiędzy pacjentkami z infekcjami poporodowymi a pacjentkami bez infekcji okołoporodowych. Wynika z niej, że na poziomie 95% pacjentki z infekcjami poporodowymi różnią się pod względem liczby cięć cesarskich od pacjentek bez infekcji – mają one relatywnie więcej porodów tego typu, natomiast porodów siłami natury o około 50% mniej. **Infekcje poporodowe częściej występowały u pacjentek z porodami zakończonymi cięciem cesarskim.**

Analizowano także częstość występowania poszczególnych momentów czasowych, w których u pacjentek z infekcją poporodową odeszły wody płodowe. Dane te skonfrontowano z momentami odejścia wód płodowych u pacjentek bez infekcji okołoporodowych znajdując, że pomiędzy obiema kategoriami pacjentek występują znaczące różnice: **czas odejścia wód płodowych** (znacznie wydłużony: średni czas odejścia wód u pacjentek z infekcją poporodową wynosi 9,7 godziny wobec 3 godzin u pacjentek bez infekcji okołoporodowych) **znacznie wpływa na opisane infekcje poporodowe.**

Analizując kolor odchodzących wód płodowych, zaobserwowano znaczącą różnicę we frakcji wód zielonych: prawie dwukrotnie częściej występują one u pacjentek z infekcją poporodową.

Analizowano także klasyfikację porodów pacjentek z infekcjami poporodowymi ze względu na rodzaj stosowanego znieczulenia. Konfrontacja z pacjentkami bez infekcji okołoporodowych wskazuje na statystycznie znaczącą różnicę we frakcji porodów bez znieczulenia na korzyść pacjentek bez infekcji okołoporodowych. Fakt ten wynika ze znacznie mniejszej frakcji porodów zakończonych cięciem cesarskim u pacjentek bez infekcji poporodowej.

Analizując dane dotyczące grupy krwi pacjentek z infekcją poporodową skonfrontowane z pacjentkami bez infekcji okołoporodowych otrzymujemy, że brak jest statystycznie znaczącej różnicy w występujących grupach krwi między pacjentkami bez infekcji okołoporodowych oraz z infekcją poporodową. Można więc zasadnie przypuszczać, że grupa krwi nie wpływa na podatność na infekcje poporodowe.

Kolejnymi obserwowanymi danymi są parametry krwi pacjentek: poziom hemoglobiny, leukocytów, hematokrytu oraz płytek (zarówno przed porodem, jak i po porodzie). Analizując zmiany zachodzące w wartościach parametrów krwi przed i po porodzie otrzymujemy, że zmiany te są istotne statystycznie (różnice na poziomie $\alpha = 0,05$ są wystarczająco duże, aby traktować je jako trwałą tendencję). Dla dwóch parametrów (hemoglobiny i hematokrytu) średnia różnica wartości po porodzie i przed porodem jest wartością ujemną (wartości zmniejszają się po porodzie). Także wartości leukocytów rosną w sposób istotny po porodzie. Leukocytoza występująca podczas porodu utrzymuje się również we wczesnym połogu. Bezpośrednio po porodzie, jako odpowiedź na stres porodowy, liczba leukocytów może wynosić nawet powyżej 25 109/litr.

Obserwowane zmiany parametrów krwi wskazują na istnienie związku pomiędzy faktem obserwowania infekcji poporodowej a zmianami tych parametrów. Interesujące jest także, że można oczekiwać związku logicznego: „infekcja poporodowa \Rightarrow silniejsze niż przy porodzie u pacjentki bez infekcji okołoporodowej pogarszanie się parametrów w wyniku porodu”. Fakt ten jest potwierdzany także przez obserwowane zachowanie wartości leukocytów.

Podobne wyniki otrzymano, porównując odpowiednie wartości z grupy pacjentek z infekcją przedporodową i bez infekcji okołoporodowej w odniesieniu do drugiego okresu porodu. Trzeba jednak zaznaczyć, że obie wartości średnie nie przekraczają wartości przyjmowanych dla porodów fizjologicznych, tj. 2 godzin dla okresu drugiego.

Wśród zabiegów związanych z krocem i macicą wymienić należy nacinanie krocza i łyżeczowanie macicy. Dodatkowo obserwuje się fakt pęknięcia krocza.

Wśród pacjentek z infekcją poporodową 29% (107 zaobserwowanych przypadków) miało kroczce nacinane. Odpowiednio dla pacjentek bez infekcji okołoporodowej proporcje te wynoszą od 54 do 46% na rzecz pacjentek z nacięciem. Dane obu grup odbiegają znacząco od siebie.

Wśród pacjentek z infekcją poporodową 67% (249 zaobserwowanych przypadków) miało łyżeczkowaną macicę. Odpowiednio dla pacjentek bez infekcji okołoporodowej proporcje te wynoszą 50 do 50%. Zatem dane obu grup odbiegają znacząco od siebie. **Pacjentki z infekcjami poporodowymi znacząco częściej miały łyżeczkowaną macicę.**

Tylko 42 pacjentki (11%) w grupie pacjentek z infekcją poporodową miały pęknięte kroczce. W grupie kontrolnej zaobserwowano natomiast 11 pacjentek (22%) z pęknięciami krocza. Obliczone wskaźniki struktury dla pęknięć krocza znacząco różnią się między obu grupami – wśród pacjentek bez infekcji okołoporodowych pęknięcia występują częściej.

Analizowano także przebieg pobytu w Klinice, w tym parametry odnoszące się do samego pobytu w klinice, tj.:

- liczba dni pobytu w klinice (przed i po porodzie),
- rodzaj postawionej diagnozy,
- podawane leki (antybiotyki, leki krwiotwórcze, inne),
- liczba przeprowadzonych badań,
- liczba dni ewentualnego pobytu na oddziale septycznym.

Zwraca uwagę znacząco dłuższy okres przebywania w klinice przez pacjentki z infekcją poporodową. Dane te skonfrontowane zostały z danymi dotyczącymi czasu przebywania w klinice przed porodem. Z danych tych wynika, że **pacjentki z infekcją poporodową znacząco dłużej przebywają w klinice.** Fakt ten ma oczywiście związek z rodzajem porodu (występowanie lub nie cięcia cesarskiego) oraz występującymi powikłaniami przebiegu ciąży.

Badając czas przebywania w klinice po porodzie, stwierdzono, że występujące różnice są istotne: **liczba dni pobytu w klinice po porodzie u pacjentek z infekcją poporodową jest znacząco większa niż u pacjentek bez infekcji okołoporodowej.**

Analizując rodzaj stawianej diagnozy w momencie przyjmowania do kliniki, stwierdzamy, że 235 pacjentek przyjmowanych do kliniki (63%) nie miało postawionej diagnozy (nie rozpoznano u nich żadnych powikłań). Dla porównania w grupie pacjentek bez infekcji okołoporodowej

84% (42 przypadki na 50 zbadanych) nie miało postawionej diagnozy w momencie przyjmowania do kliniki.

Analizowano także rodzaje antybiotyków podawanych pacjentkom z infekcją poporodową. Zwraca uwagę fakt, że w 97 przypadkach (25%) sytuacji nie podawano w sytuacji infekcji poporodowej żadnego antybiotyku. W grupie pacjentek bez infekcji okołoporodowych takich sytuacji jest 84%. Dominującym antybiotykiem jest gentamycyna (podawana w 48 przypadkach, tj. w 11%), biofuroksyn (podawany w 36 przypadkach na 374, tj. w 8%). Kolejnym jest ampicylina, którą podawano (samodzielnie lub w połączeniu z innymi antybiotykami) w 52 z 374 (13,9%) przypadków.

Kolejną cechą różniącą statystycznie obie badane grupy jest podawanie leków krwiotwórczych. Statystycznie częściej (w porównaniu z grupą pacjentek bez infekcji okołoporodowej) środek ten podawany jest w grupie pacjentek z infekcją poporodową.

Pacjentkom z infekcją poporodową podawano też inne leki, oprócz antybiotyków. Wśród nich wymienić trzeba: aspiryna (56), butapirazol (81 z 374 przypadków podania samodzielnie lub w połączeniu z innymi lekami), fenoterol (28), witaminy (129). Pozostałe leki (m.in. bethametazon, cyklonolina, estradiol, dexamethazon, fenoterol, furosemid, chinina, oxytocyna, hydrokortyzon, venoruton, sandopart, skopolan, amidochin) wystąpiły w pojedynczych przypadkach. W grupie kontrolnej pacjentek większość (84%) nie dostawała żadnych leków, a najczęściej podawane były: estradiol (5 przypadków na 50) oraz witaminy (4 na 50) i butapirazol (3 na 50). W 27 przypadkach na 374 pacjentki (7,2%) nie podano żadnych leków pacjentkom z infekcją poporodową.

Pacjentki z infekcją poporodową miały też większą ilość przeprowadzonych badań ginekologicznych.

Kolejnym elementem prowadzonych analiz było analizowanie danych dotyczących urodzonego dziecka. W kartach położniczych są dane odnoszące się do urodzonego dziecka: płeć dziecka, liczba punktów według skali Apgar, waga.

Badając strukturę płci wśród dzieci narodzonych przez pacjentki z infekcją poporodową oraz bez infekcji okołoporodowej, stwierdzamy, że w tej pierwszej grupie występuje prawie równowaga (od 42 do 56%, zaobserwowano też osiem przypadków dwojaczków), podczas gdy w grupie pacjentek bez infekcji proporcje te wynoszą od 44 do 56%. Obserwowane różnice nie są jednak statystycznie istotne.

Na podstawie zgromadzonych danych hipotezę o równości średnich wartości punktacji Apgar należy zdecydowanie (na poziomie nie mniejszym niż 99,99%) odrzucić na rzecz hipotezy al-

ternatywnej o wyższej wartości średniej punktów Apgar wśród noworodków rodzonych przez pacjentki bez infekcji okołoporodowych. **Można więc uchwycić znaczący ujemny związek infekcji poporodowej ze stanem noworodków.**

Następnym posunięciem była próba znalezienia związków między występowaniem infekcji przedporodowych a pozostałymi rodzajami infekcji. Interesujących wyników dostarcza analiza regresji wielokrotnej w odniesieniu do pacjentek z infekcjami poporodowymi jako możliwymi skutkami infekcji innego typu: pacjentki z infekcją przedporodową (w mniejszym stopniu) lub infekcją śródporodową (w większym stopniu) raczej nie będą zapadały na infekcję poporodową (terapia antybiotykowa).

Analizując dynamikę występowania infekcji śródporodowych w czasie, znaleziono tendencję wzrostową. Całkowicie odwrotną tendencję zaobserwowano w odniesieniu do infekcji poporodowych.

Omówienie wyników i dyskusja

Powikłania okołoporodowe są ciągle poważnym problemem w położnictwie i to pomimo rosnącego poziomu opieki i usług medycznych.

Według danych WHO, zakażenia po krwotokach są najczęstszą przyczyną powikłań stwierdzanych w okresie okołoporodowym. W statystykach polskich opracowanych przez Instytut Matki i Dziecka zakażenia stanowią (po krwotokach położniczych) najczęstszą przyczynę zgonów matek (Troszyński M, 1995). W badanym materiale własnym na przestrzeni lat 1983–1997 nie stwierdzono ani jednego przypadku zgonu, którego przyczyną byłoby zakażenie okołoporodowe.

Badania własne dotyczyły analizy zakażeń rozpoznawanych u matek w czasie ich hospitalizacji oraz wybranych czynników ryzyka. Na przestrzeni 15 lat hospitalizowanych było 28 825 pacjentek, z których 21 444 odbyło porody. Wśród tych ostatnich u 421 stwierdzono infekcję w różnym czasie względem porodu (stanowi to 1,96% wszystkich porodów). Na podstawie wyników badań wielośrodkowych prowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) liczbę zakażeń szpitalnych określa się w odniesieniu do wszystkich szpitali średnio na poziomie 9% wszystkich hospitalizowanych pacjentów, a w odniesieniu do szpitali położniczych na poziomie 2% (Juszczak M, 1997). Jednakże w różnych krajach (a także w poszczególnych szpitalach) wartości te mogą nawet znacząco się zmieniać. Badania własne wykazały, że zdecydowanie maleje ogólna liczba infekcji, a w szczególności liczba infekcji poporodowych, które w badanym materiale stanowią większość (89,5%

wszystkich infekcji) i które stanowią 1,75% z 1,96% porodów z zakażeniem.

Analiza danych w latach 1983–1997 pokazuje, że w sposób trwały maleje zarówno bezwzględna liczba odbywanych porodów, jak i względna liczba zaobserwowanych infekcji.

Liczba cięć cesarskich na świecie według danych z piśmiennictwa (Banaczek Z i in., 1997; Słomko Z, Bręborowicz G, 1997) stale wzrasta, osiągając poziom 10–25% wszystkich porodów. Jakkolwiek brakuje szczegółowych opracowań obejmujących dane z całej Polski, to na podstawie dotychczasowych doniesień obserwuje się podobną tendencję wzrostową odsetka cięć cesarskich (Puzio M i in., 1996; Mierzejewski W, Szczepański J, 1988; Słupczyński S, Jezierska Z, Ratoń A, 1996). W materiale własnym także zwraca uwagę wzrastająca w sposób stały frakcja porodów zakończonych cięciem cesarskim. Najmniejsza ich liczba wystąpiła w roku 1984 (9,37%), aby, stale rosnąc do roku 1993, osiągnąć w roku 1997 wartość 25,15%. Maksymalna liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim wystąpiła w roku 1995 i wyniosła 28,56%.

Pomimo postępu, jaki dokonał się w medycynie, tylko w części sytuacji klinicznych cięcie cesarskie jest dla matki bezpieczniejszym sposobem ukończenia porodu niż poród siłami natury. Znajduje to odzwierciedlenie w fakcie, iż śmiertelność kobiet po cięciu cesarskim jest ciągle 3–4-krotnie wyższa niż po porodzie siłami natury. W badaniach własnych wykazano 211 przypadków infekcji po cięciu cesarskim, co stanowi 5,4% wszystkich cięć cesarskich. Natomiast powikłań w postaci zakażeń po porodach drogami naturalnymi było 72, co stanowi jedynie 0,6% wszystkich porodów odbytych drogami naturalnymi.

Częstość infekcji pooperacyjnych (w tym endometritis po cięciu cesarskim) określa się na 5–85%. Rany operacyjne są nieodłącznie związane z oddziałościami zabiegowymi i prawie wszystkie ulegają w jakimś stopniu zanieczyszczeniu bakteryjnemu, choć nie we wszystkich tych przypadkach dochodzi do rozwoju zakażenia. Na przykład przy cięciu cesarskim mogą ulec kontaktowi ze skażonymi wodami i błonami płodowymi (przy współistniejących zakażeniach śródporodowych). Według raportu o zakażeniach szpitalnych zakażenia ran operacyjnych stanowią średnio na świecie 11,3% wszystkich zakażeń, a w Polsce średnio 3,9%. W analizowanym materiale w odniesieniu do cięć cesarskich poziom ten wynosi 2,2% wszystkich cięć (w 40,7% infekcje te dotyczyły zropienia rany). Brak jest natomiast odniesienia do danych polskich dotyczących jedynie cięć cesarskich.

Najczęstszą lokalizacją zakażeń szpitalnych jest układ moczowy. Według różnych danych dotyczących zakażeń szpitalnych stanowi 29–44%,

przy średniej wartości w Polsce wynoszącej 28%. Zakażenia dróg moczowych po porodach zabiegowych (szczególnie po cięciu cesarskim) są uzależnione głównie od inwazyjnych zabiegów związanych z penetracją dróg moczowych (np. cewnikowaniem). W badanym materiale 13,2% cięć cesarskich powikłanych infekcją związanych było z zakażeniem dróg moczowych.

Liczni autorzy donoszą, że obecność patogennej flory bakteryjnej w pochwie (odpowiada to III i IV stopniowi czystości pochwy) jest znaczącym czynnikiem ryzyka zakażeń w połogu i ran po cięciu cesarskim. W pracach (Rybakowski Ł, Słomko Z, Kołucka E, 1985; Słomko Z, Rybakowski Ł, Pisarska-Krawczyk M, 1985) wykazano, że mikroflora pochwy po porodzie zakończonym cięciem cesarskim wykazuje zwiększenie częstości występowania oraz liczby gatunków bakterii, co zwiększa ryzyko zakażenia. W badanym materiale zaskakujące jest to, że w ogóle przy relatywnie niewielkim odsetku przeprowadzonych badań czystości pochwy (64% badanych wśród pacjentek z infekcją oraz 24% w grupie kontrolnej), otrzymano wyniki wskazujące na ogólnie wysoki stopień (średnio powyżej III stopnia) u większości badanych pacjentek (z infekcją, jak i bez infekcji).

Analizując poszczególne rodzaje infekcji, można wysnuć następujące wnioski szczegółowe odnoszące się do infekcji poporodowych.

Z danych piśmienniczych wynika, że częstość występowania infekcji połogowych sięga 8%. Mirończuk i wsp., 1996 w badaniach własnych stwierdzili występowanie infekcji na poziomie 3–4%. W badanym materiale częstość występowania wynosi 1,75%.

Najczęściej występującą postacią kliniczną infekcji poporodowej jest: gorączka powyżej 38°C trwająca dłużej niż 2 dni (45,72% wszystkich odnotowanych infekcji poporodowych), ropień rany (14,17%), endometritis (13,9%) oraz ropień rany w połączeniu z gorączką (7,22%). Pozostałe typy infekcji poporodowych występują w śladowych ilościach.

Pacjentki z infekcjami poporodowymi różnią się pod względem liczby odbytych wcześniej porodów od pacjentek bez infekcji – pacjentki te mają średnio prawie dwukrotnie mniej porodów od pacjentek bez infekcji okołoporodowych. Można przypuszczać zatem, że rodność jest znaczącym czynnikiem wpływającym na infekcje poporodowe.

To, co istotnie różni grupę pacjentek z infekcjami poporodowymi oraz bez infekcji okołoporodowych to średni tydzień rozwiązania ciąży. Pacjentki z infekcją poporodową rodzą wcześniej średnio o 1 tydzień w porównaniu z pacjentkami bez infekcji okołoporodowych.

Zwraca uwagę fakt, że w 75% podawano w sytuacji infekcji poporodowej antybiotyki. W grupie

pacjentek bez infekcji okołoporodowych takich sytuacji jest 16%. Pozostałe pacjentki otrzymywały inne chemioterapeutyki o działaniu antybakteryjnym i przeciwzapalnym. Wprowadzenie antybiotyków ma na celu szybkie zahamowanie objawów i skutków infekcji. W praktyce szpitalnej przeważa postępowanie empiryczne (tylko ok. 0,5% przypadków infekcji miało wykonane posiewy bakteriologiczne), co jest metodą wymuszoną przez okoliczności. Nie zwalnia to jednak od podjęcia próby identyfikacji przyczyny zakażenia i nastawienia się na możliwość korekty po uzyskaniu wyniku badania pobranego materiału. Większość ciężkich zakażeń szpitalnych leczonych empirycznie opiera się na okresowych raportach z badań mikrobiologicznych, pozwalających określić profil drobnoustrojów odpowiedzialnych za zakażenie w danym szpitalu, a także ich wrażliwość na antybiotyki i chemioterapeutyki.

Dominującym momentem, w którym objawiała się infekcja przedporodowa, jest piąty dzień od momentu przybycia do Kliniki. Zgodnie z literaturą uważa się, że 3 dni jest wystarczającym czasem na nabycie infekcji szpitalnej (w tym czasie następuje kolonizacja u pacjentki przez drobnoustroje szpitalne). Czas ten odpowiada zakażeniom szpitalnym, które według definicji WHO są rozpoznawalne po 48 godzinach od momentu przyjęcia do szpitala (Juszczak J, 1997).

Wśród pacjentek z infekcjami śródporodowymi przeważają te, które w Klinice spędziły bardzo mało czasu. Oznacza to, że prawdopodobnie przyczyna tego rodzaju infekcji nie jest związana z pobytem w Klinice, lecz infekcją wstępującą z dolnych dróg rodnych matki.

Uderzające jest znowu to, że zdecydowana większość infekcji poporodowych wystąpiła u pacjentek, które przed porodem przebywały w Klinice do 3 dni.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można sformułować następujące wnioski ogólne:

1. Obserwuje się u kobiet rodzących malejącą w czasie liczbę infekcji okołoporodowych.
2. Infekcje u tych kobiet najczęściej występowały w okresie poporodowym i dominowały po porodach zakończonych cięciem cesarskim.
3. III i IV stopień czystości pochwy pacjentek z infekcją śródporodową należy zaliczyć jako czynnik ryzyka infekcji wstępującej z dolnych dróg rodnych.
4. Najczęstszą postacią kliniczną infekcji poporodowych były zakażenia przyranne po cięciu cesarskim.
5. Przeważająca liczba pacjentek (75%) leczonych była antybiotykami zlecanymi w oparciu o doświadczenie empiryczne. Znikoma liczba przypadków (0,5%) była potwierdzana badaniami bakteriologicznymi.
6. Operacja cięcia cesarskiego, przedwczesny czas odpłynięcia wód płodowych, liczba dni spędzonych w szpitalu przed porodem, liczba badań ginekologicznych oraz wiek pacjentki należą do wyróżniających się czynników ryzyka zakażeń poporodowych.
7. Stwierdzone w badanym materiale wszystkie zakażenia okołoporodowe znacząco wydłużyły czas pobytu pacjentek w szpitalu.
8. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na potrzebę rejestracji wszystkich zakażeń stwierdzonych wśród matek rodzących, wzmoczenie nadzoru epidemiologicznego i zaostrzenie reżimu sanitarnego w placówkach położniczo-ginekologicznych. Właściwa i konsekwentna kontrola zakażeń jest jedyną skuteczną formą zapobiegania szerzeniu się ich w szpitalach.

Piśmiennictwo

1. Troszyński M, Raczyński A, Leibschang J, Filipp E, Świątek E, Chazan B. *Zgony matek w Polsce w okresie powojennym*. [w:] *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, t. XV (pod red. Z. Słonko), Poznań; 1995: 85–93.
2. Fox LP. *American J. Obstetrics Gynecology* 1985; 15: 379.
3. Ritter DC, de Shazo R. Powikłania okołoporodowe: krwotok, zator, nadciśnienie, zakażenie. *Medycyna po Dyplomie* 1995; 4.
4. *Praktyka położnicza* (pod red. J. Alexandra), Warszawa; PZWL: 1995.
5. Juszczak J. Raport o zakażeniach szpitalnych. *Klinika Chorób Zakaźnych i Zakażenia Szpitalne*, 1997; 1: 7–22.
6. Banaczek Z, Szatanek M, Penza G, Michalak Z, Ziębiński J. Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w materiale oddziałów położniczo-ginekologicznych II Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Radomiu w latach 1985–1993. *Ginekol Pol* 1995; 66: 1.
7. Słomko Z, Bręborowicz G. *Wskazania do cięcia cesarskiego we współczesnej medycynie perinatalnej*. [w:] *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* t. IV (pod red. Z. Słomki); Poznań 1992.
8. Puzio M, Szczurowicz A, Rogoza A, Zwaliński M. Pozapołożnicze wskazania do cięć cesarskich. *Ginekol Pol* 1996; 67: 8.
9. Mierzejewski W, Szczepański J. Ewolucja wskazań do cięcia cesarskiego w materiale własnym. *Ginekol Pol* 1988; 59: 1.
10. Słupczyński S, Jezierska Z, Ratoń A. Cięcia cesarskie wykonane w szpitalu wojewódzkim w Zamościu w latach 1980–1992. *Ginekol Pol* 1996; 67: 4.

11. Rybakowski Ł, Słomko Z, Kołucka E. Badania flory bakteryjnej pochwy oraz rany po cięciu cesarskim. *Ginekol Pol* 1985; 56: 1.
12. Słomko Z, Rybakowski Ł, Pisarska-Krawczyk M. Ocena wrażliwości na wybrane antybiotyki bakterii stwierdzonych w pochwie u kobiet przed wykonaniem cięcia cesarskiego. *Ginekol Pol* 1985; 56: 1.
13. Słomko Z, Stasiak A. *Zakażenia w etiologii porodu przedwczesnego*. [w:] *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, t. X (pod red. Z. Słomko); Poznań 1991.
14. Grzonka D, Dudkiewicz J. Zakażenia dróg moczowych u kobiet. *Ginekol Praktyczna* 1999; 5.
15. Dudkiewicz J, Urban E, Oślizło A, Bażowska G. Zakażenie układu moczowego w ciąży – problem perinatologiczny. *Ginekol Pol* 1998; 12: 69.
16. Bączny K, Słomko Z. *Fizjopatologia nerek w ciąży*. [w:] *Medycyna Perinatalna* (pod red. Z. Słomko), Warszawa; PZWL, 1986: 274–312.
17. MacLean AB. Urinary tract infection in pregnancy. *Br J Urology* 1997; 80: 10–13.
18. Mierzejewski W, Szczepański J. Ewolucja wskazań do cięcia cesarskiego w materiale własnym. *Ginekol Pol* 1988; 59, 1.
19. Lewis DF, Major CA, Towers CV, Arsat T, Harding JA, Garite TJ. Badanie przez pochwę a utrzymanie ciąży przedwczesnego pęknięcia błon płodowych. *Medipress Ginekologia – Położnictwo*, vol. 1, nr 5, 1995.
20. Mirończuk J, Lenczewski A, Pieciukiewicz Z, Drożdżewicz M, Terlikowski S, Kotocki W. *Powikłania operacji cięcia cesarskiego u kobiet leczonych w klinice w latach 1976–1996*. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, supl. XII (pod red. Z. Słomko); Łódź 1996.

Adres I Autorki:

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY LECZENIA CHORÓB O ZNACZENIU SPOŁECZNYM
Z UWZGLĘDNIENIEM ALERGOLOGII I REUMATOLOGII KLINICZNEJ
PROBLEMS IN MEDICAL TREATMENT OF SOCIAL DISEASES INCLUDING
CLINICAL ALLERGOLOGY AND REUMATOLOGY

Analiza epidemiologiczna zakażeń HBV wśród ludności zamieszkującej na terenie działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie w latach 1999–2002

Epidemiologic analysis of HBV infections among inhabitants living in supervision area of Center for Disease Control and Prevention in Rzeszow in years 1999–2002

DOROTA GUTKOWSKA¹, GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS², MONIKA BINKOWSKA-BURY³

¹ Z Oddziału Epidemiologii Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie
Kierownik Oddziału: mgr Dorota Gutkowska

² Z Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie

Kierownik p.o.: dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus

³ Z Wydziału Pedagogicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Rzeszowskiego
Dyrektor Instytutu: dr hab. n. med. Wrzesław Romańczuk

Streszczenie **Cel pracy.** Celem pracy była analiza sytuacji epidemiologicznej pod kątem zachorowalności i nosicielstwa HBV na terenie podległym działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie. **Materiał i metody.** Badaniem objęto populację zamieszkujejącą w latach 1999–2002 na terenie miasta Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego. Dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji chorych i bezobjawowych nosicieli pod względem struktury płci i wieku oraz domniemanych źródeł zakażenia w podanym przedziale czasu. **Wyniki:** W analizowanym okresie zarejestrowano łącznie 192 przypadki zakażeń wirusem HBV. Zapadalność na WZW typu B wahała się od 5,3/100 tys. w 1999 r. do 0,9/100 tys. w 2002 r. Najwięcej nosicieli zakażonych HBV zarejestrowano w 2000 r. (61 przypadków), najmniej w 2002 r. (24 przypadki). Najwyższy odsetek stanowili chorzy w przedziale wieku 20–29 lat (34,0%), natomiast nie odnotowano zachorowań w przedziałach wieku 5–9 i 10–14 lat. Wśród nosicieli najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 20–29 lat (30,3%), natomiast najmniej liczną grupę tworzyli nosiciele w wieku 0–4 lat (0,7%). W oparciu o przeprowadzone dochodzenie epidemiologiczne nie było możliwe w większości przypadków (68,0% chorych i 62,0% nosicieli) ustalenie domniemanego źródła zakażenia. Zarówno wśród badanych chorych, jak i nosicieli, u których ustalono domniemane źródło zakażenia, najliczniejszą grupę stanowili podający w wywiadzie kontakt ze służbą zdrowia (odpowiednio: chorzy – 24,0%, nosiciele – 32,4%). **Wnioski.** Stwierdzono: 1. Spadek zapadalności na WZW typu B w poszczególnych latach. 2. Występowanie najliczniejszych przypadków zakażeń HBV wśród osób w wieku 20–29 lat. 3. Najniższą liczbę zakażeń w przedziałach wieku 0–4 lat i 5–9 lat. 4. Wysoki odsetek zakażeń HBV w placówkach służby zdrowia. **Słowa kluczowe:** wirus HBV, epidemiologia, nosicielstwo.

Summary **Objectives.** The aim of the study was analysis of epidemiologic situation as an incidence and HBV carrier state in the area of activity of Center for Disease Control and Prevention in Rzeszów. **Material and methods.** The study involved population living in the years 1999–2002 in the Rzeszów City and Rzeszów District. It was carried out retrospective analysis of medical documentation of sick persons and HBV carriers in aspect of sex, age and possible source of infection in given period of time. **Results.** In analyzed period of time were registered 192 HBV infection cases. The incidence of hepatitis B varied from 5.3/100 000 in 1999 to 0.9/100 000 in 2002 year. The highest number of HBV carriers was registered in the year 2000 (61 cases) and the lowest number in the year

2002 (24 cases). The group of highest sick persons rate was formed by individuals in age 20 to 29 years (34.0%). It was no observed incidence of HBV in age intervals 5 to 9 and 10 to 14. In the population of HBV carriers the highest number was found in age group from 20 to 29 years (30.3%), but the lowest number group was formed by carriers in age 0–4 years (0.7%). In the most cases, based on epidemiologic investigation there was no possibility to establish alleged source of infection (68.0% sick and 62.0% carriers). In the population of sick persons as well as carriers with established alleged source of infection the highest group was formed by individuals given in medical history a contact with health care (sick 24.0%, carriers 32.4%). **Conclusions:** We found: 1. Decrease of HBV incidence in consecutive years. 2. The highest number of HBV infected persons created individuals in the age group 20 to 29 years. 3. The lowest number of HBV infected persons created individuals in the age groups 0–4 and 5–9 years. 4. The high rate of HBV infection in health care institutions.

Key words: Hepatitis B virus, epidemiology, carrier state.

Wstęp

Wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) stanowi problem epidemiologiczny w skali globalnej. Szacuje się, że na świecie liczba zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) przekracza 350 milionów, z czego rocznie umiera około 250 tysięcy (Maynard JE, 1990).

Odsetek nosicieli HBV (*Hepatitis B virus*) cechuje się zróżnicowaniem geograficznym. Do obszarów o najniższym odsetku wahającym się od 0,1 do 2% zalicza się USA, Kanadę, kraje Europy Wschodniej, Australię i Nową Zelandię. Kraje śródziemnomorskie, Japonia, Azja Środkowa, kraje Bliskiego Wschodu, Ameryki Łacińskiej i Ameryki Południowej należą do obszarów o średnim odsetku mieszczącym się w granicach od 3 do 5%. Najwyższy odsetek, tj. od 10 do 20% odnotowuje się w krajach południowo-wschodniej Azji, Chin i Afryki (Maynard JE, 1990; Alter MJ, Hadler SC, 1990).

Polska zaliczana jest do krajów o najniższym odsetku nosicielstwa HBV, który szacowany jest na około od 1 do 1,5%. Zachorowania mają charakter endemiczny i nie obserwuje się sezonowości ani okresowości (Magdzik W, 1997; Magdzik W, Naruszewicz-Lesiul D, 2004).

Duża rozpiętość wśród nosicieli HBV w różnych częściach świata jest ściśle związana z różnicami wiekowymi w momencie infekcji. Wiek w czasie zainfekowania jest odwrotnie proporcjonalny do ryzyka przejścia infekcji z fazy ostrej w fazę przewlekłą. W przypadku infekcji perinatalnej ryzyko przejścia zakażenia ostrego w przewlekłe sięga 90% (Stevens CE, Beasley RP, 1975). W przypadkach, w których do zakażenia dochodzi w wieku od 1 do 5 lat, ryzyko to waha się w zakresie od 20 do 50% (Beasley RP, Hwang LY, 1982), natomiast u osób dorosłych jest niższe niż 5% (Tassopoulos NC, Papaevangelou GJ, 1987).

Pomimo istnienia skutecznych szczepień przeciwko HBV zapadalność i śmiertelność z powodu WZW typu B stanowi nadal istotny problem we wszystkich krajach, bez względu na status społeczno-ekonomiczny. Dlatego też uznano za zasadne przeanalizowanie sytuacji epidemiologicznej pod

kątem zachorowalności i nosicielstwa HBV na terenie podległym działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie.

Materiał i metody

Badaniem retrospektywnym objęto populację zamieszkującą na terenie miasta Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego liczącą średnio 331 500 mieszkańców w latach 1999–2002 (1999 r. – 335 964, 2000 r. – 330 300, 2001 r. – 331 173, 2002 r. – 329 683).

Analizowaną populację podzielono na dwie grupy. Grupę pierwszą stanowiły osoby chore na wirusowe zapalenie wątroby typu B, natomiast grupę drugą bezobjawowi nosiciele wirusa HBV.

Przeanalizowano łącznie 192 formularze wywiadów epidemiologicznych, w tym 50 formularzy dotyczących chorych oraz 142 formularze dotyczące bezobjawowych nosicieli wirusa HBV.

W obrębie obu grup dokonano analizy pod względem struktury płci i wieku oraz domniemanych źródeł zakażenia. Dodatkowo dla grupy chorych obliczono zapadalność i dokonano analizy porównawczej z zapadalnością na terenie województwa podkarpackiego i Polski.

Wyniki

Na terenie działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie w latach 1999–2002 zarejestrowano łącznie 192 przypadki zakażeń wirusem HBV, w tym 50 zachorowań na WZW typu B i 142 przypadki bezobjawowego nosicielstwa. Zapadalność na WZW typu B wahała się od 5,3/100 tys. w 1999 r. do 0,9/100 tys. w 2002 r. (tab. 1).

Analizując grupę chorych pod kątem struktury wieku i płci, stwierdzono, że najwięcej chorych występuje w przedziale wieku od 20 do 29 lat (34,0%), natomiast nie odnotowano zachorowań w przedziałach wieku 5–9 i 10–14 lat.

Spośród ogólnej grupy chorych 56% stanowili mężczyźni, a 44% stanowiły kobiety (tab. 2).

Tabela 1. Liczba zachorowań* i zapadalność* na WZW typu B wśród mieszkańców zamieszkujących na terenie działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie w latach 1999–2002

Obszar	1999 r.		2000 r.		2001 r.		2002 r.	
	Liczba zachorowań	Zapadalność/100 tys.	Liczba zachorowań	Zapadalność/100 tys.	Liczba zachorowań	Zapadalność/100 tys.	Liczba zachorowań	Zapadalność/100 tys.
Polska	3508	9,1	2825	7,3	2394	6,2	2021	5,2
Województwo podkarpackie	129	6,1	80	3,8	71	3,3	44	2,0
PSSE Rzeszów	18	5,3	16	4,8	13	3,9	3	0,9

* Łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV.

Na przestrzeni lat 1999–2002 najczęściej nosicieli zakażonych HBV zarejestrowano w 2000 r., tj. 61 przypadków, a najmniej w 2002 r., tj. 24 przypadki.

Wśród nosicieli najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 20 do 29 lat (30,3%), natomiast najmniej liczną grupę tworzyli nosiciele w wieku od 0 do 4 lat (0,7%). W przypadku nosicieli mężczyźni stanowili 60,6%, a kobiety 39,4% (tab. 3).

W przypadku analizy domniemanego źródła zakażenia zarówno wśród chorych, jak i nosicieli najliczniejszą grupę stanowiły osoby, u których w oparciu o przeprowadzone dochodzenie epidemiologiczne nie było możliwe ustalenie tego źródła, tj. 68,0% chorych (ryc. 1) i 62,0% nosicieli (ryc. 2).

Wśród badanych chorych, u których ustalono domniemane źródło zakażenia, najliczniejszą grupę stanowiły osoby podające w wywiadzie kontakt ze służbą zdrowia, tj. 24,0%, a najmniej liczną grupę stanowili chorzy narażeni na zakażenie w wyniku ekspozycji zawodowej i na skutek wykonanego zabiegu tatuażu, tj. po 2,0% (ryc. 1).

Wśród nosicieli uzyskane proporcje były podobne, tj. kontakt ze służbą zdrowia podawało 32,4% zakażonych, a zakażenia zawodowe stanowiły 0,7% (ryc. 2).

Dyskusja

Spadek zapadalności na WZW typu B, stwierdzony na podstawie przeprowadzonej analizy materiału badawczego, odzwierciedla ogólną tendencję, jaką obserwuje się w zakresie zapadalności na tę jednostkę chorobową w skali województwa podkarpackiego i całego kraju (Kuszeński K, Świdarska H, 2001; Kuszeński K, Świdarska H, 2002; Kuszeński K, Świdarska H, 2003; Kuszeński K, Czarkowski MP, 2004). Sytuację tę można tłumaczyć faktem wprowadzenia w 1996 r. masowych szczepień ochronnych i upowszechnieniem procedur medycznych wykonywanych

przy użyciu sprzętu jednorazowego użytku (Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, 2004).

Występowanie licznych przypadków zakażeń HBV wśród osób w przedziale wieku 20–29 lat (34,0%), na co wskazują wyniki badań własnych, może wiązać się z faktem rozpoczęcia aktywności seksualnej, która niesie ze sobą ryzyko transmisji wirusa. Własne obserwacje są zbieżne z danymi z piśmiennictwa. Szacuje się, że w krajach wysoko rozwiniętych główną drogą zakażenia wśród osób w wieku 18–30 lat stanowi kontakt seksualny, a w USA odsetek zakażonych tą drogą sięga 50% przypadków ostrych zachorowań na WZW B (TEO E, Lok A, 2004). Ponadto wydaje się, że osoby z tego przedziału wieku wykazują większą skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań, takich jak częsta zmiana partnerów seksualnych, dożylne przyjmowanie narkotyków czy poddawanie się zabiegom tatuażu (Alter MJ, Hadler SC, 1990). W przypadku kobiet przedział wieku 20–29 lat zbiega się z decyzją o urodzeniu pierwszego dziecka, a to wiąże się z narażeniem na zakażenie w czasie ciąży i porodu (Coursaget P, Yvonne B, 1987).

Mała liczba zakażeń (badania własne 0,7%) u dzieci związana jest z faktem wprowadzenia od 1996 r. na terenie całego kraju obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko WZW typu B u noworodków (Gładysz A, Rymer W, 2004).

Wysoki odsetek zakażeń HBV wiążących się z zakażeniami w placówkach służby zdrowia odzwierciedla ogólną tendencję, jaka panuje w tym względzie w skali całego kraju. WZW typu B stanowi dużego stopnia zagrożenie szerzenia się w zakładach służby zdrowia, zwłaszcza w szpitalach jako zakażenie zakładowe. Związane jest to z małą wrażliwością wirusa na środki fizyko-chemiczne i warunki środowiska oraz możliwością zakażenia bardzo małą dawką krwi (Gładysz A, Rymer W, 2004). Według danych publikowanych w piśmiennictwie odsetek zakażeń nabywanych podczas kontaktu ze służbą zdrowia wynosi w Polsce od 55 do 60% (Magdzik W, 1997).

Tabela 2. Chorzy na WZW typu B na terenie działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie w latach 1999–2002 według płci i wieku

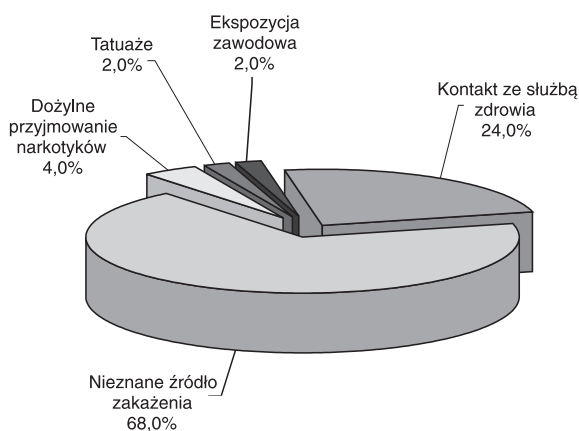
Wiek w latach	1999 Liczba zachorowań		2000 Liczba zachorowań		2001 Liczba zachorowań		2002 Liczba zachorowań		Zachorowania w latach 1999–2002					
	M	K	M	K	M	K	M	K	M + K		K			
									Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
0-4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2,0	1	3,6	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0
15-19	1	1	2	1	0	0	5	0	5	10,0	3	10,7	2	9,1
20-29	6	3	2	3	2	1	17	0	17	34,0	10	35,7	7	31,8
30-39	1	0	3	0	1	2	7	0	7	14,0	5	17,9	2	9,1
40-49	1	1	1	0	0	1	5	0	5	10,0	3	10,7	2	9,1
50-59	0	1	1	0	2	0	5	0	5	10,0	4	14,3	1	4,5
> 60	1	2	1	2	0	4	10	0	10	20,0	2	7,1	8	36,4
Razem	10	8	10	6	5	8	50	0	50	100	28	100	22	100

M – mężczyźni, K – kobiety.

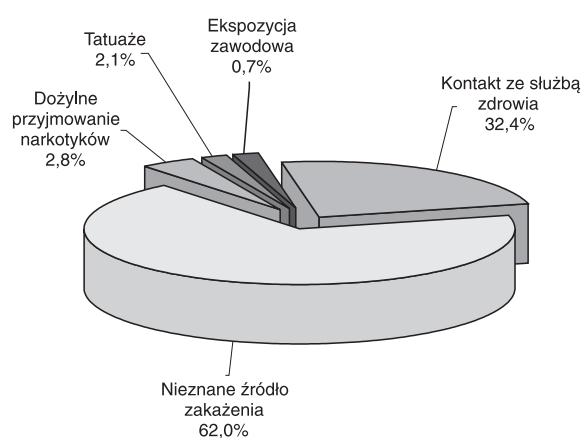
Tabela 3. Nosiciele wirusa HBV na terenie działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie w latach 1999–2002 według płci i wieku

Wiek w latach	1999 Liczba zachorowań		2000 Liczba zachorowań		2001 Liczba zachorowań		2002 Liczba zachorowań		Zachorowania w latach 1999–2002					
	M	K	M	K	M	K	M	K	M + K		K			
									Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
0-4	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0,7	0	0	1	1,8
5-9	1	1	1	0	0	0	3	0	3	2,1	2	2,3	1	1,8
10-14	1	0	0	1	1	0	4	0	4	2,8	2	2,3	2	3,6
15-19	1	0	1	2	1	0	6	0	6	4,2	4	4,7	2	3,6
20-29	6	5	10	9	3	4	43	1	43	30,3	24	27,9	19	33,9
30-39	1	3	7	11	3	4	34	2	34	23,9	14	16,3	20	35,7
40-49	1	0	8	1	2	1	17	1	17	12,0	14	16,3	3	5,3
50-59	1	0	2	1	5	1	12	0	12	8,5	10	11,6	2	3,6
> 60	3	2	5	2	3	1	22	1	22	15,5	16	18,6	6	10,7
Razem	15	12	34	27	18	12	142	5	142	100	86	100	56	100

M – mężczyźni, K – kobiety.



Ryc. 1. Chorzy na WZW typu B zamieszkujący na terenie działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie w latach 1999–2002; według domniemanego źródła zakażenia



Ryc. 2. Nosiciele wirusa HBV zamieszkujący na terenie działalności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rzeszowie w latach 1999–2002; według domniemanego źródła zakażenia

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy sytuacji epidemiologicznej zakażeń HBV wśród ludności zamieszkującej teren działalności PSSE w Rzeszowie w latach 1999–2002 stwierdzono:

1. Spadek zapadalności na WZW typu B w poszczególnych latach.

2. Występowanie najliczniejszych przypadków zakażeń HBV wśród osób w wieku od 20 do 29 lat.
3. Najniższą liczbę zakażeń w przedziałach wieku od 0 do 4 lat i od 5 do 9 lat.
4. Wysoki odsetek zakażeń HBV w placówkach służby zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Maynard JE. Hepatitis B: Global importance and need for control. *Vaccine* 1990; 8: 18–20.
2. Alter MJ, Hadler SC, Margolis HS i wsp. The changing epidemiology of hepatitis B in the United States. Need for alternative vaccination strategies. *JAMA* 1990; 263: 1218–1222.
3. Magdzik W. Epidemiologia wirusowych zapaleń wątroby typu B i C w Polsce, z uwzględnieniem dzieci. *Hepatology Polska* 1997; 1: 4, 5.
4. Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A. *Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka*. Bielsko-Biała: α – medica press; 2004: 307–317.
5. Stevens CE, Beasley RP, Tsui J i wsp. Vertical transmission of hepatitis B antigen in Taiwan. *N Engl J Med* 1975; 292: 771–774.
6. Beasley RP, Hwang LY, Lin CC i wsp. Incidence of hepatitis B virus infections in preschool children in Taiwan. *J Infect Dis* 1982; 146: 198–204.
7. Coursaget P, Yvonnet B, Chotard J i wsp. Age and sex-related study of hepatitis B virus chronic carrier state in infants from an endemic area (Senegal). *J Med Virol* 1987; 22: 1–5.
8. Tassopoulos NC, Papaevangelou GJ, Sjogren MH i wsp. Natural history of acute hepatitis B surface antigen-positive hepatitis in Greek adults. *Gastroenterology* 1987; 92: 1844–1850.
9. Kuszewski K, Świdarska H. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w 1999 roku. *Przegl Epidemiol* 2001; 55: 119–123.
10. Kuszewski K, Świdarska H. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w 2000 roku. *Przegl Epidemiol* 2002; 56: 319–323.
11. Kuszewski K, Świdarska H. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w 2001 roku. *Przegl Epidemiol* 2003; 57: 117–123.
12. Kuszewski K, Czarkowski MP. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w 2002 roku. *Przegl Epidemiol* 2004; 58: 123–129.
13. Teo E, Lok A. Epidemiology, transmission and prevention of hepatitis B virus infection. *UpToDate* 2004: 1–5.
14. Gładysz A, Rymer W, Inglot M i wsp. Wirusowe zapalenia wątroby jako zakażenie szpitalne – aktualne i przyszłe regulacje prawne. *Zakażenia* 2004; 1: 44–51.

Adres I Autorki:

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Rzeszowie
ul. Dąbrowskiego 79 A
35-040 Rzeszów

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PREWENCJA CUKRZYCY I JEJ POWIKŁAŃ ORAZ OPTIMALIZACJA OPIEKI
PREVENTION OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

Edukacja pacjenta z cukrzycą

Education of a diabetic patient

DOROTA MACIĄG¹, MAŁGORZATA KNAP²

¹ Z Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim

² Z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

Streszczenie Na przestrzeni ostatnich kilku lat obserwuje się niepokojący wzrost zachorowań na cukrzycę wśród populacji ludzkiej, zarówno wśród dorosłych, jak i dzieci. Etiologia tego schorzenia nie jest do końca poznana. Duże znaczenie odgrywiają predyspozycje genetyczne, ale zasadniczą rolę przypisuje się stylowi życia oraz poziomowi wiedzy wśród społeczeństwa związanej z tą chorobą. Pacjent może zgłosić się do lekarza z dolegliwościami na ogół niespotykanymi w cukrzycy. Natomiast badania rutynowe wykażą jej obecność. Rozpoznanie tej choroby, z którą należy nauczyć się żyć, jest dla pacjenta szokiem. Celem pracy jest wykazanie roli, jaką powinna i może odegrać pielęgniarka jako edukator w pracy z pacjentem chorym na cukrzycę. Pielęgniarka pracująca w środowisku szpitalnym, posiadająca rzetelną wiedzę i przygotowanie, jest gotowa pomóc pacjentowi przejść przez okres buntu i adaptacji do życia w nowej sytuacji zdrowotnej. Z przeprowadzonych badań wynika, że wiele pacjentów z problemem cukrzycy spotkało się po raz pierwszy, tak więc ich wiedza na ten temat jest znikoma. Ponieważ cukrzyca jest chorobą prowadzącą do wielu powikłań, które wpływają na jakość życia diabetyków, należy położyć ogromny nacisk na edukację społeczeństwa. Nie ulega wątpliwości, że profesjonalnie przygotowany edukator i promotor zdrowia w osobie pielęgniarki pełni kluczową rolę w zespole terapeutycznym szpitalnych oddziałów diabetologicznych.

Słowa kluczowe: cukrzyca, edukacja, pacjent.

Summary In the last few years we have observed a disturbing rise in the number of diabetes among human population, both adults and children. The etiology of this disease is not fully known. Genetic predispositions play an important part, but the leading factor is lifestyle and lack of knowledge connected with this disease in our society. A patient may come to the doctor showing symptoms generally not occurring in diabetes at all. However, routine medical check-up will prove its presence. Recognition of this disease, which one has to learn to live with, is a great shock for the patient. The aim of the following study is to indicate what an important role a nurse should and can have as an educator cooperating with a diabetic patient. A nurse working in a hospital environment, having reliable knowledge and proper training is able to help the patient go through the period of rebellion and adjustment to life in the new health situation. The results of the research prove that many patients encounter the problem of diabetes for the first time so their knowledge about it is very poor. As diabetes is the disease leading to numerous complications which influence the quality of diabetic patients' lives, great emphasis should be put on suitable education of our society. Undoubtedly, a professionally trained educator and health promotor in the person of a nurse plays a key role in therapeutic teams of hospital diabetic wards.

Key words: diabetes, education, patient.

Wprowadzenie

Pierwsze dokładniejsze dane na temat częstości występowania cukrzycy, oparte na rejestracji chorych leczonych w szpitalach, pochodzą z początku XX wieku. Po II wojnie światowej zaczęto prowadzić zakrojone na szeroką skalę badania przesiewowe dużych grup ludności w kierunku cukrzycy. Przy tej okazji wykryto zaskakująco wysoki odsetek cukrzycy do tej pory nierozpoznanej i nieleczonej.

Obecnie cukrzycą dotknięte jest 5% populacji osób dorosłych oraz ponad 18 000 dzieci i młodzieży w Polsce. Według Banku Światowego zajmuje ona w skali społecznego obciążenia drugie miejsce – po chorobie niedokrwiennej serca. Jest ogromnym obciążeniem dla budżetu ochrony zdrowia, pochłaniając około 5%, a także dla samych chorych i ich rodzin [1, 3].

Cukrzyca występuje w wielu postaciach, atakując różnych ludzi i w różnym zakresie. Na

wstępne jej rozpoznanie i sposób leczenia wpływa zarówno osoba pacjenta, jak i miejsce jej rozpoznania.

Cukrzyca jest zespołem chorobowym charakteryzującym się zaburzeniem metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek, obniżeniem poziomu lub całkowitym brakiem insuliny. Etiologia cukrzycy nie jest znana. W chorobie tej dochodzi do zaburzeń czynności trzustki, polegającym na zmniejszeniu lub całkowitym zaprzestaniu produkcji insuliny przez komórki beta wysp Langerhansa oraz na konkurencyjnym wytwarzaniu zwiększonych ilości glukagonu przez komórki alfa trzustki. Wynikiem tego stanu jest hiperglikemia i wszystkie związane z nią problemy. Rozróżniamy dwa typy cukrzycy:

- typ 1 – insulinozależna,
- typ 2 – insulino niezależna.

Zdecydowaną większość przypadków cukrzycy (90%) stanowi cukrzyca typu 2. Początek tej choroby przebiega w większości przypadków bezobjawowo. Zdarza się, iż pacjenci zgłaszają się do lekarza dopiero po kilku latach od momentu jej rzeczywistego wystąpienia [1, 3, 5, 6].

Pacjent może zgłosić się do lekarza wskutek klasycznych dolegliwości związanych z hiperglikemią, cech uszkodzenia pewnych tkanek na tle cukrzycy lub innych objawów związanych z chorobą, która do nich doprowadziła. Wielu pacjentów trafia do lekarza ze skargami na ogół nie spotykanymi w cukrzycy, natomiast rutynowe badania ujawniają cukromocz lub hiperglikemię. Inni żyjący w poczuciu zdrowia, dowiadują się o chorobie rozpoznawanej na podstawie badań wykonywanych do celu zatrudnienia, ubezpieczenia lub przeglądowych badań lekarskich. Wyszkolenie pacjenta w zakresie cukrzycy jest niezmiernie ważne dla jego zdrowia i życia. Jest to choroba przewlekła, która nigdy chorego nie opuści, a co najważniejsze to właśnie sam pacjent decyduje o jej dalszym przebiegu [4]. Zespół terapeutyczno-edukacyjny udziela pacjentowi rad i wskazuje oraz opracowuje dla niego plan działania. Natomiast pacjent musi zaakceptować tę nową sytuację zdrowotną, realizować wytyczony plan działania na co dzień, nauczyć się poszerzać go i adaptować do konkretnych sytuacji dnia codziennego. Pacjent musi wiedzieć, gdzie może szukać pomocy w sytuacji, gdy nie umie sobie sam poradzić z konkretnym problemem i jak szybko ta pomoc jest mu potrzebna. Niezwykle ważne jest, aby stworzyć pacjentowi grupę wsparcia w jego najbliższym otoczeniu i niekoniecznie muszą to być członkowie rodziny, ale znajomi i przyjaciele lub osoby posiadające taki sam problem zdrowotny. Zaangażowanie najbliższego otoczenia do udziału w edukacji z pewnością przyniesie wiele korzyści obydwu stronom – jeśli chodzi o potrzebującego wsparcia i akceptacji pacjenta,

jak i dla najbliższych, którzy poczują się potrzebni i uzyskają świadomość, że w razie potrzeby potrafią udzielić pomocy [1, 2, 4, 5, 7].

Na każdą sesję edukacyjną składają się dwie grupy zagadnień. Ze strony uczącego – czego pacjent powinien się dowiedzieć oraz ze strony uczestnika – czego chciałby się nauczyć. Rzadko obydwa cele są zbieżne. Jeśli nauczyciel nie uwzględni pragnień pacjenta, informacje podane podczas zajęć mogą być zignorowane lub w najlepszym razie zapamiętane połowicznie. Przed przystąpieniem do edukacji osoba prowadząca edukację – lekarz czy pielęgniarka – powinni dokonać rozpoznania i oceny ogólnego przygotowania pacjentów i zakresu ich wiedzy o stanie zdrowia. Kim są szkoleni? Jaką wiedzę dysponują? Jakie są ich wyobrażenia i postawy względem choroby? Kto ma na nich największy wpływ? Motywacja pacjenta odgrywa bowiem bardzo istotną rolę w adaptacji nowej sytuacji – życia z chorobą oraz procesu zdobywania wiedzy na jej temat [1, 2, 7].

Osoby zajmujące się prowadzeniem edukacji z zakresu cukrzycy powinny posiadać rzetelną wiedzę z zakresu przedmiotu, jak również posiadać przygotowanie pedagogiczne oraz psychologiczne. Pacjent powinien dostrzec w „nauczycielu” eksperta i przyjaciela, do którego może zwrócić się z każdym problemem i mieć pewność, że ten rozwieje wszystkie wątpliwości oraz udzieli konkretnych praktycznych rad [1, 2].

Zajęcia edukacyjne powinny odbywać się w przyjaznej atmosferze, w spokojnym miejscu, bez zakłóceń, z zapewnieniem dostatecznego czasu na pełne wyjaśnienia. Prowadzący zajęcia powinni poświęcić pacjentom całą uwagę. Zapamiętywanie informacji ma większe szanse, jeśli słuchacz aktywnie uczestniczy w zajęciach. Należy korzystać z pomocy wizualnych: przezroczny, foliogramów, książek. Wyjaśniając pacjentom różne zagadnienia, należy pamiętać, że terminologia medyczna, która jest dla nas oczywista, nie ma tej wartości dla słuchaczy. Wykładowca powinien przyjmować postawę otwartą, koleżeńską, unikać nadmiernej gestykulacji czy niezamierzonego zastraszania pacjenta. Niezbędne jest poszanowanie godności osobistej słuchaczy [1, 7].

Edukacja pacjentów powinna przebiegać w trzech fazach. Osoba, u której dopiero rozpoznano cukrzycę, jest zbyt wylękniona i przytłoczona, by być w stanie przyswoić sobie dużą ilość informacji. Dlatego też w tym pierwszym etapie przekazujemy tylko informacje podstawowe, które pozwolą przetrwać okres adaptacji (zaakceptowanie choroby). W drugim okresie nauczenia stopniowo poszerza się wiedzę, aż do objęcia wszystkich ważnych obszarów. Trzeci okres ma za zadanie sprawdzenie stopnia opanowania przekazanych informacji i poszerzenie ich o najnowsze wiadomości [3–5].

Podstawowy zakres wiadomości, które należy przekazać pacjentowi, obejmuje szereg informacji z zakresu istoty choroby, jej leczenia, zapobiegania powikłaniom oraz sposobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych wywołanych samym schorzeniem i jego powikłaniami.

Z wielu badań wynika, że zarówno umiejętności praktyczne, jak i wiedza teoretyczna szybko zacierają się po odbyciu szkolenia. Trzeba je regularnie co 2–3 miesiące uzupełniać. Jeśli nie sprawdzimy, czy pacjent posiada i rozumie informacje, jakie mu przekazaliśmy i czy we właściwy sposób je wykorzystuje, może dojść do poważnych błędów i powikłań. Istotnym problemem może być fakt, iż niejednokrotnie pacjenci bardziej ufają znajomym, krewnym lub przyjacielom, niż specjalistom.

Pacjent posiadający rzetelną wiedzę na temat cukrzycy, jej leczenia i roli, jaką w tej chorobie odgrywa samokontrola, zrozumie, że bycie diabetikiem wcale nie musi nieść za sobą wiele ograniczeń i wyrzeczeń. Diabetyk może z ogromnym powodzeniem odnosić sukcesy zawodowe, uprawiać sport, podróżować i prowadzić taki tryb życia, jak ludzie zdrowi. Stosowanie się do zaleceń diabetologa oraz prowadzenie samokontroli pozwoli na wiele lat odsunąć od siebie niebezpieczeństwo przykrych w skutki powikłań tkankowych [1, 3, 6].

Uszkodzeniu tkanek można zapobiec, bowiem niewiele jest chorób przewlekłych, w których jest tak szeroka możliwość zapobiegania, jak w cukrzycy. Dlatego też niezwykle ważną jest edukacja pacjentów chorych na cukrzycę, aby wszystkie wysiłki ich samych i zespołu terapeutyczno-edukacyjnego zdążyły w kierunku utrzymania stężenia glukozy we krwi w pobliżu zakresu prawidłowego, co znacznie zwalnia zarówno występowanie i rozwój retinopatii cukrzycowej, białkomoczu i neuropatii.

Jednym z głównych celów edukacji pacjentów z cukrzycą jest przekazanie im wiedzy o sposobach sprawowania opieki nad samym sobą, co ma znaczenie dla zapobiegania odległym uszkodzeniom tkanek. Mowa tu o samodzielnym kontrolowaniu poziomu glukozy i dokonywaniu modyfikacji leczenia w kierunku utrzymania tego poziomu tak blisko wartości prawidłowych, jak pozwala na to bezpieczeństwo i względy praktyczne. Pacjent powinien potrafić dobrać dietę zapewniającą prawidłową masę ciała i pożądany poziom lipidów we krwi. Bardzo istotnym elementem jest świadomość konieczności zerwania z nałogami: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu. Ważną rolę odgrywa regularne uprawianie ćwiczeń fizycznych oraz stała kontrola własnego stanu zdrowia, np. wzroku czy stanu stóp. Zadania te obejmują również regularne wizyty kontrolne u lekarza, których celem jest sprawdzenie ciśnienia tętniczego krwi, stanu siatkówki czy czynności nerek [1, 5, 7].

Wyedukowany i zmotywowany pacjent z pewnością będzie przestrzegał wszystkich zasad samokontroli i wytycznych dotyczących trybu życia. Bardzo szybko odkryje fakt, że choroba, z którą przyszło mu żyć w niewielkim procencie ogranicza zakres jego aktywności psychicznej i fizycznej.

Aby edukacja pacjentów chorych na cukrzycę była skuteczna i spełniała oczekiwania leczonych i leczących, konieczne jest pozyskanie wsparcia instytucjonalnego. Konieczne jest poparcie organizacyjne, określenie celów oraz pozyskanie odpowiednich środków. Niezmiernie ważne jest przygotowanie grup fachowców: lekarzy diabetologów, pielęgniarek diabetologicznych, którzy w profesjonalny i konsekwentny sposób podejmą się działań edukacyjnych, obejmujących planowanie, wdrożenie i ocenę prowadzonych działań. Koszty tworzenia programów edukacyjnych, pozyskanie chętnych do pracy z pacjentem oraz stworzenie bazy szkoleniowej z pewnością przyniesie wiele korzyści, a koszty tego przedsięwzięcia będą kilkakrotnie niższe niż koszt leczenia powikłań źle leczzonej lub źle kontrolowanej cukrzycy [1, 2].

Ponieważ podłoże rozwoju cukrzycy mogą stanowić niewłaściwe zachowania zdrowotne, należy położyć większy nacisk na wyrabianie w społeczeństwie właściwych wzorców stylu życia. Wpajanie prawidłowych zachowań zdrowotnych należy uczyć od najmłodszych lat, wzmacniać i potęgować na każdym etapie rozwoju osobniczego: w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz wśród dorosłych. W myśl powiedzenia „taniej zapobiegać niż leczyć” – „taniej promować zdrowie, niż ponosić koszty leczenia i zapobiegania powikłaniom”.

Cel pracy

Celem pracy była ocena liczby przypadków cukrzycy wtórnej, będącej często konsekwencją niewłaściwego stylu życia, oraz próba oceny preferencji edukacyjnych pacjentów.

Materiał i metody badań

Badaniami objęto 100 pacjentów leczonych w Oddziale Wewnętrznym Szpitala Powiatowego w Ostrowcu Świętokrzyskim. Badania prowadzono indywidualnie w okresie od stycznia do grudnia 2002 r., wśród pacjentów z rozpoznaną cukrzycą. Narzędziem badawczym był własny kwestionariusz ankiety składający się z 22 pytań, w tym dotyczące cech socjomedycznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania). Ankieta przebadano grupę 100 osób, w tym 61 kobiet i 39 mężczyzn.

Wyniki badań

Analiza powyższych danych pozwala stwierdzić, iż liczba osób leczonych z powodu cukrzycy stanowi duży odsetek wśród pacjentów leczonych w oddziale wewnętrznym, a liczba chorych na cukrzycę wykazuje tendencję wzrostową.

Na przestrzeni trzech lat z powodu cukrzycy leczono 1068 osób, w tym 616 kobiet i 452 mężczyzn. Największą liczbę leczonych przypadków stanowiła cukrzyca typu 2 – 902, w tym 590 kobiet i 402 mężczyzn.

Wiek badanych określono w siedmiu przedziałach wiekowych. Najwięcej, bo 32% badanej populacji mieści się w przedziale 71–80 lat, a najmniej (tylko 3%) to osoby w wieku 20–30 lat. Największa liczba 32% badanych kobiet to pacjentki w wieku 71–80 lat, najmniej – 3,3% mieści się w przedziale 31–40 lat. Wśród badanych mężczyzn po 30,8% znalazło się w grupach 51–60 oraz 71–80 lat.

Powyższe dane pozwalają stwierdzić, że wśród kobiet najwięcej, gdyż 27,9%, leczy się z powodu cukrzycy od 5 do 10 lat, a u 16,4% cukrzycę rozpoznano w czasie aktualnego pobytu w szpitalu. 1/3 mężczyzn leczy się na cukrzycę od 1–5 lat, a nowo rozpoznane przypadki cukrzycy stanowią u mężczyzn 15,4%.

Ankietowanych zapytano również, czy wiedzą na jaki typ cukrzycy są leczeni. Uzyskane wyniki przedstawia rycina 2. 55,70% kobiet i 54,10% mężczyzn nie zna typu cukrzycy, z powodu której leczeni są w placówce lecznictwa zamkniętego.

W przeprowadzonych badaniach przeanalizowano również okoliczności rozpoznania cukrzycy u ankietowanych.

W 65% wszystkich przypadków cukrzycy została rozpoznana przypadkowo, 35% stanowią rozpoznania postawione na podstawie zgłaszanych objawów typowych dla cukrzycy.

Wśród osób, u których do rozpoznania doszło przypadkowo (50,8%) to rozpoznania postawione w związku z inną chorobą czy operacją, do 40% rozpoznań doszło w trakcie rutynowych kontroli u lekarza (m.in. badania okresowe), a 9,2% ankietowanych nie potrafiło podać okoliczności rozpoznania.

Posługując się wskaźnikiem BMI, dokonano oceny masy ciała badanej populacji, jako jednego z czynników ryzyka cukrzycy będącego efektem niewłaściwego stylu życia.

Wśród badanych kobiet 3,3% ma niedowagę, tylko 24,6% ma wagę w granicach normy, a pozostałe 72,1% populacji kobiet wykazuje się nadwagą i otyłością.

Pośród mężczyzn 48,7% ma nadwagę, 20,5% ma otyłość I i II stopnia, a 30,8% wykazuje się prawidłową masą ciała.

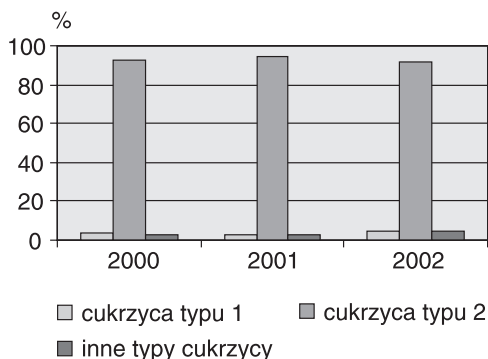
Dokładna analiza wyników badań wykazała, iż badani odżywiają się niewłaściwie, spożywają nadmierne ilości mięsa i wędlin, 52,5% kobiet i 33,3% mężczyzn codziennie używa tłuszczów zwierzęcych (masło, smalec). Warzywa i owoce codziennie jadło 47,4% kobiet i 43,6% ankietowanych mężczyzn.

Tabela 1. Liczba pacjentów leczonych z powodu cukrzycy w oddziale wewnętrznym

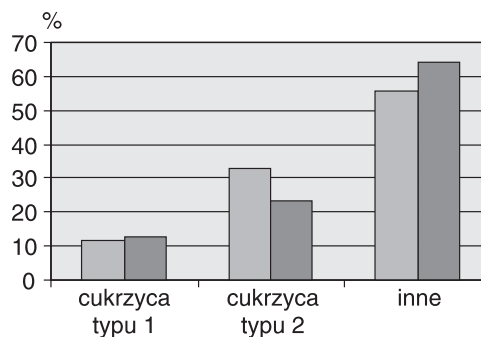
Rok	Liczba leczonych ogółem	Liczba leczonych z powodu cukrzycy	
		liczba	%
2000	1528 = 100%	293	19,1
2001	2104 = 100%	374	17,8
2002	2003 = 100%	401	20

Tabela 2. Struktura leczonych według płci i typu cukrzycy

Rok	Cukrzyca typu 1		Cukrzyca typu 2		Cukrzyca typu 3		Ogółem	
	K	M	K	M	K	M	K	M
	2000	5	7	152	120	3	6	160
2001	8	1	217	136	2	10	227	147
2002	6	11	221	146	2	15	229	172
Ogółem	19	18	590	402	7	31	616	452



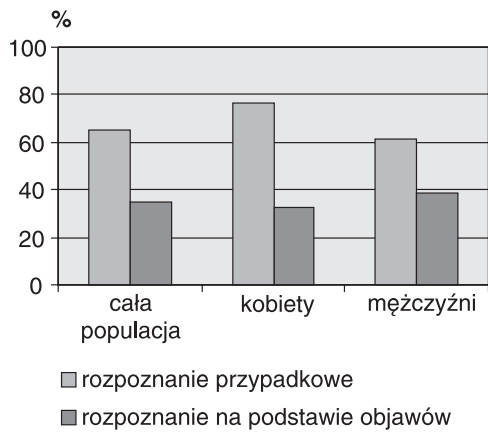
Ryc. 1. Struktura cukrzycy wśród pacjentów leczonych w oddziale wewnętrznym



Ryc. 2. Struktura badanej populacji według znajomości rodzaju cukrzycy u nich występującej

Tabela 3. Struktura badanej populacji według wieku

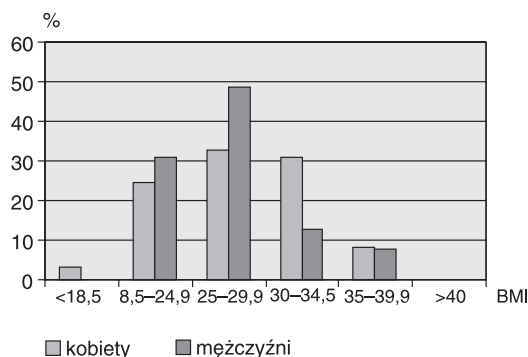
Wiek Płeć badanych	20–30 lat	31–40 lat	41–50 lat	51–60 lat	61–70 lat	71–80 lat	> 80 lat
Cała populacja	3%	7%	13%	19%	19%	32%	7%
Kobiety (61 = 100%)	4,9%	3,3%	16,4%	11,5%	22,9%	32,8%	8,2%
Mężczyźni (39 = 100%)	–	12,9%	7,7%	30,8%	12,8%	30,8%	5,1%



Ryc. 3. Charakterystyka ankietywanej grupy według okoliczności rozpoznania cukrzycy

Tabela 4. Struktura badanej populacji pod względem czasu trwania choroby

Czas trwania	Kobiety	Mężczyźni
< 1 rok	6,5%	18%
1–5 lat	26,2%	33,3%
5–10 lat	27,9%	7,7%
> 10 lat	23%	25,6%
Świeżo rozpoznana cukrzyca	16,4%	15,4%



Ryc. 4. Struktura populacji według wskaźnika BMI

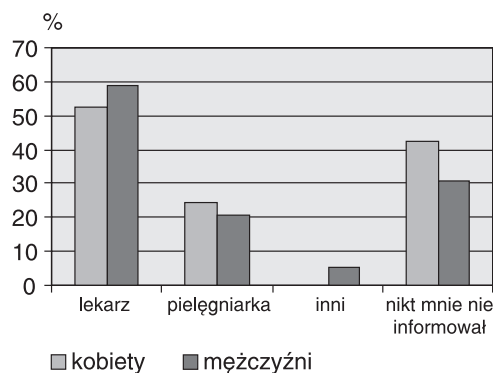
Ankietyowani zaznaczali więcej niż jeden rodzaj aktywności – stąd % >100.

Wśród badanych najpopularniejszymi formami aktywności fizycznej są spacer i jazda na rowerze. Żadnych form aktywności fizycznej nie uprawia 14,8% kobiet i 10,3% mężczyzn. Prezentowany poziom aktywności fizycznej z pewnością nie jest wystarczający dla wzmacniania zdrowia i właściwej kondycji organizmu, jak również pośrednio wpływa na powstawanie nadwagi i otyłości.

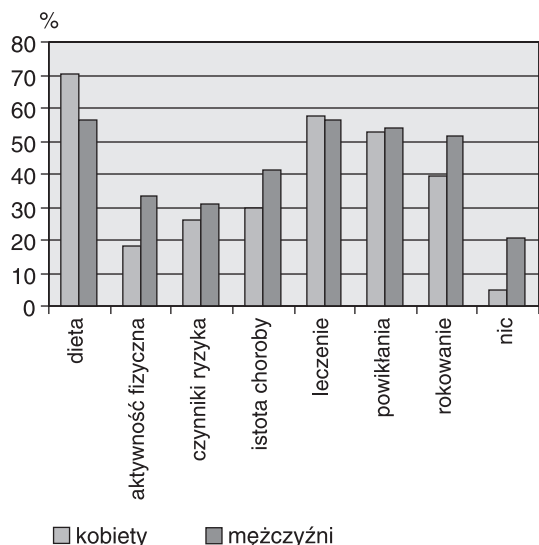
Z przedstawionych danych wynika, iż w roli edukatora najczęściej występuje lekarz. Znaczna część badanych, tj. 42,60% kobiet i 30,80% mężczyzn, odpowiedziało, że nikt z pracowników służby zdrowia nie udzielał im żadnych informacji na temat schorzenia, sposobów leczenia

Tabela 5. Charakterystyka badanej populacji według rodzaju uprawianej aktywności fizycznej

Rodzaj aktywności fizycznej	Kobiety (61–100%)	Mężczyźni (39–100%)
Gimnastyka domowa	14,8%	7,7%
Spacer	63,9%	48,7%
Siłownia	0%	7,7%
Pływanie	1,6%	10,3%
Jazda na rowerze	32,8%	51,3%
Bieganie	4,9%	10,3%
Inne	8,2%	10,3%
Żadnej aktywności	14,8%	10,3%



Ryc. 5. Struktura badanych według źródła informacji z zakresu cukrzycy i czynników ryzyka wynikających z niewłaściwego stylu życia



Ryc. 6. Struktura preferencji edukacyjnych badanej populacji

i zdrowego stylu życia. Zdecydowana większość respondentów, bo 85,2% kobiet i 87,2% mężczyzn, uważa, że istnieje potrzeba edukacji społeczeństwa na temat czynników ryzyka cukrzycy jako choroby cywilizacyjnej.

Z ryciny 6 wynika, iż wśród pacjentów leczonych z powodu cukrzycy istnieje ogromne zapotrzebowanie na edukację zdrowotną. Badani wykazują zainteresowanie zdobyciem informacji z zakresu czynników ryzyka i istoty choroby, z czego można wnioskować, iż chcieliby poznać przyczyny choroby i móc wpływać na te czynniki, które można w swym stylu życia zmodyfikować. Badani wykazują ogromne zainteresowanie metodami leczenia i rokowaniem w cukrzycy, jak również zasadami leczenia dietetycznego i aktywnością fizyczną. Analizując powyższe wyniki, z dużą dozą prawdopodobieństwa należy przypuszczać, iż współpraca z tymi pacjentami będzie układać się bardzo dobrze. Będą oni otwarci i chłonni na przekazywaną wiedzę, a co najważniejsze będą ją stosować w codziennych zmaganiach z chorobą.

Prowadzenie edukacji w grupie pacjentów z takimi preferencjami edukacyjnymi jest gwarantem powodzenia dla zespołu terapeutycznego, a przede wszystkim odsunięcia w czasie wystąpienia dalszych powikłań cukrzycy.

Znikomy odsetek badanych, gdyż tylko 4,90% kobiet i 20,50% mężczyzn, nie wykazuje żadnego zainteresowania chorobą, jej rokowaniem i leczeniem. Należy więc przypuszczać, że praca edukacyjna z tymi pacjentami będzie trudna. Będzie wymagała od edukatorów wytrwałości. Praca edukacyjna z takimi pacjentami musi być prowadzona z wielkim wyczuciem i poświęceniem, aby zmotywować ich do współpracy z zespołem terapeutyczno-edukacyjnym, co może przynieść korzyści zdrowotne dla pacjenta i satysfakcję z osiągniętego celu edukatorom.

Wnioski

1. Liczba chorych na cukrzycę, hospitalizowanych w oddziale wewnętrznym wzrasta z każdym rokiem. W 2002 r. pacjenci z cukrzycą stanowili 20% leczonych. Największą grupę leczonych stanowią chorzy z cukrzycą typu 2.
2. Znaczna część badanych wykazuje nadwagę i otyłość oraz zbyt małą aktywność fizyczną, co sugeruje, iż prowadzą niewłaściwy styl życia będący czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2.
3. Wśród badanych wyraźnie zarysowuje się problem deficytów wiedzy z zakresu istoty choroby, leczenia, czynników ryzyka, powikłań i rokowania.
4. Zachodzi konieczność szerszego przygotowania kadry pielęgniarskiej do roli edukatorów.
5. Edukacja z zakresu cukrzycy jako choroby cywilizacyjnej powinna być prowadzona na szeroką skalę i towarzyszyć człowiekowi na każdym etapie rozwoju osobniczego.
6. Promowanie „zdrowego stylu życia” powinno być priorytetowym zadaniem nie tylko służby zdrowia, ale również stanowić jeden z najważniejszych zadań administracji państwowej.

Piśmiennictwo

1. Hillson R. *Cukrzyca. Praktyczne zasady opieki*. Bielsko-Biała: α -medica press; 1997.
2. Tatoń J. *Poradnik dla osób z cukrzycą typu 2*. Warszawa: PZWL; 2002.
3. Czech A, Tatoń J, Barnas M. *Kompendium diabetologii – rekomendacje dla lekarzy*. Gdańsk: Via Medica; 2000.
4. Krentz AJ. *Cukrzyca*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2000.
5. Tatoń J. *Diabetologia praktyczna*. Warszawa: PZWL; 1993.
6. Hien P. *Cukrzyca. Krótki kurs diabetologii*. Warszawa: PWN; 1997.
7. Tatoń J, Barnas M, Czech A. Promocja zdrowia w cukrzycy. Nauczanie samoopieki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1994; 1, 3–4: 83–94.

Adres I Autorki:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Św.
ul. K. Szymanowskiego 11
27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

Sytuacja społeczno-ekonomiczna osób z cukrzycą w świetle badań ogólnopolskich* Social/economic condition of persons with diabetes in the view of all-Poland investigations

ANNA ABRAMCZYK¹, ZBIGNIEW HRUBY²

¹ Z Zakładu Pediatrii Społecznej Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej
we Wrocławiu

Kierownik: prof. zw. dr hab. Wiesław Prusek

² Z Oddziału Nefrologicznego z Pododdziałem Transplantologii i Stacją Dializ Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu
Ordynator: prof. dr hab. Zbigniew Hruby

Streszczenie Sytuacja społeczno-ekonomiczna determinowana wysokością dochodu i poziomem wykształcenia, oddziałując na styl życia, rodzaj dokonywanych wyborów, jest czynnikiem warunkującym zdrowie oraz przyczyną różnic w jego stanie. Diabetycy należą do tej grupy chorych, która charakteryzuje się niższym domowym dochodem w porównaniu z osobami bez cukrzycy. Pacjenci, u których występują powikłania dwukrotnie częściej w stosunku do osób bez cukrzycy znajdują się w grupie bezrobotnych, częściej też są niezdolni do pracy i w efekcie mniej zarabiają. Mimo prowadzonych badań status społeczno-ekonomiczny populacji osób z cukrzycą jest mało znany, a stan zdrowia pacjentów żyjących w ubóstwie znacznie gorszy. W pracy scharakteryzowano sytuację społeczno-ekonomiczną osób z cukrzycą w Polsce.

Słowa kluczowe: wykształcenie, sytuacja socjalna, cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 2.

Summary The social and economic condition is determined by the income value and the education level, thus influencing upon the style of life, the kind of selections being made and is a factor conditioning health and a reason of differences in the state of health. Diabetics belong to this group of ill persons that is characterised the lowest home income in comparison to persons without diabetes. The patients having complications are twice more often included in the unemployment group, they are often unable to work and, in effect, they earn less. In spite of the investigations conducted, the social/economic status of the populations of persons with diabetes is hardly known and the health state of patients living in poverty is much worse. Characterises the social/economic condition of persons with diabetes in Poland.

Key words: education, social situation, diabetes of type 1, diabetes of type 2.

Wstęp

Sytuacja społeczno-ekonomiczna determinowana wysokością dochodu i poziomem wykształcenia [1], oddziałując na styl życia, rodzaj dokonywanych wyborów [1, 2], jest czynnikiem warunkującym zdrowie oraz przyczyną różnic w jego stanie.

Badania wskazują, że osoby z niskim statusem społeczno-ekonomicznym często charakteryzują się gorszym stanem zdrowia, mniejszym dostępem do usług medycznych i profilaktycznych [1, 3], a czynniki społeczno-ekonomiczne są istotnym wyznacznikiem inwalidztwa [4] oraz śmiertelności w wielu krajach Europy Zachodniej [3, 5–7].

* Pracę wykonano w ramach projektu nr 6P05D02320, finansowanego przez Komitet Badań Naukowych w latach 2001–2004.

Diabetycy należą do tej grupy chorych, która charakteryzuje się niższym domowym dochodem w porównaniu z osobami bez cukrzycy [8, 9]. Pacjenci, u których występują powikłania dwukrotnie częściej w stosunku do osób bez cukrzycy znajdują się w grupie bezrobotnych, częściej też są niezdolni do pracy i w efekcie mniej zarabiają [10].

Mimo prowadzonych badań, status społeczno-ekonomiczny populacji osób z cukrzycą jest mało znany, a stan zdrowia pacjentów żyjących w ubóstwie znacznie gorszy [8].

Cel pracy

Praca ma na celu przedstawienie sytuacji społeczno-ekonomicznej osób z cukrzycą w Polsce.

Określenia statusu społeczno-ekonomicznego pacjentów starano się dokonać, odpowiadając na następujące pytania:

- W jakim wieku są osoby z cukrzycą?
- Jaki jest poziom wykształcenia pacjentów z cukrzycą?
- Co stanowi źródło utrzymania osób z cukrzycą?
- Jaka jest sytuacja ekonomiczna diabetyków?
- Czy wiek, płeć, miejsce zamieszkania, typ cukrzycy, poziom wykształcenia, województwo, na terenie którego zamieszkuje pacjent, różnicują sytuację osób z cukrzycą?

Materiał i metody badań

Badania dla celów pracy obejmowały:

- ukierunkowany wywiad pielęgniarski, pozwalający na odnotowanie informacji na temat wieku, płci, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego oraz sytuacji socjalnej osób z cukrzycą,
- analizę udokumentowanych przez lekarza rodzinnego w zmodyfikowanej dla celów badań karcie „Diab Care” informacji na temat rodzaju cukrzycy.

Materiał badań

Badania dla celów pracy przeprowadzono w latach 2001–2003, wśród 1986 pacjentów z cukrzycą, objętych opieką w losowo wybranych 61 zakładach POZ w kraju.

Wyniki badań

Struktura wieku badanych osób z cukrzycą

Z analizy struktury wieku uczestniczących w badaniach osób wynika, że częściej niż co drugi diabetyk jest w wieku geriatrycznym i ma 65

lub więcej lat (58,9%). Co trzeci pacjent z cukrzycą jest w wieku produkcyjnym i ma 41–64 lat, a tylko 3,3% badanych osób ma mniej niż 40 lat.

Pacjenci w wieku 17–20 lat wśród badanej populacji stanowili 0,4% ogółu badanych.

W wieku do 40 roku życia częściej byli mężczyźni (5,6%) niż kobiety (2%), pacjenci zamieszkujący w środowisku wiejskim (4,0%) w stosunku do osób zamieszkujących w mieście (2,9%). Osoby w wieku do 40 roku życia częściej pochodziły z województw lubuskiego (6,3%) i opolskiego (5,8%).

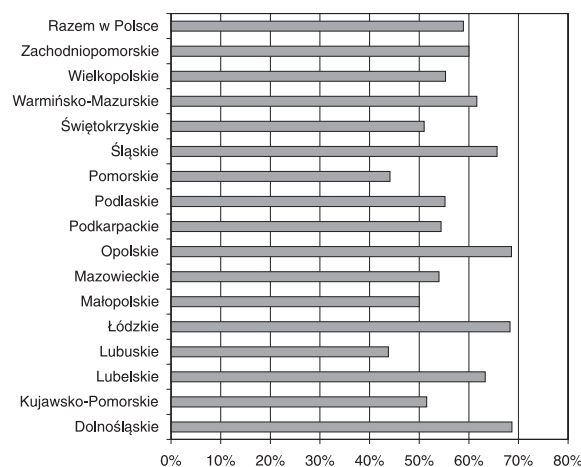
W okresie największej aktywności zawodowej i wieku 41–64 lat nieco częściej byli mężczyźni (46,4%) w stosunku do kobiet (32,7%), osoby zamieszkujące na wsi (38,6%) niż w mieście (37,2%), pacjenci zamieszkujący na terenie województw pomorskiego (52,9%) i lubuskiego (50%).

W wieku geriatrycznym częściej były kobiety (65,2%) w stosunku do mężczyzn (47,8%), pacjenci zamieszkujący w mieście (59,7%) niż na wsi (57,4%), diabetycy z terenu województw: dolnośląskiego (68,7%), opolskiego (68,6%), łódzkiego (68,3%), śląskiego (65%) i lubelskiego (63,4%) (ryc. 1).

Stan cywilny osób z cukrzycą

Wśród uczestniczących w badaniach osób zdecydowaną większość stanowiły osoby żyjące w związku małżeńskim (61,3%). Częściej na posiadanie partnera życiowego wskazywali mężczyźni (82,5%) oraz pacjenci zamieszkujący w środowisku wiejskim (63,5%).

Co trzeci uczestniczący w badaniach diabetyk jest jednak pozbawiony możliwości uzyskania pomocy partnera ze względu na wdowieństwo (30,3%), na które najczęściej wskazywały kobiety (43,4%) w stosunku do mężczyzn (7,6%).



Ryc. 1. Pacjenci w wieku geriatrycznym wśród badanej populacji osób z cukrzycą

Osoby z cukrzycą typu 2 częściej wskazują na posiadanie partnera życiowego (67,1%) w stosunku do osób z cukrzycą typu 1 (61,3%). Problem wdowieństwa częściej stwierdzono wśród pacjentów z cukrzycą typu 1 (30,3%) niż typu 2 (21,1%).

Z analizy stanu cywilnego badanych osób wynika, że najczęściej w stanie wolnym funkcjonują diabetycy zamieszkujący na terenie województwa: dolnośląskiego, w którym częściej niż co trzeci pacjent jest owdowiał (33,7%), a co dziesiąty rozwiedziony (10,8%), oraz lubelskiego, w którym osoby owdowiałe stanowią największy odsetek w kraju wśród badanych osób (41%).

Najczęściej w związku małżeńskim funkcjonują pacjenci w województwach zachodniopomorskim (73,3%), pomorskim (72,1%) i kujawsko-pomorskim (70,1%).

Poziom wykształcenia osób z cukrzycą

Wśród badanej populacji wykształcenie wyższe ma tylko 4% pacjentów. Co piąty diabelek ma wykształcenie średnie ogólne lub zawodowe (23,8%), a częściej niż co dziesiąty charakteryzuje się wykształceniem zasadniczym zawodowym (15,1%). Zdecydowana większość pacjentów z cukrzycą ma wykształcenie podstawowe lub niższe (58,9%).

Wykształcenie wyższe częściej mają mężczyźni (6,7%) niż kobiety (2,5%), osoby zamieszkujące w mieście (5,3%) niż na wsi (1,9%) i w równym odsetku osoby z cukrzycą typu 1 i typu 2 (3,9%). Osoby z wyższym wykształceniem częściej pochodziły z województwa podkarpackiego (12,3%) i lubuskiego (10,4%), a brak takich osób ustalono w województwach śląskim i małopolskim.

Wykształcenie średnie ogólne (8,5%) lub zawodowe (15,3%) ma 23,8% badanych, częściej mężczyźni (28,5%) niż kobiety (21%), pacjenci zamieszkujący w środowisku miejskim (31,4%) niż wiejskim (11,1%). Nieco częściej średni poziom wykształcenia ustalono wśród pacjentów z cukrzycą typu 1 (25,1%) niż typu 2 (23,2%).

Pacjenci z wykształceniem średnim najczęściej pochodzili z województwa pomorskiego (42,6%).

Wykształcenie podstawowe i niższe częściej ustalono wśród kobiet z cukrzycą (64,7%) niż mężczyzn (41,3%), diabetyków zamieszkujących w środowisku wiejskim (73,4%) niż miejskim (45,8%), osób z cukrzycą typu 2 (57,1%) niż typu 1 (53,7%).

Na uwagę zasługuje fakt, że w tej grupie chorych u częściej niż co drugiego pacjenta nie określono typu cukrzycy (56,4%).

Pacjenci w wykształceniu podstawowym i niższym najczęściej pochodzili z terenu województw: warmińsko-mazurskiego (74,6%), łódz-

kiego (65,4%), wielkopolskiego (63,8%), mazowieckiego (63%), dolnośląskiego (60,2%) i podlaskiego (60%) (ryc. 2).

Korzystniejszy poziom wykształcenia, ze względu na mniejszy odsetek osób z wykształceniem podstawowym i niższym, ustalono wśród chorych z terenu województwa pomorskiego (32,4%) i lubuskiego (37,5%).

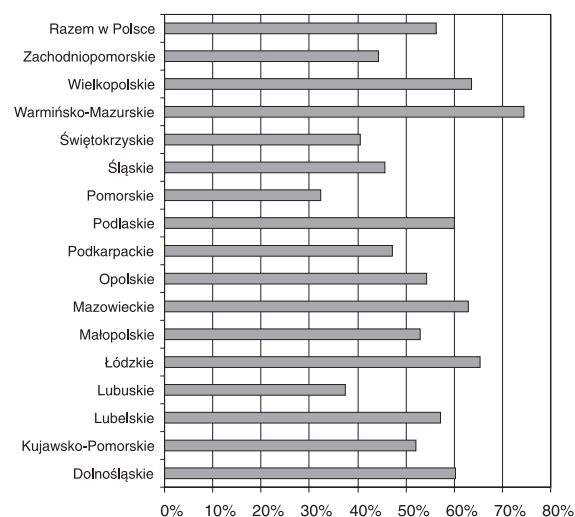
Niski poziom wykształcenia wśród osób z cukrzycą może stanowić czynnik utrudniający uzyskanie pozytywnych efektów w procesie leczenia.

Źródło utrzymania osób z cukrzycą

Z wypowiedzi osób z cukrzycą wynika, że najczęstszym źródłem ich utrzymania jest emerytura (49,5%). Częściej jednak niż co trzeci pacjent utrzymuje się z renty (37,2%). Na uwagę zasługuje fakt, że renta jest częstszym źródłem utrzymania osób zamieszkujących w środowisku wiejskim (41,2%) niż miejskim (34,7%). Sytuacja powyższa może wskazywać na istnienie problemów w respektowaniu zaleceń wynikających z leczenia cukrzycy wśród osób gorzej sytuowanych, którymi są renciści i emeryci w stosunku do osób aktywnych zawodowo.

Pacjenci z cukrzycą typu 1 częściej wskazują na rentę (38,5%) jako źródło swojego utrzymania, w stosunku do osób z cukrzycą typu 2, które częściej utrzymują się z emerytury (52%). Nieco częściej wskazywanie na źródło utrzymania, jakim jest praca zarobkowa wśród osób z cukrzycą typu 1 (8,2%) w stosunku do osób z cukrzycą typu 2 (7,6%), może wynikać z wieku badanych osób i tendencji do występowania cukrzycy typu 2 wśród osób starszych i w wieku emerytalnym.

Mając na uwadze źródło utrzymania, które determinuje możliwości pacjentów do respekto-



Ryc. 2. Deficyt w zakresie wykształcenia wśród badanych osób z cukrzycą

wania zaleceń wynikających z leczenia cukrzycy, należy stwierdzić, że w najtrudniejszej sytuacji są osoby zamieszkujące na terenie województw małopolskiego (55,8%) oraz wielkopolskiego (49%), w których prawie co drugi pacjent utrzymuje się z renty.

Z wypowiedzi osób z cukrzycą wynika, że emerytura częściej stanowi źródło utrzymania diabetyków w środowisku miejskim (52,1%), kobiet (52%), osób z cukrzycą typu 2 oraz pacjentów zamieszkujących na terenie województw: opolskiego (60%), śląskiego (59,4%), dolnośląskiego (58%) i podkarpackiego (57%).

Praca zarobkowa częściej jest źródłem utrzymania pacjentów w środowisku miejskim (8,9%) oraz mężczyzn (12,3%).

Najczęściej na utrzymywanie się z pracy pozwalającej na uzyskanie wyższych niż renta czy emerytura dochodów wskazują pacjenci z województwa pomorskiego (23,1%).

Gospodarstwo rolne stanowi źródło dochodu najczęściej w opinii diabetyków zamieszkujących na terenie województwa mazowieckiego (9,1%).

Sytuacja socjalna według opinii osób z cukrzycą

Z relatywnej oceny sytuacji socjalnej diabetyków wynika, że korzystną sytuację socjalną ze względu na wystarczające zabezpieczenie finansowe, a także możliwość zaoszczędzenia ma częściej niż co drugi pacjent (55,9%). Jednak prawie co drugi pacjent z cukrzycą jest zagrożony ubóstwem lub żyje w ubóstwie, ze względu na to, że aby sprostać wymaganiom terapeutycznym zmuszony jest dokonywać wyboru wśród podstawowych wydatków, ograniczając je (37,7%) lub zadłużając się (5,9%) (ryc. 3).

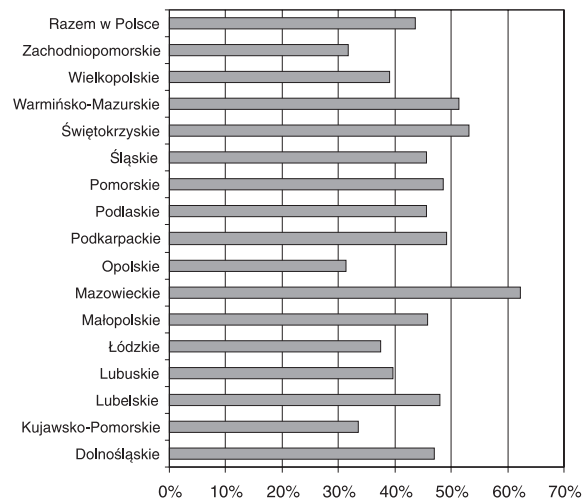
Częściej na konieczność ograniczania wydatków i zaciągania długów wskazują pacjenci zamieszkujący na terenach wiejskich (46%) w stosunku do osób mieszkających w mieście (42,1%), kobiety (47,8%) względem mężczyzn (36,3%).

Na niekorzystną sytuację socjalną wskazują nieco częściej osoby z cukrzycą typu 2 (44,2%) w stosunku do pacjentów z cukrzycą typu 1 (42,9%).

W najkorzystniejszej sytuacji socjalnej wydają się być pacjenci z województw: opolskiego (68%), zachodniopomorskiego (68,1%) i kujawsko-pomorskiego (66,5%), w których odsetek osób z wystarczającym zabezpieczeniem finansowym jest największy w Polsce.

W najtrudniejszej sytuacji według opinii osób z cukrzycą są pacjenci z województw mazowieckiego (62,2%), świętokrzyskiego (52,1%), warmińsko-mazurskiego (51,4%).

Pod uwagę należy wziąć również to, że częściej niż co dziesiąty pacjent z województw po-



Ryc. 3. Deficyt w zakresie sytuacji ekonomicznej wśród badanych osób z cukrzycą

morskiego, lubelskiego i wielkopolskiego zmuszony jest pożyczać środki finansowe, aby móc się leczyć.

Omówienie

W badaniach własnych, zgodnie z obserwacjami innych autorów, częściej niższy poziom wykształcenia i gorszą sytuację finansową stwierdzono wśród kobiet z cukrzycą [11].

Utrzymywanie się z renty częściej niż co trzeciego chorego z cukrzycą (38,9%) potwierdza negatywny wpływ choroby i jej powikłań na zdolność do uzyskiwania dochodu [10, 12].

Osoby z cukrzycą w badaniach własnych charakteryzują się niższym domowym dochodem w porównaniu z tymi, które nie mają cukrzycy [8, 9].

Ustalona według relacji pacjentów sytuacja socjalna diabetyków jest ponad 2-krotnie bardziej niekorzystna w stosunku do wskazanej w populacji ogólnej (15,8%) [13].

Brak środków na podstawowe potrzeby i konieczność ograniczania podstawowych wydatków, a nawet zadłużania się, w celu utrzymania leczenia wśród 43,6% pacjentów, wskazuje na poważne zagrożenie zdrowia i życia tej grupy chorych.

Deficyt wykształcenia i problemy finansowe uczestniczących w badaniach własnych osób z cukrzycą mogą determinować potwierdzone w wielu badaniach ograniczone możliwości realizacji zaleceń, leczenia, niższy poziom wiedzy o cukrzycy i ograniczoną dostępność do usług specjalistycznych i profilaktycznych [14–20].

Czynnikiem ograniczającym wykorzystanie uzyskanych z badań wyników jest to, że udziału

w badaniach odmówili pacjenci, którzy obawiali się pogorszenia swojej sytuacji, nie mieli żadnej nadziei na poprawę oraz aktywni zawodowo – „zapracowani”.

Ograniczenie dla wyników badań stanowi także stwierdzenie w wielu zakładach podstawowej opieki zdrowotnej brak ewidencji osób z cukrzycą lub niepełna ewidencja ze względu na dokonywane przez pacjentów zmiany lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej. W badaniach miały szansę wziąć udział tylko osoby, które były zarejestrowane u lekarza rodzinnego lub były na liście pielęgniarki środowiskowej (najczęściej z ewidencją osób do wykonywania zabiegów w domu chorego).

W badaniach nie wzięły udziału osoby, które w okresie prowadzenia badań przebywały poza miejscem zamieszkania (w szpitalu, sanatorium, u rodziny). Pomimo tych ograniczeń losowy dobór zakładów podstawowej opieki zdrowotnej i dostępność badań zarówno dla osób w pełni sprawnych, jak i całkowicie niesprawnych powodują, że wyniki w dużym stopniu odzwierciedlają sytuację pacjentów z cukrzycą w Polsce.

Wnioski

Przeprowadzone wśród osób z cukrzycą badania pozwalają stwierdzić, że:

1. Diabetycy charakteryzują się szczególnie trudną sytuacją ekonomiczną i znacznym deficytem w zakresie wykształcenia.
2. Różnicująco na sytuację socjoekonomiczną osób z cukrzycą wpływa: płeć, miejsce zamieszkania, rodzaj cukrzycy, województwo, z którego pochodzi pacjent.
3. Zróżnicowana i niekorzystna sytuacja socjoekonomiczna osób z cukrzycą wymaga włączenia w proces poprawy władz na poziomie: lokalnym, powiatu, województwa i rządu.
4. Opieka nad chorym z cukrzycą powinna stać się programem rządowym.

Mając na uwadze realizację zaleceń Światowej Deklaracji Zdrowia, dążenie do zmniejszenia różnic w stanie zdrowia społeczeństwa, obniżenie poziomu inwalidztwa i śmiertelności w niższych społeczno-ekonomicznie grupach [3–5, 7] niezbędne jest rozważenie możliwości objęcia osób z cukrzycą szczególną troską i ochronnym programem socjalnym.

Piśmiennictwo

1. Kim S, Symons M, Popkin BM. Contrasting socioeconomic profiles related to healthier lifestyles in China and The United States. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 184–191.
2. Rywik SL, Piotrowski W, Broda G. Czy nierówności w stanie zdrowia zależne od czynników społecznych dotyczą także Polski? *Pol Arch Med Wewn* 2003; CIX, 4(4): 383–394.
3. Abramczyk A. *Rola pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu cukrzycy na przykładzie gminy Wąwolnica*. Niepubl. Praca doktorska. Lublin 1997.
4. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in Norwegian country population. *Inter J Epidemiol* 2002; 31: 1183–1191.
5. Marinacci C, Spadea T, Biggeri A, Demaria M, Caiazzol A, Costa G. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy. *J Epidemiol Commun Health* 2004; 58: 199–207.
6. Chaturvedi N, Jarret J, Shipley M, Fuller JH. Socioeconomic gradient in morbidity and mortality in people with diabetes: cohort study findings from the Whitehall study and the WHO multinational study of vascular disease in diabetes. *BMJ* 1998; 316: 100–105.
7. Kneipp SM, Drevdahl D. Problems with parsimony in research on socioeconomic determinants of health. *Adv Nurs Sci* 2003; 26(3): 162–172.
8. Beckles GLA, Thompson-Reid PE. Socioeconomic status women with diabetes – United States, 2000. *JAMA* 2002; 287: 2496–2497.
9. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Inter J Epidemiol* 2003; 32: 830–837.
10. Penson D, Latini DM, Lubeck DM, Wallace KL et al. Do impotent men with diabetes have more severe erectile dysfunction and Worse Quality of Life Than the General Population of Impotent Patients? *Diabetes Care* 2003; 26: 1093–1099.
11. Wu JH, Haan MN, Liang J, Ghosh D et al. Diabetes as a predictor of change in functional status among older Mexican Americans. *Diabetes Care* 2003; 26: 314–319.
12. Mayfield JA, Deb P, Whitecotton L. Work disability and diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22(7): 1105–1109.
13. Sikorska J. *Materialne warunki życia Polaków w latach 90. Jak żyją Polacy*. Domański H, Ostrowska A, Rychard R (red.). Warszawa: Wyd. IFIS PAN; 2000: 121–151.
14. Wing RR, Goldstein MG, Acton KJ, Birch LL, Jakicic JM et al. Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. *Diabetes Care* 2001; 24: 117–123.
15. Kraut A, Walld R, Tate R, Mustard C. Impact of diabetes on employment and income in Manitoba, Canada. *Diabetes Care* 2001; 24: 64–68.

16. Zgibor JC, Songer TJ, Kelsey SF, Weissfeld J, Drash AL, Becker D, Orchard TJ. The association of diabetes specialist care with health care practices and glycemic control in patients with type 1 diabetes: a cross sectional analysis from the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. *Diabetes Care* 2000; 23: 472–476.
17. Karter AJ, Stevens MR, Herman WH, Ettner S. Out-of-Pocket Costs and Diabetes Preventive Service. *Diabetes Care* 2003; 26: 2294–2299.
18. Zgibor JC, Songer TJ. External barriers to diabetes care: addressing personal and health system issues. *Diabetes Spectrum* 2001; 14: 23–28.
19. Coonrod BA, Betschart J, Harris MI. Frequency and determinants of diabetes patient education among adults in the U.S. population. *Diabetes Care* 1994; 17(8): 852–858.
20. Abramczyk A, Prusek W. *Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne wśród pacjentów z cukrzycą. Cukrzyca – społeczny problem XXI wieku.* Abramczyk A, Prusek W, Panaszek B (red.). Wrocław; 2003: 183–192.

Adres i Autora:
Zakład Pediatrii Społecznej,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PREWENCJA CUKRZYCY I JEJ POWIKŁAŃ ORAZ OPTIMALIZACJA OPIEKI
PREVENTION OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

Wpływ otyłości na progresję nefropatii u chorych na cukrzycę typu 2

Influence of obesity on progression of nephropathy
in patients with type 2 diabetes mellitus

MICHAŁ SROKA, ZBIGNIEW HRUBY

Z Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu
Ordynator: prof. dr hab. Zbigniew Hruby

Streszczenie Otyłość jest uznanym czynnikiem patogenetycznym rozwoju cukrzycy. W ostatnich latach ukazało się dużo doniesień na temat negatywnego wpływu otyłości na funkcję nerek u pacjentów z cukrzycą typu 2. Powszechnie stosowanymi parametrami charakteryzującymi otyłość są wskaźnik masy ciała BMI i współczynnik talia-pas. **Celem pracy** było określenie związków podstawowych parametrów określających otyłość ze stopniem utraty filtracji kłębuszkowej z niezaawansowaną nefropatią cukrzycową. **Grupę badaną** stanowiło 34 pacjentów z cukrzycą typu 2 (średni wiek $62,26 \pm 9,92$ lat) i nefropatią cukrzycową w stadium mikroalbuminurii (wydalanie albumin 30–300 mg/dobę). Grupę kontrolną stanowiło 11 pacjentów z nadciśnieniem tętniczym bez cukrzycy. Na początku badania wyliczono dla każdego pacjenta parametry związane z otyłością: indeks masy ciała (BMI) oraz współczynnik talia-pas (WHR) oraz oznaczono wydalanie albumin i wielkość filtracji kłębuszkowej według wzoru Cockrofta-Gaulta. Po około 24 miesiącach ponownie oceniono wydalanie albumin i filtrację kłębuszkową. Uzyskane wyniki wystandaryzowano, przeliczając je na 1 miesiąc obserwacji. Analizę statystyczną przeprowadzono, posługując się nieparametrycznym współczynnikiem korelacji Spearmana. **Wyniki:** po dwóch latach badania stwierdzono brak istotnego statystycznie przyrostu wydalania albumin w grupie badanej (42,61 vs. 44,96 $\mu\text{g}/\text{min}$, $p = 0,248$). Wykazano natomiast istotną redukcję filtracji kłębuszkowej w grupie badanej (111,67 vs. 102,46, $p = 0,002$), która silnie korelowała ze współczynnikiem talia-pas WHR ($p < 0,001$). Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji z indeksem masy ciała BMI ($p = 0,319$). **Wnioski:** otyłość jest czynnikiem przyspieszającym redukcję filtracji kłębuszkowej w nefropatii cukrzycowej. Współczynnik talia-pas (WHR) lepiej charakteryzuje stopień ryzyka niż wskaźnik masy ciała (BMI).

Słowa kluczowe: cukrzyca, nefropatia cukrzycowa, otyłość, współczynnik talia-pas.

Summary Obesity is an established pathogenic factor in development of diabetes. In recent years a number of articles has addressed the issue of renal impairment caused by obesity in type 2 diabetes. Widely employed parameters characterizing obesity are body mass index (BMI) and waist-hip ratio (WHR). **Purpose of the study** was to determine correlations between basic parameters of obesity and degree of deficit in glomerular filtration in the initial phase of diabetic nephropathy. **Study group** consisted of 34 patients with type 2 diabetes (mean age 62.26 ± 9.92 years) and nephropathy at the stage of microalbuminuria (albumin excretion 30–300 mg/day). Eleven patients with arterial hypertension without diabetes were regarded as controls. Obesity parameters were calculated at the onset of the study: BMI and WHR as well as albuminuria was measured and glomerular filtration (GFR) estimated using Cockcroft-Gault formula. Following 24 months albuminuria and GFR were assessed again. Results were standardized by adjusting to 1 month of observation. Nonparametric Spearman correlation coefficient was used for statistical analysis. **Results:** no significant increase in albuminuria was detected in the study group (42.61 vs. 44.96 $\mu\text{g}/\text{min}$; $p = 0.248$). Nonetheless a remarkable reduction of GFR was noted in this group (111.67 vs. 102.46 ml/min; $p = 0.002$), strongly correlating with WHR ($p < 0.001$). No statistically significant correlation was found with the BMI ($p = 0.319$). **Conclusions:** obesity is accelerating reduction of GFR in diabetic nephropathy. WHR is a better predictor of risk of renal damage than the BMI.

Key words: diabetes mellitus, diabetic nephropathies, obesity, waist-hip ratio.

Otyłość staje się coraz większym problemem zdrowotnym w skali całego świata. Szacuje się, że w Europie nadwagę ma około 60% ludności i otyłość prawie 20%. W Stanach Zjednoczonych sytuacja przedstawia się jeszcze mniej korzystnie: nadwagę ma 65%, a otyłość około 30% ludności [1]. W Polsce sytuacja przedstawia się nie lepiej. Nadwagę ma około 52% populacji naszego kraju [1, 2]. Epidemia nadwagi i otyłości dotyczy w coraz większym stopniu także dzieci. W Wielkiej Brytanii w 1994 r. stwierdzono je u 15%, a w 1998 r. aż u 22% dzieci w wieku 10 lat [1, 3].

Nadwaga i otyłość od lat stanowi uznany czynnik ryzyka rozwoju miażdżycy i jej powikłań w postaci choroby niedokrwiennej serca, choroby naczyń mózgowych, a także cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki lipidowej. Poprzez udział w metabolizmie hormonów wyraźny jest także jej związek ze zwiększoną częstością występowania nowotworów macicy, sutka i gruczołu krokowego.

Klasycznym parametrem charakteryzującym otyłość jest wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI). Od kilkunastu lat coraz większą popularność zdobywa współczynnik talia-biodro (waist-hip ratio – WHR) reprezentujący tzw. otyłość brzuszną. W świetle licznych badań jest on lepszym niż wskaźnik masy ciała (BMI) predyktorem rozwoju cukrzycy [4], a także schorzeń sercowo-naczyniowych [5, 6].

Wpływ otyłości na schorzenia nerek jest stosunkowo nowym zagadnieniem.

Korzystając z bazy Medline autorom udało się odnaleźć jedynie około 30 prac na ten temat z okresu ostatnich piętnastu lat. Niemalże jedynym analizowanym parametrem charakteryzującym otyłość był wskaźnik masy ciała (BMI), a wyjątkowo tylko współczynnik talia-pas [7].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było porównanie wskaźnika masy ciała BMI i współczynnika talia-pas WHR i ich ocena jako predyktorów postępu nefropatii i chorych na cukrzycę typu 2.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 34 pacjentów z cukrzycą typu 2, u których w czasie uprzedniej hospitalizacji w Oddziale Nefrologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego stwierdzono wydalanie albumin w granicach od 30 do 300 mg/dobę, co odpowiadało mikroalbuminurii według klasyfikacji Mogensena [8]. Grupę kontrolną stanowiło 11 pacjentów z łagodnym nadciśnieniem bez współistniejącej cukrzycy.

W początkowym etapie badania dokonano pomiarów wagi, wzrostu, obwodu pasa i obwodu bioder. Wyliczono wskaźniki BMI i WHR. Oznaczono wydalanie albumin w przeliczeniu na minutę oraz oznaczono filtrację kłębuszkową według wzoru Cockrofta-Gaulta [9].

Badania funkcji nerek powtórzono po około 24 miesiącach. Z uwagi na różniący się u poszczególnych pacjentów czas obserwacji uzyskane wyniki poddano standaryzacji, przeliczając je na jeden miesiąc obserwacji.

Oceny istotności różnic wartości albuminurii i klirensu kreatyniny na początku i na końcu badania dokonano, korzystając z testu Wilcoxon dla prób powiązanych.

Dla oceny wzajemnej współzależności parametrów nerkowych i antropometrycznych wykorzystano nieparametryczny test korelacji Spearmana.

Wyniki

W teście Wilcoxon dla prób powiązanych wykazano, że nie ma różnicy w wielkości wydalania albumin na początku i na końcu badania ($p = 0,248$), w związku z czym nie analizowano dalej tego parametru.

Nie stwierdzono także różnicy istotnej statystycznie pomiędzy wartością początkową i końcową klirensu kreatyniny ($p = 0,929$). Natomiast stwierdzono taką różnicę w grupie badanej ($p = 0,002$).

W teście nieparametrycznym Spearmana stopień redukcji filtracji kłębuszkowej bardzo silnie korelował ze współczynnikiem talia-pas WHR. Nie odnotowano natomiast istotnej statystycznie korelacji ze wskaźnikiem masy ciała BMI.

Dyskusja

Uznanymi wyznacznikami postępu nefropatii cukrzycowej tradycyjnie są: wzmożone wydalanie białka mogące przybierać rozmiary od mikroalbuminurii aż do zaawansowanych postaci zespołu nerczycowego, zmiany filtracji kłębuszkowej począwszy od fazy hiperfiltracji, a następnie stałej jej utraty aż do wielkości typowej dla schyłkowej niewydolności nerek oraz narastające systematycznie ciśnienie tętnicze. Zmiany te współistnieją ze sobą i stopniowo nasilając się, prowadzą w części przypadków do schyłkowej niewydolności nerek.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat ukazało się bardzo wiele doniesień oceniających wydalanie albumin w nefropatii cukrzycowej, zależności od innych czynników i stosowanego leczenia. Większość z tych badań wypadła zgodnie z oczeki-

Tabela 1. Dane antropometryczne – wartości początkowe

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Wzrost [cm]						
Grupa kontrolna	11	165,64	164,00	145,00	179,00	9,36
Grupa badana	34	162,54	162,00	145,00	188,00	12,05
Waga [kg]						
Grupa kontrolna	11	81,36	75,00	62,00	120,00	15,86
Grupa badana	34	86,51	86,00	57,00	122,00	15,84
Obwód pasa [cm]						
Grupa kontrolna	11	98,55	95,00	90,00	119,00	8,57
Grupa badana	34	104,09	106,00	70,00	124,00	11,78
Obwód bioder [cm]						
Grupa kontrolna	11	103,27	102,00	98,00	120,00	6,05
Grupa badana	34	107,53	106,50	96,00	121,00	7,75
BMI [kg/m²]						
Grupa kontrolna	11	29,52	27,89	26,03	40,09	4,16
Grupa badana	34	32,82	32,11	24,03	45,29	5,34
WHR [cm/cm]						
Grupa kontrolna	11	0,95	0,94	0,92	1,01	0,03
Grupa badana	34	0,97	0,96	0,89	1,08	0,05

Tabela 2. Wydalanie albumin z moczem – wartości początkowe

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Grupa badana [µg/min]	34	42,61	22,83	6,77	177,16	42,44

Tabela 3. Wydalanie albumin z moczem – wartości końcowe

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Grupa badana [µg/min]	26	44,96	16,50	6,20	245,50	56,33

Tabela 4. Wydalanie albumin – porównanie wartości początkowej i końcowej w całej grupie i obu podgrupach (test Wilcoxon)

	Parametry	N ważnych	T	Z	poziom p
Cała grupa	ALB_01 & ALB_02	26	130	1,156	0,248

Tabela 5. Klirens kreatyniny – wartości początkowe

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Grupa kontrolna	11	90,11	83,21	45,47	150,00	30,43
Grupa badana	34	111,67	103,55	48,91	219,78	44,71

Tabela 6. Klirens kreatyniny – wartości końcowe

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Grupa kontrolna	11	90,41	88,76	36,68	145,50	31,90
Grupa badana	30	102,46	90,15	52,60	159,15	35,97

Tabela 7. Klirens kreatyniny – porównanie wartości początkowej i końcowej w całej grupie i obu podgrupach (test Wilcoxon)

	Parametry	N ważnych	T	Z	poziom p
Grupa kontrolna	KLIR_01 & KLIR_02	11	32	0,089	0,929
Grupa badana	KLIR_01 & KLIR_02	24	39	3,171	0,002

Tabela 8. Dane końcowe – zmiana klirensu kreatyniny (Δ) w ciągu badania w przeliczeniu na 1 miesiąc

	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Grupa kontrolna	11	-0,15	-0,08	-1,48	0,65	0,62
Grupa badana	23	-0,60	-0,39	-3,28	0,72	0,87

Tabela 9. Korelacje pomiędzy wskaźnikami funkcji nerek i parametrami antropometrycznymi

	N ważnych	R Spearman	t(N-2)	poziom p
Δ _KLIR_M & WHR_01	21	-0,698	-4,247	< 0,001
Δ _KLIR_M & BMI_01	23	-0,217	-1,021	0,319

waniami. Stosunkowo rzadko pojawiały się prace, w których nie obserwowano spodziewanego wzrostu lub spadku wydalania albumin. W 1997 r. w tytule jednej z prac opublikowanej przez zespół H. Parvinga znalazło się wiele mówiące sformułowanie: „*Surrogate endpoints and renal protection: focus on microalbuminuria*” [10].

Rzeczywiście, wydaje się, że bardziej przydatnym parametrem charakteryzującym funkcję nerek jest współczynnik filtracji kłębuszkowej, bardziej odzwierciedlający pracę całego narządu, a lepszym punktem końcowym jest zmiana wielkości filtracji kłębuszkowej lub rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego [11].

Niewątpliwie ważnym punktem w dyskusji na ten temat była niedawna publikacja pracy zespołu A. Krolewskiego [12], w której opisano 6-letnią obserwację 386-osobowej grupy chorych z cukrzycą typu 1 z pozornie (jak się potem okazało) utrwaloną mikroalbuminurią. Uzyskane wyniki z jednej strony są zgodne z dotychczasową wiedzą: redukcja wydalania albumin jest możliwa na drodze wieloczynnikowego postępowania obejmującego m.in. normalizację glikemii, ciśnienia tętniczego oraz zaburzeń lipidowych. Z drugiej zaś strony zaskakują: leczenie inhibitorami ACE nie koreluje ze zmniejszeniem wydalania albumin oraz: zwiększony poziom wydalania albumin nie jest wskaźnikiem dalszego rozwoju nefropatii. Podobnie brzmią wyniki naszej pracy:

w dwuletniej obserwacji chorych z niezaawansowaną nefropatią cukrzycową nie obserwowano znamienego przyrostu wydalania albumin, stwierdzono natomiast znamiennej redukcję filtracji kłębuszkowej.

Ciekawym i częściowo potwierdzonym w nielicznych jeszcze doniesieniach jest stwierdzenie większej przydatności współczynnika talia-pas WHR jako predyktora utraty filtracji kłębuszkowej niż indeksu masy ciała BMI. Wydaje się, że jego znaczenie jest niedoceniane i wobec możliwości jego modyfikacji leczniczej wszechstronna analiza jego udziału w patologii nefropatii cukrzycowej byłaby bardzo potrzebna.

Wnioski

1. W przeprowadzonej 24-miesięcznej obserwacji grupy pacjentów z niezaawansowaną nefropatią cukrzycową parametrem lepiej odzwierciedlającym postęp schorzenia okazała się filtracja kłębuszkowa. Obserwowano jej znaczącą redukcję w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną.
2. Otyłość jest ważnym czynnikiem patogenezy postępu nefropatii cukrzycowej. Współczynnik talia-pas WHR okazał się lepszym jej predyktorem niż indeks masy ciała BMI.

Piśmiennictwo

1. Włodarek D. Otyłość – czynniki wpływające na rozwój otyłości. *Medycyna po Dyplomie* 2004; 13: 103–108.
2. Gaciong Z. Otyłość, nadciśnienie tętnicze i zespół insulinooporności. *Adv Clin Exp Med* 2003; 12: 101–104.
3. Raben A. Jumboise Europe? European Union conference on obesity calls for immediate action. *Scand J Nutr* 2003; 47: 29–38.
4. Daniel M, Marion SA, Sheps SB, Hertzman C, Gamble D. Variation by body mass index and age in waist-to-hip ratio associations with glycemic status in an aboriginal population at risk for type 2 diabetes in British Columbia, Canada. *Am J Clin Nutr* 1999; 69: 455–460.
5. Sigal RJ, Freire MB, Krolewski AS. Could differences in body mass index and/or insulin sensitivity explain the association between parental diabetic nephropathy and risk of diabetes in offspring? *Diabetologia* 1995; 38: 1486–1487.
6. Dalton M, Cameron AJ, Zimmet PZ et al. Waist circumference, waist-hip ratio and body mass index and their correlation with cardiovascular disease risk factors in Australian adults. *J Intern Med* 2003; 254: 555–563.
7. Jee SH, Lee SY, Nam CM, Kim SY, Kim MT. Effect of smoking on the paradox of high waist-to-hip ratio and low body mass index. *Obes Res* 2002; 10: 891–895.
8. Mogensen CE, Keane WF, Bennett PH et al. Prevention of diabetic renal disease with special reference to microalbuminuria. *Lancet* 1995; 346: 1080–1084.
9. Sampson MJ, Drury PL. Accurate estimation of glomerular filtration rate in diabetic nephropathy from age, body weight, and serum creatinine. *Diabetes Care* 1992; 15: 609–612.
10. Epstein M, Parving HH, Ruilope LM. Surrogate endpoints and renal protection: focus on microalbuminuria. *Blood Press Suppl* 1997; 2: 52–57.
11. Sawicki PT, Programmes Working Group T. Stabilization of glomerular filtration rate over 2 years in patients with diabetic nephropathy under intensified therapy regimes. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 1890–1899.
12. Perkins BA, Ficociello LH, Silva KH, Finkelstein DM, Warram JH, Krolewski AS. Regression of microalbuminuria in type 1 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 2285–2293.

Adres Autorów:

Oddział Nefrologiczny z Pododdziałem Transplantologicznym i Stacją Dializ

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

ul. Kamieńskiego 73a

51-124 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PREWENCJA CUKRZYCY I JEJ POWIKŁAŃ ORAZ OPTIMALIZACJA OPIEKI
PREVENTION OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

Stan opieki diabetologicznej a kształcenie lekarzy rodzinnych*

Diabetological care state and education of family physicians

ANNA ABRAMCZYK¹, ZBIGNIEW HRUBY², WIESŁAW PRUSEK¹

¹ Z Zakładu Pediatrii Społecznej Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej
we Wrocławiu

Kierownik: prof. zw. dr hab. Wiesław Prusek

² Z Oddziału Nefrologicznego z Pododdziałem Transplantologii i Stacją Dializ Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu
Ordynator: prof. dr hab. Zbigniew Hruby

Streszczenie Prognozy dotyczące chorobowości z powodu cukrzycy w różnych regionach świata wskazują na stały i epidemiczny wzrost zachorowań. W Polsce na cukrzycę choruje ponad 2 miliony osób. Wskaźnik zapadalności na tę chorobę wynosi około 4–6% i wykazuje tendencję wzrostową. Wśród osób z cukrzycą około 50% stanowią osoby nie ujęte w rejestrach instytucji medycznych, z cukrzycą nieznaną i nieobjętą procesem leczenia. Cukrzyca ze względu na liczne powikłania, do których prowadzi, jest istotnym obciążeniem dla całkowitego budżetu służby zdrowia i powoduje podwojenie kosztów opieki zdrowotnej. Postrzegana jako jedno z głównych zagrożeń i problemów zdrowia publicznego, stawia przed organizatorami opieki zdrowotnej szczególne zadania. Mimo wdrażania zaleceń podstawowego dokumentu, jakim jest Deklaracja z St. Vincent, określającego kierunki rozwoju nowej opieki diabetologicznej w Europie i Polsce, wiele spośród wyznaczonych celów nie zostało osiągniętych. W pracy przedstawiono główne problemy w opiece nad chorym z cukrzycą i propozycję dotyczącą kształcenia lekarzy rodzinnych.

Słowa kluczowe: cukrzyca, problemy pacjentów, kształcenie, lekarz rodzinny.

Summary Forecasts concerning the morbidity rate due to diabetes in various regions of the world indicate continuous and epidemic increase in falling illness. In Poland, more than 2 million people are ill with diabetes. The morbidity ratio for this disease amounts to ca. 4–6% and shows an increasing trend. Among persons with diabetes, ca. 50% are those not covered by medical organisation records, with diabetes not known and not covered by the treatment process. Due to numerous complications implied by diabetes, it is a significant burden for the health care budget and results in doubling the health care costs. Diabetes recognised as one of the main threats and problems of the public health sets up special tasks for the health care organisers. In spite of implementation of the recommendations of the basic document, i.e. the St. Vincent Declaration, defining the development directions of the new diabetological care in Europe and in Poland, many of the goals determined have not been achieved yet. The paper presents the main problems in health care and a proposal concerning family physician training.

Key words: diabetes, patients' problems, training, family doctor.

Wstęp

Prognozy dotyczące chorobowości z powodu cukrzycy w różnych regionach świata wskazują na stały i epidemiczny wzrost zachorowań [1].

Szacuje się, że liczba chorych z cukrzycą na świecie ze 135 mln w 1995 r. wzrośnie do 300 mln w 2025 r., a wzrost zachorowań będzie wynosił 42% w krajach rozwiniętych i 170% w krajach rozwijających się. Ponadto do roku 2025 po-

* Praca wykonana w ramach projektu nr 6P05D02320, finansowanego przez Komitet Badań Naukowych w latach 2001–2004.

nad 75% osób z cukrzycą będzie zamieszkiwać kraje rozwijające się [2].

W Polsce na cukrzycę choruje ponad 2 miliony osób. Wskaźnik zapadalności na tę chorobę wynosi około 4–6% i wykazuje tendencję wzrostową. Wśród osób z cukrzycą około 50% stanowią osoby nie ujęte w rejestrach instytucji medycznych, z cukrzycą nieznaną i nieobjętą procesem leczenia [3]. Ze względu na liczne powikłania, do których prowadzi, jest istotnym obciążeniem i pochłania około 5–8% budżetu służby zdrowia.

Cukrzyca z powodu chorób sercowo-naczyniowych stanowi przyczynę około 80% zgonów wśród diabetyków [1]. Ze względu na wielkość obciążenia społecznego zajmuje drugie miejsce po chorobie niedokrwiennej serca [1]. Z szacunkowych danych wynika, że obecność cukrzycy powoduje podwojenie kosztów opieki zdrowotnej [4]. Cukrzyca jest postrzegana jako jedno z głównych zagrożeń i problemów zdrowia publicznego i stawia przed organizatorami opieki zdrowotnej szczególne zadania.

Mimo wdrażania zaleceń podstawowego dokumentu, jakim jest Deklaracja z St. Vincent (1989), określającego kierunki rozwoju nowej opieki diabetologicznej w Europie i Polsce wiele spośród wyznaczonych celów nie zostało osiągniętych [5].

Nadal bowiem [3, 5]:

- cukrzyca stanowi poważny problem społeczny i medyczny,
- między krajami, regionami, a także lokalnymi społecznościami istnieją różnice w wynikach leczenia cukrzycy,
- ze względu na postępujący wzrost zapadalności cukrzyca stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia, aktywności funkcjonalnej i życia,
- jest jedną z głównych przyczyn ślepoty i schyłkowej choroby nerek,
- stanowi najczęstszą przyczynę amputacji kończyn dolnych,
- powoduje wzrost ryzyka choroby niedokrwiennej serca,
- zwiększa ryzyko udaru mózgu,
- zagraża rozwojowi płodu,
- stanowi poważne obciążenie ekonomiczne dla pacjentów, rodzin oraz całego społeczeństwa [6],
- w Polsce, w środowisku wiejskim, około 70% przypadków cukrzycy nie jest objętych systemem rejestracji, diagnozy i leczenia [7].

Priorytetowym zadaniem w zakresie poprawy jakości opieki diabetologicznej od wielu lat jest między innymi dobre wykształcenie i przygotowanie personelu do wdrażania standardów opieki diabetologicznej na każdym jej poziomie [8].

Podstawowym bowiem ogniwem systemu opieki zdrowotnej także w opiece diabetologicznej jest podstawowa opieka zdrowotna, oparta na instytucji

lekarza rodzinnego i zobowiązana do realizacji zaleceń w zakresie opieki diabetologicznej.

Udział lekarzy rodzinnych w realizacji zadań wynikających z Deklaracji z St. Vincent wymaga przygotowania do właściwego postrzegania i stosowania w codziennej praktyce działań wchodzących w zakres opieki diabetologicznej. Termin „opieka” łączy wiele znaczeń. Zakres znaczeniowy tego określenia obejmuje takie pojęcia, jak: troska, ostrożność, szacunek, nadzór, pieczołowitość, pielęgnowanie, zabezpieczenie, leczenie, wspieranie, ochrona, czujność, gotowość do działania oraz wychowanie [9]. Opieka diabetologiczna obejmuje zatem wiele innych niż tylko leczenie działań i podobnie jak opieka zdrowotna powinna być:

- dostępna dla wszystkich pacjentów bez względu na ich stan materialny,
 - realizowana w pobliżu miejsca zamieszkania,
 - zgodna z potrzebami pacjenta i jego rodziny, osób wspomagających w opiece,
 - obejmować świadczenia diagnostyczne zorientowane na wczesne wykrywanie ryzyka cukrzycy, objawów oraz powikłań,
 - obejmować działania lecznicze, rehabilitacyjne, promocję zdrowia, przeciwdziałanie powikłaniom,
 - realizować działania skoordynowane z opieką specjalistyczną otwartą i szpitalną oraz innymi służbami sektora publicznego,
 - otwarta na współpracę ze społecznością lokalną i wspierana przez system samopomocy.
- W realizacji opieki diabetologicznej lekarz rodzinny:
- traktuje pacjenta jako chorego przewlekle i nie ogranicza się do leczenia pojedynczych epizodów wynikających z nasilenia powikłań,
 - realizuje opiekę wobec pacjenta bez względu na wiek, płeć, poziom wykształcenia, ilość i poziom zaawansowania powikłań,
 - stosuje wiedzę opartą na dowodach,
 - uwzględnia aktywny udział osób z cukrzycą i zapewnia chorym dostęp do informacji o ich stanie zdrowia [10],
 - realizuje opiekę uwzględniając jej aspekt biologiczny, psychologiczny, socjoekonomiczny oraz zaspokajają potrzeby pacjentów, przy wykorzystaniu aktualnej wiedzy, umiejętności i dostępnych środków,
 - wszędzie tam, gdzie problemy i potrzeby pacjenta przekraczają jego poziom kompetencji, przyjmuje rolę koordynatora opieki świadczonej przez specjalistów lub innych profesjonalistów systemu opieki zdrowotnej,
 - postrzega pacjenta jako członka społeczności rodziny, podlegającego wpływom rodziny w aspekcie biologicznym, psychologicznym i socjalnym oraz wspiera go w powiązaniu z jego sytuacją rodzinną i środowiskową,

- podejmuje działania w celu wzmocnienia zdrowia i zapobiegania negatywnym następstwom cukrzycy.

Cel pracy

Celem pracy jest określenie zakresu przygotowania lekarzy rodzinnych do realizacji opieki diabetologicznej na poziomie POZ w kontekście stanu opieki nad chorym z cukrzycą.

Podstawę do przygotowania lekarzy rodzinnych do realizacji zadań wynikających z opieki nad chorym z cukrzycą stanowi kształcenie przed- i podyplomowe.

Konieczność weryfikacji i modyfikacji kształcenia lekarzy rodzinnych w zakresie opieki diabetologicznej wynika ze stale wzrastającej zapadalności na tę chorobę, będącej wyrazem braku skuteczności dotychczasowych metod prewencji oraz licznych problemów, ustalonych podczas weryfikacji stanu opieki nad chorym z cukrzycą w kraju.

Materiał i metody

Badania dla celów pracy obejmowały:

- ukierunkowany wywiad pielęgniarski, przeprowadzony w środowisku domowym chorego z cukrzycą, pozwalający na odnotowanie informacji na temat: poziomu wykształcenia, wyposażenia i warunków niezbędnych do prowadzenia samokontroli, dostępności usług z zakresu opieki specjalistycznej (lekarza w poradni diabetologicznej), poziomu wiedzy pozwalającej na aktywny udział w leczeniu cukrzycy, zachowań zdrowotnych istotnych z punktu leczenia cukrzycy, trudności w leczeniu, objawów somatycznych i psychoemocjonalnych, sytuacji socjalnej,
- pielęgniarską, wstępną w stosunku do badania lekarskiego, ocenę poziomu sprawności i samodzielności osób z cukrzycą,
- pomiary antropometryczne w celu oceny wskaźnika BMI i WHR,
- analizę dokumentacji medycznej pod kątem informacji na temat: rodzaju cukrzycy, dodatkowych chorób wymagających leczenia, zdarzeń wskazujących na stabilność glikemii,
- badania biochemiczne: glikemii, glukozurii, ketonurii, mikroalbuminurii, stężenia cholesterolu całkowitego w oparciu o testy paskowe oraz badanie stężenia HbA1c, kreatyniny – metodą laboratoryjną.

Spośród losowo wybranych, przygotowanych do badań, 74 zakładów POZ w kraju prezentowany materiał badawczy pochodzi z 61 zakładów podstawowej opieki zdrowotnej ze względu na to,

że nie otrzymano materiału badawczego z 13 zakładów, co stanowi 27,6% ogółu przygotowanych.

Przedstawione w pracy wyniki odnoszą się do 215 osób wybranych w drodze losowania systematycznego, spośród uczestniczących w badaniach ogólnokrajowych 1986 pacjentów z cukrzycą.

Wśród badanej populacji 65,6% pacjentów pochodzi z terenu (powiatu), w którym w okresie badań funkcjonowała poradnia diabetologiczna.

Zdecydowaną większość wśród pacjentów uczestniczących w badaniach stanowiły kobiety (62%) w stosunku do 38% mężczyzn, osoby zamieszkujące w mieście (59%) niż na wsi 41%. Najczęściej badane osoby zamieszkiwały wraz z rodziną (86,5%), a nieco częściej niż co dziesiąty pacjent mieszkał sam (12,1%). Niewielki odsetek diabetyków (1,4%) wskazywał na zamieszkiwanie wraz z osobami nie będącymi rodziną.

Z analizy struktury wieku badanych osób wynika, że 6,5% stanowili pacjenci w wieku od 16 do 40 lat, 48,3% osoby w wieku 41–64 lat, a diabetycy w wieku powyżej 64 roku życia stanowili 45,1% ogółu badanych.

Wśród badanej populacji średnia wartość wieku osób z cukrzycą wynosiła 60,5 lat \pm 12,7.

Z analizy poziomu wykształcenia pacjentów z cukrzycą wynika, że najliczniejszą grupę (49,8%) stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym, niepełnym podstawowym oraz nieobjęte procesem edukacji szkolnej. Prawie co trzeci pacjent miał wykształcenie średnie (29,3%), a 16,2% badanych osób wskazywało na wykształcenie zasadnicze zawodowe. Osoby z wyższym wykształceniem wśród badanej populacji stanowiły jedynie 4,6% ogółu pacjentów.

Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby, które leczyły się z powodu cukrzycy od 6 do 15 lat (46,5%). Częściej niż co trzeci pacjent leczył się do 5 lat (35,3%), a prawie co piąty diabetyk ponad 15 lat (18,1%). Średni czas trwania choroby wśród badanej populacji wynosił 9,5 roku \pm 7,4.

Wśród badanych osób pacjenci z cukrzycą typu 2 stanowili 46%, a z cukrzycą typu 1 – 19,1%. W stosunku do częściej niż co trzeciego pacjenta z cukrzycą (33,4%) nie określono rodzaju choroby (typu cukrzycy). Zdecydowana większość badanych pacjentów funkcjonowała w związku małżeńskim (69,3%), a co piąty pacjent był owdowiały (20,4%). Pozostały odsetek (10,3%) stanowiły osoby niezamężne i rozwiedzione.

Wyniki badań

Przeprowadzone wśród osób z cukrzycą badania potwierdziły konieczność weryfikacji i dostosowania zakresu kształcenia lekarzy rodzinnych dla potrzeb opieki diabetologicznej ze względu na to, że:

- u większości osób z cukrzycą wskaźniki jej leczenia są znacznie podwyższone (98%),
- zdecydowana większość pacjentów wymaga leczenia dodatkowego, z powodu wielu towarzyszących cukrzycy chorób (89,3%),
- wśród większości osób z cukrzycą stwierdza się, o różnym poziomie nasilenia, ograniczenia w zakresie sprawności (89,3%), które dotyczą: kręgosłupa (75,3%), wzroku (73,3%), kończyn dolnych (70,3%), rąk (56,7%), słuchu (56,2%), pamięci (59%),
- pacjenci charakteryzują się znacznym deficytem (68,4%) i brakiem wiedzy niezbędnej do aktywnego udziału w leczeniu (27,4%),
- znakomita większość diabetyków (86,5%) popełnia liczne (60,9%) i bardzo liczne błędy w zakresie żywienia (25,6%),
- samokontrolę zgodnie z zaleceniami prowadzi tylko 20,5% chorych, nie prowadzi samokontroli 45% diabetyków, a co dziesiąty pacjent modyfikuje leczenie bez uprzedniej kontroli glikemii (11,6%),
- zdecydowana większość pacjentów, o zróżnicowanym w odniesieniu do poszczególnych osób poziomie, nie zna wskaźników stanu swojego zdrowia (63,8%),
- co drugi pacjent zgłasza zaburzenia (wymagające weryfikacji przez lekarza) w zakresie stanu psychoemocjonalnego (49,8%),
- problemy w stosowaniu zaleceń wymaganych w leczeniu cukrzycy zgłasza co drugi chory (47%),
- na występowanie dolegliwości somatycznych od ponad 2 tygodni uskarża się 38,1% osób z cukrzycą,
- co trzeci pacjent zaniedbuje wizyty u lekarza, badania diagnostyczne lub przyjmowanie leków w cukrzycy (34%),
- częściej niż co dziesiąty pacjent pali tytoń (12,1%), a 8,4% diabetyków pije alkohol i pali papierosy,
- ze względu na ograniczenia funkcjonalne, 45% chorych wymaga pomocy w leczeniu cukrzycy,
- zdecydowana większość osób z cukrzycą nie stosuje zaleceń dotyczących aktywności fizycznej (70,3%),
- prawie co drugi pacjent w ciągu ostatniego roku doświadczył zdarzeń wskazujących na brak stabilności glikemii (48,4%),
- co drugi chory ze względu na problemy finansowe dokonuje wyboru między leczeniem cukrzycy a wydatkami związanymi z codzienną egzystencją (51,6%),
- u co trzeciego chorego nie jest znany typ cukrzycy (33,4%),
- prawie co drugi diabetyk nie ma większego wykształcenia niż podstawowe (49,8%),
- znaczny odsetek osób z cukrzycą jest w wieku geriatrycznym (45%),

- pacjenci ze znacznym deficytem w zakresie sprawności (niewystarczającą lub jej brakiem) częściej wskazują na brak korzystania z opieki specjalistycznej, świadczonej przez lekarza w poradni diabetologicznej (51,1%).

Niekompletne wyniki wskazujące na stan opieki nad chorym z cukrzycą i brak materiału badawczego z 16 zakładów POZ potwierdzają obecność trudności organizacyjnych, dotyczących współpracy na płaszczyźnie: lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa, pacjent.

Wnioski

Przeprowadzone dzięki rzetelnej współpracy lekarzy rodzinnych, pielęgniarek środowiskowych i pacjentów badania pozwalają stwierdzić, że usprawnienie opieki nad chorym z cukrzycą wymaga przygotowania lekarzy rodzinnych do:

- diagnozowania sytuacji psychosocjomedycznej osób z cukrzycą, przy współpracy z odpowiednio przygotowaną pielęgniarką środowiskowo-rodzinną specjalizującą się w opiece nad chorym z cukrzycą,
- roli członka zespołu terapeutycznego współpracującego ze specjalistami, przedstawicielami opieki socjalnej, pielęgniarką środowiskową i społecznością lokalną,
- rozwiązywania problemów psychosocjomedycznych osób z cukrzycą,
- udziału w edukacji osób z cukrzycą i z różnym poziomem wykształcenia,
- udziału w promocji zdrowia osób z cukrzycą oraz w grupie szczególnego jej ryzyka, przez kształtowanie i utrwalanie u pacjentów pozytywnych zachowań zdrowotnych,
- identyfikacji problemów i ograniczeń dotyczących leczenia i dbałości o zdrowie wśród osób z cukrzycą oraz w grupie jej ryzyka,
- zapobiegania powikłaniom cukrzycy, przez intensywne leczenie, kontrolę wskaźników leczenia, wczesną identyfikację objawów powikłań i leczenie rozpoznanych zaburzeń,
- udziału w procesie rehabilitacji, obejmującego wczesną identyfikację ograniczeń w zakresie sprawności narządów, procesów, zmysłów, wczesne usprawnianie osób z rozpoznaniem deficytem w zakresie sprawności oraz kompensację powstałego w wyniku powikłań deficytu sprawności, przez zastosowanie odpowiednich środków i sprzętu ortopedycznego,
- współpracy ze społecznością lokalną, pacjentem, jego rodziną, przedstawicielami opieki społecznej, zespołem POZ składającym się z pielęgniarki specjalizującej się w opiece diabetologicznej, edukatora w cukrzycy, psychologa, rehabilitanta oraz innych profesjonalistów, których udział w zespole determinowa-

- ny jest sytuacją psychosocjomedyczną osób z cukrzycą,
- dokonywania oceny efektów opieki diabetologicznej, której wskaźnikami są nie tylko poziom wykonanych badań, ich wartości, ale także poziom świadomości zdrowotnej pacjentów, zachowania zdrowotne, udział w samokontroli, poziom ograniczeń w zakresie sprawności i samodzielności, kompleksowość opieki, wynikająca z dostępności dla pacjentów opieki specjalistycznej i socjalnej oraz poziom zapadalności na cukrzycę,
 - ustawicznego kształcenia i samokształcenia w zakresie zapobiegania głównym zagrożeniom zdrowia publicznego, wśród których dominuje: cukrzyca, niesprawność, zaburzenia psychoemocjonalne,
 - reprezentowania problemów osób z cukrzycą oraz w grupie ryzyka tej choroby, na forum społeczności lokalnej, gminy, powiatu, województwa i rządu,
 - oddziaływania na politykę państwa, system opieki zdrowotnej, edukacji, politykę społeczną, w zakresie przeciwdziałania zagrożeniom zdrowia, niesprawności osób z cukrzycą i jej ryzykiem.

Podsumowanie

- Udział odpowiednio przygotowanych lekarzy rodzinnych do realizacji opieki diabetologicznej w obecnym systemie funkcjonowania opieki zdrowotnej i sytuacji pacjentów pozwoli na wdrażanie zaleceń polityki zdrowotnej dla wszystkich w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia, zawartej w programie „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, a szczególnie realizację celów [2, 5, 8, 12, 16, 21] poświęconych [11]:
- zmniejszeniu różnic w stanie zdrowia zależnych od dochodu,
 - poprawie zdrowia psychicznego,
 - redukcji chorób nie zakaźnych (cukrzyca) i przygotowaniu pacjentów do samoopieki,
 - redukcji szkodliwych skutków będących następstwem spożywania alkoholu i palenia tytoniu,
 - zarządzaniu na rzecz jakości opieki zdrowotnej i pomocy w określaniu środków, które należy przeznaczyć, aby sprostać wymaganiom wobec sektora zdrowia,
 - oddziaływaniu na politykę państwa i wskazywaniu korzyści wynikających z zapobiegania cukrzycy i jej powikłaniom.

Piśmiennictwo

1. Winer N, Sowers JR. Epidemiology of diabetes. *J Clin Pharmacol* 2004; 44: 397–405.
2. King H, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998; 21(9): 1414–1431.
3. Czech A. Kształowanie nowej opieki diabetologicznej. Program optymalizacji opieki diabetologicznej w Polsce na lata 2002–2005, główne zadania dla diabetologów, instytucji medycznych i konsultantów wojewódzkich. *Med Metabol* 2002; 6(3): 61–66.
4. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2002. Report from the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2003; 26: 917–932.
5. Tatoń J. Zasady kształtowania dobrych usług leczniczych dla pacjentów z cukrzycą w Europie i w Polsce: spojrzenie w przyszłość. *Med Metabol* 2001; 5(3): 3–14.
6. Guthrie DW, Bartsocas Ch, Jarosz-Chobot P, Konstantinova M. Psychosocial issues for children and adolescent with diabetes overview and recommendations. *Diabetes Spectrum* 2003; 16: 7–12.
7. Tatoń J. Diabetologia społeczna jako wyłaniający się kierunek badań i działań. *Med Metabol* 2002; 6(4): 10–13.
8. Tatoń J. Podstawowe zasady kształtowania dobrych usług leczniczych dla pacjentów z cukrzycą: jakościowa perspektywa reformy opieki zdrowotnej. *Med Metabol* 1999; 3: 8–18.
9. Szymczak M. *Słownik języka polskiego*. Warszawa 1992.
10. Hillson R. *Cukrzyca. Praktyczne zasady opieki*. Bielsko-Biała: α-medica press; 1997.
11. *Europejskie zdrowie dla wszystkich 1998*. Seria nr 6. Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia, Kopenhaga.

Adres I Autora:

Zakład Pediatrii Społecznej,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Samokontrola pacjentów z cukrzycą i jej uwarunkowania*

Self-control of patients with diabetes and its conditions

ANNA ABRAMCZYK¹, ZBIGNIEW HRUBY²

¹ Z Zakładu Pediatrii Społecznej Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. zw. dr hab. Wiesław Prusek

² Z Oddziału Nefrologicznego z Pododdziałem Transplantologii i Stacją Dializ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu
Ordynator: prof. dr hab. Zbigniew Hruby

Streszczenie Samokontrola stanowi nieodłączny element leczenia cukrzycy. Udział pacjenta w samokontroli pozwala mu określić wpływ, jaki wywierają na poziom glikemii: jego sposób żywienia, aktywność fizyczna, przyjmowane leki, stres, obecność dodatkowych chorób. Analiza zachowań osób z cukrzycą w zakresie samokontroli wskazała, że regularnie bada glikemię i modyfikuje leczenie tylko 20,3% diabeetyków, co dziesiąty pacjent z cukrzycą podejmuje działania ryzykowne dla zdrowia i życia, modyfikując leczenie bez kontroli glikemii (11,8%). W pracy scharakteryzowano czynniki warunkujące zachowania pacjentów w zakresie samokontroli.

Słowa kluczowe: samokontrola, cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 2.

Summary The self-control is an inseparable diabetes treatment component. The patient's share in the self-control enables him or her to define the impact of the nutrition way, physical activity, medicines accepted, stress, presence of additional diseases upon the glycaemia level. The behavioural analysis for persons with diabetes within the scope of the self-control has shown that only 20.3% of diabetics test glycaemia regularly and modify their treatment, each tenth patients undertakes actions risky for their health and life, modifying their treatment without glycaemia control (11.8%). The paper characterises the factors conditioning patients' behaviour within the scope of the self-control.

Key words: self-control, diabetes of type 1, diabetes of type 2.

Wstęp

Samokontrola stanowi nieodłączny element leczenia cukrzycy. Obejmuje zespół czynności, dzięki którym pacjent z cukrzycą może kontrolować stan swojego zdrowia oraz oceniać skuteczność prowadzonego leczenia. Udział pacjenta w samokontroli pozwala mu określić wpływ, jaki wywierają na poziom glikemii jego sposób żywienia, aktywność fizyczna, przyjmowane leki, stres, obecność dodatkowych chorób [1]. Obej-

mując między innymi samodzielną kontrolę stężenia glukozy we krwi, interpretację i zdolność do podejmowania decyzji o modyfikacji leczenia w oparciu o uzyskane wyniki badań, w celu uzyskania lub utrzymania poziomu glikemii w granicach normy [2], samokontrola stanowi podstawę dialogu między lekarzem a pacjentem [1–6].

Badanie stężenia glukozy we krwi, moczu oraz oznaczanie ciał ketonowych umożliwiają pacjentom z cukrzycą codzienną kontrolę wyrównania cukrzycy [7].

* Praca wykonana w ramach projektu nr 6P05D02320, finansowanego przez Komitet Badań Naukowych w latach 2001–2004.

Na podstawie wyników badań DCCT samokontrolę zaleca się w stosunku do pacjentów, u których istnieją trudności w uzyskaniu docelowych wartości stężeń glukozy oraz u chorych przyjmujących insulinę lub leki zwiększające sekrecję insuliny (pochodne sulfonylomocznika), ponieważ samokontrola umożliwi tej grupie chorych zapobieganie i wykrywanie bezobjawowej hipoglikemii [8, 9].

Cel pracy

Celem pracy jest ustalenie czynników, które determinują udział osób z cukrzycą w prowadzeniu samokontroli.

Materiał i metody badań

Badania dla celów pracy przeprowadzono w oparciu o:

- ukierunkowany wywiad pielęgniarski przeprowadzony w środowisku domowym chorego z cukrzycą, pozwalający na odnotowanie informacji na temat: poziomu wykształcenia osób z cukrzycą, wyposażenia i warunków niezbędnych do prowadzenia samokontroli, korzystania z opieki specjalistycznej (lekarza w poradni diabetologicznej), poziomu wiedzy pozwalającej na aktywny udział w leczeniu cukrzycy,
- pielęgniarską ocenę poziomu sprawności i samodzielności osób z cukrzycą,
- badania biochemiczne: glikemii, glukozurii, ketonurii, mikroalbuminurii, stężenia cholesterolu całkowitego w oparciu o testy paskowe oraz badanie stężenia HbA1c, kreatyniny – metodą laboratoryjną,
- analizę danych udokumentowanych przez lekarza rodzinnego w karcie Diab Care pod kątem rodzaju cukrzycy, metod leczenia, prowadzenia przez pacjentów samokontroli.

Metody statystyczne

Dla cech ciągłych (wiek, czas trwania choroby, wartości badań biochemicznych) policzono wartości średnie i odchylenie standardowe.

Porównanie wartości średnich pomiędzy grupami zrealizowano za pomocą jednokierunkowej analizy wariancji oraz testu wielokrotnego porównania HSD Tukeya.

Analizę częstościową wykonano przy użyciu testu niezależności χ^2 . Jeśli nie były spełnione warunki stosowalności testu χ^2 (co najmniej jedna wartość oczekiwana była mniejsza niż 5) dokonano łączenia sąsiednich wierszy i kolumn w tabeli większej niż czteropolowej, a do tabeli czteropolowej stosowano test dokładny Fishera.

Zależność pomiędzy cechami porządkowymi badano także za pomocą rangowych współczynników korelacji Spearmana. Istotność tych współczynników weryfikowano za pomocą odpowiedniego testu t -Studenta.

Wszystkie testowane hipotezy weryfikowano na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Obliczono dokładne wartości poziomu istotności p .

Materiał badań

Prezentowany materiał badawczy pochodzi z losowo wybranych 61 zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w kraju i odnosi się do 215 osób, wybranych w drodze losowania systematycznego spośród uczestniczących w badaniach 1986 pacjentów z cukrzycą.

Wśród badanej populacji 65,6% pacjentów pochodzi z terenu (powiatu), w którym funkcjonowała w okresie badań poradnia diabetologiczna. Mniejszy odsetek chorych reprezentujących tereny, w obrębie których nie zakontraktowano w okresie badań usług z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w dziedzinie diabetologii, wynikał stąd, iż nie otrzymano materiału badawczego z 27,6% zakładów podstawowej opieki zdrowotnej, a na terenie jednego województwa nie było powiatu pozbawionego wspomnianych usług, co spowodowało mniejszy udział pacjentów w tej kategorii.

Wśród badanej populacji osoby zamieszkujące w mieście stanowiły (59%), a na wsi 41%.

Zdecydowana większość pacjentów uczestniczących w badaniach stanowiły kobiety (62%), 38% mężczyźni. Najczęściej badane osoby zamieszkiwały wraz z rodziną (86,5%), a nieco częściej niż co dziesiąty pacjent mieszkał sam (12,1%). Z wypowiedzi badanych osób wynikało, że 1,4% pacjentów mieszkało wraz z osobami niebędącymi ich rodziną.

Z analizy struktury wieku badanych diabetyków wynika, że 6,5% stanowiły osoby w wieku od 16 do 40 lat, 48,3% pacjenci w wieku 41–64 lat, a osoby w wieku powyżej 64 roku życia stanowiły 45,1% ogółu badanych.

Wśród badanej populacji średnia wartość wieku osób z cukrzycą wynosiła 60,5 lat $\pm 12,7$. Z analizy poziomu wykształcenia pacjentów z cukrzycą wynika, że zdecydowaną większość (49,8%) stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym, niepełnym podstawowym oraz nieobjęte procesem edukacji szkolnej. Prawie co trzeci pacjent miał wykształcenie średnie (29,3%), a 16,2% badanych osób wskazywało na wykształcenie zasadnicze zawodowe. Osoby z wyższym wykształceniem wśród badanej populacji stanowiły jedynie 4,6% ogółu pacjentów.

Najliczniejszą grupę wśród badanych pacjentów stanowiły osoby, które leczyły się z powodu

cukrzyca od 6 do 15 lat (46,5%). Częściej niż co trzeci pacjent leczyl się do 5 lat (35,3%), a prawie co piąty diabetyk ponad 15 lat (18,1%). Średni czas trwania choroby wśród badanej populacji wynosił 9,5 roku $\pm 7,4$.

Wśród badanych osób pacjenci z cukrzycą typu 2 stanowili 46%, a z cukrzycą typu 1 – 19,1%. W stosunku do 33,4% osób z cukrzycą nie określono rodzaju choroby (typu cukrzyca). Zdecydowana większość badanych pacjentów z cukrzycą funkcjonowała w związku małżeńskim (69,3%), a co piąty pacjent był owdowiały (20,4%). Pozostały odsetek (10,3%) stanowiły osoby niezamężne i rozwiedzione.

Z analizy struktury metod leczenia uczestniczących w badaniach osób z cukrzycą wynika, że najczęściej stosowano monoterapię za pomocą leku doustnego (27,4%), nieco rzadziej kombinację leków doustnych (24,6%), insulinę i leki doustne (25,1%) oraz leczenie wyłącznie za pomocą insuliny (21%). Jedynie u 1,9% pacjentów ustalono leczenie tylko za pomocą diety.

Wyniki badań

Z analizy zachowań osób z cukrzycą w zakresie prowadzenia samokontroli wynika, że kontrolę glikemii prowadzi 43,4% pacjentów, co piąty regularnie bada glikemię i modyfikuje leczenie (20,3%). Na uwagę zasługuje fakt, że co dziesiąty z uczestniczących w badaniach pacjent z cukrzycą podejmuje działania ryzykowne dla zdrowia i życia, modyfikując leczenie bez kontroli glikemii (11,8%).

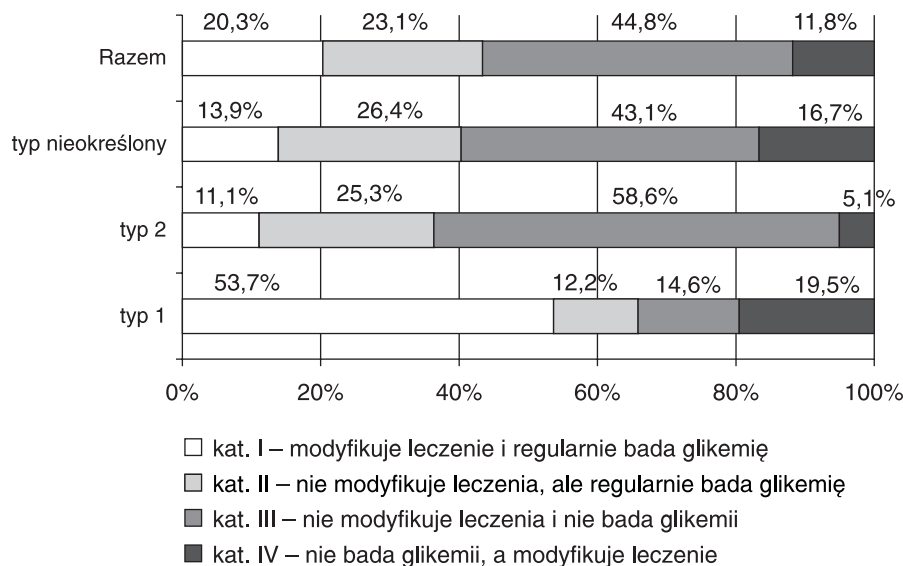
Analiza statystyczna wykazała związek badanej zmiennej z: rodzajem cukrzyca ($p < 0,001$), metodą leczenia ($p < 0,001$), poziomem wykształcenia ($p < 0,001$), poziomem glukozurii ($p = 0,035$), poziomem wiedzy ($p < 0,001$), poziomem sprawności ($p = 0,003$), wyposażeniem w testy i sprzęt ($p < 0,001$), korzystaniem z poradni diabetologicznej ($p = 0,001$).

Samokontrola glikemii częściej prowadzona jest wśród pacjentów z cukrzycą typu 1 (65,9%). Oni też częściej modyfikują leczenie na podstawie pomiaru glikemii (53,7%) (ryc. 1). Nie prowadzą kontroli glikemii częściej osoby z cukrzycą typu 2 (63,7%), a ryzykowne zachowania związane z modyfikacją leczenia bez kontroli glikemii nieco częściej wyrażają pacjenci z cukrzycą typu 1 (19,5%).

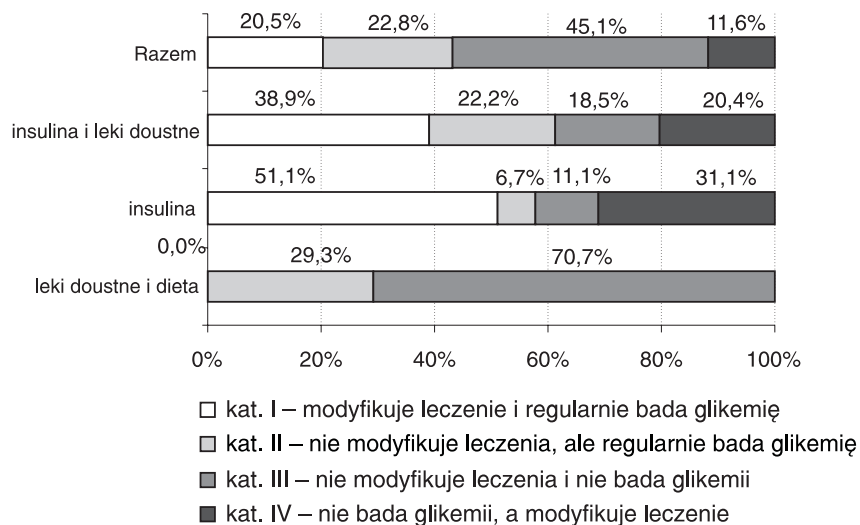
Kontrolę glikemii najczęściej prowadzą osoby przyjmujące insulinę i leki doustne (61,1%). Modyfikują leczenie w oparciu o kontrolę glikemii częściej chorzy przyjmujący tylko insulinę (51,1%).

Nie prowadzą samokontroli najczęściej pacjenci leczeni za pomocą diety i leków doustnych (70,7%). Na uwagę zasługuje fakt, że częściej modyfikują leczenie bez kontroli glikemii pacjenci przyjmujący tylko insulinę (31,1%) (ryc. 2).

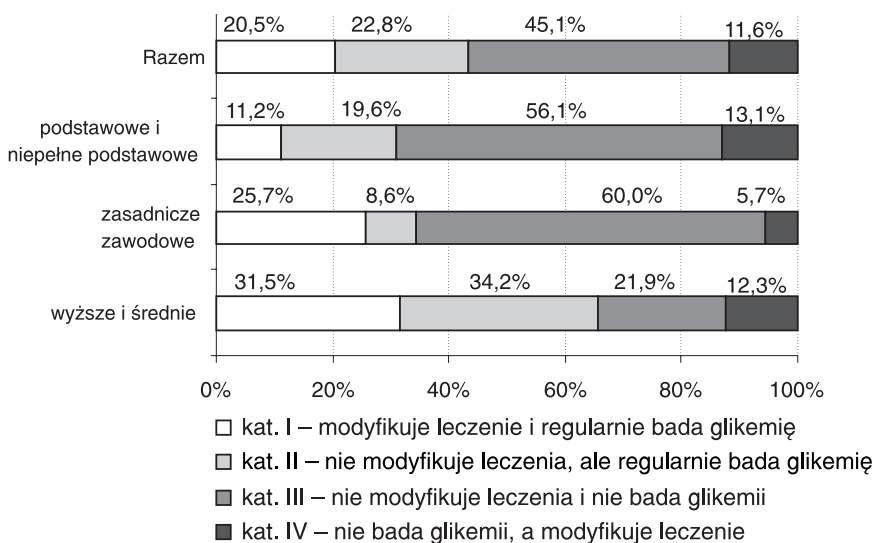
Pacjenci z większym poziomem wykształcenia częściej prowadzą kontrolę glikemii (65,7%), częściej też modyfikują leczenie na podstawie kontroli glikemii (31,5%). Osoby ze znacznym deficytem w zakresie wykształcenia (podstawowe i niepełne podstawowe) częściej nie prowadzą samokontroli (69,2%) i nieco częściej podejmują zachowania ryzykowne związane z modyfikacją leczenia bez weryfikacji glikemii (13,1%) (ryc. 3).



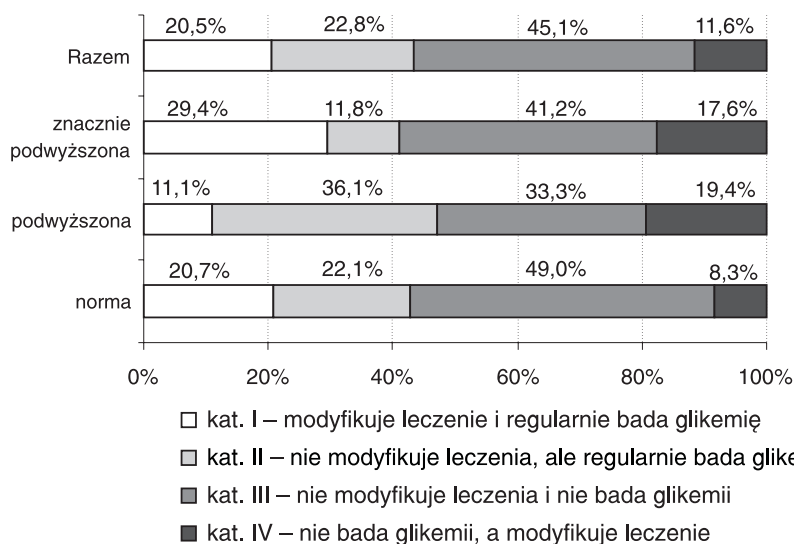
Ryc. 1. Samokontrola i modyfikacja leczenia wśród osób z cukrzycą a rodzaj cukrzyca



Ryc. 2. Samokontrola i modyfikacja leczenia wśród osób z cukrzycą a metody leczenia



Ryc. 3. Samokontrola i modyfikacja leczenia wśród osób z cukrzycą a wykształcenie



Ryc. 4. Samokontrola i modyfikacja leczenia wśród osób z cukrzycą a poziom glukozurii

Z analizy zachowań pacjentów w zakresie samokontroli wynika, że kontrola glikemii i modyfikacja leczenia częściej występuje u osób z nasiloną glukozurią (29,4%) (ryc. 4). Sytuacja ta może być wynikiem zaleconej przez lekarza kontroli glikemii w celu poprawy efektów leczenia.

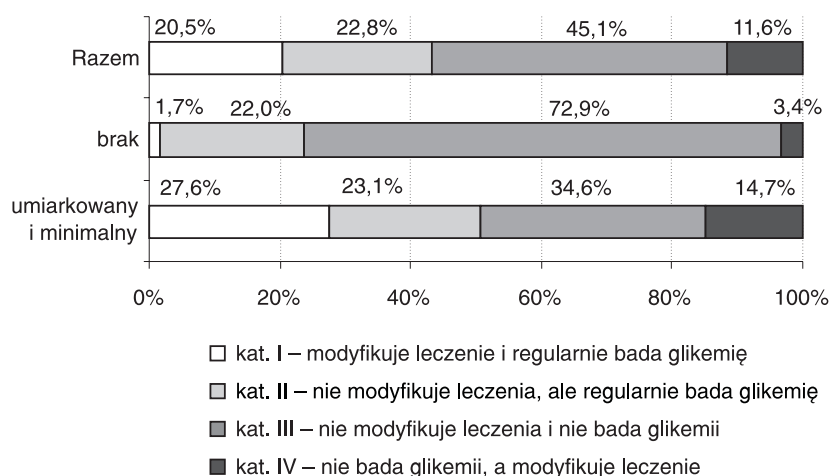
Prowadzenie samokontroli wymaga ze strony pacjentów odpowiedniego przygotowania. Szczegółowa analiza wiedzy osób z cukrzycą na temat samokontroli wskazała na całkowity jej brak u 42% chorych, co może negatywnie wpływać na podejmowanie i przebieg samokontroli (ryc. 5).

Z analizy zachowań osób z cukrzycą w zakresie samokontroli wynika, że częściej jest ona prowadzona przez pacjentów z większym poziomem przygotowania (50,7%).

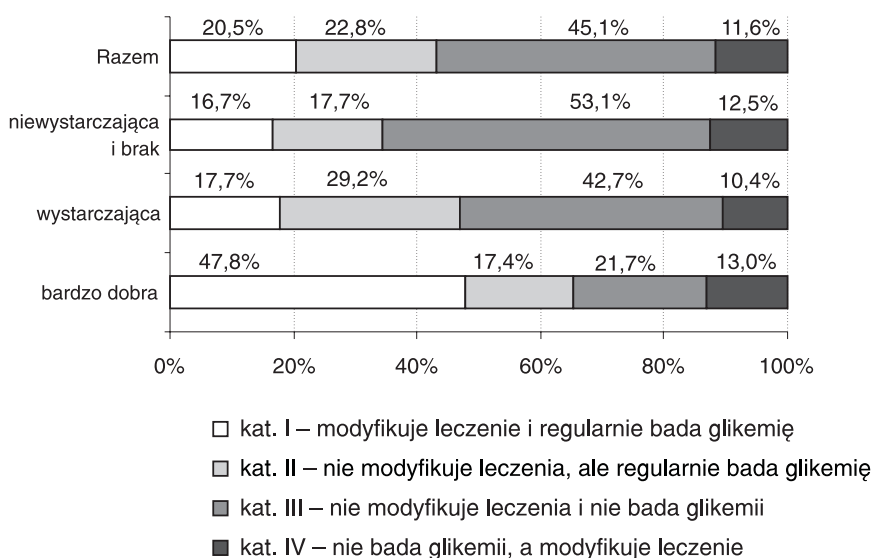
Osoba prowadząca samokontrolę nie powin-

na mieć poważnych ograniczeń w zakresie sprawności. Z przeprowadzonych badań wynika, że kontrolę glikemii i modyfikację leczenia częściej prowadzą osoby bez żadnych ograniczeń w zakresie sprawności (47,8%). Wśród osób nie prowadzących kontroli glikemii dominują pacjenci, u których stwierdzono sprawność niewystarczającą lub jej brak (65,6%) (ryc. 6).

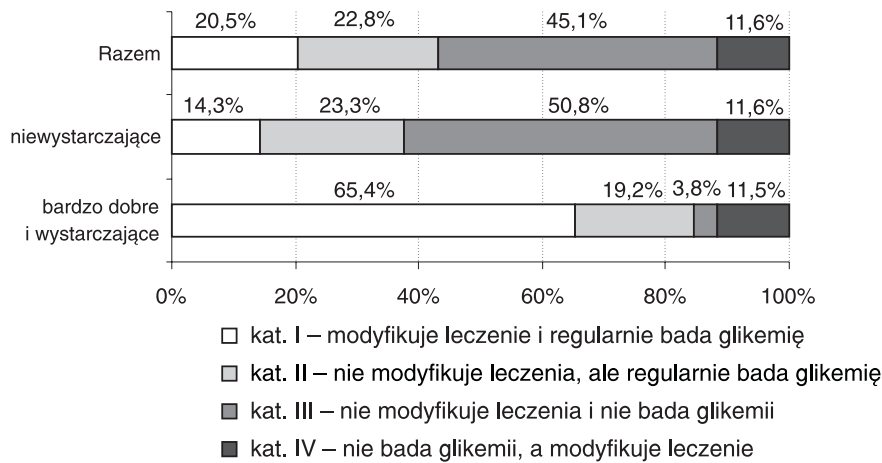
Udział pacjentów w prowadzeniu samokontroli wymaga spełnienia pewnych warunków, wśród których istotne jest wyposażenie w testy i sprzęt do badań, wyodrębnienie miejsca umożliwiającego choremu przeprowadzenie samokontroli w środowisku domowym, a także wyposażenie w sprzęt sanitarno-higieniczny [2]. Analiza statystyczna potwierdziła związek prowadzenia samokontroli przez osoby z cukrzycą z ich warunkami. Pacjenci, którzy mają korzystniejsze



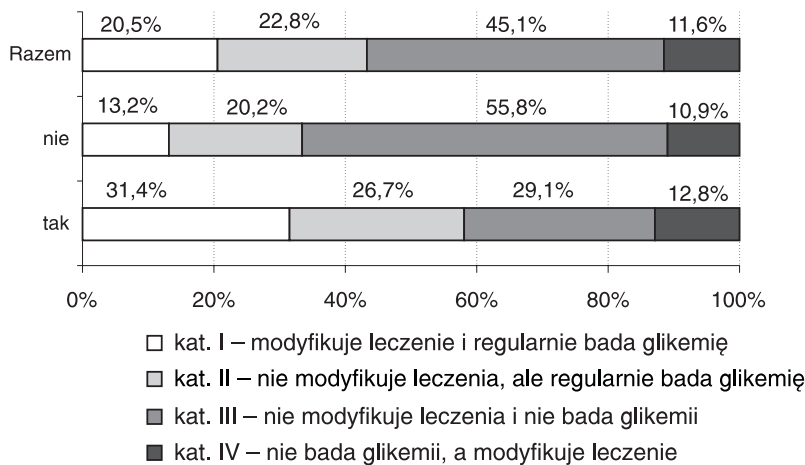
Ryc. 5. Samokontrola i modyfikacja leczenia wśród osób z cukrzycą a poziom wiedzy



Ryc. 6. Samokontrola i modyfikacja leczenia wśród osób z cukrzycą a poziom sprawności



Ryc. 7. Samokontrola i modyfikacja leczenia wśród osób z cukrzycą a wyposażenie w środki i sprzęt



Ryc. 8. Samokontrola i modyfikacja leczenia wśród osób z cukrzycą a korzystanie z opieki lekarza w poradni diabetologicznej

warunki, bardzo dobre i wystarczające wyposażenie i warunki do badań częściej prowadzą kontrolę glikemii w środowisku domowym (84,6%) (ryc. 7).

Osoby, które korzystają z opieki specjalistycznej świadczonej przez lekarza z poradni diabetologicznej częściej prowadzą kontrolę glikemii (58,1%). Na uwagę zasługuje fakt, że częściej niż co 10 pacjent z osób korzystających z opieki specjalistycznej modyfikuje leczenie, nie prowadząc kontroli glikemii (12,8%). Sytuacja ta wskazuje na deficyt w zakresie świadomości zdrowotnej pacjentów i niewystarczające przygotowanie do aktywnego udziału w leczeniu (ryc. 8).

Analiza wariacji z zastosowaniem testu Tukeya wykazała, że samokontrolę i modyfikację leczenia prowadzą osoby ze średnią wieku 51,9 lat $\pm 14,5$ oraz osoby chorujące 14,2 lat $\pm 9,5$. Z analizy wariacji wynika również, że nie prowadzą samokontroli i nie modyfikują leczenia osoby ze

średnią wieku 64,1 lat $\pm 10,0$ oraz ze średnim okresem trwania choroby 7,4 lat $\pm 6,0$.

Dyskusja

Monitorowanie glikemii mające pomóc pacjentom w podejmowaniu ważnych, z punktu zachowania zdrowia i profilaktyki powikłań decyzji, jest szczególnie istotne w życiu osób, które przyjmują doustne leki hipoglikemizujące oraz insulinę [9].

Mimo obserwowanych korzyści wynikających z monitorowania glikemii nadal wskazuje się na jej niezadowolające zastosowanie wśród pacjentów z cukrzycą [10].

W opinii wielu autorów prowadzenie kontroli glikemii przysparza chorym wielu problemów i wymaga z ich strony pokonania licznych barier [11–14].

Mimo znaczenia, jakie przypisuje się samokontroli, poziom jej prowadzenia wśród osób z cukrzycą odbiega od zalecanych standardów [14]. Choć większość pacjentów potwierdza prowadzenie kontroli glikemii, przeważająca ich część wykonuje to badanie rzadziej niż jest zalecane, a nieprawidłowości częściej dotyczą osób z cukrzycą typu 2 [14]. Deficyt w zakresie edukacji oraz problemy finansowe stanowią czynnik związany z mniejszą częstotliwością samokontroli u pacjentów z cukrzycą [14].

W badaniach wśród osób z cukrzycą typu 2 wyniki wskazują na to, że częściej niż co drugi pacjent nie prowadzi samokontroli lub czyni to rzadziej niż 1 raz w miesiącu (58,9%). Najczęściej samokontrolę prowadzą osoby przyjmujące insulinę, a bardzo rzadko pacjenci leczeni wyłącznie dietą [12].

W badaniach nad monitorowaniem glikemii przez osoby dorosłe w Stanach Zjednoczonych [15] autorzy wskazują, że 40% pacjentów z cukrzycą typu 1 monitoruje glikemię codziennie. Rzadziej glikemię monitorują pacjenci z cukrzycą typu 2, bez edukacji diabetologicznej oraz nieprzyjmujący insuliny [15]. Częściej też prowadzą samokontrolę osoby z większym wykształceniem (80%), a szczególnie niski poziom monitorowania glikemii występuje wśród osób bez edukacji diabetologicznej.

W badaniach wieloetnicznych zgłaszanie przez pacjentów barier wiązało się z mniejszym prawdopodobieństwem prowadzenia samokontroli, niezależnie od wieku, płci, przyjmowania insuliny czy wiedzy o cukrzycy [13]. W sposób szczególny małe prawdopodobieństwo do prowadzenia samokontroli spowodowane było zgłaszaniem przez diabetyków barier wynikających z osobistej sytuacji finansowej [13].

Na rzadsze monitorowanie glikemii przez pacjentów z cukrzycą ze względów finansowych wskazują wyniki wielu autorów [14, 16, 17].

Czynnikiem wpływającym na prowadzenie samokontroli wśród osób z cukrzycą jest także metoda leczenia. W społeczności kaukaskiej codziennie glikemia jest monitorowana wśród 50% pacjentów, w afroamerykańskiej u 30,6% i zbliżonym odsetku wśród meksykańskich Amerykanów (29,7%). Częściej samokontrola prowadzona jest u pacjentów przyjmujących insulinę [12].

Większość osób z cukrzycą w badaniach własnych nie prowadzi samokontroli glikemii (56,6%) i odsetek ten jest większy niż wskazywany przez innych autorów [14].

Samokontrola glikemii częściej prowadzona jest wśród pacjentów z cukrzycą typu 1 (65,9%). Osoby z cukrzycą typu 1 częściej też modyfikują leczenie w oparciu o prowadzoną kontrolę glikemii (53,7%), co jest zgodne z obserwacjami innych autorów [15].

Częściej niż co trzeci pacjent z cukrzycą typu 2 prowadzi samokontrolę (36,4%) i jest to odsetek chorych niewiele większy od wskazanego w populacji diabetyków afroamerykańskich.

Także większy, niż w badaniach własnych, odsetek osób z cukrzycą typu 2 prowadzi samokontrolę w populacji w Stanach Zjednoczonych [15].

W przeciwieństwie do obserwacji [15] innych autorów, w badaniach własnych kontrola glikemii częściej prowadzona jest przez pacjentów przyjmujących insulinę i leki doustne (61,1%), jednak modyfikacja leczenia na podstawie kontroli glikemii częściej prowadzona jest u chorych leczonych tylko za pomocą insuliny (51,1%).

Analiza statystyczna wykazała, że częściej monitorują poziom glikemii pacjenci z większym poziomem wykształcenia (średnim i wyższym) (65,7%), oni też częściej modyfikują leczenie na podstawie wyników samokontroli (31,5%). Sytuacja ta jest zbliżona do obserwacji zgłaszanych przez innych autorów [15].

U pacjentów, którzy regularnie badają glikemię i modyfikują leczenie w badaniach własnych, częściej ustalono nasiloną glukozurię (29,4%), większy poziom wiedzy (umiarkowany i minimalny) (27,6%), brak ograniczeń w zakresie sprawności (47,8%), korzystanie z opieki diabetologicznej (31,4%).

Nasilona glukozuria wśród osób prowadzących samokontrolę i modyfikację leczenia może być wyrazem realizacji zaleceń lekarzy, którzy, aby poprawić efekty leczenia, zalecili pacjentom monitorowanie glikemii, może też wskazywać na świadome zachowania pacjentów, którzy odczuwając obecność glukozurii, podjęli działania w celu poprawy glikemii.

W badaniach własnych nie stwierdzono związku samokontroli z poziomem HbA1c, na który wskazywali inni autorzy [9, 18].

Nie prowadzą kontroli glikemii częściej osoby z cukrzycą typu 2 (63,4%), przyjmujące leki doustne lub będące na diecie (70,7%), z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym (69,2%).

Pacjenci, którzy nie monitorują glikemii częściej mają niewystarczające wyposażenie w środki i sprzęt (62,4%).

Brak w dostępnym piśmiennictwie informacji na temat modyfikacji leczenia wśród osób z cukrzycą niezależnie od kontroli glikemii uniemożliwia pełne ustosunkowanie się do uzyskanych wyników z badań własnych.

Podsumowanie

1. Przeprowadzone wśród osób z cukrzycą badania potwierdziły niezadowalający poziom samokontroli wśród pacjentów, zwłaszcza z cukrzycą typu 2.

2. Udział pacjentów w samokontroli determinowany jest wpływem wielu czynników, które należy uwzględnić w planowaniu opieki wobec osób z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej, a do których należą: poziom wykształcenia, sprawność, wyposażenie w środki i sprzęt, poziom edukacji, metoda leczenia.
3. Zwiększenie udziału osób z cukrzycą w prowadzeniu samokontroli wymaga:
 - a. objęcia pacjentów programem ukierunkowanej edukacji uwzględniającej predyspozycje wynikające z poziomu sprawności oraz wykształcenia,
 - b. wsparcia osób z deficytem w zakresie wyposażenia w niezbędne środki i sprzęt.
4. Częstsze prowadzenie samokontroli przez osoby korzystające z opieki specjalistycznej, świadczonej przez lekarza w poradni diabetologicznej potwierdza korzystny wpływ opieki specjalistycznej na aktywny udział diabetyków w samokontroli, zwłaszcza że w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia brakuje wystarczającego przygotowania wśród zespołu podstawowej opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Radziszewski J. *Poradnik samokontroli dla chorych na cukrzycę*. Skawina: PHU „PAJ-RAD”; 2000.
2. Hillson R. *Cukrzyca. Praktyczne zasady opieki*. Bielsko-Biała: α-medica press; 1997.
3. Aktualne zalecenia opieki nad chorymi na cukrzycę: podsumowanie najnowszych standardów American Diabetes Association. *Medycyna po Dyplomie* 2003; 4: 8–29.
4. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2002; 25: 33–49.
5. American Diabetes Association Self-monitoring of blood glucose (consensus statement). *Diabetes Care* 1994; 17: 81–86.
6. American Diabetes Association Self-monitoring of blood glucose (consensus statement). *Diabetes Care* 1987; 10: 93–99.
7. Oznaczanie glikemii u chorych na cukrzycę. Stanowisko American Diabetes Association. *Diabet Prakt* 2002; 3: 141–144.
8. Zasady insulinoterapii. Stanowisko American Diabetes Association. *Diabet Prakt* 2002; 3: 157–163.
9. Maureen IH. Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 979–982.
10. Sonksen PH, Judd S, Lowy C. Home monitoring of blood glucose: new approach to management of insulin-dependent diabetic patients in Great Britain. *Diabetes Care* 1980; 3: 100–107.
11. Glasgow RE, Tobert DJ, Gillette CD. Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum* 2001; 14: 33–41.
12. Maureen IH. Racial and ethnic differences in health care access and health outcomes for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 454–459.
13. Zgibor JC, Simmons D. Barriers to blood glucose monitoring in a multiethnic community. *Diabetes Care* 2002; 25: 1772–1777.
14. Karter AJ, Selby JV. Self monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23: 4477–4483.
15. Harris MI, Cowie CC, Howie IJ. Self-monitoring of blood glucose by adults with diabetes in the United States. *Diabetes Care* 1993; 16(8): 1116–1123.
16. Evans JMM, Newton RW, Ruta DA, MacDonald TM, Stevenson RJ, Morris AD. Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycaemic control: observational study with diabetes database. *BMJ* 1999; 319.
17. Simmons D, Peng A, Cecil A, Gatland B. The personal costs of diabetes; significant barrier to care in South Auckland. *N Z Med J* 1999; 112: 383–385.
18. Harris MI, Eastman RC, Cowie CC, Flegal KM, Eberhard MS. Racial and ethnic differences in glycemic control of adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22: 403–408.

Adres I Autora:
Zakład Pediatrii Społecznej,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PREWENCJA CUKRZYCY I JEJ POWIKŁAŃ ORAZ OPTIMALIZACJA OPIEKI
PREVENTION OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

Analiza sytuacji rodzinnej, wyrównania metabolicznego oraz stylu życia dzieci z cukrzycą typu 1 mieszkających w województwie dolnośląskim

The situation in the family, metabolic control and the life style in children with diabetes mellitus type 1

ANNA NOCZYŃSKA¹, MARCIN KAŁUŻNY², RENATA WĄSIKOWA¹

¹ Z Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. n. med. Anna Noczyńska

² Z Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Milewicz

Streszczenie Celem pracy była ocena sytuacji rodzinnej wyrównania metabolicznego oraz stylu życia dzieci z cukrzycą typu 1. **Materiał:** Badaniem objęto 248 pacjentów (122 chłopców – 49,1% oraz 126 dziewczynek 50,8%) w wieku od 8 do 16 lat, średnio 12,6 lat, leczonych w Poradni Cukrzycowej we Wrocławiu. Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od stycznia do października 2003 r. Ankieta zawierała pytania o płeć, wiek dziecka, miejsce zamieszkania, wykształcenie i pracę rodziców. Każdy pacjent lub rodzic notował w okresie 7 dni tygodnia liczbę godzin snu, oglądania TV, godzin spędzonych przy komputerze oraz zajęć fizycznych na lekcjach wf oraz na zajęciach pozalekcyjnych. Każdemu pacjentowi obliczono średnią wartość HbA1c z oznaczeń wykonanych w 2003 r. oraz obliczono względną masę ciała (BMI), którą odniesiono do siatki centylowej dla płci dziecka. **Wyniki:** W badanej grupie w dużym mieście mieszka 67 (27%) chłopców (Chł) oraz 64 (25,8%) dziewczynki (Dz), w małym mieście Chł – 23 (9,27%), Dz – 20 (8,06%), na wsi Chł – 32 (12,9%), Dz – 42 (16,9%). 66 (27%) rodziców ma wykształcenie wyższe, 132 (54%) średnie, 20 (8,1%) podstawowe oraz 25 (10,2%) zawodowe, pracuje 159 (64,1%) osób (101 ojców oraz 58 matek). 62 dzieci, 26 (10,4%) Chł i 36 (14,5%) Dz nie uczęszczało na żadne zajęcia sportowe (wf oraz zajęcia pozalekcyjne). Średnia liczba godzin zajęć sportowych dla obu płci wynosiła 1,5–11,5 godzin/tydzień. Z zajęć dodatkowych częściej korzystali chłopcy niż dziewczynki (1,5–12 vs 1–10,5 godzin/tydzień). Chł przed TV spędzają 1,5–4 godziny/dzień, przy komputerze 3–15 godzin/tydzień, Dz na oglądanie TV poświęcają 2–15 godzin/dzień, na zajęcia komputerowe od 1,5 do 8,5 godziny/tydzień. Analiza rozkładu dnia w okresie 1 tygodnia wykazała, że w sobotę i niedzielę średnia liczba godzin snu jest najdłuższa i wynosi dla całej grupy badanych 9,5 godziny ± 65 min, w dniach nauki – 7,8 godziny (±45 min). W dniach wolnych od zajęć szkolnych dzieci i młodzież najwięcej godzin poświęcają na gry komputerowe i oglądanie TV, średnio 3–3,5 godziny/dobę (180–210 min), w dniach nauki 0,75 – 0,9 godziny/dobę (48–54 min). Na zajęcia ruchowe w dni wolne badane dzieci poświęcają 1,5–2 godziny/dobę (90–120 min), natomiast w dni nauki – 0,3–2,4 godziny/dobę (18–144 min). Średnia wartość HbA1c u dzieci aktywnych fizycznie wynosi 7,8%±0,91, u dzieci zwolnionych z zajęć sportowych HbA1c = 8,1%±1,09 (p = 0,001). Wskaźnik BMI u 60 (47,6%) dziewczynek i 70 (57,3%) chłopców mieścił się na siatce centylowej w przedziale wąskiej normy (25–75 centyl). Analiza materiału wykazała, że dzieci korzystające z zajęć sportowych są szczuplejsze (< 25) od dzieci, które nie wykonują żadnych regularnych zajęć sportowych. **Wnioski:** 1. Wykorzystanie wolnego czasu na zajęcia ruchowe w badanej grupie jest niewystarczające. 2. W dniach wolnych od zajęć szkolnych dzieci spędzają dużo czasu na oglądaniu TV i zajęcia komputerowe. 3. W czasie kontrolnych wizyt w Poradni należy zwracać uwagę rodziców i dzieci na wpływ wysiłku na wskaźnik masy ciała i wyrównanie metaboliczne cukrzycy. 4. Rodziny o niskim statusie materialnym powinny mieć zapewnioną stałą pomoc ze strony organizacji pozarządowych. **Słowa kluczowe:** cukrzyca typu 1, styl życia, BMI, HbA1c.

Summary The aim of the study was the evaluation of the situation in the family the degree of metabolic control and life-style in children with type 1 diabetes. **Material** the examination included 248 patients 122 boys (49.1%) and 126 girls (50.8%) aged 8–16 years (x 12.6 years) treated in the outpatient Clinic for Diabetic Children in Wrocław. The examinations were performed on the basis of an anonymous questionnaire from January to October 2003.

Analysed was the sex, age, the place of occupation, education and employment of the parents. Each patient or their parent recorded during 7 days in a week the hours of sleeping, TV and computer watching and the physical activity in the school and additional outdoors. In each patient calculated was the mean HbA1c value from the examinations performed in the year 2003 and BMI according to the gender of the child. Results: in a big town are living 67 (27%) Boys (B) and 64 (25.8%) girls (G), in a small town 23 (9.27%) B, and 20 (8.06%) G, in the village 32 (12.9%) B and 42 (16.9%). 66 (27%) of the parents has high graduation, 132 (54%) was after middle school, 20 (8.1%) was after public school and 25 (10.2%) professional school. An employment has 159 parents (64.1%) [101 fathers and 58 mothers], 62 (24.19%) children, 26 boys (10.4%) and 36 girls (14,5%) don't attend the physical activity in school or outdoors. The mean time for the physical activity for boys and girls was 1.5–11.5 hours/week. In additional sporting participate more often boys than girls (1.5–12 vs 1–10.5 hours/week. Boys watched TV 1.5–4 hours, computer 3–15 hours/week, girls TV – 2–15 hours, computer 1.5–8.5 hours/week. The analysis of the days during one week demonstrate that on Saturday and Sunday the mean hours of sleeping is the longest and for the whole group was 9.5 hours (± 65 min), in the remaining days, when the children has to go to school 7.8 hours (± 45 min). In the days without school activity the children and adolescents most of the time are watching tv or computer (mean 3–3.5 hours/day, during the days when they go to school 0.75–0.9 hours/day (48–54 min). The physical activity during days without school was 1.5–2.0 hours/day (90–120 min) when they go to school 0.3–2.4 hours/day (18–144 min). The mean value of HbA1c in children with a high physical activity was 7.8% (± 0.91) in children not attend in the physical activity HbA1c was 8.1% ± 1.09 ($p = 0.001$). BMI index in 60 (47.6%) girls and 70 (57.3%) boys was between the 25–75 centile and was in the precise normal range (25–75 centile). It was shown that children who participate in the physical activity are more slim (< 25 c.) than children not participating in any regular physical activity. **Conclusion:** 1. Utilization of leisure time for physical activity was in the examined groups insufficient. 2. During the days without school activity the children spend a lot of time on tv and computer watching. 3. Important would be to inform parents and children during the control visits in the outpatient clinic about the influence of physical activity on body mass index and the metabolic control of diabetes. 4. Families of a low financial situation must have settled a constant assistant from beyond institutions governmental.

Key words: diabetes mellitus type 1, life style, BMI, HbA1c.

Wstęp

Cukrzyca jest chorobą społeczną, na którą w Polsce choruje 2,5 miliona osób, z tego na cukrzycę typu 1 około 160 000 osób. Wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy w Polsce wynosi 4–6%, w Europie według WHO 3–6%, co upoważnia do rozpoznania epidemii cukrzycy [1]. Problem cukrzycy jest problemem interdyscyplinarnym, zajmują się nim nie tylko lekarze, ale także ekonomiści, socjologowie, epidemiolodzy, rehabilitanci, pedagodzy i inni. Cukrzyca stanowi przedmiot wielu społecznych, medycznych i ekonomicznych analiz, których podstawowym zadaniem jest ulepszanie opieki diabetologicznej, poprawa stanu zdrowia pacjentów oraz zapobieganie, wykrywanie i leczenie powikłań narządowych. Zapewnienie właściwej opieki diabetologicznej, poza czynnościami organizacyjnymi, wymaga również właściwych nakładów finansowych na trwające całe życie leczenie. Trudna sytuacja materialna i bezrobocie rodziców znacznie ogranicza dostęp dzieci do wielu dodatkowych zajęć, w tym również do zajęć ruchowych, oraz wpływa negatywnie na stan zdrowia społeczności. Zadaniem opieki diabetologicznej jest promowanie prozdrowotnego stylu życia i emancypacji w każdym zakresie. Działanie środowiska powinno sprzyjać pełnej integracji chorego z otoczeniem, dlatego niezrozumiałe jest ograniczanie dostępu chorych na cukrzycę do wielu dziedzin życia, a także często wymuszone zwalnianie dzieci z za-

jęć fizycznych w szkole. Znaczenie regularnego i kontrolowanego wysiłku fizycznego na stan wyrównania metabolicznego w cukrzycy zostało dowiedzione w wielu badaniach. U chorych na cukrzycę w sposób szczególny zwraca się uwagę na stan metaboliczny ustroju, czego wskaźnikiem są poziomy glukozy we krwi oraz wartość HbA1c. W kompleksowym leczeniu i monitorowaniu cukrzycy ważne miejsce zajmuje utrzymanie prawidłowej masy ciała, a u dzieci również prawidłowego tempa wzrastania. Regularny wysiłek fizyczny, szczególnie wysiłek grupowy, nie tylko integruje środowisko, ale przede wszystkim poprawia stan psychiczny pacjenta. Spędzanie wolnego czasu przed telewizorem jest często nie tylko wypełnieniem wolnego czasu, ale także jedyną rozrywką i ucieczką przed samotnością [1–4].

Cel pracy

Celem pracy była ocena stylu życia oraz warunków środowiskowych dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1.

Materiał

Badaniem objęto 248 pacjentów (122 chłopców – 49,1% oraz 126 dziewczynek 50,8%) (ryc. 1) w wieku od 8 do 16 lat, średnio 12,6 lat, leczonych w Poradni Cukrzycowej we Wrocławiu. Ba-

dania ankietowe przeprowadzono w okresie od stycznia do października 2003 roku. Do obliczeń matematycznych użyto testu *t*-Studenta dla poziomu istotności $< 0,05$.

Ankieta zawierała pytania: o płeć, wiek dziecka, miejsce zamieszkania, wykształcenie i pracę rodziców. Każdy pacjent lub rodzic notował w okresie 7 dni tygodnia liczbę godzin snu, oglądania TV, godzin spędzonych przy komputerze oraz zajęć fizycznych na lekcjach wf oraz na zajęciach pozalekcyjnych. Analizowano średnią z 2003 r. wartość HbA1c oraz względną masę ciała (BMI), którą odniesiono do siatki centylowej dla płci dziecka.

Wyniki

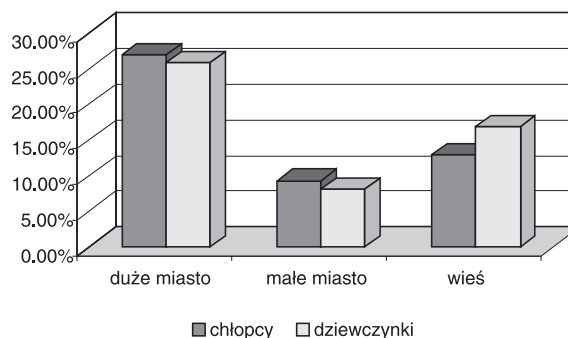
W badanej grupie w dużym mieście mieszka 67 (27%) chłopców (Chł) oraz 64 (25,8%) dziewczynki (Dz), w małym mieście Chł – 23 (9,27%), Dz – 20 (8,06%), na wsi Chł – 32 (12,9%), Dz – 42 (16,9%) (ryc. 2). 66 (27%) rodziców posiada wykształcenie wyższe, 132 (54%) średnie, 20 (8,1%) podstawowe oraz 25 (10,2%) zawodowe (ryc. 3). Pracuje 159 (64,1%) osób (101 ojców oraz 58 matek), nie pracują zawodowo 88 (35,4%) osoby (24 ojców oraz 64 matek), w grupie tej rentę lub emeryturę otrzymują 22 (8,8%) osoby (8 ojców oraz 14 matek), a 66 (26,6%) osób nie posiada stałego źródła dochodu. Wśród badanych pacjentów 1 dziecko jest sierotą, a 3 półsierotami (matka nie żyje). W badanej grupie 62 (25%) dzieci – 26 (10,4%) Chł i 36 (14,5%) Dz nie uczęszczało na żadne zajęcia sportowe (wf oraz zajęcia pozalekcyjne). Na obowiązujące zajęcia wf uczęszczało 186 (75%) badanych dzieci, a 40 korzystało z dodatkowych pozalekcyjnych zajęć fizycznych (basen, koszykówka, aerobik, siłownia). Na dodatkowe zajęcia fizyczne spośród wszystkich ankietowanych uczęszczało 74 (29,8%) dzieci – 42 (16,9%) Chł oraz 32 (12,9%) Dz. W grupie tej 34/74 dzieci było zwolnionych z zajęć wf. Częściej z zajęć fizycznych zwalniane są dzieci w dużym, a najrzadziej w małym mieście (32/62 zwolnionych vs 12/62 zwolnionych), na wsi 18 dzieci nie uczęszczało na zajęcia wf. Czterdzieści dwoje dzieci (56,7%) mieszkających w dużym mieście korzystało z dodatkowych zajęć sportowych, na wsi – 6 dzieci (8,1%), w małym mieście 26 (35%). Średnio liczba godzin zajęć fizycznych w szkole (wf, gimnastyka korekcyjna) dla obu płci wynosiła 1,5–3 godzin (90–180 min), średnio 157 min/osobę/tydzień. Z pozalekcyjnych zajęć sportowych częściej korzystali chłopcy od 1,5 do 12 godzin/tydzień (90–720 min), średnio 195 min/osobę/tydzień, natomiast dziewczynki od 1 do 10 godzin/tydzień (60–600 min), średnio 165 min/osobę/tydzień. Każda rodzina posiada

telewizor, natomiast komputer znajduje się jedynie w 85 (34,2%) rodzinach (32 Chł oraz 53 Dz). Chł spędzają przy komputerze 3–15 godzin/tydzień (180–900 min), średnio 504 min/osobę/tydzień przed telewizorem, 1,5–4 godzin/tydzień (90–240 min), średnio 187 min/osobę/tydzień, Dz na oglądanie TV poświęcają 2–15 godzin/tydzień (120–910 min), średnio 435 min/osobę/tydzień, na zajęcia komputerowe od 1,5 do 8,5 godziny/tydzień (90–510 min), średnio 320 min/osobę/tydzień.

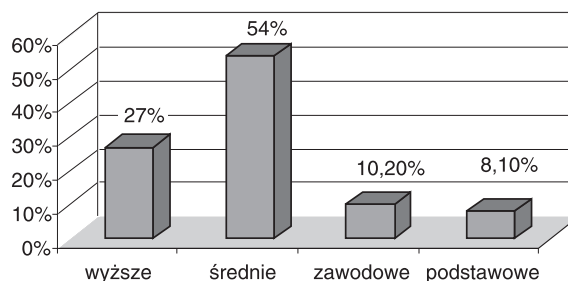
Analiza rozkładu dnia w okresie 1 tygodnia wykazała, że w sobotę i niedzielę średnia liczba godzin snu jest najdłuższa i wynosi 9,5 godziny/dobę (570 min) ± 65 min, w dniach nauki – 7,8 godziny/dobę (468 min) ± 45 min. W dniach wolnych od zajęć szkolnych dzieci i młodzież najwięcej godzin poświęcają na gry komputerowe i oglądanie TV, średnio 3–3,5 godziny/dobę (180–210 min), w dniach nauki – 0,75–0,9 godziny/dobę (48–54 min). Na zajęcia ruchowe w dni wolne badane dzieci poświęcają 1,5–2 godziny/dobę (90–120 min), natomiast w dni nauki



Ryc. 1. Struktura płci



Ryc. 2. Miejsce zamieszkania



Ryc. 3. Wykształcenie rodziców

0,3–2,4 godziny/dobę (18–144 min). Średnia wartość HbA1c u dzieci aktywnych fizycznie wynosiła $7,8\% \pm 0,91$, u dzieci zwolnionych z zajęć wf i niekorzystających z zajęć sportowych HbA1c wynosiła $8,1\% \pm 1,09$ ($p = 0,001$). Wartość HbA1c była wyższa u chłopców niż u dziewczynek ($8,1\% \pm 1,2$ vs $7,8\% \pm 0,89$), ale różnica nie była istotnie statystyczna. Analiza BMI u badanych dzieci wykazała, że u 130 badanych (52,4%) – 60 (24,1%) Dz i 70 (28,2%) Chł wskaźnik mieścił się w przedziale wąskiej normy (25–75 centyl). U 13 (5,24%) i 3 (1,2%) Dz oraz u 10 (4,0%) Chł wskaźnik BMI był < od 3 centyla, natomiast u 25 (10,0%) [20 Dz (8,06%) i 5 Chł (2,0%)] był > od 97 centyla. U 38 (15,3%) [30 (12,09%) Chł i 8 (3,2%) Dz] badanych wskaźnik BMI mieścił się w przedziale od 3 do 25 centyla u 45 (18,1%) [36 (14,5%) Dz i 9 (3,62%) Chł] w przedziale 75–97 centyla (ryc. 4).

Analiza materiału wykazała statystycznie znamienne niższy wskaźnik masy ciała u dzieci aktywnych fizycznie w porównaniu z dziećmi nie ćwiczącymi ($p = 0,002$). Wartość HbA1c u dzieci z wskaźnikiem masy ciała > 97 centyla niezależnie od płci była najwyższa. U trójga badanych dzieci HbA1c była > niż 9%, u 15 > niż 8% i tylko u 7 była w granicach normy (do 6,4%). HbA1c u dzieci z niską oraz prawidłową masą ciała nie wykazywała różnicy statystycznie istotnej.

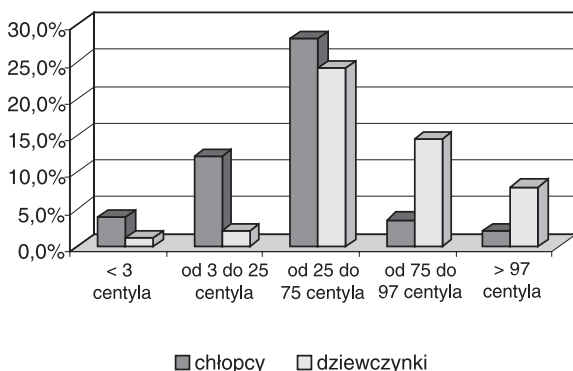
Omówienie

Leczenie cukrzycy oznacza kompleksowe działanie składające się z wielu elementów: diety, właściwej terapii insulinami humanizowanymi, dozowanego wysiłku fizycznego, samokontroli oraz specjalistycznej systematycznej kontroli i edukacji. Już w latach 20. ubiegłego wieku E.P. Joslin stwierdził, że „chorzy wiedzący więcej żyją dłużej”, J. Tator dodał, że żyją także lepiej (materiały edukacyjne) [4]. Diabetologia zajmuje się nie tylko opieką medyczną, ale również pro-

blemami społecznymi, ekonomicznymi, socjalnymi, poprawą jakości zdrowia oraz innymi. Nie jest możliwe właściwe leczenie chorych na cukrzycę bez zaangażowania środków finansowych. Cukrzyca jest wielkim obciążeniem nie tylko dla rodziny, ale również dla państwa. Według Banku Światowego leczenie cukrzycy zajmuje w skali obciążenia finansowego drugie miejsce po chorobie niedokrwiennej serca i pochlania 5–10% całkowitego budżetu służby zdrowia [1, 2].

Narastające bezrobocie oraz ograniczanie pomocy Państwa pogarsza sytuację chorych, w tym również chorych na cukrzycę dzieci. W badanej grupie duża grupa rodziców (66) nie posiada stałego źródła dochodu, często dochodu pozbawieni są oboje rodzice. Bezrobocie dotyka najczęściej osoby mieszkające w małych miastach oraz na wsiach. W grupie badanej bezrobocie w dużym mieście dotknęło 10 rodziców, 40 w małym mieście, a 16 na wsi. Brak stałego źródła dochodu znacznie zmniejsza dostęp do nowych osiągnięć techniki – Internet, ogranicza lub zmniejsza możliwość uczęszczania dzieci na dodatkowe zajęcia, w tym również na zajęcia fizyczne, oraz stwarza gorsze warunki życia. W leczeniu cukrzycy wysiłek fizyczny jest po insulinie i diecie trzecim elementem leczenia cukrzycy zależnej od insuliny [3, 5]. W badanej grupie 62 dzieci nie uprawia regularnie żadnych zajęć sportowych, a tylko niewielka grupa ma możliwość korzystania poza zajęciami szkolnymi z innych sportów, są to najczęściej: basen, piłka, aerobik. U osób młodych leczonych z powodu cukrzycy możliwy jest każdy rodzaj sportu, chociaż najkorzystniejszy wpływ na poprawę stanu zdrowia ma wysiłek dynamiczny na wolnym powietrzu. Badani pacjenci i ich rodzice jako najczęstszy powód zwolnienia z zajęć fizycznych podają lęk przed niedocukrzeniem.

Z danych literatury wiadomo, że zagrożenie niedocukrzeniem występuje szczególnie u chorych z cukrzycą niewyrównaną oraz u osób posiadających mały zakres wiedzy o cukrzycy i sposobie zapobiegania niedocukrzeniu po wysiłku [6, 7]. W oparciu o własny materiał u dzieci ze złym wyrównaniem metabolicznym oraz z nadwagą, konieczne jest wdrożenie stałego programu edukacyjnego oraz zachęcanie dzieci i młodzież do uprawiania ćwiczeń fizycznych. Edukacją należy objąć nie tylko pacjentów, ale również rodziny i nauczycieli wychowania fizycznego. W czasie wizyt w poradni wskazane jest dokładne poznanie sytuacji socjalnej rodziny oraz trybu życia pacjentów, szczególnie pacjentów ze źle uregulowaną cukrzycą. W badanym materiale zwraca uwagę bierne spędzanie czasu wolnego w dni wolne od pracy. Problem ten dotyczy zarówno dzieci mieszkających w dużym mieście, jak również w małym mieście oraz na



Ryc. 4. BMI w danej grupie

wsi. Sytuacja taka może być spowodowana brakiem dostępu do klubów sportowych, brakiem środków finansowych, ale też brakiem motywacji do poprawy wyników badań. Wymiernym miernikiem prawidłowego wyrównania cukrzycy między innymi są: poziom HbA1c, prawidłowa masa ciała, prawidłowe tempo wzrastania.

Analiza ankiet wykazała znacznie wyższe wartości BMI i HbA1c u osób nieaktywnych fizycznie (BMI > 27, HbA1c > 8%). W leczeniu chorych na cukrzycę zwraca się uwagę na wykonywanie regularnych kontroli glikemii w warunkach domowych oraz nieograniczoną dostępność dzieci i młodzieży do poradni specjalistycznych [1, 2, 6, 7]. Pogarszająca się sytuacja materialna rodzin oraz regularne ograniczanie pomocy socjalnej ze strony Państwa, zniesienie dotacji na przejazdy do poradni będzie miało niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjentów. Zniesienie dotacji na dojazd do Poradni Diabetologicznej wpłynie niekorzystnie na stan zdrowia chorych, ponieważ rodzice ograniczą, a nawet zaprzestaną wizyt w poradni specjalistycznej. Efektem sporadycznego, zbyt rzadkiego kontaktu z lekarzem i pielęgniarką edukacyjną, będzie wzrastająca liczba osób z powikłaniami cukrzycowymi, wymagających znacznie większych dotacji ze strony Państwa. Badania Szydłowskiego i innych wykonane wśród ludności

wiejskiej woj. lubelskiego dowiodły, że tylko 20% badanych zgłaszało się regularnie do poradni specjalistycznej, a jako główny powód sporadycznego zgłaszania się podawano dużą odległość od miejsca zamieszkania oraz koszty dojazdu [8].

Niestabilna sytuacja ekonomiczna, migracja ludności z miejsca zamieszkania, zmiana miejsca nauki, z czym często wiążą się zmienione warunki życia, utrudniają obiektywną ocenę sytuacji rodzinnej oraz warunków i trybu życia dzieci, a dane uzyskane z ankiet mogą być nieporównywalne nawet w tym samym środowisku.

Wnioski

1. Wykorzystanie wolnego czasu na zajęcia ruchowe w badanej grupie jest niewystarczające.
2. W dniach wolnych od zajęć szkolnych dzieci spędzają dużo czasu na oglądaniu TV i zajęciach komputerowe.
3. W czasie kontrolnych wizyt w poradni należy zwracać uwagę rodziców i dzieci na wpływ wysiłku na wskaźnik masy ciała i wyrównanie metaboliczne cukrzycy.
4. Rodziny o niskim statusie materialnym powinny mieć zapewnioną opiekę ze strony organizacji pozarządowych.

Piśmiennictwo

1. Tator J. Dlaczego musimy rozwijać diabetologię społeczną w Polsce? *Przew Lekarza* 2003; kwiecień: 14–29.
2. Czech A. Kształtowanie nowej opieki diabetologicznej. *Przew Lekarza* 2003; kwiecień: 6–13.
3. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2000; Supplement 1: 15–35.
4. Krawczyk W, Kostrzewa-Zabłocka E, Hawryluk J, Krawczyk P. Metaboliczne efekty edukacji diabetologicznej u chorych z cukrzycą typu 1 i 2. *Med Metabol* 2004; 1: 13–15.
5. Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R. Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions in management of diabetes mellitus. *J Clin Epidemiol* 1998; 10: 1007–1012.
6. Cryer PE. Hypoglycemia begets hypoglycemia in IDDM. *Diabetes* 1993; 35(2): 108–112.
7. Colagiuri R, Colagiuri S, de Blicek C, Naidu V. Quality assurance of individual diabetes patient education. *Diabetes Educator* 1994; 20: 521.
8. Szydłowski W, Łopatyński J. Problemy opieki diabetologicznej w środowisku wiejskim. *Med Metabol* 2004; 1: 16–19.

Adres | Autora:

Katedra i Klinika Endokrynologii Wieku Rozwojowego AM
ul. Wrońskiego 13c
50-376 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PREWENCJA CUKRZYCY I JEJ POWIKŁAŃ ORAZ OPTIMALIZACJA OPIEKI
PREVENTION OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

Jakość życia ciężarnych z cukrzycą insulinozależną

Quality of life of pregnant with diabetes of insulin-dependent type

ZDZISŁAWA KNIHINICKA-MERCIK¹, IWONNA KAZIMIERCZAK¹, DOROTA SUCHAŃSKA²,
KRZYSZTOF KAZIMIERCZAK³

¹ Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzeń

² Z Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Marian Gryboś

³ Z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Marian Klinger

Streszczenie

Celem pracy było ustalenie jakości życia ciężarnych z współistniejącą cukrzycą insulinozależną. Współistnienie cukrzycy z ciążą jest poważnym problemem położniczym i internistycznym. Obecność cukrzycy w ciąży wpływa również na jakość życia ciężarnych. Wiąże się to ze świadomością istnienia choroby, zmianą pełnionych ról społecznych i zmianą stylu życia sprzed okresu choroby i ciąży. Badania objęły 50 kobiet ciężarnych hospitalizowanych z powodu cukrzycy w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Materiał zebrano za pomocą ankiet, kwestionariusza poziomu lęku według Jana Tylki, analizy dokumentacji szpitalnej oraz rozmów z pacjentkami. Dominującym problemem badanej grupy były konieczne hospitalizacje i związana z tym zmiana ról społecznych, reżim dietetyczny, ograniczenia życia towarzyskiego i konieczność stałej kontroli cukru oraz masy ciała. Większość badanych odczuwa stres oczekiwania na wynik badań, poród oraz lęki o zdrowie dziecka i własne. Zaobserwowano następujące wnioski: 1. Poczucie pogorszenia się jakości życia oceniło 40% badanych i było ono subiektywnie odbierane w kontekście własnych uwarunkowań, takich jak: czas pobytu w szpitalu, przeszłość położnicza, współistniejące powikłania ciąży i dolegliwości oraz poziom wykształcenia. 2. Większość badanych twierdzi, że zna istotę choroby i jej wpływ na ciążę, jednak oczekuje więcej wiedzy na temat diety cukrzycowej. 3. W samoocenie zdrowia i kondycji fizycznej większość badanych oceniła swój stan jako dobry i zadowalający. 4. Pobyt w szpitalu daje im poczucie bezpieczeństwa pomimo dyskomfortu spowodowanego oderwaniem od rodziny czy rezygnacji z pracy.

Słowa kluczowe: cukrzyca, ciąża, jakość życia.

Summary

The main aim of the paper is limitation of quality of life of pregnant with diabetes of insulin-dependent type. Coexistence of diabetes with pregnancy is serious problem of obstetrics and internal medicine. Presence of diabetes during pregnancy influences on quality of life of pregnant too. It is connected with consciousness of existence of illness, changes of life roles and changes in life style from before time of illness and pregnancy. The research was done on 50 pregnant women hospitalized in The First Department and Hospital of Obstetrics and Gynecology of Medical University of Wrocław. The questioners and measure of fear of Tylka's type were used. Dominating problems of the group under investigation was hospitalization itself, changing of social roles, dietetics regime, social life restrictions and permanent necessity of sugar control and body mass control. Most of the inspected women feel stress connected with waiting for results of examination, for delivery and fears about health of child and herself. The following particular results were observed: 1. 40% of examined feel decreasing of life quality. 2. Most of examined declare knowledge about its illness but need more professional knowledge about diabetes diet. 3. Most of examined evaluate its health condition as good and enough. 4. Hospitalization gives them feeling of safety despite of discomfort from family disconnection and job resigning.

Key words: diabetes, pregnancy, quality of life.

Ciąża jest stanem fizjologicznym, w którym następują fizyczne i psychiczne zmiany w organizmie kobiety. Stopniowo pojawiają się także w przebiegu ciąży nowe oczekiwania i postawy. Nabierają one szczególnego znaczenia w sytuacji zagrożenia ciąży współistniejącymi chorobami, takimi jak np. cukrzyca.

Cukrzyca jest chorobą wywołującą poważne powikłania zdrowia, a tym samym zmianę jakości życia. Współistnienie obu tych stanów koreluje ze sobą w sposób wysoce niekorzystny zarówno dla ciąży, jak też dla samej choroby.

Definicja jakości życia sformułowana przez WHO brzmi następująco: „Jakość życia to 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” (Alexander J, Levy V, Roch S, 1995, Czajkowski K, 1994).

Cukrzyca jest chorobą wywołaną upośledzoną tolerancją węglowodanów o różnym nasileniu.

Ciężarne, u których rozpoznano zaburzenia tolerancji glukozy w czasie ciąży, podlegają klasyfikacji w oparciu o definicję cukrzycy ciążyowej – Gestational Diabetes Mellitus (ang. GDM) (Beisert M, Sęk H, 1982; Cekański A, 1999; Czyżyk A, 1987). W zależności od stopnia nietolerancji glukozy, a tym samym od terapii, dzielimy cukrzycę ciężarnych na 4 klasy: klasę G1 – kontrolowana jedynie dietą, klasę G2 – wymagająca leczenia insuliną, w której nie dochodzi do uszkodzenia naczyń krwionośnych, klasę G3 – wymagającą leczenia insuliną, w której pojawiają się zmiany naczyniowe w obrębie siatkówki, nerek i nadciśnienie tętnicze, oraz klasę G4 – wymagającą leczenia insuliną, w której pojawiają się zmiany wynikające z długoterminowego niedokrwienia mięśnia sercowego (Benson R, 1998; Czajkowski K, 1994; Cypryk K, 2001; Janczewska E, 1999; Pisarek-Miedzińska D, 1999).

Kobiety z cukrzycą rozpoznaną przed zajściem w ciążę i leczone najczęściej insuliną zostały sklasyfikowane według skali White. Główne kryteria tej klasyfikacji obejmują: czas trwania choroby, wiek pacjentki, kiedy została rozpoznana choroba, powikłania naczyniowe i narządowe. Według tego podziału wyróżniamy następujące klasy: A, B, C, D, E, FR, T (Benson R, 1998; Cypryk K, 2001).

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie wpływu cukrzycy insulinozależnej na zmianę jakości życia kobiet w ciąży.

Materiał i metody badawcze

Badaniami objęto 50 kobiet w ciąży z rozpoznaną cukrzycą insulinozależną klasy G2 i klasy B, C, D, FR (według White, za Klimek R, 1988), które były leczone w I Klinice i Katedrze Położniczo-Ginekologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2003–2004.

Materiał zebrano za pomocą kwestionariusza oceny QoL (Quality of Life) według własnego opracowania, uwzględniającego 20 cech (kliniczne, emocjonalne i funkcjonowanie społeczne), na podstawie analizy historii kart położniczych, rozmów indywidualnych i obserwacji pacjentek oraz kwestionariusza poziomu lęku według Jana Tylki.

Omówienie wyników badań

W losowo wybranej badanej grupie 50 kobiet w ciąży z współistniejącą cukrzycą insulinozależną u 8 rozpoznano cukrzycę przed zajściem w ciążę. Dotyczy to cukrzycy klas: B, C, D i FR. Cukrzycę ciążyową G2 stwierdzono u 32 pacjentek. Analizując wiek pacjentek, stwierdzono duży przekrój wiekowy od 18 do 44 lat. Najliczniejsza grupa dotyczyła wieku do 30 lat (24 osoby, tj. 48% badanych), od 35 roku życia było odpowiednio 15 pacjentek (30%). Zważywszy na wpływ wieku na rozwój ciąży, należy stwierdzić, że dość liczna grupa kobiet decyduje się na potomstwo w wieku stanowiącym samym w sobie czynnik ryzyka powikłań ciążyowych (Klimek R, 1988; Pschyrembel W, 1997).

Wiek kobiet nie jest czynnikiem wpływającym na ocenę jakości życia w sposób decydujący. W równym stopniu badane wskazały na pogorszenie, jak i na niezmiennione odczucia co do jakości życia.

Wśród badanych 28% posiadało wykształcenie wyższe, 44% wykształcenie średnie, a 28% wykształcenie zawodowe. Zróżnicowane wykształcenie, a tym samym rodzaj wykonywanej pracy: 32% fizycznej i 44% umysłowej, miały istotny wpływ na poziom życia.

Oddzielnym problemem był fakt, że 24% kobiet nie pracowało zawodowo, co przyczyniło się w poważnym stopniu do odczuwania jakości życia poprzez niski budżet finansowy rodziny.

12% z badanych kobiet było niezamężnych, co wpływało na podwyższenie poziomu lęku. Stres i lęk o losy ciąży i zdrowie towarzyszył również kobietom zamężnym, ale znajdowały one wsparcie i pocieszenie u partnerów i osób bliskich.

Część kobiet była hospitalizowana kilkakrotnie, co zmuszało je do rezygnacji z pracy zawodowej. Przebywanie zaś na zwolnieniach lekarskich pogarszało zarobki i tym samym ogólny bu-

dzeń rodziny. Opisane sytuacje miały w oczywisty sposób wpływ na jakość życia badanych kobiet.

68% badanych mieszka w mieście, co sprawia, że mają one łatwiejszy dostęp do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Mniej czasu muszą poświęcić na dojazdy do lekarzy specjalistów. Kobiety mieszkające na wsi odczuwają w sposób uciążliwy konieczność częstych wyjazdów do lekarza w powodu obecności choroby.

W badanej grupie ciężarnych cukrzyca została po raz pierwszy rozpoznana w ciąży u 64% badanych; cukrzyca ujawniona przed zajściem w ciążę dotyczyła 36% kobiet.

U 46% badanych cukrzyca wystąpiła w rodzinie, niekiedy w dwóch pokoleniach (matka, babcia, rodzeństwo, ciotki). U ciężarnych chorujących na cukrzycę przed ciążą cukrzyca w rodzinie wystąpiła u 62% osób.

Na podstawie analizy kart położniczych stwierdzono, że po raz pierwszy w ciąży było 40% badanych, w drugiej ciąży było 32% kobiet, w trzeciej ciąży 18%, a 10% w czwartej. Mimo że 60% kobiet jest po raz kolejny w ciąży, to przeszłość położnicza jest obciążona licznymi poronieniami. 43% kobiet z tej grupy nie donosiło swojej pierwszej ciąży. 44% kobiet rodziło, w tym 27,3% przez cięcie cesarskie. W omawianej grupie kobiet urodzone dzieci, poza dwoma przypadkami śmiertelnymi, przyszły na świat zdrowe o masie ciała należącej do wieku płodowego. W 7 przypadkach dzieci urodziły się z masą ciała powyżej 4000 g.

W analizowanej grupie ciężarnych 54% zgłosiło się do lekarza już w pierwszych sześciu tygodniach ciąży, 38% między 7 a 12 tygodniem ciąży, w kilku przypadkach dopiero w 14 i 20 tygodniu ciąży.

Ciężarne obciążone cukrzycą z okresu przedciążowego i te, u których w poprzednich ciążach występowało to powikłanie, zgłaszała się do lekarza już między 4 a 8 tygodniem ciąży i było to spowodowane świadomością choroby i lękiem o losy ciąży. Takie zachowanie kobiet sprzyjało roztoczeniu nad nimi wczesnej i specjalistycznej opieki lekarskiej, wczesnemu wykryciu powikłań i wdrożeniu właściwego leczenia.

Analizie poddano również zdolność badanych kobiet do zajścia w ciążę. Stwierdzono, że 24% miało problemy z zajściem w ciążę, 62% planowało obecną ciążę, natomiast 32% nie planowało potomstwa. Istotne jest, aby planowanie ciąży dotyczyło kobiet z rozpoznaną cukrzycą przedciążową, ze względu na niekorzystny wpływ tej choroby na rozwijający się płód w okresie organogenezy, powodując liczne wady wrodzone (Biczysko R, 1993; Słomko Z, 1995), jak też znaczące pogorszenie się zdrowia ciężarnej szczególnie z klasą cukrzycy: D, F, R, RF, H i T. Śmiertelność kobiet chorych na cukrzycę

związaną z ciążą wynosi od 0,3 do 0,5% i wiąże się głównie z burzliwie przebiegającymi stanami septycznymi, niewydolnością nerek, powikłaniami zatorowo-zakrzepowymi. Innymi powikłaniami, równie groźnymi dla życia ciężarnej i płodu, są stany hipoglikemii, hiperglikemii, ketonemii oraz kwasicy ketonowej (Czajkowski K, Janczewska E, Teliga-Czajkowska J, 1994; Jóźwicka E, Karnafel W, 1998; Pisarek-Miedzińska D, 1999). W badanej grupie ciężarnych z cukrzycą przedciążową tylko 50% planowało ciążę. Wśród kobiet, które nie planowały ciąży, były zarówno z klasą cukrzycy bez powikłań naczyniowych (B, C), ale też i klasy FR z poważnymi stanami retinopatii proliferacyjnej i nefropatii z białkomoczem. Opóźnione wdrożenie opieki diabetologiczno-położniczej skutkuje poważnymi powikłaniami zarówno zdrowia matki, jak też losów ciąży.

Dość zróżnicowana była wiedza na temat cukrzycy, jaką posiadały ciężarne. W grupie kobiet z cukrzycą przedciążową wszystkie twierdziły, że znają istotę choroby cukrzycowej i jej następstwa. W grupie kobiet z cukrzycą ciążową 34% twierdziło, że nie zostało zapoznanych z objawami i skutkami choroby w ciąży, 22% twierdziło, że w ogóle takiej wiedzy nie posiada. Pozostałe respondenci swoją wiedzę czerpały głównie od lekarza (62%) oraz z książek i czasopism medycznych (60%) oraz od położnych (26%). 12% kobiet swoją wiedzę o chorobie czerpało z czasopism kobiecych, które coraz częściej zajmują się na swych łamach szerzeniem oświaty zdrowotnej.

Szczegółowa wiedza na temat diety oraz ilości spożywanych kalorii, przy zaburzeniach tolerancji glukozy, jest niezbędna, ale przyznaje się do niej tylko 58% badanych kobiet. Znaczna grupa, bo aż 42%, twierdzi, że nie wie, jakie jest dobowe zapotrzebowanie kaloryczne i jak ma wyglądać dieta kobiety ciężarnej obciążonej cukrzycą. Mimo to 80% ciężarnych twierdzi, że przestrzega diety cukrzycowej w praktyce, chociaż dla 38% jest to bardzo uciążliwe. 84% natomiast zostało poinformowanych o ograniczeniach dietetycznych. Sprzeczności te uwidoczniają niepewność związaną z posiadaną wiedzą na temat cukrzycy i jej następstw w ciąży.

W opiece prenatalnej kobiet szczególną wagę kładzie się na wczesne wykrywanie zagrożeń zdrowia matki i płodu. Dlatego też rozszerza się zakres badań wykrywających te zagrożenia jeszcze w stadium utajonym. W celu wykrycia zaburzeń przemiany węglowodanów WHO wprowadziła obowiązkowe badania tolerancji glukozy u wszystkich ciężarnych pomiędzy 24 a 28 tygodniem ciąży za pomocą testu przesiewowego po doustnym podaniu 50 g glukozy i oznaczeniu jej stężenia po 60 minutach. Stężenie to nie powinno przekraczać 140 mg% w surowicy krwi żyłnej. Prowadzi się także badanie stężenia glukozy

we krwi na czczo, poczynszyszy od pierwszej wizyty ciężarnej u lekarza. Poziom ten nie powinien przekraczać 105 mg% przy prawidłowej gospodarce węglowodanowej. Przy nieprawidłowych wynikach testów przesiewowych należy powtórzyć test diagnostyczny w 32 tygodniu ciąży (Janczewska E, 1999; Jóźwicka E, Karnafel W, 1998; Karnafel W, Jóźwicka E, 2000).

81,4% badanych kontroluje przyrost swojej masy ciała w trakcie ciąży i to pomimo tego, że 70% twierdzi, że nie zna norm należnych dla poszczególnych trymestrów ciąży, jak też dla całego okresu ciąży i nie otrzymała takiej wiedzy od położnej czy lekarza.

Obecność cukrzycy w ciąży wymusza często kilkakrotne hospitalizacje w celu ustalenia (korygowania) dawek insuliny, jak też monitorowania stanu płodu i zdrowia matki. Pobyty w szpitalu wyłączają kobiety z życia zawodowego, rodzinnego i towarzyskiego. Konieczność hospitalizacji kobiety odbierają jako dyskomfort życiowy. 52% kobiet odbiera tę konieczność jako uciążliwość wpływającą na pogorszenie jakości życia.

Konieczność przyjmowania insuliny kilkakrotnie w ciągu dnia przez wstrzyknięcia oraz ukłucia palców celem kontroli profilu glikemii dla 72% ciężarnych jest źródłem stresu. Pozostałe badane traktują tę konieczność ze spokojem.

Natomiast 82% badanych kobiet przeżywa silny stres przy oczekiwaniu na wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu określających wartość cukru.

Stres wpływa niekorzystnie na przebieg ciąży i może być przyczyną przedwczesnej czynności skurczowej czy nadmiernych wahań wartości cukru. To przedłuża czas pobytu w szpitalu w czasie kontrolnych hospitalizacji i utrudnia powrót do normalnego rytmu życia.

W cukrzycy ogromne znaczenie ma samokontrola. Wymaga ona systematyczności i samodzielnego dokonywania pomiarów glukozy we krwi i moczu. Wśród badanej grupy 83% kobiet posiada własny glukometr i samodzielnie dokonuje badań kontrolnych. Pozostała część (17%) to ciężarne, które nie wiedziały o takiej potrzebie i korzystają z pomiarów wykonywanych przez położne.

Opieka przedporodowa nad ciężarną stanowi czynnik mogący mieć wpływ na jakość życia. Wiąże się ona z zapewnieniem kobiecie poczucia bezpieczeństwa, czuwaniem nad przebiegiem ciąży i jej rozwiązaniem, a także dobrym uregulowaniem samej cukrzycy. Objęcie opieką przedporodową 98% badanych kobiet (bez względu na klasę cukrzycy) daje im poczucie bezpieczeństwa. W dwóch przypadkach stres osiągnął tak wysoki poziom, że pobyt w szpitalu i intensywne opiece przedporodowe nie wpłynęła wyciszająco na jego nasilenie.

Wpływ na jakość życia ma także stan psychiczny ciężarnej, jej samopoczucie. Im jest ono

lepsze, tym bardziej pozytywnie ciężarna jest nastawiona do samego leczenia, udziału w życiu rodzinnym czy towarzyskim, z którego pomimo ciąży i choroby nie powinna rezygnować.

W badanej grupie 52% kobiet ograniczyło swoje życie towarzyskie w znacznym stopniu (1 spotkanie w miesiącu), a aż 24% zrezygnowała z niego zupełnie. U 44% kobiet pojawiło się uczucie przygnębienia, uczucie spadku aktywności u 32%, 22% odczuwa rozdrażnienie i brak koncentracji, 10% odczuwa poczucie winy i także 10% poczucie agresji. Utrata atrakcyjności, reżim dietetyczny izoluje wiele kobiet od intensywnego życia towarzyskiego.

Kondycja fizyczna w ocenie badanych została oceniona jako dobra w 50%, 34% oceniło ją w stopniu umiarkowanym, a 8% oceniło swój stan jako bardzo dobry oraz jako brak kondycji.

Poczucie obniżenia poziomu kondycji, jak też aktywności fizycznej, wynika częściowo z przyrostu masy ciała, ale też zmiany psychiki pod wpływem fizjologicznych efektów hormonów ciążowych, ale również z przyczyn upatrywanych w powikłaniach ciąży wywołanych cukrzycą.

U niektórych pacjentek pojawiło się poczucie winy za błędy w diecie tłumaczone jako przyczyna powikłań cukrzycowych, a tym samym potencjalnych zagrożeń ciąży.

Sam poród i stan dziecka po porodzie nasuwa wiele obaw. 80% ciężarnych obawia się porodu i odczuwa silny lęk o zdrowie dziecka. W niektórych przypadkach wynika on z braku wiedzy oraz niepowodzeń położniczych w przeszłości (porody zabiegowe, przedłużający się poród, poronienia).

Wpływ na jakość życia ma sam przebieg ciąży. Występowanie przykrych dolegliwości czy dodatkowych powikłań wywołuje silny dyskomfort i wzrost napięcia emocjonalnego na poziomie lęku. W badanej grupie zaobserwowano następujące najczęściej występujące dolegliwości ciążowe (w kolejności występowania): obrzęki nóg, ociężałość, zgagę, zaparcia, zawroty głowy, ospałość, bezsenność, osłabienie, mdłości, bóle krzyża, bóle głowy, wahania cukru.

W pojedynczych przypadkach niektóre ciężarne (24%) poza cukrzycą miały dodatkowe powikłania, takie jak: niewydolność szyjki macicy, zagrażający poród przedwczesny (bóle brzucha), infekcje wewnątrzmaciczne, stany hipertonii, zaburzenia (osłabienia) widzenia, kamicę żółciową, mięśniaki macicy, krwawienia w I trymestrze ciąży, infekcję dróg moczowych, infekcję pochwy oraz stwardnienie rozsiane.

W samoocenie własnego zdrowia 60% badanych określiło swój stan jako zadowalający, 36% jako stan nie w pełni zadowalający. Jedynie 4% badanych (2 ciężarne) określiło swój stan zdrowia jako pełne zdrowie.

Poziom lęku odczuwany przez ciężarne w samoocenie na podstawie kwestionariusza poziomu lęku Jana Tylki przedstawia się następująco: niski poziom lęku występuje u 80% badanych, a średni poziom lęku – u 20% badanych. U żadnej ciężarnej nie stwierdzono według przyjętej skali wysokiego poziomu lęku. Średni poziom lęku dotyczył kobiet z obciążoną przeszłością położniczą, długim pobytem w szpitalu i współistniejącymi powikłaniami ciąży.

W badanej grupie pacjentek 40% zdecydowanie stwierdziło pogorszenie jakości życia w związku z pojawieniem się cukrzycy. 60% nie odczuło zmian jakości życia w kontekście cukrzycy w czasie ciąży.

Analizując zestawienie czynników wpływających na ocenę jakości życia można stwierdzić, że nie ma dominujących jednoznacznych sytuacji, które wpływałyby na jego pogorszenie. Odbiór i ocena jakości życia ma charakter subiektywny i zależy od współistnienia wielu czynników, takich jak: przeszłość położnicza (50% badanych obserwuje pogorszenie jakości życia), współistniejące powikłania w ciąży, długi pobyt w szpitalu, poziom wykształcenia (połowa kobiet ze średnim i wyższym wykształceniem obserwuje pogorszenie się jakości życia).

W przypadku ciężarnej chorej na cukrzycę bardzo duże znaczenie ma wybór terminu i sposobu rozwiązania ciąży. Termin i sposób rozwiązania powinien być w okresie normy biologicznej występowania porodu, o ile nie występują dodatkowe powikłania ciąży.

Badane ciężarne rodziły w różnym okresie trwania ciąży. Najwięcej pacjentek zostało rozwiązanych w 38–40 tygodniu ciąży. Sposób rozwiązania był uzależniony od stanu zagrożenia ciąży, co ma związek z klasą cukrzycy. W sytuacji przewidywanych powikłań okołoporodowych stosuje się zakończenie ciąży pomiędzy 35 a 37 tygodniem jej trwania za pomocą cięcia cesarskiego lub siłami natury między 38 a 40 tygodniem. Stosowane zasady rozwiązania ciąży znajdują także odzwierciedlenie w badanym materiale.

Metodą z wyboru rozwiązania ciąży powikłanej cukrzycą klasy DFR było cięcie cesarskie w okresie między 32 a 37 tygodniem ciąży. W klasie G2 (cukrzyca ciężarnej) znacząco częściej rozwiązanie było siłami natury. W tej klasie występowały również rozwiązania przez cięcie cesarskie ze względu na zagrażające powikłania internistyczne u matek i położnicze u płodu. W klasie B i C przeważały metody operacyjne rozwiązywania ciąży. W jednym przypadku rozwiązanie nastąpiło już w 31 tygodniu ze względu na przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego z infekcją wewnątrzmaciczną.

Dzieci matek cukrzycowych rodziły się w dobrym stanie. W 7 przypadkach noworodki w mo-

mencie urodzenia miały masę ciała powyżej 4000 g (w równym procencie rodziły się także dzieci z małą masą urodzeniową).

Ciężarne chore na cukrzycę są objęte programem intensywnej opieki zakładającym idealne wyrównanie cukrzycy. Ważne jest, aby wiedza o zagrożeniach dla zdrowia dziecka oraz komplikacjach internistycznych u matek w okresie ciąży była dostępna wszystkim lekarzom rodzinnym, położnikom oraz kobietom chcącym planować macierzyństwo. Wdrożenie najwcześniejszej opieki prenatalnej u kobiet chorych na cukrzycę oraz wykonywanie obowiązkowych badań kontrolnych w kierunku zaburzeń gospodarki węglowodanowej pozwoli uniknąć wad rozwojowych u dziecka i powikłań położniczo-internistycznych u matek. Tylko odpowiednie przygotowanie do ciąży kobiety chorej na cukrzycę, całkowite poddanie się zaplanowanemu reżimowi i zaangażowanie całego zespołu medycznego może doprowadzić do urodzenia zdrowego dziecka i zachowania zdrowia matki, dając jej równocześnie poczucie bezpieczeństwa.

Wnioski

1. Cukrzyca ciężarnych ujawniła się w większości przypadków w I ciąży; cukrzyca przedciążowa dotyczyła 36% badanych.
2. Poczucie pogorszenia się jakości życia ma związek z subiektywną oceną sytuacji, koniecznością przestrzegania reżimu dietetycznego, zmianą pełnionych ról życiowych, długim przebywaniem w szpitalu oraz wykształceniem.
3. Obecność cukrzycy w ciąży jest przyczyną rezygnacji z życia towarzyskiego u 75% badanych.
4. Połowa badanych pobyt w szpitalu z powodu cukrzycy odbiera jako dużą uciążliwość życiową.
5. Większość badanych przeżywa stres w oczekiwaniu na wyniki badań.
6. Większość badanych twierdzi, że zna istotę choroby cukrzycowej i jej wpływ na ciążę. Pomimo to oczekuje od personelu medycznego więcej informacji o sposobie odżywiania się.
7. Zdecydowana większość ciężarnych posiada glukometrię i sama przeprowadza badania poziomu cukru.
8. Połowa badanych oceniła swoją kondycję fizyczną jako dobrą, a w ocenie ogólnej zdrowia 60% oceniło swój stan zdrowia jako zadowalający.
9. W kwestionariuszu poziomu lęku według J. Tylki 80% badanych kobiet w samoocenie usytuowało się na poziomie niskim, choć wszystkie podkreślają obecność obaw o losy dziecka i stan własnego zdrowia.
10. Pobyt w szpitalu pod opieką wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej daje ciężarnym poczucie bezpieczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Alexander J, Levy V, Roch S. *Nowoczesne położnictwo – opieka przedporodowa*. T. 1. Warszawa: PZWL; 1995.
2. Czajkowski K. Cukrzyca ciężarnych – wybrane problemy. *Post Nauk Med* 1994; 7: 27–32.
3. Beisert M, Sęk H. Psychologiczne problemy kobiet w ciąży specjalnej troski. *Ginekol Pol* 1982; 11.
4. Cekański A. *Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii. Podręcznik dla położnych*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna; 1999.
5. Czyżyk A. *Patofizjologia i klinika cukrzycy*. Warszawa: PZWL; 1987.
6. Benson RC. *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa: PZWL; 1998.
7. Cypryk K. Cukrzyca i ciąża – problem lekarza internisty i położnika. *Świat Medycyny*, 2001; 1.
8. Janczewska E. Cukrzyca u kobiet w ciąży. Diagnoza i wczesne implikacje. *Ginekologia i Położnictwo* 1999; 4.
9. Pisarek-Miedzińska D. *Położnictwo i ginekologia dla lekarzy rodzinnych*. Warszawa: Fundacja Rozwoju Kształcenia Medycznego DOCEO; 1999.
10. Klimek R (red.). *Położnictwo*. Warszawa: PZWL; 1988.
11. Pschyrembel W. *Położnictwo praktyczne*. Warszawa: PZWL; 1997.
12. Biczysko R. Zagrożenie płodu w ciąży powikłanej cukrzycą. *Kliniczna Perinatol Ginekol* 1993; IX: 57–63.
13. Słomko Z. *Medycyna perinatalna*. Warszawa: PZWL; 1995.
14. Czajkowski K, Janczewska E, Teliga-Czajkowska J. Ocena wskazań do cięcia cesarskiego w ciąży powikłanej cukrzycą. *Ginekol Pol – Suplement* 2, 1994.
15. Józwicka E, Karnafel W. Cukrzyca i ciąża. *Terapia*, 1998; 12: 36–38.
16. Karnafel W, Józwicka E. Cukrzyca a ciąża. *Przewodnik Lekarza* 2000; 2: 82–83.

Adres I Autorki:

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Przygotowanie chorego z cukrzycą do samoopieki według modelu Dorothy Orem w opinii pacjentów

Preparation of diabetic patients to selfcare according to Dorothy Orem's model in patient's opinion

WIOLETTA RYKIS¹, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA²

¹ Z Instytutu Edukacji Medycznej Kolegium Karkonoskiego w Jeleniej Górze

² Z Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydział Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

„CUKRZYCA BEZ OBAW, CUKRZYCA BEZ POWIKŁAŃ”

Pod takim hasłem rozpoczęła się w tym roku kampania realizowana przez Telewizję Polską Programu 1 i 2 oraz Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zainteresowane podobnym tematem staraliśmy się uzyskać odpowiedź: czy pacjenci z cukrzycą są przygotowani do samoopieki w ich opinii.

Cukrzyca występuje na wszystkich kontynentach, dotyczy wszystkich ras ludzkich. Chociaż cukrzyca była znana już od dawna, to jednak dopiero w ciągu ostatniego stulecia jej występowanie zwiększyło się na tyle, że obecnie zalicza się ją do chorób cywilizacyjnych i społecznych. Cukrzyca jako przewlekła choroba stanowi istotny problem medyczny, zarówno ze względu na bezpośrednie zaburzenia metaboliczne, jak i z powodu przewlekłych powikłań będących przyczyną zgonów albo kalectwa.

Obecnie w Polsce jest około 2 milionów osób chorych na cukrzycę, a dwukrotnie więcej osób cierpi na upośledzenie tolerancji glukozy, a ponad 1 milion nie wie, że są chorzy. Liczby te w perspektywie następnych lat na pewno się zwiększą [5]. Jest to choroba podstępna, bezobjawowa w pierwszej fazie. Ważna jest profilaktyka i prowadzenie regularnych badań krwi na obecność glukozy.

Z tych powodów na całym świecie i w Polsce intensywnie dąży się do zwiększenia sprawności zapobiegania i leczenia cukrzycy oraz jej powikłań.

Jak udowodniono w wielu badaniach leczniczo-terapeutycznych, cel taki staje się realny, jeśli zastosuje się właściwe metody lecznicze i przygotowuje pacjenta do samoopieki.

Samoopieka to działanie podejmowane samodzielnie przez pacjenta dla potrzeb utrzymania własnego zdrowia, jego poprawy i potęgowania [3]. Zdefiniowana przez D. Orem samoopieka oznacza aktywność, którą ludzie inicjują i realizują sami, aby utrzymać własne zdrowie i życie oraz zapewnić sobie dobre samopoczucie. Samoopieka pociąga za sobą konieczność ustawicznego dokonywania celowych wyborów, podejmowania decyzji wpływających na styl życia i zachowania człowieka [1, 2].

Cukrzyca według J. Tatonia, eksperta WHO w dziedzinie cukrzycy, stanowi przykład choroby, w której współpraca personelu medycznego z pacjentem i jego aktywny udział w leczeniu stanowią bezwzględny warunek racjonalnej terapii [3, 4].

Ta odrębność cukrzycy stawia przed pacjentem zadanie dogłębnego zaznajomienia się z jej istotą oraz umiejętnego stosowania metod samoopieki, co daje możliwość uzyskania stanu metabolicznego wyrównania cukrzycy. Zapobiega to lub opóźnia powstanie późnych powikłań tej choroby. Podstawową wiedzę na temat cukrzycy zapewnia pacjentowi edukacja, natomiast później, stopień jego zaangażowania w samoopiekę.

Cel pracy

Celem pracy było określenie, czy pacjenci z cukrzycą są przygotowani do samoopieki w ich opinii. Chciano poznać, czy chorzy na cukrzycę znają swoją chorobę i potrafią prawidłowo z nią funkcjonować.

Do osiągnięcia założonego celu konieczna była ocena stanu ich wiedzy na temat swojej choroby: zasad diety, insulinoterapii, stosowania regularnej aktywności fizycznej, postępowania w przypadku wystąpienia wczesnych i późnych powikłań. Ważna była również świadomość chorych dotycząca edukacji w cukrzycy i chęć ciągłego dokształcania się.

Chciano również uzyskać odpowiedź chorych, czy w ich opinii są oni przygotowani do sprawowania opieki nad sobą w cukrzycy.

Materiał i metoda

Przedmiotem badań przeprowadzonych w lutym 2004 roku była populacja 30 chorych na cukrzycę, przebywających na oddziale internistycznym w Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze oraz w Dolnośląskim Centrum Rehabilitacji w Kamiennej Górze. Stanowiła ona grupę niejednorodną pod względem płci, w badaniach brało udział 19 kobiet i 11 mężczyzn. Grupa była zróżnicowana pod względem wieku, najwięcej chorych było powyżej 71 roku życia.

Badaną populację podzielono na dwie grupy, w zależności od rodzaju cukrzycy. W ankiecie brało udział 22 chorych na cukrzycę typu 2 i 8 osób chorych na cukrzycę typu 1.

Ankietowani zostali podzieleni na 3 grupy, w zależności od czasu trwania choroby. W pierwszej grupie osób ze świeżo wykrytą cukrzycą były 4 osoby, w drugiej grupie osób, do 10 lat trwania choroby, było 15 ankietowanych, natomiast w trzeciej grupie osób, powyżej 10 lat trwania choroby, było 11 ankietowanych.

Metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą której posłużono się w realizacji założonego celu, była ankieta składająca się z 29 pytań zamkniętych i 4 pytań otwartych.

Wyniki

Z charakterystyki badanej populacji wynika, że większa część badanych, bo 26 osób, co stanowi 87% respondentek, potrafi wykonać samodzielnie insulinę. Stwierdzono, że wśród badanych osób aż 28 chorych przestrzega diety cukrzycowej, co stanowi 93% badanych. Spośród 100% ankietowanych aż 77%, czyli 23 osoby, regularnie stosuje wysiłek fizyczny. Do najbardziej uznawanych przez badanych rodzajów aktywności fizycznej należy spacer (17 osób) i jazda na rowerze, chętnie uprawiana przez 5 osób. Inne rodzaje sportu, w których uczestniczą respondenci, to: koszykówka, gimnastyka, tenis ziemny i pływanie.

Tabela 1. Posiadanie sprzętu do oznaczenia glikemii

Lp.	Rodzaj sprzętu	Liczba chorych
1	glukometr	23
2	do pomiaru cukru w moczu	6

Badania dowodzą, że chorzy na cukrzycę posiadają sprzęt do oznaczania glikemii. Zdecydowana większość, bo 23 osoby, posiadają glukometr i potrafią go obsługiwać. Mniej jednak (jedyne 6 osób) posiada sprzęt do oznaczania acetonu i cukru w moczu. Zestawienie to obrazuje tabela 1.

Umiejętność przeciwdziałania wczesnym powikłaniom

Umiejętność przeciwdziałania i postępowania w przypadku wystąpienia ostrych powikłań cukrzycy, w tym śpiączki hipoglikemicznej i hiperglikemicznej, jest szczególnie ważna w procesie samoopieki w cukrzycy. Wyniki badań dowodzą, że 26 osób potrafi przeciwdziałać i postępować w przypadku wystąpienia niedocukrzenia, czyli 87% ankietowanych.

W grupie znających zasady postępowania przy hiperglikemii było 27 chorych na cukrzycę, czyli 87% respondentów. Zestawienie to przedstawia tabela 2 i 3.

Umiejętność przeciwdziałania późnym powikłaniom

Ważnym elementem jest również zapobieganie późnym powikłaniom cukrzycy. Badania dowodzą, że profilaktycznemu kontrolowaniu wzroku 1 raz w roku poddaje się 28 osób, czyli 93% ankietowanych, natomiast kontroluje swoje

Tabela 2. Umiejętność przeciwdziałania wystąpieniu śpiączki hipoglikemicznej

Lp.	Śpiączka hipoglikemiczna	Liczba chorych	Zestawienie procentowe
1	potrafi	26	87%
2	nie potrafi	4	13%
3	razem	30	100%

Tabela 3. Umiejętność przeciwdziałania wystąpieniu śpiączki hiperglikemicznej

Lp.	Śpiączka hiperglikemiczna	Liczba chorych	Zestawienie procentowe
1	potrafi	25	83%
2	nie potrafi	5	17%
3	razem	30	100%

Tabela 4. Kontrolowanie wzroku przynajmniej raz w roku

Lp.	Kontrola wzroku	Liczba chorych	Zestawienie procentowe
1	wykonuje kontrolę	28	93%
2	nie kontroluje	2	7%
3	razem	30	100%

Tabela 5. Codzienna kontrola stóp

Lp.	Kontrola stóp	Liczba chorych	Zestawienie procentowe
1	wykonuje kontrolę	28	93%
2	nie kontroluje	2	7%
3	razem	30	100%

stopy 22 osoby, czyli 73% respondentów. Powyższe dane przedstawia tabela 4 i 5.

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna jest nieodłącznym elementem samoopieki. Wszystkie ankietowane osoby były zainteresowane informacjami na temat swojej choroby. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które wiadomości o cukrzycy uzyskały od personelu medycznego – 28 ankietowanych oraz ze specjalistycznych książek i biuletynów. Dodatkowo 6 osób korzystało z innych źródeł, np. internet, programy telewizyjne, szkolenia organizowane przez Towarzystwo Diabetologiczne.

Tabela 6. Edukacja zdrowotna w zakresie cukrzycy

Lp.	Przekazywanie informacji	Liczba chorych
1	lekarz, pielęgniarka	28
2	książki, biuletyny	27
3	inne... TV, internet, szkolenia	6

Tabela 7. Opinia chorych na temat ich wiedzy na temat cukrzycy

Lp.	Wiedza o cukrzycy	Liczba chorych	Zestawienie procentowe
1	wystarczająca	19	56%
2	niewystarczająca	11	37%
3	razem	30	100%

Opinia chorych na temat ich wiedzy o cukrzycy

Najważniejszym, kluczowym pytaniem w ankiecie była opinia chorych na temat ich wiedzy o cukrzycy. Informacje o cukrzycy są wystarczające dla 19 ankietowanych, czyli 56% ogółu badanych, chęć dokończenia się wyraziło 11 osób, tj. 37% respondentów.

Wnioski

Badani chorzy na cukrzycę są przygotowani do samoopieki w ich opinii.

Czynnikami mającymi wpływ na przygotowanie chorego do samoopieki są: stosowanie indywidualnej insulinoaterapii przez chorego, przestrze-

ganie diety cukrzycowej, prowadzenie regularnej aktywności fizycznej, umiejętność postępowania w przypadku wystąpienia wczesnych i późnych powikłań, regularna kontrola wzroku i stóp oraz ciągłe dokończenie się chorych.

Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo – ćwiczenia*. Warszawa: PZWL; 1998.
2. Poznańska S, Płaszewska-Żywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001.
3. Tatoń J. *Cukrzyca. Nauczanie samoopieki*. Warszawa: PWN; 1995.
4. Tatoń J. *Poradnik dla chorego na cukrzycę*. Warszawa: PZWL; 1992.
5. Tondel L. *ABC poradnik diabetyka*. Bydgoszcz: Polskie Stowarzyszenie Diabetyków; 2003.

Adres I Autorki:

Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze,
Instytut Edukacji Medycznej
ul. Lwówecka 1
58-503 Jelenia Góra

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PREWENCJA CUKRZYCY I JEJ POWIKŁAŃ ORAZ OPTIMALIZACJA OPIEKI
PREVENTION OF DIABETES AND ITS COMPLICATIONS

Chorobowość z powodu cukrzycy w populacji Wrocławia

Prevalence of type 2 diabetes mellitus in the population of Wrocław

KRYSTYNA ZDROJOWY, EDYTA SUTKOWSKA, RAJMUND ADAMIEC

Z Katedry i Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Rajmund Adamiec

Streszczenie Aktywne poszukiwanie chorych z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej stanowi najlepszą metodę prewencji późnych powikłań tego schorzenia. Celem pracy było określenie czynników ryzyka i częstości występowania cukrzycy typu 2 – cukrzyca znana i nieznaną w reprezentatywnej grupie mieszkańców Wrocławia. Badaniu została poddana grupa osób w wieku 55–75 lat dobrana na drodze losowania warstwowego z bazy PESEL, stałych mieszkańców Wrocławia. W pierwszym etapie przeprowadzono ankietę badawczą, dokonano pomiarów antropometrycznych, pomiar ciśnienia tętniczego i glikemii we krwi włośniczkowej. Nieprawidłowy wynik glikemii stanowił podstawę zakwalifikowania do drugiego etapu, który obejmował glikemię na czczo i OGGT u osób z glikemią 5,5–6,7 mmol/l. Spośród 1500 badanych osób do drugiego etapu z powodu glikemii powyżej 5,5 mmol/l zakwalifikowano 362 osoby: 216 kobiet i 146 mężczyzn. U 72 osób (19,8%) była to cukrzyca znana. U 10,34% osób potwierdzeniem cukrzycy była glikemia dwukrotnie przekraczająca 7 mmol/l, natomiast w oparciu o OGGT cukrzycę rozpoznano u 21,37% osób, nietolerancję glukozy u 37,24% osób, a nieprawidłową glikemię na czczo u 31,03% badanych. Częstość cukrzycy nieznaną była wyższa niż częstość cukrzycy znanej w przedziale wiekowym 55–65 lat, natomiast u osób powyżej 65 roku życia większa była częstość cukrzycy znanej. Znamienne częściej stwierdzano cukrzycę nieznaną u kobiet, z tym że BMI w cukrzycy znanej i nieznaną u kobiet nie różnił się istotnie statystycznie, natomiast u mężczyzn znamienne częściej występuje z BMI powyżej 30 kg/m². Wnioski: 1. Uzyskane wyniki sugerują potrzebę prowadzenia badań przesiewowych pozwalających na wczesne wykrycie zaburzeń gospodarki węglowodanowej. 2. Wykazano znamienne większy odsetek cukrzycy nieznaną w całkowitej chorobowości z powodu cukrzycy typu 2 w badanej populacji mieszkańców Wrocławia. 3. U ponad połowy osób ze świeżo ujawnionymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej obecne są już powikłania naczyniowe.

Słowa kluczowe: cukrzyca nieznaną, chorobowość, czynniki ryzyka miażdżycy.

Summary Active searching for patients with carbohydrate metabolism disorders is the best method for preventing of chronic complications of the disease. The aim of the study was to find risk factors and to estimate prevalence of type 2 diabetes (known and unknown) in Wrocław population. The study was entered by subjects aged 55–75 years who were randomly chosen (the random number method) from the Wrocław population PESEL database. The first stage consisted of: age, profession, life-style questionnaire, family history, suffered diseases before and the anthropometrical evaluation, blood pressure and fasting capillary glucose level were performed. The patients with incorrect glucose level were included to second stage where fast glucose level and OGGT above 5.5–6.7 mmol/l evaluated. To second stage study 362 (216 women and 146 men) from 1500 subject were included with glycaemia higher than 5.5 mmol/l. The known diabetes was found in 72 persons (19.8%). The diagnosis of diabetes was confirmed because of two examination results higher than 7 mmol/l. Based on OGGT in 21.37% of patients diabetes and in 37.24% impaired glucose tolerance. Between 55–65 aged patients the prevalence of unknown diabetes was higher than known diabetes while known diabetes in patients older than 65 years was more common. Unknown diabetes was found significantly more often in females. In female with unknown and known diabetes BMI was not significantly different.

Key words: undiagnosed diabetes mellitus, prevalence, risk factor of arteriosclerosis.

Cukrzyca jest chorobą, która ze względu na rozpowszechnienie i przewlekły charakter obniża jakość życia osób nią dotkniętych, znacznie skracając przeżycie. Wzrastająca liczba przypadków cukrzycy, a także jej późnych powikłań w ciągu ostatniego dwudziestolecia spowodowały, że WHO uznała ją za chorobę społeczną, wywierającą istotny wpływ na ogólny poziom zdrowotności populacji [1]. Aktualne dane epidemiologiczne wskazują na gwałtowny wzrost zachorowań na cukrzycę typu 2.

W 1994 roku stwierdzono na świecie 110,4 milionów przypadków choroby, natomiast w 2010 r. przewiduje się ich wzrost do około 239,3 milionów chorych [2]. Ogólna częstość występowania cukrzycy w Polsce przekroczyła na poziomie populacyjnym wartość 5%, obejmując więc blisko 2 miliony osób.

Powszechnie uważa się, że 50% chorych z cukrzycą typu 2 prezentuje tzw. cukrzycę nieznaną. Określenie to obejmuje te przypadki, w których chorobę rozpoznano podczas badań epidemiologicznych. Ustalenie początku choroby z uwagi na niejednokrotnie długi, bezobjawowy przebieg jest niezwykle trudne. Aktywne poszukiwanie chorych z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej stanowi więc najlepszą metodę prewencji późnych powikłań tej choroby. Wiadomo bowiem powszechnie, że u około 50% osób ze świeżo rozpoznaną cukrzycą stwierdza się powikłania naczyniowe. W większości jest to następstwem przyspieszonego o około 10 lat procesu miażdżycowego, odpowiedzialnego za 3–4-krotnie wyższą zapadalność na chorobę niedokrwinną serca, 2–4-krotnie większą zapadalność na udary mózgu i 7-krotnie większą częstość amputacji kończyn.

W myśl zaleceń WHO planowanie i realizowanie opieki diabetologicznej wymaga określania opisowych wskaźników epidemiologicznych oraz analizy tych czynników środowiska, które mogą mieć znaczenie patogenetyczne w ujawnianiu się cukrzycy. W Polsce kilkakrotnie prowadzono badania nad częstością cukrzycy w populacji. Badanie Screen-Pol, w których lekarze pierwszego kontaktu aktywnie wyszukiwali chorych na cukrzycę, pozwoliły na rozpoznanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej u 15,5% osób powyżej 45 roku życia [3]. We Wrocławiu badania przesiewowe prowadzone były ostatnio w latach 1985–1986 i ujawniły wówczas cukrzycę u 3,7% badanych [4].

Celem niniejszej pracy było określenie czynników ryzyka i częstości występowania cukrzycy typu 2 (cukrzyca znana i nieznaną), upośledzonej tolerancji glukozy i nieprawidłowej glikemii na czczo w reprezentatywnej grupie mieszkańców Wrocławia.

Grupa badana i metody

Badanie przeprowadzono w latach 2001–2002, wśród 1500 osób w wieku 55–75 lat, dobranych w drodze losowania warstwowego z bazy PESEL stałych mieszkańców Wrocławia, według algorytmu określonego przez Główny Urząd Statystyczny. Do wszystkich wylosowanych osób wysłano list z informacją o celu i metodzie badania z jednoczesnym zaproszeniem do badań.

Badania obejmowały dwa etapy. W pierwszym przeprowadzono ankietę, dzięki której uzyskiwano informacje na temat wykształcenia, zawodu, stylu życia, przebytych chorób i ich leczenia oraz chorób występujących w najbliższej rodzinie badanego. Ponadto przeprowadzono badania antropometryczne zawierające pomiar wzrostu oraz masy ciała, określając wskaźnik BMI. U wszystkich badanych przeprowadzono trzykrotne pomiary ciśnienia tętniczego krwi w pozycji siedzącej, po 10-minutowym odpoczynku. Za nadciśnienie tętnicze przyjęto wartości większe lub równe 140 mm Hg dla ciśnienia skurczowego i większe lub równe 90 mm Hg dla ciśnienia rozkurczowego, utrzymujące się podczas co najmniej dwóch pomiarów. Każdemu badanemu wykonywano oznaczenie stężenia glukozy we krwi włosniczkowej za pomocą glukometru Optium Medi Sense. Nieprawidłowy wynik glikemii powyżej 5,5 mmol/l stanowił podstawę zakwalifikowania do drugiego etapu badań, który obejmował ponowny pomiar ciśnienia tętniczego, glikemii na czczo, a u osób z glikemią w granicach 5,5–6,7 mmol/l wykonywany był test tolerancji glukozy z użyciem 75 g glukozy rozpuszczonej w 300 ml wody.

Wszystkie wartości procentowe przedstawione poniżej obliczono względem całej grupy badanej (1500 = 100%).

Wyniki

Spośród 1500 badanych osób do drugiego etapu z powodu glikemii powyżej 5,5 mmol/l zakwalifikowano 362 osoby: 216 kobiet i 146 mężczyzn, ze średnią wieku 65±9,8 lat. U 72 osób (4,8%) była to cukrzyca znana, ze średnią glikemią na czczo 7,6±3,4 mmol/l. W grupie cukrzycy znanej kobiety stanowiły 32% (23 kobiety) ze średnią wieku 60,7±8,4, mężczyźni zaś 68% (49 mężczyzn) ze średnią wieku 63,2±7,6. Charakterystykę osób z cukrzycą znaną przedstawiono w tabeli 1.

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej na podstawie zaleceń WHO z 1999 roku rozpoznano u 290 osób. W oparciu o dwukrotny pomiar glikemii na czczo przekraczający 7,0 mmol/l cukrzycę rozpoznano u 30 osób (10,34%), u pozo-

Tabela 1. Charakterystyka osób z cukrzycą znaną

	Częstość (%)
BMI > 25 kg/m ²	67
RR > 140/90 mm Hg	65
palenie papierosów	72
dieta	47
wysiłek fizyczny	20

Tabela 2. Częstość występowania cukrzycy znanej i nieznannej w badanej populacji miejskiej

	Częstość (%)
cukrzyca znana	4,8
cukrzyca nieznaną	6,1
IGT	7,2
IFG	6,0

stałych osób z hiperglikemią na czczo między 5,5 a 7,0 mmol/l wykonano doustny test obciążenia glukozą. Pozwolił on na identyfikowanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej w postaci: cukrzycy u 21,37% (62 osoby), nietolerancji glukozy u 37,24% (108 osób) i nieprawidłowej glikemii na czczo u 31,03% (90 osób). Częstość występowania cukrzycy znanej i nieznannej w badanej populacji przedstawia tabela 3, natomiast cechy antropometryczne i kliniczne w tych grupach tabela 4.

W przedziale wiekowym 55–65 lat dominowała cukrzyca nieznaną, natomiast u osób powyżej 65 roku życia większa była częstość występowania cukrzycy nieznannej.

BMI w cukrzycy znanej i nieznannej u kobiet nie różniło się istotnie statystycznie, natomiast u mężczyzn znamienne częściej cukrzyca nieznaną występowała u osób z BMI powyżej 30.

Obecność nadciśnienia tętniczego i powikłań naczyniowych stwierdzono u ponad połowy osób ze świeżo ujawnionymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej.

Omówienie

Wysoka częstość zachorowań na cukrzycę typu 2 w dorosłej populacji oraz rozwój powikłań

Tabela 4. Współczynnik chorobowości na cukrzycę znaną i nieznaną w grupach wiekowych

Przedziały wiekowe	Cukrzyca znana		Cukrzyca nieznaną	
	n	%	n	%
55–65	11	0,73	243	16,2
65–75	61	4,0	47	3,13

w okresie utajonej fazy stanowi uzasadnienie poszukiwań sposobu wczesnego rozpoznawania zaburzeń tolerancji węglowodanów. Zgodnie z opinią ekspertów powinno się oceniać stan zdrowia całej populacji w odstępach 3-letnich, począwszy od 45 roku życia, szczególnie dotyczy to osób z BMI powyżej 25 kg/m² [5].

Przyjęcie takich odstępów czasowych powinno sprawić, że wyniki fałszywie ujemne zostaną powtórzone przed upływem istotnego okresu. Znaczące badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania cukrzycy przeprowadzone były we Wrocławiu w latach 1985–1986, a następnie w ramach programu Screen-Pol w 1998 roku. Brak aktualnych danych odnośnie do chorobowości z powodu cukrzycy na terenie Wrocławia stanowił przesłankę do podjęcia tego typu badań.

Przeprowadzone badania potwierdzają obserwowaną także w Polsce tendencję wzrostową chorobowości z powodu cukrzycy. W ciągu 18 lat, jakie upłynęły od ostatnich badań realizowanych we Wrocławiu, częstość cukrzycy typu 2 wzrosła z 3,7 do 10,9%, czyli ponad dwukrotnie. Jest to zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów opartych na analizie populacyjnej mieszkańców Łodzi, Krakowa i Lublina [6]. Interesujące dane dotyczące chorobowości cukrzycy typu 2 wśród dorosłej populacji ludności wielkomiejskiej przedstawił Tatoń, wykazując, że łączny wskaźnik chorobowości (cukrzyca znana i nieznaną) wynosił w 1989 roku 6,25%, w 1997 r. w populacji powyżej 19 roku życia – 6,63%, a w wieku 70 lat i powyżej 11,1% [7]. W większości krajów europejskich wskaźnik chorobowości w odniesieniu do cukrzycy zawiera się w granicach 2–6%, a dla populacji w wieku powyżej 40 lat jest on wyższy i wynosi 5–10% [8]. Obserwowany we Wrocławiu wzrastający trend zachorowań na cukrzycę, jak wynika z przytoczonych

Tabela 3. Charakterystyka grup z cukrzycą znaną i nieznaną – cechy antropometryczne i kliniczne

	Cukrzyca znana		Cukrzyca nieznaną	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
liczebność	49	23	106	184
wiek (lata)	63,2 ± 7,6	60,7 ± 8,4	56,4 ± 8,2	58,9 ± 9,8
BMI (kg/m ²)	27,8 ± 5,1	28,4 ± 6,1	34,2 ± 7,1	29,1 ± 4,6
ciśnienie skurczowe	153,7 ± 18,1	148,7 ± 12,1	161,5 ± 15,7	151,2 ± 12,1
ciśnienie rozkurczowe	88,4 ± 8,1	89,6 ± 9,1	93,4 ± 10,1	87,8 ± 10,8

Tabela 5. Współczynnik chorobowości na cukrzycę znaną i nieznaną i BMI

BMI	Cukrzyca znana				Cukrzyca nieznaną			
	mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety	
	n	%	n	%	n	%	n	%
25–30	20	1,3	10	0,6	28	1,8	160	6
> 30	29	19,3	13	0,8	78	5,2	24	6,2

Tabela 6. Czynniki ryzyka osób z cukrzycą świeżo ujawnioną

	n = 1500
cukrzyca w rodzinie (%)	20,6
RR > 140/90 (%)	49,80
palenie papierosów (%)	31,30
BMI > 25 kg/m ²	54,40
powikłania naczyniowe (%)	54,10

wyżej badań, jest reprezentatywny dla całej polskiej populacji wielkomiejskiej, a także jest zjawiskiem obserwowanym w innych krajach europejskich. Wzrost chorobowości z powodu cukrzycy typu 2 z pewnością należy upatrywać w zmianach stylu życia, narastającej otyłości w powiązaniu z niskim wydatkiem energetycznym. Spostrzeżenie to potwierdza analiza danych uzyskanych od 72 mieszkańców Wrocławia chorych na cukrzycę. Jedynie 20% deklarowało wykonywanie systematycznego wysiłku fizycznego, ponad 60% osób miało nadwagę i tyle samo niedostateczną kontrolę ciśnienia tętniczego, a 70% przyznawało się do nałogu palenia papierosów. Powyższe dane wskazują na pilną potrzebę podejmowania działań o charakterze edukacyjnym.

Raport zespołu ekspertów WHO akceptuje rozpoznawanie cukrzycy w badaniach populacyjnych przez pomiar tylko glikemii na czczo i przyjęcie wartości 7 mmol/l jako granicznej [9]. W przedstawionym badaniu dwukrotne pomiary glikemii z uzyskaniem wartości granicznej pozwoliły na rozpoznanie cukrzycy jedynie u 30 osób (10,34%), natomiast poszerzenie diagnostyki o doustny test obciążenia glukozą umożliwił zidentyfikowanie kolejnych 60 osób z cukrzycą (21,37%), 108 osób z nietolerancją glukozy (37,24%) i 90 osób z nieprawidłową glikemią na czczo (31,03%). Z metaanalizy DECODE Study Group obejmującej populację europejską wynika, że rozpoznawanie cukrzycy w oparciu o ocenę glikemii na czczo lub też wyłącznie glikemii po doustnym obciążeniu nie daje tych samych wyników [10]. W badaniu tym cukrzycę rozpoznano aż u 7,5% badanych. W badaniu NHANES III obejmującym osoby w wieku 40–75 lat cukrzycę wykryto w 6,4% przypadków na podstawie wartości glikemii na czczo i/lub po zastosowaniu OGGT.

Jeżeli podstawą rozpoznania byłaby tylko glikemia na czczo, cukrzycę nieznaną można byłoby rozpoznać jedynie u 4,4% badanych [11].

Badania własne potwierdzają wysoki odsetek przypadków świeżo rozpoznanej cukrzycy w przedziale wiekowym 55–65, wynoszącym 83% vs 17% w przedziale 65–75 lat. Wyniki te są odzwierciedleniem podobnych tendencji w innych europejskich badaniach populacyjnych i niewątpliwie znalazły swój udział w opublikowanym stanowisku Ekspertów (International Journal for Postgraduate Training in Medicine w 2000 r.). W myśl tych zaleceń, badania przesiewowe w kierunku cukrzycy powinny być prowadzone u osób powyżej 45 roku życia ze współistniejącym choć jednym czynnikiem ryzyka.

Odmienne wyniki uzyskał Łopatyński i wsp. [12] prowadząc badania nad występowaniem cukrzycy w populacji wiejskiej. Najwyższy odsetek cukrzycy nowo wykrytej, jak i znanej na wsi wykazali w grupie powyżej 65 roku życia, tłumacząc to zjawisko zwiększonym odsetkiem osób z otyłością w tej grupie wiekowej.

Badania własne potwierdzają przewagę kobiet w cukrzycy nowo zdiagnozowanej (70,7% kobiet vs 29,3% mężczyzn). Wyniki te są zgodne ze spostrzeżeniami Szybińskiego i wsp. obejmujące grupę osób z cukrzycą nieznaną i upośledzoną tolerancją glukozy. Przewaga kobiet w badaniach populacji Krakowa nie zaznacza się natomiast w grupie z nieprawidłową glikemią na czczo [6].

Otyłość należy do głównych czynników środowiskowych sprzyjających występowaniu cukrzycy typu 2. Dokumentują to liczne badania prospektywne, zwracające uwagę nie tylko na stopień otyłości, ale także jej długotrwałość [13]. W Polsce badanie Pol-Monica wskazuje na wzrost odsetka ludzi otyłych [14]. W badaniu Screen-Pol średnia wartość BMI dla populacji polskiej wynosiła 27,4%. Wskaźnik ten był większy w grupie osób ze świeżo ujawnioną cukrzycą lub nietolerancją glukozy w porównaniu z osobami z cukrzycą rozpoznaną wcześniej i wynosił 30 kg/m². W badaniach własnych osoby z nowo zdiagnozowaną cukrzycą osiągnęły BMI na poziomie 31,65 kg/m², podczas gdy w cukrzycy znanej stopień otyłości wyrażony był przez BMI równe 28,1 kg/m². Ponadto nie wykazano istotnych statystycznie różnic w BMI u kobiet z cukrzycą znaną i nowo zdiagnozowaną, wynosiła ona 27,8 kg/m², podczas gdy

mężczyźni ze świeżo ujawnioną cukrzycą odznaczali się otyłością olbrzymią z BMI powyżej 30 kg/m². Wytłumaczenie tego zjawiska upatrywać można w większej aktywności hormonalnej i lipolitycznej tkanki tłuszczowej typu brzusznej.

Prezentowane wyniki badań potwierdzają powszechnie udokumentowany fakt obecności powikłań naczyniowych w momencie rozpoznania choroby, stwierdzono je w badaniach własnych u 54,10% osób, łącznie z nadciśnieniem tętniczym u 49,30% i otyłością u 54,40%.

Te ostatnie odchylenia, tj. nadciśnienie i nadwaga, należą do zasadniczych parametrów stanowiących podstawę identyfikacji populacji wysokiego ryzyka.

Wyniki przedstawionych badań wydają się w pełni podkreślać zasadność podejmowania działań mających na celu podnoszenie poziomu świadomości społecznej i wprowadzenia formalnych zaleceń dotyczących prowadzenia badań przesiewowych.

Wnioski

1. Wykazano większy odsetek cukrzycy nieznannej w całkowitej chorobowości z powodu cukrzycy typu 2 w badanej populacji mieszkańców Wrocławia.
2. Częstość cukrzycy nieznannej była znacząco wyższa niż częstość cukrzycy znanej u badanych przed 65 rokiem życia, natomiast u osób po 65 roku życia zanotowano większą częstość cukrzycy znanej.
3. Cukrzyca nieznaną skojarzona jest częściej z BMI powyżej 27 kg/m².
4. U ponad połowy osób ze świeżo ujawnionymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej obecne są powikłania naczyniowe.
5. Uzyskane wyniki wskazują na pilną potrzebę prowadzenia badań przesiewowych pozwalających na wczesne wykrycie zaburzeń gospodarki węglowodanowej.

Piśmiennictwo

1. King H, Rewers M. WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group: Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. *Diabetes Care* 1993; 16: 157.
2. Bingley PJ, Gale EAM. Rising incidence of IDDM in Europe. *Diabetes Care* 1989; 12: 289–295.
3. Wójcikowski C, Grzeszczak W, Sieradzki J i wsp. i Grupa Badaczy Screen-Pol: Rozpoznawanie cukrzycy według kryteriów WHO i ADA w badaniu Screen-Pol. *Diabetol Pol* 1999; 6 (suppl. 2): S 177.
4. Szybiński Z, Żukowski W i wsp. Wyniki badania pilotowego nad częstością występowania cukrzycy w populacji wielkomiejskiej miasta Wrocławia. *Endokryn Pol* 1986; 6: 293.
5. WHO Expert Committee: Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series no. 854. Geneva: WHO; 1995.
6. Szurkowska M, Szybiński Z i wsp. Chorobowość z powodu cukrzycy typu 2 w populacji Krakowa. *Pol Arch Med Wewn* 2001; CVI, 3: 9.
7. Tatoń J, Czech A. *Epidemiologia cukrzycy*. [w:] *Diabetologia*. T. 1. Warszawa: PZWL; 2001: 14–26.
8. UK Prospective Diabetes Study Group UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). *Diabetologia* 1991; 34: 877–890.
9. Alberti KGMM, Zimmet PZ. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complication. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Provisional Report of a WHO Consultation. *Diabet Med* 1998; 15: 539–553.
10. DECODE Study Group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Study Group, Will new diagnostic criteria for diabetes mellitus change phenotype of patients with diabetes? Reanalysis of European epidemiological data. *BMJ* 1998; 317: 371–375.
11. Alberti K, Zimmet P for the WHO Consultation Group: Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. *Diabetic Med* 1998; 15: 539.
12. Łopatyński J, Mardarowicz G, Szcześniak G i wsp. Badania nad występowaniem cukrzycy typu 2 w populacji powyżej 35 roku życia na wsi i w mieście w regionie lubelskim. *Pol Arch Med Wewn* 2001; CVI, 3: 9.
13. Pfeiffer EF, Laube H. *Obesity and diabetes. Advances in metabolic disorders*. New York: Academic Press; 1974: 7, 243.
14. Program Pol-Monika Warszawa: *Kompleksowa ocena stanu zdrowia ludności Warszawy i jego zmian w latach 1984–1993*. Część 19. II, V. Warszawa: Instytut Kardiologii; 1995.

Adres Autorów:

Katedra i Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AM
ul. Poniatowskiego 2
50-326 Wrocław

Znajomość zasad leczenia bólu nowotworowego wśród studentów VI roku medycyny – doniesienie wstępne

Knowledge of methods of treatment of cancer pain among sixth year medical students – preliminary report

SŁAWOMIR PAWEŁ WOŹNIAK, ANNA OROŃSKA

Z Zespołu Opieki Paliatywnej Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu
Kierownik: dr nauk med. Anna Orońska

Streszczenie W piśmiennictwie można znaleźć doniesienia na temat wiedzy lekarzy z zakresu leczenia bólu nowotworowego, natomiast nie badano dotychczas wiedzy studentów medycyny. Niniejsza praca jest próbą oceny stanu wiedzy studentów medycyny VI roku AM we Wrocławiu. Pomimo wieloletnich wysiłków WHO, MZ i organizacji pozarządowych wydaje się, że wiedza lekarzy na temat leczenia bólu nowotworowego jest wciąż niezadowalająca. Wśród badanych studentów tylko 47% ankietowanych potrafiło trafnie ocenić skuteczność standardowego postępowania farmakologicznego, ponadto tylko 51% studentów знаło praktyczne zastosowanie Drabiny Analgetycznej WHO. Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, że wiedza studentów ostatniego roku medycyny w zakresie leczenia bólu nowotworowego jest niewystarczająca.

Słowa kluczowe: ból nowotworowy, opieka paliatywna, ankieta.

Summary This paper reports findings from a study conducted in sixth year medical students concerning knowledge of methods of treatment of cancer pain. An own designed questionnaire containing 9 basic questions in the field of cancer pain was addressed to medical students before cycle of palliative medicine seminars. Findings for our study support the thesis that knowledge of treatment of cancer pain among last year medical students is not satisfactory.

Key words: cancer pain, palliative care, questionnaire.

Wstęp

Pomimo wieloletnich wysiłków, WHO, MZ i organizacji pozarządowych wydaje się, że wiedza lekarzy na temat leczenia bólu nowotworowego jest wciąż niewystarczająca. Przypomnijmy, że od 1993 r. ponad 250 000 egzemplarzy „Cancer Pain Relief” w tłumaczeniu na 22 języki zostało rozprowadzonych na całym świecie (była to druga pozycja w historii publikacji materiałów przez WHO pod względem nakładu). Kieszonkowe opracowanie z zakresu leczenia bólu nowotworowego wraz ze wskazówkami praktycznymi dotyczącymi komunikowania się z chorym i wsparcia psychologicznego polskich autorów z rekomendacją MZ rozprowadzono w 1994 r. bezpłatnie wśród lekarzy w liczbie 150 000 egzemplarzy.

Zakres i formy nauki studentów medycyny w poszczególnych Akademiach Medycznych w kraju jest zróżnicowany, w najlepszych ośrodkach działają katedry lub kliniki opieki paliatywnej realizujące program szkolenia przeddyplomowego.

W piśmiennictwie można znaleźć doniesienia na temat wiedzy lekarzy z zakresu leczenia bólu nowotworowego, natomiast nie badano dotychczas wiedzy studentów medycyny z tego zakresu. Niniejsza praca jest próbą oceny stanu wiedzy studentów medycyny VI roku AM we Wrocławiu.

Wyniki badań

Ankieta zawierająca 9 pytań była wypełniana anonimowo przez studentów VI roku medycyny

przed rozpoczęciem cyklu zajęć z medycyny paliatywnej. Dotychczas ankietę wypełniło 134 studentów (ryc. 1).

Pytanie pierwsze dotyczyło występowania bólu w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Prawidłowej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 64% studentów. Kolejne pytania dotyczyły leczenia bólu nowotworowego. Niestety tylko 47% ankietowanych potrafiło trafnie ocenić skuteczność standardowego postępowania farmakologicznego, ponadto tylko 51% studentów zna praktyczne zastosowanie Drabiny Analgetycznej WHO.

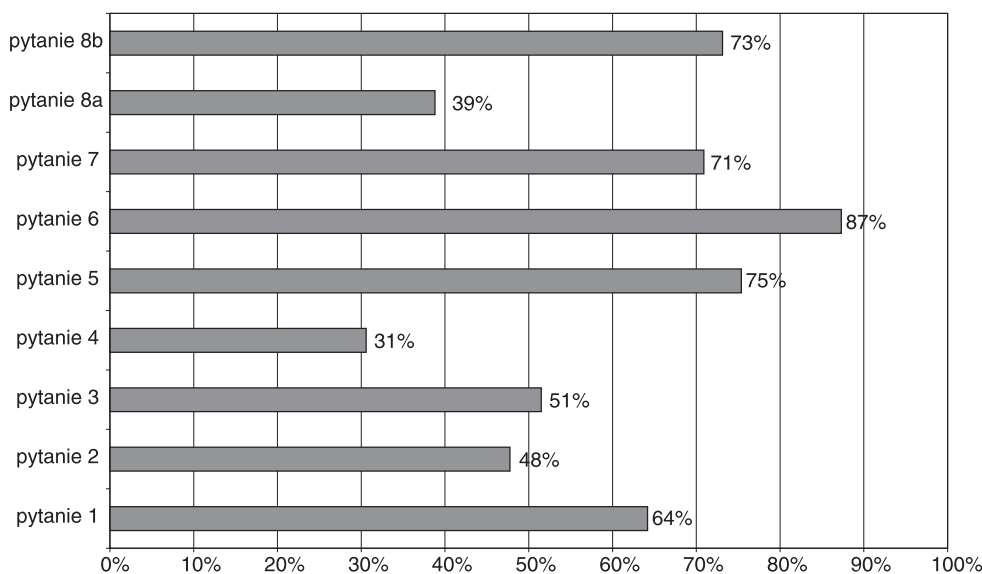
Zaskakująco duża część respondentów (69%) nie zna najczęstszej drogi podawania morfiny w bólu nowotworowym, 6% studentów nie udzieliło odpowiedzi, 34% zalecało stosowanie dożylnie,

a 39% podskórnie. Znaczna większość studentów (75%) wiedziała, że nie ma ograniczenia maksymalnej dawki morfiny stosowanej doustnie (ryc. 2).

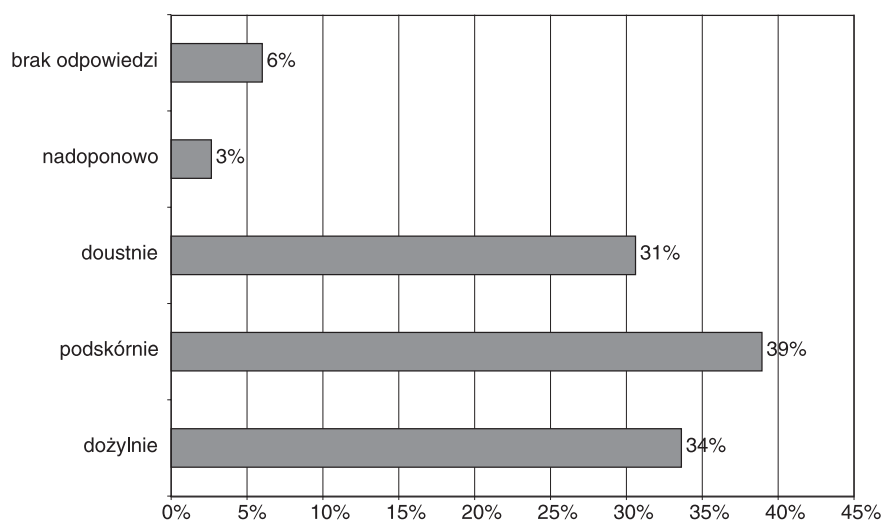
Jeszcze większa część (87%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi na pytanie dotyczące możliwości wystąpienia uzależnienia u chorych leczonych morfiną (ryc. 3).

71% ankietowanych udzieliło trafnej odpowiedzi na pytanie dotyczące głównego objawu ubocznego przy stosowaniu morfiny (zaparcia), ale 21% jako główny objaw uboczny wymieniło niewydolność oddechową, a 4% uzależnienie psychiczne, 5% nie udzieliło odpowiedzi (ryc. 4).

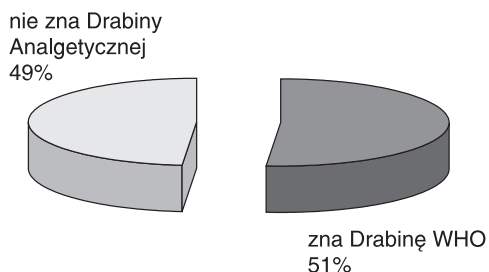
Tylko 41% studentów potrafiło wymienić przynajmniej jeden preparat z grupy słabych opioidów, natomiast większość (74%) wymienia-



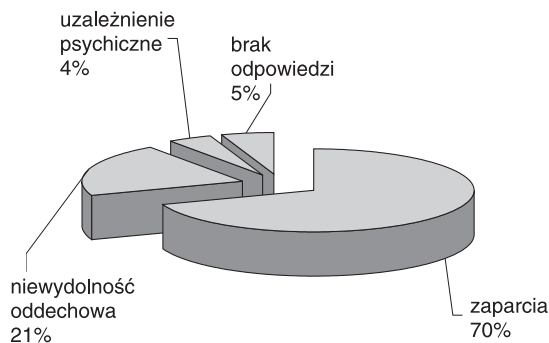
Ryc. 1. Odsetek poprawnych odpowiedzi na poszczególne pytania



Ryc. 2. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie dotyczące najczęściej stosowanej drogi podawania morfiny w bólu nowotworowym



Ryc. 3. Znajomość Drabiny Analgetycznej wśród studentów VI roku medycyny



Ryc. 4. Odpowiedzi na pytanie dotyczące głównego objawu ubocznego przy stosowaniu morfiny w bólu nowotworowym

to morfinę lub fentanyl jako preparaty silnych opioidów. Warto jednak zwrócić uwagę, że aż 48% studentów wymienia dolargan jako lek przydatny w leczeniu bólu nowotworowego. Tylko 2% ankietowanych prawidłowo odpowiedziało na wszystkie pytania, 55% studentów udzieliło trafnych odpowiedzi na mniej niż połowę pytań.

Dyskusja

Barclay i Todd w 2002 r. opublikowali wyniki badań omawiających leczenie bólu w podstawowej opiece zdrowotnej i wiedzę z zakresu leczenia bólu nowotworowego wśród 450 lekarzy rodzinnych Wschodniej Anglii [1]. Rozesłano ankietę do losowo wybranych lekarzy pierwszego kontaktu, odpowiedzi udzieliło 73,3% lekarzy. Większość lekarzy znała nowoczesne zasady leczenia bólu nowotworowego, łącznie z wytycznymi WHO, wiedziała jak stosować doustnie morfinę i jak leczyć ból kostny. Więcej problemów nastroczały rzadziej spotykane sytuacje kliniczne, przeliczanie dawek doustnej morfiny na podskórne dawki dia-morfiny i stosowanie leków w pompie infuzyjnej.

Podobne badanie przeprowadziła Lloyd-Williams w Północnej Walii. Rozesłano ankietę do 240 lekarzy pierwszego kontaktu, odpowiedzi udzieliło 40%. Z reguły odpowiedzi udzielali lekarze młodzi

i pracujący w zespołach. W roku poprzedzającym ankietę poszczególni lekarze opiekowali się od 0 do 21 pacjentów z ZCHN. Ankietowani podkreślają, że ich zdaniem opieka paliatywna odgrywa istotną rolę w opiece nad chorymi z zaawansowanym nowotworem, cenią sobie możliwość kontaktu ze specjalistami medycyny paliatywnej, chętnie wysyłają pacjentów do ośrodków opieki dziennej. Sami chętnie korzystają z licznych szkoleń w zakresie leczenia bólu i deklarują chęć dalszego szkolenia, a szczególnie zajęć praktycznych. Tylko 50% lekarzy znała prawidłową dawkę ratującą morfiny, wielu lekarzy wyrażało obawę przed zapisywaniem dużych dawek morfiny [2].

Badanie o podobnym charakterze na Dolnym Śląsku w 2000 r. przeprowadziła Orońska i wsp. [3]. Ankieta zawierała: w pierwszej części pytania o płeć, wiek, specjalizację, miejsce pracy, wielkość miejscowości, przebyte szkolenia z zakresu opieki paliatywnej, kontakt z hospicjum lub zespołem opieki paliatywnej, a w drugiej: pytanie mające ocenić prawidłowość stosowania leczenia bólu nowotworowego, ze szczególnym uwzględnieniem opioidów. Ankietę wysyłano losowo do lekarzy różnych specjalności. Morfina przez większość respondentów (86,9%) uważana jest za lek bezpieczny i skuteczny, podawany najczęściej doustnie (74%), włączany do leczenia niezależnie od etapu choroby (80%). Jednak duży procent lekarzy (37,6%) uważa dolargan za jeden z leków najczęściej stosowanych w bólu nowotworowym. 30% respondentów stosuje fortral. Może to wynikać z faktu, że większość lekarzy jako główne miejsce pracy podaje szpital. Wskazuje to na potrzebę intensywnego szkolenia, oprócz lekarzy pierwszego kontaktu, również lekarzy pracujących w szpitalu. Odpowiedzi zgodne ze stanem wiedzy dawali przede wszystkim lekarze młodzi, oni też deklarowali większą liczbę leczonych pacjentów. Kontakt z hospicjum, zespołem opieki paliatywnej i odbyte szkolenia wyraźnie zwiększały prawidłowość postępowania. Ze specjalności lekarskich najczęściej odpowiedzi prawidłowe dawali anesteziolodzy, lekarze rodzinni i internści. Ciągłe najpopularniejszą postacią morfiny pozostaje roztwór wodny; tabletki o kontrolowanym uwalnianiu stosowało 24% respondentów. Niestety część lekarzy stosuje ją zupełnie nieprawidłowo (8,4% na żądanie, 20% co 4, 6 lub 8 godzin).

Wnioski

W podsumowaniu należy stwierdzić, że wiedza studentów ostatniego roku medycyny w zakresie leczenia bólu nowotworowego jest niewystarczająca i konieczne są dalsze zmiany w programie nauczania, które zapewnią lepsze kształcenie adeptów medycyny.

Piśmiennictwo

1. Barclay S, Todd C. Controlling cancer pain in primary care: the prescribing habits and knowledge base of general practitioners. *J Pain Symptom Management* 2002; 23(5): 383–392.
2. Lloyd-Williams M, Wilkinson C. General practitioners in North Wales: current experiences of palliative care. *Eur J Cancer Care* 2002; 9(3): 138–143.
3. Orońska A, Kübler A, Woźniak SP, Opalińska R, Droń A. *Znajomość zasad leczenia bólu nowotworowego wśród lekarzy różnych specjalności*. I Toruńska Konferencja Medycyny Paliatywnej, Toruń, 24–25 listopada 2000.

Adres I Autora:
ul. Białoruska 10
54-425 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

AKTUALNE PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ
ACTUAL PROBLEMS IN PALIATIVE CARE

Psychologiczny aspekt jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Psychological aspects of quality of life of patients
in the terminal stage of cancer

DOMINIK KRZYŻANOWSKI¹, IZABELLA UCHMANOWICZ³, ALICJA CHYBICKA²,
ELEONORA MESS¹, ANNA KRÓL⁴

¹ Z Zakładu Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Eleonora Mess

² Z Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Alicja Chybicka

³ Z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

⁴ Z Zakładu Pediatrii Społecznej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Wiesław Prusek

Streszczenie **Cel pracy.** Ukazanie psychologicznego aspektu jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. **Materiał.** 18 kobiet i 15 mężczyzn hospitalizowanych w 2 hospicjach stacjonarnych od listopada 2001 do sierpnia 2002 r. W pierwszym badaniu wzięły udział 33 osoby, w drugim 28 osób, w trzecim jedynie 22 osoby. **Metody.** Roterdańska Lista Objawów (obszar psychiczny), Skala Stresu Bólowego, Zmodyfikowany Arkusz Oceny Bólu według Szatanika (aspekt emocjonalny), Skala Samooceny Depresji Zunga. **Wyniki.** W I badaniu w RSCL (obszar psychiczny) wyniki przeciętne uzyskało 18 osób, wyniki wysokie osiągnęło 10 osób, wyniki niskie 4 osoby. W I badaniu „stres o średnim nasileniu” odczuwało 14 osób, w II 10 osób, zaś w III takich osób było 9. W Zmodyfikowanym Arkuszu Oceny Bólu znacznie rzadziej od pozostałych kategorii wybierano ból „mdlący”, „duszący”, „osłepiający”, „porażający”, „zimny”. **Wnioski.** Wskazania na ból o natężeniu „silnym”, „bardzo silnym”, „tak silnym, jak można sobie wyobrazić” w aspekcie emocjonalnym były następujące: od 16 do 25 osób w badaniu I, od 12 do 18 osób w badaniu II i od 7 do 10 pacjentów podczas badania III. Osób odczuwających „średni” lub „silny stres bólowy” w I badaniu było 26 (79%), w badaniu II 71%, zaś w badaniu III było ich 16. Prawie 100% zbadanej populacji doświadcza depresji.

Słowa kluczowe: jakość życia, terminalna faza choroby, choroba nowotworowa.

Summary **Aim of this study:** The aim of this study is to show the psychological aspects of quality of life of patients in the terminal stage of cancer. **Materials:** 18 women and 15 men were enrolled in the study, hospitalized in 2 hospices in Wrocław from November 2001 to August 2002. The study was conducted as longitudinal research. In I study were 100% of patients (33), in II – 28, in III – 22. **Methods:** 1. PDS – Pain Distress Scale. 2. RSCL – The Rotterdam Symptom Checklist (psychological area). 3. Modified Szatanik’s Scale (emotional aspect). 4. Zunga’s self-Rating Depression Scale. **Results:** In I study in RSCL Scale from 33 people – 18 have had average results, next 10 – high results and 1 – low, very high only 1. Results from RSCL were similar in the psychological area in II and III study, but in the study II high results had 6 patients, low – 3, in III average – 11 patients, high – 6, low – 4 like in I study. Stress caused by pain during III studies patients stress was called as average stress. In I study 14 people, in II 10 and 9 in III. Patients using Szatanik’s scale have chosen much less category of pain called: lightening, overwhelming, freezing. **Conclusions:** 1. There were differences in results between categories: sensor and emotional (were Patients felt total pain). Many people have called pain as strong, very strong and, as strong as they can imagine in

the emotional aspects: from 16 (48%) to 25 (78%) in I study, from 12 (43%) to 18 (64%) in II study, and from 7 (32%) to 10 (45%) in III Study. 2. Pain causes very high stress what lowers the quality of life. In the study group patients felt average stress, or very strong pain in I study – 26 (79%), in II – 14 (71%), in III 16 (73%). 3. The results show that more likely almost 100% of patients during the terminal stage of cancer suffer from depression.

Key words: quality of life, terminal stage of life, cancer.

Wstęp

Dane oparte na wnikliwych badaniach i raportach Światowej Organizacji Zdrowia analizują sytuację zdrowotną w różnych krajach i ukie-
runkowują działania na polepszenie jakości życia pacjentów objętych opieką paliatywną. Ukazują one postać pielęgniarki jako osoby wiodącej w opiece nad chorym terminalnie i jego bliskimi. Pielęgniarka realizując potrzeby chorego i rodziny, ma na celu zapewnienie komfortu i jak najlepszej jakości życia w tym trudnym pod względem psychologicznym okresie – okresie umi-
erania. Aby można było osiągnąć pożądaną jakość życia, pielęgniarka musi odpowiadać na faktyczne potrzeby chorych, realizować je szybko i skutecznie oraz najlepiej wspólnie z rodziną [2].

Cel pracy

Celem badań jest ukazanie psychologicznego aspektu jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Materiał

W badaniu uczestniczyło 18 kobiet i 15 mężczyzn hospitalizowanych w 2 hospicjach stacjonarnych od listopada 2001 do sierpnia 2002 r. W czasie badań posłużono się badaniem podłużnym. W pierwszym badaniu wzięło udział 100% (33 osoby) populacji osób badanych, w badaniu drugim wzięło udział osób 28 (5 osób biorących udział w badaniu pierwszym zmarło), w trzecim zaś jedynie 22 osoby (od pierwszego do trzeciego badania zmarło 11 osób).

Metody

RSCL *The Rotterdam Symptom Checklist* – Roterdamska Lista Objawów (obszar psychiczny)

Skala ta została skonstruowana przez de Haes do pomiaru wpływu leczenia raka na funkcjonowanie społeczne lub jakość życia. W roku 1990 po wnikliwej analizie czynnikowej do wydawałoby się ostatecznej wersji testu wprowadzono 30 pozycji dotyczących symptomów i 8 itemów, które do-

tyczą dziennej aktywności pacjenta. Na podstawie analizy czynnikowej wyodrębniono dwa czynniki: jeden określono mianem distresu psychologicznego (podenerwowanie, zmęczenie, znużenie, zaniepokojenie, depresyjny nastrój, brak energii, nerwowość, poczucie beznadziejności, trudności ze snem, napięcie, lęk, trudności koncentracji), drugi zaś jako distres fizyczny (brak apetytu, zmęczenie, brak energii, nudności, wymioty, zawroty głowy, zgaga, drżenie, mrowienie rąk i nóg, suchość w ustach, ból przy przełykaniu) [11].

Dla użyteczności badania pacjentów w okresie terminalnym oryginalną wersję skali RSCL nieco zmodyfikowano. W zmodyfikowanej wersji RSCL – przystosowanej do badania chorych w stanie terminalnym – wyróżnia się następujące dziedziny (obszary) [12, 13]:

- skala objawów fizycznych;
- skala objawów psychicznych – składa się z 7 pozycji odnoszących się do objawów psychicznych występujących w populacji generalnej i wśród pacjentów z chorobą nowotworową. W skali tej brak objawów określanых jako psychosomatyczne, np. bóle głowy czy zaburzenia snu. W ostatecznej wersji do skali objawów psychicznych włączono pozycje: drażliwość i/irytacja, martwienie się, depresyjny nastrój, nerwowość, poczucie beznadziejności, napięcie, lęk;
- poziom aktywności;
- ogólną jakość życia.

Większość pozycji testu wyrażona jest na skali 4-punktowej typu Likerta (objawy i stopień aktywności). Ogólną ocenę życia szacuje się na podstawie 7-punktowej skali Likerta. Wyniki surowe oblicza się w następujący sposób: przy każdym z objawów znajdują się cztery kolumny, które są przeznaczone do oceny nasilenia objawu. Kolumny te szereguje się od pierwszej lewej do czwartej, przypisując im wartości: 1 punkt = wcale, 2 punkty = raczej nie, 3 punkty = raczej tak, 4 punkty = bardzo znacznie. Zawsze wyższe wartości odpowiadają większemu nasileniu dolegliwości i objawów.

Współczynniki rzetelności skali RSCL – wersja zmodyfikowana (obliczane na populacji chorych nowotworowo) – są wysokie i wahają się w granicach od 0,71 do 0,94. Dzięki analizie czynnikowej stwierdzono trafność tego narzędzia i spełnianie wymogów psychometrycznych [11]. Analiza zależności pomiędzy skalami zmodyfikowanej wersji RSCL a pomiarami podobnych obszarów za pomocą narzędzi o znanej trafności dowiodła, że

ta (zmodyfikowana wersja) testu jest trafnym narzędziem do oceny efektywności opieki nad pacjentami objętymi opieką paliatywną w terminalnym okresie choroby. Ci pacjenci prezentują istotnie gorsze wyniki we wszystkich obszarach badanych w skali RSCL w stosunku do pacjentów z chorobą nowotworową, ale w okresie wcześniejszym niż okres terminalny. Skale RSCL w wersji zmodyfikowanej są czułe na stopień zaawansowania choroby [11, 12].

PDS Pain Distress Scale – Skala Stresu Bólowego

Johnson wprowadził dwie skale do określenia sensorycznych bólu: skalę bólu (*Pain Sensation Scale*) i skalę stresu bólowego. Skala PDS jest także skalą numeryczną z graficznym odcinkiem o określonej długości, na którym chory zaznacza nasilenie stresu związanego z odczuwaniem bólu. Na dwóch końcach tego odcinka znajdują się skrajne opisy odczuwanego stresu: „0” oznacza brak stresu, a „10” stres maksymalnie odczuwany. Wzdłuż poziomej linii znajdują się słowne określenia natężenia stresu (lekki stres, średni, silny) [1, 8].

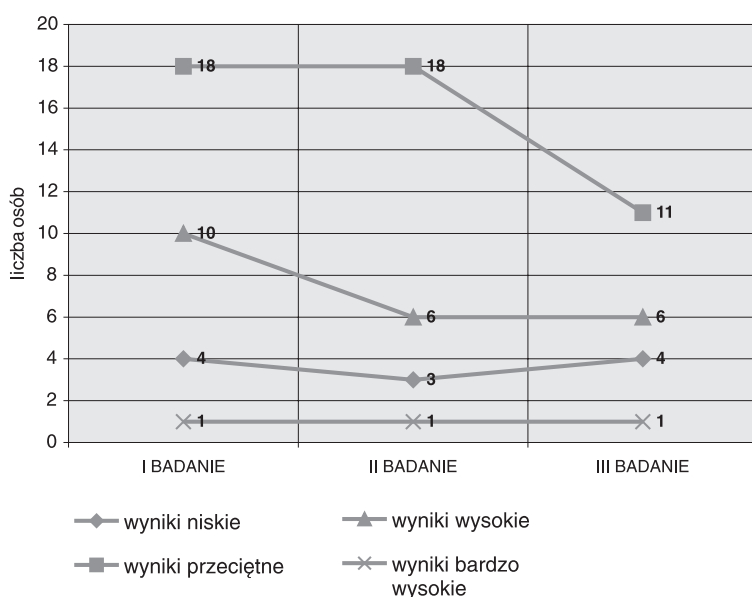
Zmodyfikowany Arkusz Oceny Bólu według Szatanika (aspekt emocjonalny)

Wielowymiarowa struktura percepcji bólu jest uwzględniana w kwestionariuszach pomiaru bólu. Są one popularnymi metodami, często konstruowanymi empirycznie. W 1975 r. Melzack i Torgerson wprowadzili pomiar percepcji bólu znany pod nazwą Kwestionariusza Melzacka (MPQ – *Melzack Pain Questionnaire*). Narzędzie to umożliwia pomiar natężenia bólu w oparciu o słowa wybrane przez badanego jako najlepiej obrazujące aktualne odczucie. Umożliwia ono

miar ilościowy i jakościowy oceny doznań bólowych badanego, biorąc pod uwagę ich aspekt emocjonalny, poznawczy i sensoryczny. Sedlak jako pierwszy przełożył test MPQ na język polski, nazywając go polską wersją kwestionariusza McGill-Melzacka. Kwestionariusz ten określa jakość bólu, uwzględniając jego komponentę sensoryczną (siłę, jakość i dynamikę), emocjonalną i ogólną (mieszaną). Natomiast pierwszą polską wersję kwestionariusza do oceny bólu opracował Szczudlik. W 1984 r. Szatanik opracował uproszczoną wersję kwestionariusza bólu McGill-Melzacka i nazwał ją Arkuszem Oceny Bólu. Ta wersja kwestionariuszowej techniki badania bólu przystosowana jest do semantyki języka polskiego. Arkusz Oceny Bólu składa się z 43 słów podzielonych na 20 grup uwzględniających dwie kategorie: pozycje od 1 do 15 – kategoria sensoryczna, pozycja od 16 do 20 – kategoria emocjonalna [1, 8].

Skala Samooceny Depresji Zunga (*Zung self-Rating Depression Scale*)

Jest jedną ze skal samoopisowych służących do oceny zaburzeń depresyjnych [50]. Składa się z 20 twierdzeń (10 itemów w znaczeniu pozytywnym opisujących odczucia badanego i 10 pozycji przedstawiających negatywne odczucia), które pacjent wybiera, zaznaczając odpowiedzi w 4-punktowej skali typu Likerta dla każdego twierdzenia. Wyniki surowe oblicza się za pomocą przypisywania wartości liczbowych każdej kolumnie, które są przeznaczone do oceny zakresu czasu występowania objawu opisywanego przez dane twierdzenie. Kolumny te szereguje się od pierwszej lewej do czwartej, przypisując im następujące wartości: 1 punkt = rzadko (wyjątkowo), 2 punkty = czasem, 3 punkty = często, 4 punkty = prawie stale (prawie zawsze).



Ryc. 1. Obszar psychiczny wg skali RSCL u całej zbadanej populacji

W twierdzeniach 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19 punkty przyznaje się na wskroś tak, że 1 punkt odpowiada znaczeniu – prawie stale. Maksymalnie badany może uzyskać 80 punktów, co wskazuje na depresję o ostrym przebiegu, a uzyskanie ponad 50% punktów (40 punktów) może sugerować w większości odsetków o wystąpieniu depresji [4].

Wyniki

Obszar psychiczny całej populacji w skali RSCL przedstawiony jest na rycinie 1.

W badaniu I na 33 osoby wyniki przeciętne (kategoria 2) uzyskała największa liczba badanych (18 osób), następnie wyniki wysokie (kategoria 3) osiągnęło 10 osób, wyniki niskie 4 osoby, a wyniki bardzo wysokie (kategoria 4) tylko 1 osoba. Rozkład wyników dla całej populacji w II

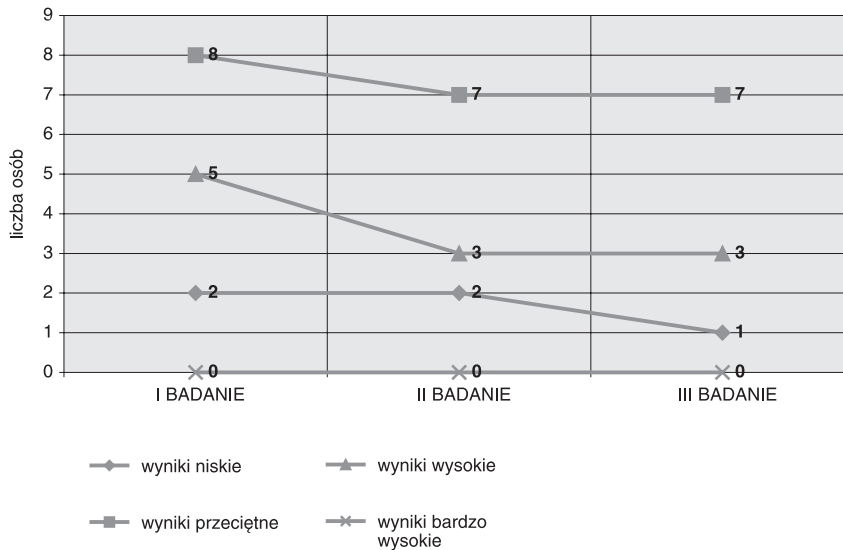
i III badaniu jest podobny, z tą różnicą, że w badaniu II wyniki wysokie osiągnęło 6 osób, a niskie 3 osoby, zaś w badaniu III wyniki przeciętne uzyskało 11 badanych, wysokie 6, a niskie podobnie jak w badaniu I 4 pacjentów.

W populacji mężczyzn wyniki uzyskane w obszarze objawów fizycznych ilustruje rycina 2.

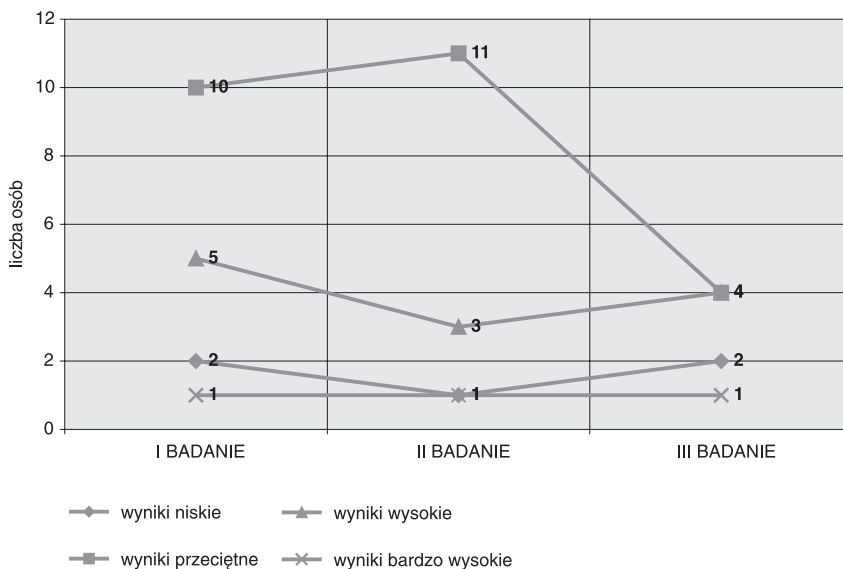
Wyniki przeciętne w tej skali w I badaniu uzyskało najwięcej mężczyzn (8), następnie 5 badanych uzyskało wyniki wysokie (kategoria 3) i 2 pacjentów wyniki niskie (kategoria 1). Podczas trzech badań żaden pacjent nie uzyskał wyników bardzo wysokich (kategoria 5). W II i III badaniu wyniki przeciętne uzyskało po 7 pacjentów, a wyniki wysokie w takim samym odsetku po 3 badanych.

Dane uzyskane dla kobiet z obszaru objawów psychicznych przedstawione są na rycinie 3.

W badaniu I największa liczba kobiet znalazła



Ryc. 2. Obszar psychiczny wg skali RSCL w populacji zbadanych mężczyzn

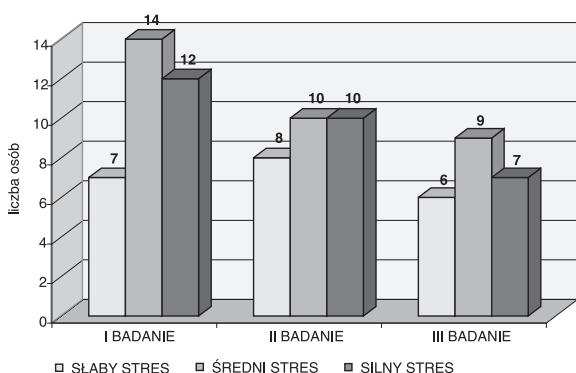


Ryc. 3. Obszar psychiczny wg skali RSCL w populacji zbadanych kobiet

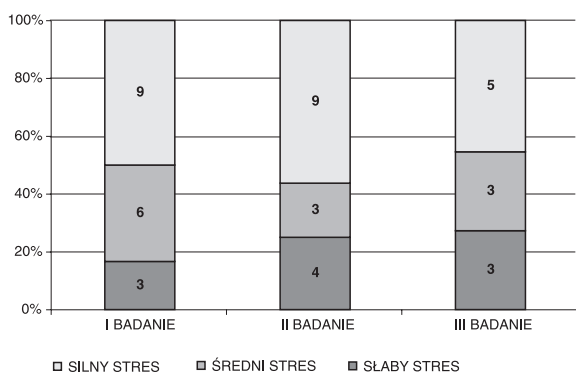
się w wynikach przeciętnych (kategoria 2), następnie 5 badanych uzyskało wyniki wysokie (kategoria 3), 2 badane osiągnęły wyniki niskie (kategoria 1). W trzech badaniach w równym odsetku tylko po 1 osobie badane znalazły się w obszarze wyników bardzo wysokich. W badaniu II największa liczba kobiet osiągnęła wyniki przeciętne (2 kategoria), następnie 3 kobiety uzyskały wyniki wysokie i 1 pacjentka wyniki niskie. W III badaniu w równym odsetku po 4 badane uzyskały wyniki przeciętne i wysokie oraz 2 kobiety wyniki niskie.

Nierozzerwalnie z sytuacją odczuwania bólu wiąże się jego aspekt emocjonalny i stres, który jest przez niego wywoływany. Stres ten zwany stresem bólowym został zbadany także w prostej i nie męczącej pacjenta Skali Stresu Bólowego *Pain Distress Scale* PDS. Dane po opracowaniu przedstawiono w tabelach i obrazujących je wykresach. Nasilenie stresu bólowego dla całej zbadanej populacji ilustruje rycina 4.

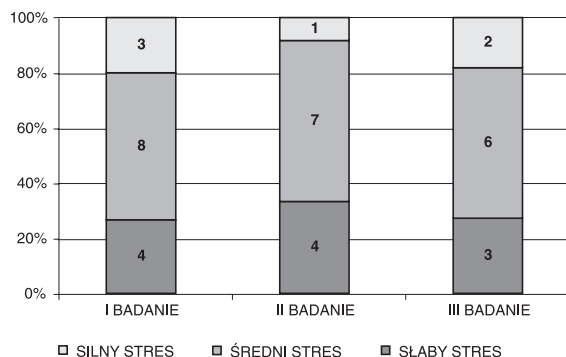
Najczęściej odczuwanym stresem spowodowanym reakcją bólową podczas trzech badań był „stres o średnim nasileniu”. W I badaniu odczuwało go 14 osób, w II 10 osób, a w III takich osób było 9. Silny stres w I badaniu był wskazywany



Ryc. 4. Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS u całej populacji zbadanych osób



Ryc. 5. Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS u populacji zbadanych kobiet



Ryc. 6. Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS u populacji zbadanych mężczyzn

przez 12 osób badanych, w badaniu II takich osób było 10, a w badaniu III o tym rodzaju stresu informowało 7 osób.

Wśród populacji przebadanych kobiet nasilenie stresu bólowego przedstawia rycina 5.

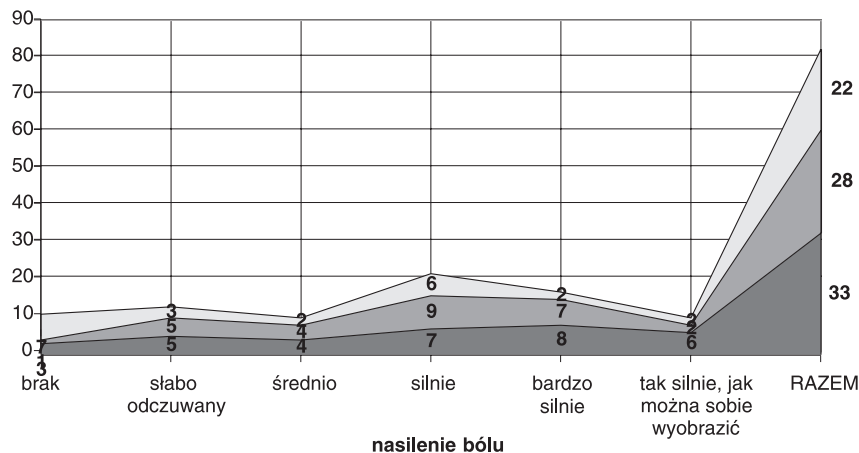
Analiza badań skalą PDS w populacji kobiet wykazała, że we wszystkich badaniach „stres o silnym natężeniu” był najczęstszym rodzajem odczuwanego stresu. W I i II badaniu takich kobiet było w równym odsetku po 9, a w badaniu III było ich 5. Na „stres o średnim nasileniu” w I badaniu wskazało 6 pacjentek, a w następnych badaniach w równym odsetku po 3 badane.

W populacji badanych mężczyzn nasilenie stresu według skali PDS zostało przedstawione na rycinie 6.

Badani mężczyźni podawali, że najczęściej odczuwanym przez nich stresem podczas trzech badań był „stres o średnim nasileniu”. W I badaniu na taki stres wskazywało 8 mężczyzn, w badaniu II o takim stresie informowało 7 pacjentów, a w badaniu III takich badanych było 6.

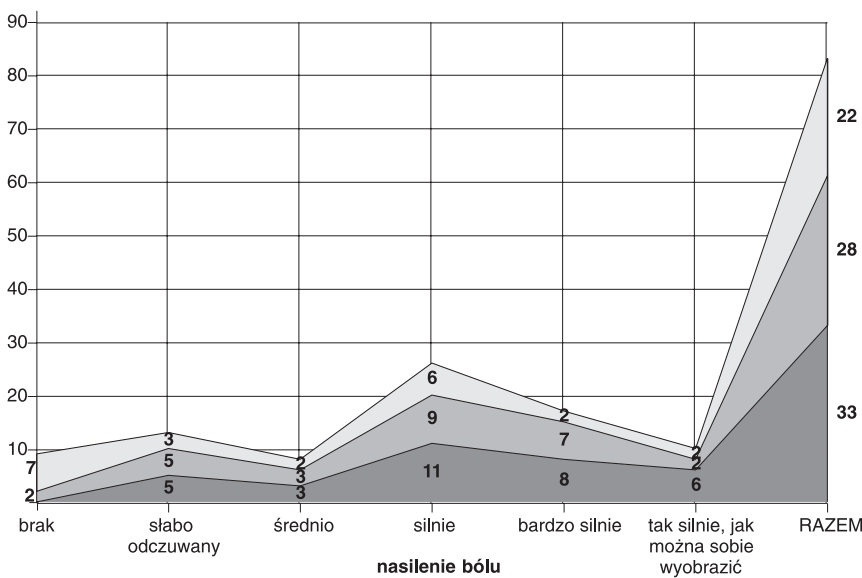
Odczuwanie bólu jest zagadnieniem złożonym, na odczucie bólu składa się jego komponenta sensoryczna i emocjonalna. Te zagadnienia w odczuwaniu bólu u pacjentów bada Zmodyfikowany Arkusz Oceny Bólu według Szatanika. Ten kwestionariusz pozwala na niezależną ocenę aspektu emocjonalnego doznań bólowych badanych pacjentów. Jest cennym aspektem tej metody, pozwalającym oprócz farmakoterapii zastosować także – ze względu na potrzebę – profesjonalną pomoc psychologiczną, niwelując emocjonalny aspekt doznań bólowych. Dane uzyskane z analizowania kategorii emocjonalnych zdobytych podczas badania pacjentów Zmodyfikowanym Arkuszem Oceny Bólu zostaną przedstawione na ilustrujących je wykresach.

Ze względu na dużą ilość uzyskanych danych opisy do tabel i wykresów (wg autorów najbardziej znaczące dla podnoszenia jakości życia) zostaną zamieszczone w postaci wniosków (ryc. 7–9).



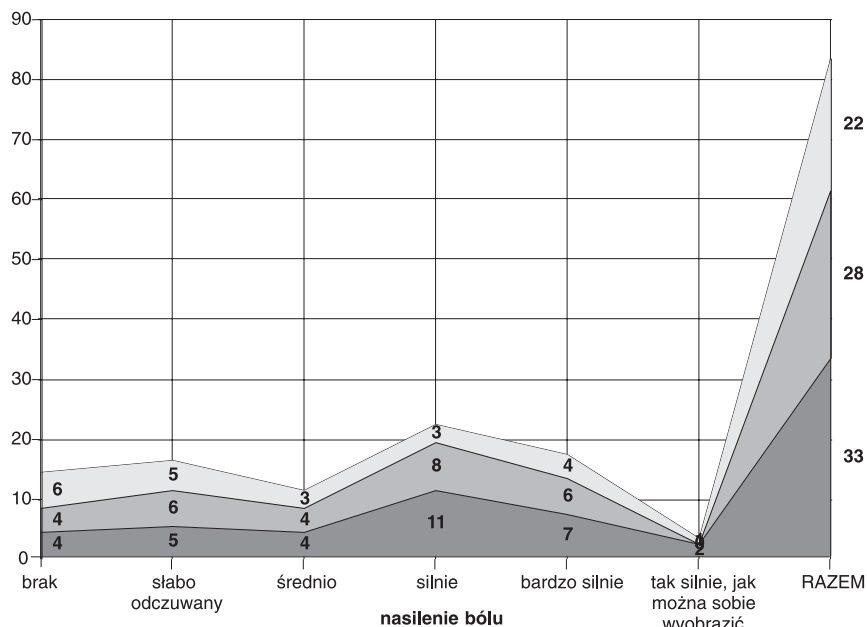
Ryc. 7. Nasilenie bólu męczącego, wyczerpującego wg Zmodyfikowanego Arkusza Oceny Bólu u całej badanej populacji

□ III BADANIE ▒ II BADANIE ■ I BADANIE



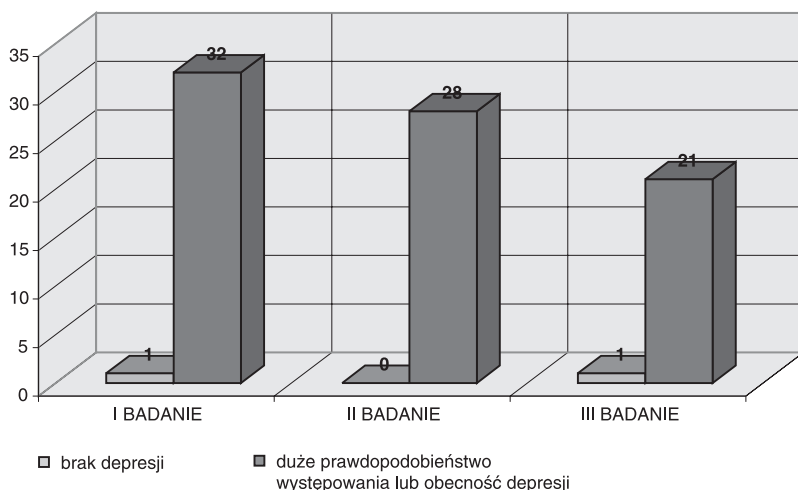
Ryc. 8. Nasilenie bólu niepokojącego, przerażającego wg Zmodyfikowanego Arkusza Oceny Bólu u całej badanej populacji

□ III BADANIE ▒ II BADANIE ■ I BADANIE



Ryc. 9. Nasilenie bólu nękającego, dręczącego wg Zmodyfikowanego Arkusza Oceny Bólu u całej badanej populacji

□ III BADANIE ▒ II BADANIE ■ I BADANIE



Ryc. 10. Obecność depresji u badanej populacji wg skali Zunga

W badaniu jakości życia pacjentów w ogóle, a w szczególności pacjentów w terminalnym okresie ich choroby ważnym aspektem jest ich stan psychiczny. Jedną z prostych metod kwestionariuszowych jest Samoopisowa Skala do Badania Depresji Zunga. Po przetransformowaniu wyników surowych na przeliczone otrzymano wyniki, które są zawarte na rycinie 10.

Otrzymane dane świadczą, że prawdopodobnie prawie 100% zbadanej populacji podczas przebywania w hospicjum w ostatnim etapie swojej choroby doświadcza depresji. Tylko jedna osoba (mężczyzna przebywający w hospicjum ze względów socjalnych, ale z widocznym progresem choroby) w dwóch badaniach według tej skali nie zdradzał objawów depresji.

Wnioski

1. Słuszny wydaje się wniosek większego oddziaływania na sferę psychiczną pacjentów w hospicjum. Wyniki w obszarze aspektu psychicznego skali RSCCL informują, że aż 11 osób (33%) w I badaniu osiągnęło wyniki wysokie i bardzo wysokie, a w badaniu II i III w równym odsetku takich osób było po 7 (od 25 do 31% osób badanych) [9, 10, 14, 15].
2. Niepokojące są dane uzyskane w Samoopisowej Skali do Badania Depresji. W I badaniu aż 32 osoby (97% osób badanych) i w badaniu III 21 osób (95% osób) oraz 28 pacjentów (100%) podczas badania III uzyskało wyniki świadczące z dużym prawdopodobieństwem

o występowaniu u nich depresji. Oprócz oddziaływań diagnostycznych i farmakoterapeutycznych wydaje się zasadne profesjonalne oddziaływanie psychoterapeutyczne, a to wymaga wykwalifikowanego do udzielania tej formy opieki psychologa i psychoterapeuty [9, 10, 14, 15, 17].

3. Z percepcją bólu związane jest odczuwanie wysokiego stresu, co na pewno obniża komfort życia. W badanej populacji osób odczuwających „średni” lub „silny stres bólowy” w I badaniu było aż 26 (79%). Takich osób w badaniu II było 71%, a w badaniu III było ich 16 (73%). Tak duża liczba osób odczuwających stres o „średnim” i „silnym” nasileniu świadczy o dużym zapotrzebowaniu pacjentów na wsparcie emocjonalne i psychiczne ze strony zespołu terapeutycznego [1, 6, 10].
4. Stwierdzona odmiennność częstości wyborów w Zmodyfikowanym Arkuszu Oceny Bólu między kategoriami sensorycznymi i emocjonalnymi u badanych pacjentów (często odczuwających ból totalny) ukazuje różnorodność przyczyn i patomechanizmów narządowych i czynnościowych. Duża liczba wskazań na ból o natężeniu: „silnym”, „bardzo silnym”, „tak silnym, jak można sobie wyobrazić” w aspekcie emocjonalnym od 16 (48%) do 25 (78%) osób w badaniu I, od 12 (43%) do 18 (64%) osób w badaniu II i od 7 (32%) do 10 (45%) pacjentów podczas badania III nadal potwierdza duże potrzeby pacjentów w zakresie pozamedycznych oddziaływań na poprawę ich stanu zdrowia [1, 3, 5, 7, 16].

Piśmiennictwo

1. Dobrogowski J, Kuś M (red.). *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Springer PWN; 1996.
2. Głowacka A. Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej. *Nowa Medycyna* 2000; 1.
3. Gulanick M, Kloop A, Galanes S, Puzas M. *Nursing Care Plans. Nursing Diagnosis and Intervention*. St. Luis: Mosby-Year Book; 1994: 49–51, 62–63, 119–202, 220–221, 229–301, 380–381, 466–467.

4. Kaplan H, Sadock B. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1995: 236.
5. Łuczak J (red.). *Opieka paliatywna w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Materiały do nauczania medycyny paliatywnej*. Poznań: Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu; 2000: 3, 9, 49, 53–54, 55–58, 86–87, 119–123, 125–126, 130, 147–149, 191–195, 205–207.
6. Materiały Konferencyjne: *Wsparcie psychologiczne dla pacjenta z chorobą nowotworową i jego rodziny*. Polkowice–Wrocław: Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Województwa Wrocławskiego i Legnickiego; 1998.
7. Pawlicki M. Wybrane elementy postępu w zakresie leczenia systemowego nowotworów złośliwych. *Współczesna Onkologia* 1998; 2: 59–61.
8. Pyszkowska J. Możliwości oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanego arkusza oceny bólu. *Psychoonkologia* 1999; 4: 13–27.
9. Trzebiatowska A. Leczenie depresji w chorobie nowotworowej – aspekty praktyczne. *Psychoonkologia* 1999/4.
10. Turuk-Nowak T. *Pomoc psychologiczna pacjentom onkologicznym*. [w:] Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W. *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999: 225–240.
11. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994: 15–17, 20–21, 30, 51–52, 67–69.
12. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M. *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych*. Gdańsk: Akademia Medyczna; 2000: 23–24, 27–40, 75, 87–91.
13. de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M (red.). *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000: 26–30, 36–39, 60–61, 73–78.
14. de Walden-Gałuszko K. Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory. *Onkol Pol* 1998; 3–4.
15. de Walden-Gałuszko K (red.). *Psychoonkologia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000: 23–24, 46–54.
16. Watt-Watson J, Donovan M. *Pain Management. Nursing Perspective*. St. Luis: Mosby-Year Book; 1992: 72, 126–158.
17. Wirsching M. *Wokół raka. Pacjent, rodzina, opieka medyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1994: 28–34, 71–75.

Adres I Autora
Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

AKTUALNE PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ
ACTUAL PROBLEMS IN PALIATIVE CARE

Wiedza z zakresu problematyki odleżyn – studium porównawcze

Bedsore-students' knowledge of the subject – comparative studies

JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS¹, ROBERT ŚLUSARZ², JANUSZ MIERZWA¹,
WOJCIECH BEUTH², MACIEJ ŚNIEGOCKI³, HELIODOR A. KASPRZAK⁴, LECH GRZELAK⁴,
BARTOSZ WOŹNIAK⁴

¹ Z Zakładu Chorób Układu Nerwowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Janusz Mierzwa

² Z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Akademii Medycznej
w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

³ Z Zakładu Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Maciej Śniegocki

⁴ Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Heliodor A. Kasprzak

Streszczenie Jednym z czynników decydujących o możliwości podjęcia interwencji specjalistycznej w przypadku odleżyn jest znajomość omawianej problematyki. Celem pracy było określenie poziomu wiedzy studentów z zakresu problematyki odleżyn. Badania przeprowadzono wśród 45 studentów IV roku kierunku pielęgniarstwo, Wydziału Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu oraz Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Bydgoszczy. Narzędziem badawczym służącym do zbadania danego zagadnienia był kwestionariusz ankiety. Wnioski z badań są następujące: 1. Stan wiedzy z zakresu problematyki odleżyn (wiedza o czynnikach, przyczynach, stosowanych skalach i postępowaniu) u większości studentów jest na poziomie dobrym. 2. Samoocena dokonana przez badanych z zakresu znajomości problematyki odleżyn również wypadła na poziomie dobrym. 3. Najważniejsze elementy w edukacji pacjenta i jego rodziny z zakresu profilaktyki odleżyn według ankietowanych z ośrodka wrocławskiego to zagadnienia związane z prawidłowym odżywianiem i utrzymaniem właściwej higieny ciała. Dla studentów z ośrodka bydgoskiego istotne zagadnienia związane są z samoobserwacją i samopielęgnacją oraz z właściwym odżywianiem chorego.

Słowa kluczowe: odleżyna, profilaktyka.

Summary One of the factors determining the possibility of specialist intervention is the knowledge of discussed subject. The aim of the work was to assess student's knowledge about prophylaxis and care of patient's with bedsores. We surveyed 45 fourth-year students of nursing at the Public Health Department of Medical Academy in Wrocław and Nursing and Health Sciences Department of Medical Academy in Bydgoszcz. We used a survey questionnaire. The following conclusions have been drawn: 1. Knowledge of prophylaxis and care of patient's with bedsores is rather good (we asked about causes, application of scales and care). 2. Student's self-assessment concerning their knowledge of the subject was positive. 3. According to student's of Medical Academy in Wrocław, the most important elements in patient's and their families education concerning prophylaxis of bedsores are: proper nutrition, body hygiene. Student's of Medical Academy in Bydgoszcz feel that the most important are: self-observation and self-care, balanced diet.

Key words: bedsores, prophylaxis.

Wstęp

Jednym z czynników decydujących o możliwości podjęcia interwencji specjalistycznej w przypadku odleżyn jest znajomość omawianej problematyki. Aby móc postępować według określonych zasad, trzeba mieć wiedzę na dany temat. Odleżyna jest obszarem martwicy tkanek. Martwicą nazywamy miejscową śmierć narządu, tkanek lub komórek w żywym ustroju. Proces ten rozwija się bardzo szybko i może dotyczyć elementów anatomicznych poprzednio niezmienionych i sprawnie działających [4]. Zapobieganie powstawaniu odleżyn należy do codziennych obowiązków pielęgniarek, jak również innych członków zespołu terapeutycznego, sprawujących opiekę nad pacjentem długoterminowo unieruchomionym, przewlekle chorym. Liczne publikowane prace poruszają zakres profilaktyki i pielęgnowania [1–3], leczenia odleżyn [5], z zastosowaniem różnych opatrunków [8, 9], jak również opracowania wielu standardów postępowania (zapobiegania) przeciwoleżynowego [4, 6, 10].

Dotychczasowe badania z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn odbywały się głównie na pielęgniarkach zatrudnionych w szpitalu – jako jedyne źródło danych [7, 10]. Dlatego też dla uzyskania szerszego obrazu danego zagadnienia wskazane jest także przebadanie innej grupy pielęgniarek, np. studentów pielęgniarstwa.

Cel pracy

Celem pracy jest określenie poziomu wiedzy studentów z zakresu problematyki odleżyn. Dla precyzyjnego określenia danego zagadnienia sformułowano problemy badawcze w formie pytań:

1. Jaki jest stan wiedzy z zakresu znajomości:
 - czynników ryzyka powstawania odleżyn?
 - bezpośrednich przyczyn powstawania odleżyn?
 - skal stosowanych przy odleżynach?
 - postępowania w przypadku odleżyn?
2. Jaka jest samoocena badanych osób z zakresu problematyki odleżyn?
3. Jakie są najważniejsze zagadnienia w edukacji pacjenta i jego rodziny z zakresu profilaktyki odleżyn?

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród 45 studentów IV roku pielęgniarstwa Wydziału Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu oraz Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Bydgoszczy. Wszystkie badane osoby to pielęgniarki posiada-

jące dyplom ukończenia Szkoły Pielęgniarskiej (Liceum Medyczne, Studium Medyczne).

Charakterystyka badanych osób

Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu – Kierunek Pielęgniarstwo. Grupę badawczą stanowiło 21 kobiet w przedziale wieku 22–28 lat, średnia wieku $28,8 \pm 5,8$ lat. Wydział Nauk o Zdrowiu AM w Bydgoszczy – Kierunek Pielęgniarstwo. Grupę badawczą stanowiły 24 kobiety w przedziale wieku 23–32 lat, średnia wieku $29,2 \pm 6,9$ lat.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z 3 części. Część pierwsza to informacja dla studenta o badaniu. Część druga to dane charakteryzujące badanych. Natomiast część trzecia zawierała pytania skategoryzowane o charakterze otwartym i zamkniętym, ukierunkowane na udzielenie odpowiedzi na badane zagadnienie. Część pytań tworzyła test z zadaniami prawda–fałsz. Pytania–zadania zawierały odpowiedzi prawidłowe i kilka dystraktorów. Za wskazanie odpowiedzi prawidłowej respondent otrzymywał 1 punkt, za brak odpowiedzi lub odpowiedź błędną 0 pkt. Następnie przeliczono punktację na procenty i otrzymano wynik w postaci procentowej znajomości danego zagadnienia. Przyjęto skalę 3-poziomową, gdzie:

- 60% prawidłowych odpowiedzi oznaczało poziom niski – dostateczny (do 10 pkt.),
- 61–85% prawidłowych odpowiedzi oznaczało poziom średni – dobry (11–15 pkt.),
- powyżej 85% prawidłowych odpowiedzi oznaczało poziom wysoki – bardzo dobry (16–18 pkt.).

W analizie statystycznej wykorzystano test istotności dla wskaźników struktury. Weryfikowano jedynie te odpowiedzi, które zostały udzielone przez obydwie badane grupy. Założono, że różnice istotne statystycznie występują na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki badań

Stan wiedzy studentów z zakresu znajomości czynników ryzyka i przyczyn powstawania odleżyn, skal stosowanych w prewencji odleżyn oraz postępowania w przypadku wystąpienia odleżyn

Wszyscy ankietowani prawidłowo definiują pojęcie odleżyna i profilaktyka. Ankietowane osoby wymieniły wiele czynników wpływających na powstawanie odleżyn. Jako istotne czynniki ryzyka powstawania odleżyn związane z osobą pacjenta wszyscy respondenci z AM w Bydgoszczy wymieniają: wyniszczenie organizmu, brak czucia bólu, pacjent nieprzytomny oraz urazy

rdzenia kręgowego. 91,7% badanych wymienia również jako czynnik ryzyka – ograniczenie ruchomości chorego. Te same czynniki w porównywalnym procencie udzielanych odpowiedzi wymieniają studenci AM we Wrocławiu. Różnice, jakie wystąpiły w odpowiedziach udzielanych przez badane grupy studentów, odnoszą się do takich czynników ryzyka, jak: brak czucia bólu ($p = 0,02$) i uraz rdzenia kręgowego ($p < 0,001$), gdzie czynniki te były częściej wymieniane przez studentów AM w Bydgoszczy (tab. 1).

Najczęściej wymienianą bezpośrednią przyczyną powstawania odleżyn według ankietowanych studentów z AM we Wrocławiu jest nacisk powierzchniowy na skórę (100% odpowiedzi). Ankietowani z AM w Bydgoszczy również niniejszą przyczynę wymieniają najczęściej (87,5% odpowiedzi). Inne bezpośrednie przyczyny wymieniane przez badane osoby to: niski poziom białka w organizmie, siły tarcia, choroby przemiany materii i siły poprzecznie tnące. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami w procencie udzielanych odpowiedzi (tab. 2).

Najbardziej znaną skalą oceniającą stopień zmiany odleżyny według badanych osób z Wrocławia i Bydgoszczy jest 5-stopniowa skala Torrance'a. Skale stosowane w prewencji odleżyn wymieniane były przez studentów z Wrocławia w różnym procencie, od 52,4% odpowiedzi (skala Waterlow) do 9,5% odpowiedzi (skala CBO). Studenci z Bydgoszczy niniejsze skale wymieniali z jednakową liczbą odpowiedzi (po 45,8%). Studenci AM we Wrocławiu w mniejszym procencie (9,5%) wskazywali na skalę CBO w porównaniu ze studentami AM w Bydgoszczy (45,8%), co potwierdzono statystycznie; $p = 0,01$ (tab. 3).

W prewencji odleżyn, w pierwszych godzinach pobytu pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, 75% badanych studentów z Bydgoszczy dokonałoby oceny stanu chorego pod kątem ryzyka wystąpienia zmiany. Pozostała część badanych (25%) przygotowałaby plan postępowania przeciwoleżynowego. Studenci z Wrocławia również w większym odsetku dokonaliby oceny stanu chorego (81,0%). Nie wykazano jednak istotnych statystycznie różnic w udzielanych odpowiedziach między badanymi grupami (tab. 4).

Tabela 1. Czynniki ryzyka powstawania odleżyn

Czynniki ryzyka	AM Wrocław		AM Bydgoszcz		Poziom istotności p
	n = 21	%	n = 24	%	
Wyniszczenie organizmu	20	95,2	24	100	n.s
Brak czucia bólu	19	79,2	24	100	0,02
Urazy rdzenia kręgowego	11	52,4	24	100	< 0,001
Pacjent nieprzytomny	20	95,2	24	100	n.s.
Ograniczenie ruchomości	20	95,2	22	91,7	n.s.

Tabela 2. Bezpośrednie przyczyny powstawania odleżyn

Przyczyny	AM Wrocław		AM Bydgoszcz		Poziom istotności p
	n = 21	%	n = 24	%	
Nacisk powierzchniowy na skórę	21	100	21	87,5	n.s.
Odbiałczenie organizmu	15	71,4	18	75,0	n.s.
Siły tarcia	11	52,4	16	66,7	n.s.
Choroby przemiany materii	19	79,2	14	58,3	n.s.
Siły poprzecznie tnące	2	9,5	7	29,2	n.s.

Tabela 3. Skale stosowane przy odleżynach

Skale	AM Wrocław		AM Bydgoszcz		Poziom istotności p
	n = 21	%	n = 24	%	
Torrance'a	17	81,0	14	58,3	n.s.
Waterlow	11	52,4	11	45,8	n.s.
Douglas	8	38,0	11	45,8	n.s.
CBO	2	9,5	11	45,8	0,01
Enisa i Sarmiento	8	38,0	5	20,8	n.s.

Określając poziom wiedzy za pomocą zaproponowanej wcześniej punktacji i skali można stwierdzić, że większość badanych, posiada wiedzę z zakresu problematyki odleżyn na poziomie dobrym (21 osób – 46,7%). Pewne różnice w otrzymanych wynikach uwidaczniają się w oddzielnym analizowaniu grup. Na poziomie bardzo dobrym problematyka odleżyn przyswojona jest przez 16,6% studentów z Bydgoszczy i 9,5% studentów z Wrocławia. Na poziomie dobrym 54,2% studentów z Bydgoszczy i 38,1% studentów z Wrocławia. Na poziomie dostatecznym 29,2% studentów z Bydgoszczy i 52,4% studentów z Wrocławia. Pomimo rozbieżności w ocenie poziomu wiedzy obu badanych grup stwierdzić można, że uzyskane wyniki nie są istotne statystycznie, co oznacza, że poziom wiedzy badanych osób z obydwu grup jest jednakowy (tab. 5).

Samoocena badanych osób z zakresu znajomości problematyki odleżyn

Badani dokonali również samooceny z zakresu znajomości problematyki odleżyn. W tym wypadku samoocena dokonana przez studentów również w większości wypadła na poziomie dobrym (32 osoby – 71,1%). Najwięcej osób z grupy wrocławskiej, jak i bydgoskiej oceniło siebie

na poziomie dobrym (Wrocław – 12 osób, tj. 57,1%, Bydgoszcz – 20 osób, tj. 83,4%). Pomimo rozbieżności w samoocenie poziomu wiedzy obu badanych grup (średnia samoocena studentów z Wrocławia – 4,1 i średnia samoocena studentów z Bydgoszczy – 4,0) stwierdzić można, że uzyskane wyniki nie są istotne statystycznie, co oznacza, że poziom wiedzy według opinii samych badanych jest w obydwu grupach jednakowy (tab. 6).

Edukacja pacjenta i jego rodziny z zakresu profilaktyki odleżyn

Obszary edukacji z zakresu problematyki odleżyn w odniesieniu do chorego i jego rodziny w wypowiedzi respondentów z Wrocławia i Bydgoszczy są zbieżne. Grupa wrocławska preferowałaby przekazywanie informacji przede wszystkim z zakresu stosowania właściwej diety (57,1% odpowiedzi) i utrzymania właściwej higieny ciała (52,4% odpowiedzi). Inaczej przedstawia się sytuacja w grupie bydgoskiej, gdzie w edukacji zwrócono by uwagę na przygotowanie chorego i jego rodziny do samoobserwacji i samopielęgnacji (58,3% odpowiedzi) oraz udzielono by informacji dotyczących stosowania właściwej diety (54,2% odpowiedzi). Porównując procent udzie-

Tabela 4. Postępowanie w przypadku odleżyn

Postępowanie	AM Wrocław		AM Bydgoszcz		Poziom istotności p
	n = 21	%	n = 24	%	
Ocena pod kątem stopnia ryzyka występowania zmiany chorobowej	17	81,0	18	75,0	n.s.
Opracowanie planu pielęgnacji – postępowania przeciwoodleżynowego	4	19,0	6	25,0	n.s.

Tabela 5. Poziom wiedzy badanych

Skala oceny	AM Wrocław		AM Bydgoszcz		Poziom istotności p
	n = 21	%	n = 24	%	
60% – poziom niski [dostateczny]	11	52,4	7	29,2	n.s.
61–85% – poziom średni [dobry]	8	38,1	13	54,2	n.s.
Powyżej 85% – poziom wysoki [bardzo dobry]	2	9,5	4	16,6	n.s.

Tabela 6. Samoocena badanych osób

Wiedza	AM Wrocław		AM Bydgoszcz		Poziom istotności p
	n = 21	%	n = 24	%	
Bardzo dobra	6	28,6	2	8,3	n.s.
Dobra	12	57,1	20	83,4	n.s.
Słaba	3	14,3	2	8,3	n.s.

Tabela 7. Elementy edukacji pacjenta i rodziny

Elementy edukacji	AM Wrocław		AM Bydgoszcz		Poziom istotności p
	n = 21	%	n = 24	%	
Przygotowanie do samoobserwacji i samopielęgnacji	2	9,5	14	58,3	0,002
Informacja o stosowaniu właściwej diety	12	57,1	13	54,2	n.s.
Informacja o udogodnieniach, stosowanych środkach w profilaktyce oraz o częstej (co 2 godziny) zmianie pozycji ułożeniowej	10	47,6	11	45,8	n.s.
Informacja ogólna o odleżynach (co to jest, jak powstaje itp.)	5	23,8	7	29,2	n.s.
Informacja o utrzymaniu właściwej higieny ciała	11	52,4	6	25,0	n.s.

lanych odpowiedzi w obu badanych grupach, można stwierdzić, że uzyskana różnica w wynikach między badanymi grupami nie jest istotna statystycznie, z wyjątkiem odpowiedzi dotyczącej przygotowania do samoobserwacji i samopielęgnacji ($p = 0,002$). Studenci AM w Bydgoszczy w większym odsetku (58,3%) w porównaniu ze studentami AM we Wrocławiu wskazywali na ten element edukacji pacjenta i jego rodziny (tab. 7).

Wnioski

1. Stan wiedzy z zakresu problematyki odleżyn (wiedza o czynnikach, przyczynach, stosowanych skalach i postępowaniu) u większości studentów jest na poziomie dobrym.
2. Samoocena dokonana przez badanych z za-

kresu znajomości problematyki odleżyn również wypadła na poziomie dobrym.

3. Najważniejsze elementy w edukacji pacjenta i jego rodziny z zakresu profilaktyki odleżyn według ankietowanych z ośrodka wrocławskiego to zagadnienia związane z prawidłowym odżywianiem i utrzymaniem właściwej higieny ciała. Dla studentów z ośrodka bydgoskiego istotne zagadnienia związane są z samoobserwacją i samopielęgnacją oraz z właściwym odżywianiem chorego.

Badania przeprowadzone wśród studentów z dwóch ośrodków akademickich w Polsce nie wykazały znaczących różnic w otrzymanych wynikach, co świadczyć może w sposób pośredni o porównywalności programów kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w AM we Wrocławiu i w Bydgoszczy.

Piśmiennictwo

1. Dopierała L i wsp. Odleżyny, profilaktyka, pielęgnacja i leczenie. *Biul Wojsk Szpitala Klin* 1997; 2: 1–2, 42–44.
2. Janusz S. Profilaktyka odleżynowa – poprawa jakości opieki. *Mag Pielęgniarki i Położnej* 2001; 6: 43.
3. Kasprzak HA i wsp. Profilaktyka przeciwodleżynowa w leczeniu i wczesnym okresie rehabilitacji. *Post Rehabil* 1998; 2: 35–41.
4. Kruk-Kupiec G. *Odleżyny. Poradnik dla pielęgniarek i położnych*. Piekary Śląskie; 1999.
5. Kruk-Kupiec G. Leczenie odleżyn. *Mag Pielęgniarki i Położnej* 2001; 2: 24–26.
6. Krysiak I, Wołowicka L. *Analiza ryzyka rozwoju odleżyn u pacjentów leczonych zachowawczo na oddziale intensywnej terapii przy zastosowaniu wybranych skal predykcyjnych*. Poznań: PTPAiO; 2001: 150–157.
7. Paluch H, Kózka M. *Profilaktyka i pielęgnowanie odleżyn w opinii pielęgniarek z oddziałów intensywnej terapii. Pielęgniarstwo u progu XXI w. Program i materiały konferencji naukowej*. Wrocław; 1998.
8. Sopata M, Łuczak J. *Zastosowanie opatrunków aktywnych w leczeniu odleżyn*. Medipress; 2000: 4, 26–32.
9. Sosnowski S i wsp. Leczenie odleżyn z zastosowaniem opatrunku hydrokoloidowego. *Kwart Ortop* 2000: 219–225.
10. Ślusarska B. Profilaktyka przeciwodleżynowa a praktyka zawodowa pielęgniarek. *Pielęgniarka i Położna* 2001; 12: 17–21.

Adres I Autorki
Zakład Chorób Układu Nerwowego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Opieka paliatywna w ocenie pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową

Quality of palliative care in judgement of patients with advanced cancer

FELIKS BŁASZCZYK, WOJCIECH BAZANOWSKI, ANNA OROŃSKA, M. WOLARCZYK,
SŁAWOMIR WOŹNIAK

Z Zespołu Opieki Paliatywnej Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu
Kierownik: dr nauk med. Anna Orońska

Streszczenie **Wstęp.** Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową poddani badaniu metodą ankietową znajdowali się pod opieką Zespołu Opieki Paliatywnej, lekarza pierwszego kontaktu oraz pielęgniarek POZ. Celem pracy było określenie wagi kontaktów interpersonalnych między pacjentami a pracownikami służby zdrowia. **Materiał i metoda.** Pacjenci odpowiadali na pytania zamknięte zawarte w ankiecie. Pytania dotyczyły charakteru opieki pracowników opieki paliatywnej, lekarzy POZ, pracowników socjalnych, psychologa, pielęgniarki. Parametrami brany pod uwagę były: częstość wizyt, nastawienie do pacjenta, uprzejmość. **Wyniki.** Otrzymane wyniki świadczyły o wysokim stopniu zróżnicowania ocen. Opieka nad pacjentami została oceniona następująco: najwyżej lekarze i pielęgniarki z Zespołu Opieki Paliatywnej, na przeciwnym biegunie ocen znaleźli się pracownik socjalny oraz pielęgniarka POZ. **Wnioski.** Ocena wystawiana przez pacjenta jest niewątpliwie wysoce subiektywna. Wydaje się, że osoby odwiedzające podopiecznych częściej (lekarze pielęgniarki) byli oceniani lepiej. Bardzo słaba ocena pracownika socjalnego może wynikać z charakteru jego pracy; jest głównie skoncentrowany na rodzinie chorego i ma rzadszy z nim kontakt. Stąd efekty pracy nie są widoczne dla pacjenta. **Słowa kluczowe:** jakość opieki paliatywnej, ból nowotworowy, opieka paliatywna.

Summary **Introduction and objectives.** Patients with advanced cancer received care from palliative care team and GP and district nurse. The main goal of the study is to estimate the importance of interpersonal contacts in palliative care. **Material and methods.** Questionnaires were gathered with answers to the questions, which involved personal opinion on medical care, especially care given from GPs, palliative care team (doctor, nurse, social worker, psychologist, physiotherapist). Parameters taken under consideration were as follows: personal contacts, attitude, and frequency of visits. **Results.** The patient's opinion about the quality of care differs concerning different people involved in the patient's care. The highest appreciation was for the doctor and nurse from palliative care unit, the lowest for the social workers and district nurse. **Conclusions.** Patient's assessment is highly subjective. It appeared that they have better opinion about people who visited them more often (doctor from palliative care unit or nurse). Social worker had lower assessment given by the patients (works mainly with family). Social workers had lower assessment, because patient had rare personal contact with them (social workers were contacting more often with families) and did not see as clear results of their job as in the case of doctor or nurse. **Key words:** palliative care, quality, cancer, palliative patients.

Wstęp

Przedmiotem pracy było zbadanie jakości opieki paliatywnej w ośrodku wrocławskim. Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową byli poddani badaniu metodą ankietową. Otrzymane wyniki świadczyły o wysokim stopniu zróżnicowania ocen. Opieka nad pacjentami została

oceniona następująco: najwyżej lekarze i pielęgniarki z Zespołu Opieki Paliatywnej, na przeciwnym biegunie ocen znaleźli się pracownik socjalny oraz pielęgniarka POZ.

Badania ankietowe pacjentów przeprowadzono w Zespole Opieki Paliatywnej przy Dolnośląskim Centrum Onkologii przy placu Hirszfelda 12 we Wrocławiu w dniach od 12 czerwca do 20 sierpnia

2002 r. Badania dotyczyły pacjentów będących pod opieką domową. Badanie miało na celu poznanie ogólnych cech towarzyszących chorobie.

Ankietowaniu poddano 44 osoby, a wyniki pomiarów zostały opracowywane w programie Excel w środowisku Windows. Respondenci zostali wybrani losowo spośród wszystkich pacjentów przebywających w tym okresie pod opieką Zespołu Opieki Paliatywnej.

Zbadano poniższe cechy respondentów:

- wiek oraz płeć,
- warunki socjalne badanych,
- wykształcenie oraz dochód,
- częstość spożycia oraz rodzaj alkoholu,
- opieka medyczna,
- ocena kontaktów z personelem,
- rodzaj pomocy społecznej,
- ocena kontaktu na poszczególnych oddziałach,
- świadomość o chorobie i jej ocena.

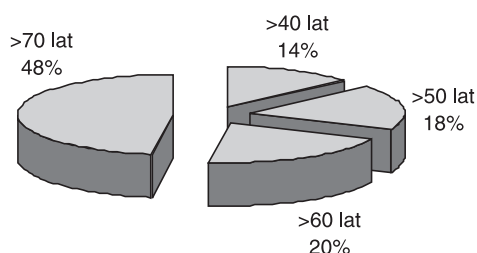
Wyniki ankiety oraz ich prezentację graficzną przedstawiono poniżej.

Wiek respondentów

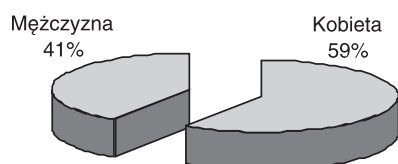
Wyniki przedstawia rycina 1. Największą część respondentów stanowią osoby powyżej 70 roku życia, co stanowi 48% badanych, tj. 21 osób. Osoby powyżej 60 roku życia stanowią drugą pod względem wielkości grupę 20% (9 osób). Respondenci powyżej 50 roku życia (18% badanych) to 8 osób. Najmniejszą grupę reprezentują osoby powyżej 40. a poniżej 50 roku życia (6 ankietowanych).

Płeć respondentów

Płeć respondentów przedstawia rycina 2. 41% pacjentów stanowili mężczyźni, a 59% to kobiety.



Ryc. 1. Wiek respondentów



Ryc. 2. Płeć respondentów

Warunki socjalne

Warunki socjalne „dobre” zadeklarowała największa część badanych 49% (22 osoby). Kolejną grupę stanowią odpowiedzi, że warunki są bardzo dobre 38% (17 osób). Pozostałe 13% (6 osób) stanowią o dostatecznych warunkach socjalnych badanych. Żaden z respondentów nie odpowiedział, że jego warunki socjalne są złe (ryc. 3).

Wykształcenie badanych

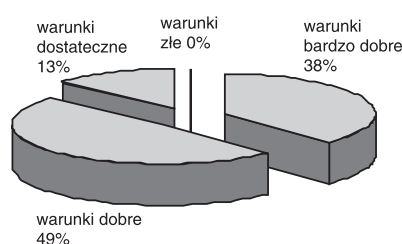
Największą liczbę badanych (14 osób, 32% ogółu) stanowią osoby z wykształceniem średnim. Drugą grupę pod tym względem stanowią osoby z wykształceniem zawodowym 25% (11 osób). 23% badanych zadeklarowało wykształcenie podstawowe, co stanowi 10 osób ogółu badanych. Najmniejsza liczba badanych miała wykształcenie wyższe 20% (9 osób) (ryc. 4).

Opieka medyczna

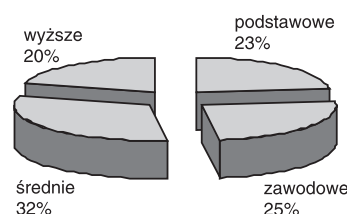
Rycina 5 przedstawia intensywność korzystania z usług opieki lekarskiej. 44 ankietowanych odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy korzysta z usług lekarzy ZOP. Niewiele mniej, bo 37 osób, zadeklarowało, że korzystało z pomocy pielęgniarek. Z pomocy lekarzy POZ na wezwanie skorzystało 27 ankietowanych.

Wyraźnie niższe korzystanie z usług pielęgniarek na wezwanie zadeklarowali respondenci podczas tego badania (7 osób).

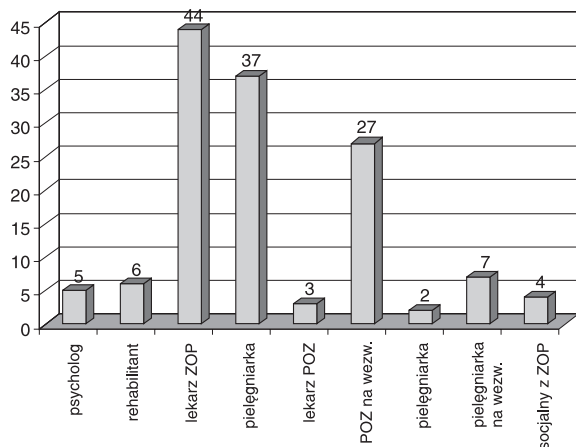
6 ankietowanych odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy korzysta z rehabilitacji, 5 osób



Ryc. 3. Warunki socjalne respondentów



Ryc. 4. Wykształcenie respondentów



Ryc. 5. Osoby opiekujące się badanymi

z pomocy psychologa, 4 z pomocy socjalnej z ZOP, a najmniejsza liczba osób skorzystała z pomocy pielęgniarki z POZ.

Ocena kontaktów z personelem medycznym

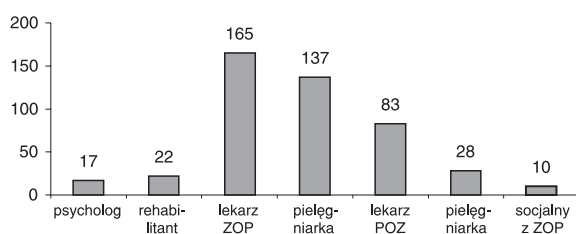
Lekarze ZOP otrzymali od respondentów najwyższe oceny – 165 punktów, co plasuje ich na pierwszym miejscu pod względem oceny kontaktu z personelem. Pielęgniarki ZOP ze 137 punktami przyznanymi przez ankietowanych pod względem oceny kontaktów z personelem zostały ulokowane na drugim miejscu. Respondenci przyznali 83 punkty lekarzom POZ, co plasuje ich na trzecim miejscu, kolejne zajmują: pielęgniarki, rehabilitant, psycholog, pracownik socjalny z ZOP (ryc. 6).

Ocena ogólna lekarzy

70% ogółu badanych zadeklarowało ocenę kontaktów z personelem na poziomie dostatecznym, jedynie 16% na poziomie dobrym, 14% respondentów oceniło ich pracę na złą, a żaden z badanych nie odpowiedział na pytanie, oceniając kontakt na bardzo dobry (ryc. 7).

Rodzaj pomocy społecznej

Najliczniejszą grupę (55% ogółu badanych) stanowią osoby, które zadeklarowały, że korzy-



Ryc. 6. Ocena kontaktów z personelem medycznym

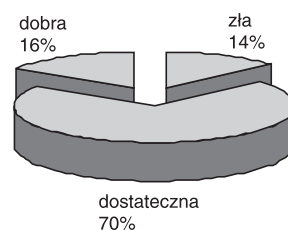
stają z pomocy prywatnej. Trzy osoby spośród badanych odpowiedziało twierdząco na pytanie „czy korzysta z pomocy pielęgniarek”, a tylko 2% z pomocy wolontariusza (ryc. 8).

Charakter pomocy społecznej

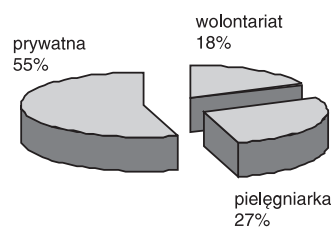
Przeprowadzone badanie dowiodło, że ankietowani najbardziej korzystają z pomocy towarzyskiej (6 osób). Jednakową wartość, wynoszącą 4, zadeklarowali ankietowani przy gotowaniu, sprzątanii oraz zakupach. Najmniejsze zainteresowanie (3 osoby) wyraziły potrzebę pomocy przy higienie osobistej (ryc. 9).

Stosunek do choroby

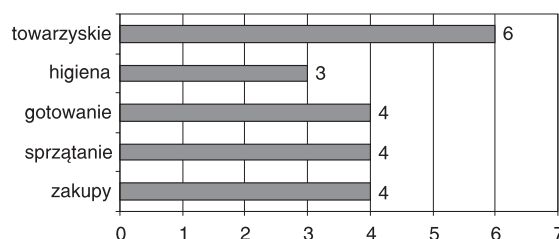
Pesymistyczny stosunek zadeklarowało 34% spośród ogółu ankietowanych. Optymistyczny wariant wybrało 31% badanych, obojętny stosunek do choroby zadeklarowało 10%. 25% ogółu ankietowanych odpowiedziało na to pytanie „nie wiem”.



Ryc. 7. Ocena ogólna lekarzy



Ryc. 8. Rodzaj pomocy społecznej



Ryc. 9. Charakter pomocy społecznej

Podsumowanie

Największą część badanych stanowiły kobiety (59% ankietowanych). Były to osoby w większości powyżej 70 roku życia (48%). Warunki socjalne większość ankietowanych zadeklarowała na poziomie dobrym, 49% ogółu badanych. Wykształcenie średnie było najczęściej wskazywanym przez pacjentów podczas tego pomiaru (32%).

Największą liczbę korzystających z lekarzy ZOP (100%) zadeklarowali respondenci podczas tego badania, oni też otrzymali najwyższą ocenę 167 punktów pod względem oceny kontaktu z personelem.

Inne rodzaje pomocy społecznej, którą najczęściej wybierają badani, to pomoc prywatna (55% ankietowanych) o charakterze towarzyskim.

Większość ankietowanych jest świadomych choroby – 33 osoby z 44 ankietowanych. Pesymistyczny stosunek wyrażało 34% ankietowanych spośród ogółu badanych.

Jaki wpływ na ocenę kontaktów pacjentów z personelem medycznym mają wybrane czynniki społeczne i warunki socjalno-bytowe? Na tak postawione pytanie można odpowiedzieć po przeprowadzeniu badań na większej grupie chorych. Wyniki przedstawione powyżej jedynie informują w zarysie o obecnej sytuacji w tej kwestii.

Adres Autorów:

Zespół Opieki Paliatywnej przy Dolnośląskim Centrum Onkologii

pl. Hirszfelda 12

53-413 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

AKTUALNE PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ
ACTUAL PROBLEMS IN PALIATIVE CARE

Ocena nasilenia problemów i potrzeb oraz bólu i stresu bólowego u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Assessment of problems, needs, pain and pain stress in patients
in the terminal stage of cancer

DOMINIK KRZYŻANOWSKI¹, IZABELLA UCHMANOWICZ³, ALICJA CHYBICKA²,
ELEONORA MESS¹, ANNA KRÓL⁴

¹ Z Zakładu Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Eleonora Mess

² Z Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Alicja Chybicka

³ Z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

⁴ Z Zakładu Pediatrii Społecznej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Wiesław Prusek

Streszczenie **Cel pracy.** Ukazanie nasilenia problemów i potrzeb, bólu oraz stresu bólowego u pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej. **Materiał.** W badaniu uczestniczyło 18 kobiet i 15 mężczyzn hospitalizowanych w 2 hospicjach stacjonarnych od listopada 2001 do sierpnia 2002 roku. W I badaniu wzięły udział 33 osoby, w badaniu II 28 osób, w III 22 osoby. **Narzędzia.** Support Assesment Schedule – wersja zmodyfikowana, Wzrokowo-Analogowa Skala Natężenia Bólu, Skala Stresu Bólowego. **Wyniki.** W skali STAS wyniki przeciętne uzyskało w I badaniu 24, w badaniu II 22 osoby, w badaniu III 17 osób. W I badaniu ból „mocny” zgłaszało 16 osób, „ból średni” 11 osób i „ból słaby” 6 osób. „Silny stres” w I badaniu był wskazywany przez 12 osób, w badaniu II przez 10 osób, a w badaniu III przez 7 osób. **Wnioski.** 1. Uzyskanie wyników przeciętnych w skali STAS wskazuje na przeciętne nasilenie problemów i objawów. 2. Podczas I badania aż 27 osób odczuwa ból o nasileniu „średnim” lub „mocnym”, zaś podczas III badania o takim nasileniu bólu informowało 17 pacjentów. 3. W badanej populacji osób odczuwających „średni” lub „silny stres bólowy” w I badaniu było 26, w badaniu II było 71%, w badaniu III było ich 16.

Słowa kluczowe: ból, stres bólowy, potrzeby, choroba nowotworowa.

Summary **Aim of the study.** The purpose of this study is to assess the level of pain, its character, pain stress and appearance of depression during the terminal stage of life. **Materials and methods.** There were 18 women and 15 men in the study group. All patients were hospitalized at the Wrocław Hospice in Poland from November 2001 to August 2002. In the I appraisal were 33 patients, in the II appraisal were participated 28 patients, in the III appraisal were participated 22 persons. We used the following methods: Visual Analogue Scale, Pain Distress Scale, Support Assessment Schedule. **Results.** Most patients in the STAS scale had average results, in the I appraisal – 24, II – 22, III – 17. In I – 16 patients when asked about pain defined it as “strong”, 11 – “average”, 6 – “not strong”. In the II appraisal – 11 patients defined pain as “average”, 10 – “strong”, 5 – “not strong”. In terms of stress caused by pain, most patients felt “average stress” – in I – 14, in II – 10, in III – 9 patients. In the I appraisal 14 people defined pain as “very strong”, in II – 10, in III – 7. **Conclusions.** 1. Average results in STAS scale show that problems, clinical signs, and discomfort are seen as average in the researched population. 2. It is an enormous me-

dical problem that patients feel pain during the terminal stage of cancer. In I and II appraisal 27 people defined pain as average or strong, in III 17 people. 3. Patients felt pain and stress what lowered their quality of life. In I appraisal stress defined as average or strong 26 patients, in II, in III 16 patients.

Key words: pain, stress pain, needs, and cancer.

Wstęp

Terminalny okres choroby nowotworowej związany jest z odczuwaniem przez pacjentów wielu dolegliwości. Na plan pierwszy wysuwa się odczucie bólu i związane z nim stresu bólowego. Wiele niezaspokojonych potrzeb oraz nasilone objawy choroby powodują uczucie dużego dyskomfortu u pacjenta i jego rodziny. Czas przeżycia pacjenta w hospicjum jest różnie długi, dlatego *spieszmy się kochać ludzi, bo tak szybko odchodzą*.

Cel pracy

Celem badań jest ukazanie nasilenia problemów i potrzeb, bólu oraz stresu bólowego u pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej.

Materiał

W badaniu uczestniczyło 18 kobiet i 15 mężczyzn hospitalizowanych w 2 hospicjach stacjonarnych od listopada 2001 do sierpnia 2002 r. W czasie badań posłużono się badaniem podłużnym. W pierwszym badaniu wzięło udział 100% (33 osoby) populacji osób badanych, w badaniu drugim wzięło udział 28 osób (5 osób biorących udział w badaniu pierwszym zmarło), w trzecim zaś jedynie 22 osoby (od pierwszego do trzeciego badania zmarło 11 osób).

Metody

STAS *Support Assessment Schedule* – wersja zmodyfikowana

Skala STAS w wersji oryginalnej składa się z 17 pozycji, dziesięć dotyczy pacjentów i ich rodzin, a siedem związanych jest z systemem opieki i członkami zespołu. Pozycje te można podzielić na następujące grupy [11–13]:

- objawy fizyczne,
- objawy emocjonalne,
- duchowość i kryzys wiary,
- rodzina i bliscy opiekunowie,
- komunikacja – porozumiewanie się,
- planowanie dla umierającego,
- doradcza rola zespołu.

Badając pacjentów w stanie terminalnym, metodę tę radykalnie skrócono i stwierdzono, że najbardziej przydatna jest pierwsza część metody – pozycje od 1 do 9. Rzetelność zmodyfikowanej wersji STAS oszacowano za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha. Uzyskane wyniki pozwalają uznać tę metodę za rzetelną od 2 badania (po 1 tygodniu opieki) i wahają się w granicach od 0,69 (po 1 tygodniu opieki) do 0,71 (po 3 tygodniu opieki). W ocenie trafności wersji skróconej STAS posłużono się analizą korelacyjną, gdzie stwierdzono logiczne związki ze skalą RSCL – co pozwoliło uznać tę metodę za trafną [6–8].

VAS *Visual Analogue Scale* – Wzrokowo-Analogowa Skala Natężenia Bólu

Jest to skala numeryczna z graficznym odcinkiem o długości 10 cm, na którym pacjent zaznacza wielkość natężenia bólu, który obecnie odczuwa. Na dwóch końcach odcinka dziesięciocentymetrowego znajdują się pozycje skrajne w ocenie bólu: punkt „0” oznacza – nie ma bólu (brak odczucia bólu), punkt „10” – ból maksymalny (ból tak silny, jak tylko jest to możliwe). Wzdłuż tej linii mogą znajdować się słowne określenia natężenia bólu (ból lekki, średni, silny). Innym rodzajem skali VAS jest odcinek o określonej długości (najczęściej dziesięciocentymetrowy) z oznaczeniami tylko jego początku i końca (minimum i maksimum odczuwania bólu). Odcinek ten przedstawiony jest jako pozioma linia, na której pacjent zaznacza punkt odpowiadający natężeniu odczuwanego bólu. Wynik ten jest przedstawiony w milimetrach (odległość punktu od lewego skraju odcinka) lub w procentach natężenia określonego bólu [1, 2, 4, 6, 7, 9].

PDS *Pain Distress Scale* – Skala Stresu Bólowego

Johnson wprowadził dwie skale do określenia sensorycznych bólu: skalę bólu (*Pain Sensation Scale*) i skalę stresu bólowego. Skala PDS jest także skalą numeryczną z graficznym odcinkiem o określonej długości, na którym chory zaznacza nasilenie stresu związanego z odczuwaniem bólu. Na dwóch końcach tego odcinka znajdują się skrajne opisy odczuwanego stresu: „0” oznacza brak stresu, a „10” stres maksymalnie odczu-

wany. Wzdłuż poziomej linii znajdują się słowne określenia natężenia stresu (lekki stres, średni, silny) [1, 9].

Wyniki

Przebadano 33 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej znajdujących się w chwili badania w 2 hospicjach stacjonarnych. Założono, że aby zbadać zmianę jakości życia (badanie podłużne), badanie będzie przeprowadzone u każdego pacjenta 3 razy: w pierwszym tygodniu po przyjęciu do hospicjum, w tydzień po pierwszym badaniu i w miesiąc po poprzednim badaniu.

W badaniu uczestniczyło 18 kobiet i 15 mężczyzn hospitalizowanych od listopada 2001 do sierpnia 2002 r. Charakterystykę badanej grupy pod względem płci, wieku i wykształcenia przedstawia tabela 1.

Wiek osób badanych znajdował się w przedziale od 31 do 95 lat. Największą grupę osób badanych stanowiły osoby w wieku między 71 a 75 rokiem życia, było to 7 osób (22%), następnie w równym odsetku po 5 osób (15%) były osoby w wieku między 61 a 65 rokiem życia oraz między 76 a 80 rokiem życia. Osoby badane miały w największej liczbie 13 osób (40%) wykształcenie średnie oraz 12 osób (36%) miało wykształcenie zawodowe. Wykształcenie wyższe zgłosiło 6 osób (18%), a podstawowe 2 osoby (6%).

Wydaje się, że ważną cechą pacjentów jest ich stan cywilny i tak na 33 ogółem tylko 13 osób pozostaje w związkach małżeńskich (7 mężczyzn jest żonatych, a 6 kobiet zamężnych). Pozostali pacjenci są stanu wolnego (7 wdów i 6 wdowców, 2 kawalerów i 4 panny oraz 1 osoba rozwiedziona). Zdecydowanie więcej wśród osób badanych było mieszkańców miasta (26 osoby) niż wsi (7 osób).

W analizowaniu wyników badań ciekawym aspektem jest przyczyna umieszczenia w hospicjum (rozpoznanie). Przedstawia je tabela 2.

Największą liczbę pacjentów stanowili chorzy z nowotworem wątroby (8 osób, w tym 5 kobiet i 3 mężczyzn) oraz z nowotworem kości (8 osób, w tym 4 mężczyzn i 4 kobiety). Następnie byli to chorzy z nowotworem płuca (7 osób), mózgu (6 osób), odbytnicy (5 osób) i w równym odsetku (po 4 osoby) z nowotworem gruczołu piersiowego, nerki i kręgosłupa. Po 3 pacjentów chorowało na nowotwór skóry, żołądka, macicy i prostaty.

Jednym z bardziej interesujących aspektów badania jakości życia w opiece paliatywnej jest zagadnienie badania bólu. W tych badaniach posłużono się kilkoma narzędziami badającymi ten objaw. Jedną z najprostszych i najmniej pracochłonnych metod do stosowania w badaniu pacjentów w terminalnym okresie ich choroby jest skala VAS i PDS. Dane uzyskane dzięki skali VAS informujące o nasileniu bólu podczas trzech badań u całej populacji umieszczone są na rycinie 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej pod względem płci, wieku i wykształcenia

		Lp.	%
Ogółem osób badanych		33	100
Płeć	M	15	48
	K	18	52
Wiek (lata)	31–35	1	3
	36–40	0	0
	41–45	2	6
	46–50	1	3
	51–55	3	9
	56–60	2	6
	61–65	5	15
	66–70	1	3
	71–75	7	22
	76–80	5	15
	81–85	3	9
Wykształcenie	podstawowe	2	6
	zawodowe	12	36
	średnie	13	40
	wyższe	6	18

Tabela 2. Zdiagnozowane umiejscowienie nowotworu w populacji badanych osób

Rozpoznanie	Kobiety	Mężczyźni	Razem
kacheksja	11	9	20
Ca wątroby	5	3	8
Ca kości	4	4	8
Ca płuca	4	3	7
Ca mózgu	4	2	6
Ca odbytnicy	1	4	5
Ca gruczołu piersiowego	4	0	4
Ca nerki	0	4	4
Ca kręgosłupa	1	3	4
Ca skóry	3	0	3
Ca żołądka	1	2	3
Ca macicy	3	0	3
Ca prostaty	0	3	3
Ca trzustki	2	0	2
Ca jajnika	2	0	2
Ca wargi dolnej	0	1	1
Ca pęcherza moczowego	0	1	1

W I badaniu w największej liczbie 16 osób był zgłaszany ból określany jako „mocny”. Następnie był to „ból średni” (11 osób) i „ból słaby” (6 osób). W II badaniu osoby badane w pierwszej kolejności (11 osób) wskazały na występowanie obecnie „ból średniego”, następnie 10 osób wskazało na „ból mocny” i 5 tak samo jak w badaniu III na „ból słaby”.

Nasilenie bólu w populacji zbadanych mężczyzn według skali VAS obrazuje rycina 2.

W największym odsetku osoby badane w I, II i III badaniu zgłaszały „ból średni”: w I badaniu takich osób było 6, w badaniu II 9, a w badaniu III o „ból mocnym” informowało 7 mężczyzn. „Ból mocny” w I badaniu zgłaszało 5 badanych, a w badaniu III 2 pacjentów.

O nasileniu bólu w populacji kobiet informuje nas rycina 3.

Największa liczba kobiet w trzech badaniach odczuwa „ból mocny” i tak w badaniu I takich kobiet było 11, w badaniu II – 10, a w badaniu III „ból mocny” odczuwało 6 pacjentek. O „ból średni” w I badaniu informowało 5 chorych, w II badaniu „ból średni” zgłaszały 4 pacjentki, a w badaniu III takich pacjentek było 2.

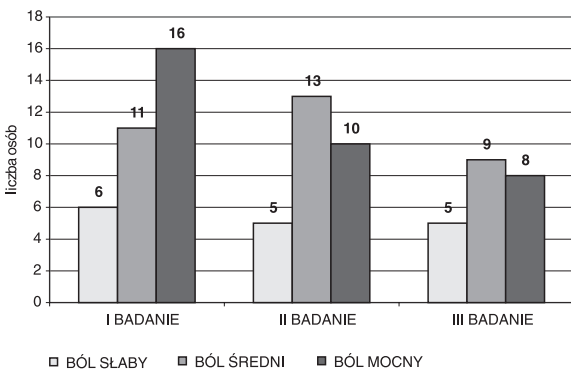
Nierozzerwalnie z sytuacją odczuwania bólu

wiąże się jego aspekt emocjonalny i stres, który jest przez niego wywoływany. Stres ten zwany stresem bólowym został zbadany także w prostej i niemęczącej pacjenta Skali Stresu Bólowego *Pain Distress Scale* PDS. Dane po opracowaniu przedstawiono w tabelach i obrazujących je rycinach. Nasilenie stresu bólowego dla całej zbadanej populacji ilustruje rycina 4.

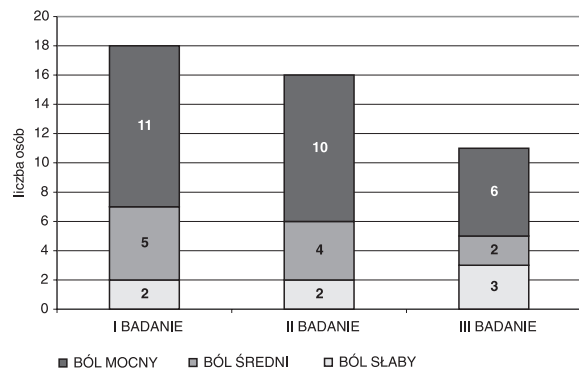
Najczęściej odczuwanym stresem spowodowanym reakcją bólową podczas trzech badań był „stres o średnim nasileniu”. W I badaniu odczuwało go 14 osób, w II 10 osób, a w III takich osób było 9. Silny stres w I badaniu był wskazywany przez 12 osób badanych, w badaniu II takich osób było 10, a w badaniu III o tym rodzaju stresu informowało 7 osób.

Wśród populacji przebadanych kobiet nasilenie stresu bólowego przedstawia rycina 5.

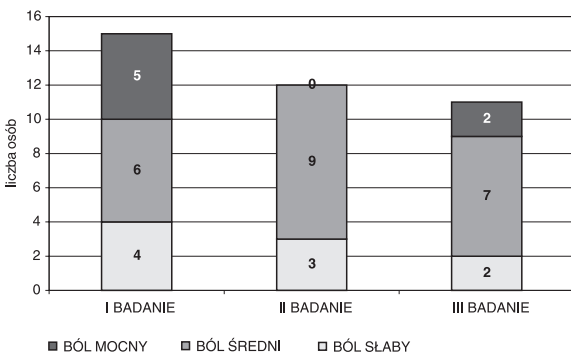
Analiza badań skalą PDS w populacji kobiet wykazała, że we wszystkich badaniach „stres o silnym natężeniu” był najczęstszym rodzajem odczuwanego stresu. W I i II badaniu takich kobiet było w równym odsetku po 9, a w badaniu III było ich 5. Na „stres o średnim nasileniu” w I badaniu wskazało 6 pacjentek, a w następnych badaniach w równym odsetku po 3 badane.



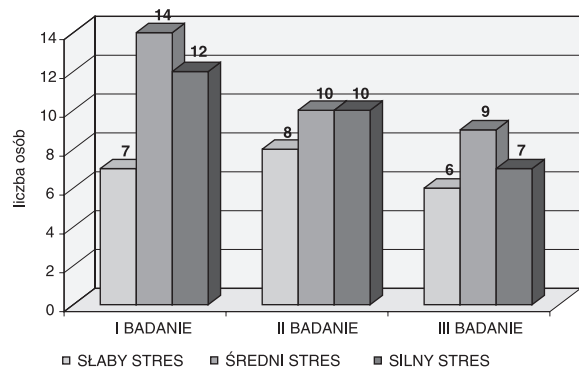
Ryc. 1. Nasilenie bólu wg skali VAS u całej zbadanej populacji



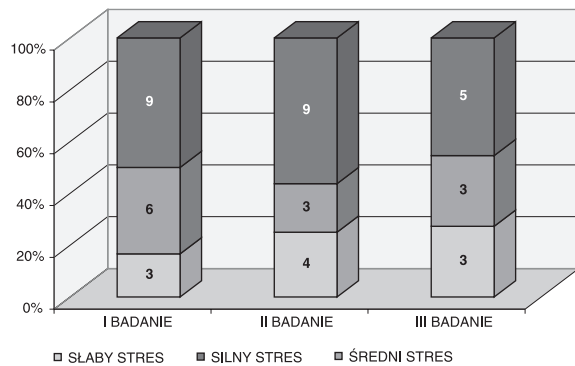
Ryc. 3. Nasilenie bólu wg skali VAS w populacji zbadanych kobiet



Ryc. 2. Nasilenie bólu wg skali VAS w populacji zbadanych mężczyzn



Ryc. 4. Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS u całej populacji przebadanych osób



Ryc. 5. Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS u populacji zbadanych kobiet

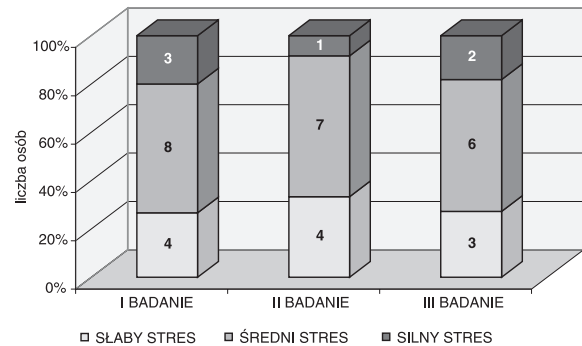
W populacji badanych mężczyzn nasilenie stresu według skali PDS zostało przedstawione na rycinie 6.

Badani mężczyźni podawali, że najczęściej odczuwanym przez nich stresem podczas trzech badań był „stres o średnim nasileniu”. W I badaniu na taki stres wskazywało 8 mężczyzn, w badaniu II o takim stresie informowało 7 pacjentów, a w badaniu III takich badanych było 6.

Skala STAS bada nasilenie potrzeb u pacjentów objętych opieką paliatywną. We wszystkich 3 badaniach nasilenie potrzeb kształtowało się w granicach wyników przeciętnych. Wyniki wysokie pojawiły się w I badaniu u 6 osób, w badaniu II u 5 osób, a w badaniu III u 1 osoby. Szczegółowy rozkład wyników w I, II i III badaniu w całej zbadanej populacji oraz w populacji zbadanych kobiet i mężczyzn przedstawia tabela 3.

Wnioski

1. Ze względu na dużą różnorodność umiejscowienia zmian nowotworowych i wielość objawów zespół terapeutyczny powinien ciągle



Ryc. 6. Nasilenie stresu bólowego wg skali PDS u populacji zbadanych mężczyzn

podnosić swoją wiedzę i umiejętności, aby skutecznie je niwelować, a przez to poprawiać jakość życia swoich pacjentów.

- Dużym problemem medycznym w opiece nad pacjentami w terminalnym okresie choroby jest percepcja bólu. Wśród zbadanej populacji podczas I badania aż 27 osób (96%) odczuwa ból o nasileniu „średnim” lub „mocnym”, a podczas III badania o takim nasileniu bólu informowało 17 (77%) pacjentów [1, 2, 4].
- Z percepcją bólu związane jest odczuwanie wysokiego stresu, co na pewno obniża komfort życia. W badanej populacji osób odczuwających „średni” lub „silny stres bólowy” w I badaniu było aż 26 (79%). Takich osób w badaniu II było 71%, zaś w badaniu III było ich 16 (73%). Tak duża liczba osób odczuwających stres o „średnim” i „silnym” nasileniu świadczy o dużym zapotrzebowaniu pacjentów na wsparcie emocjonalne i psychiczne ze strony zespołu terapeutycznego.
- Uzyskanie wyników przeciętnych w skali STAS wskazuje na przeciętne nasilenie problemów objawów oraz poczucia dyskomfortu w badanej populacji.

Tabela 3. Nasilenie potrzeb u badanych pacjentów według skali STAS

	Wyniki niskie	Wyniki przeciętne	Wyniki wysokie	Wyniki bardzo wysokie	Razem
STAS – ogół					
I badanie	1	24	6	2	33
II badanie	1	22	5	0	28
III badanie	4	17	1	0	22
STAS – mężczyźni					
I badanie	1	13	1	0	15
II badanie	1	10	1	0	12
III badanie	2	9	0	0	11
STAS – kobiety					
I badanie	0	11	5	2	18
II badanie	0	12	4	0	16
III badanie	2	8	1	0	11

5. Bezwzględnie należy wziąć pod uwagę, iż badania pacjentów znajdujących się w terminalnym okresie choroby muszą być prowadzone przez osoby przekonane o celowości badań oraz rozumiejących specyfikę instytucji, w której są prowadzone. W prowadzeniu badań powinno się zachować równowagę między „szkiełkiem” badacza a osobą, która często staje się jedynym powiernikiem życia pacjenta i jego rodziny [4, 5, 8].

Piśmiennictwo

1. Dobrogowski J, Kuś M (red.). *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Springer PWN; 1996.
2. Gulanick M, Kloop A, Galanes S, Puzas M. *Nursing Care Plans. Nursing Diagnosis and Intervention*. St. Luis: Mosby-Year Book; 1994: 49–51, 62–63, 119–202, 220–221, 229–301, 380–381, 466–467.
3. Kaplan H, Sadock B. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1995: 236.
4. Łuczak J (red.). *Opieka paliatywna w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Materiały do nauczania medycyny paliatywnej*. Poznań: Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu; 2000: 3, 9, 49, 53–54, 55–58, 86–87, 119–123, 125–126, 130, 147–149, 191–195, 205–207.
5. Pyszkowska J. Możliwości oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanego arkusza oceny bólu. *Psychoonkologia* 1999; 4: 13–27.
6. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994: 15–17, 20–21, 30, 51–52, 67–69.
7. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych*. Gdańsk: Akademia Medyczna; 2000: 23–24, 27–40, 75, 87–91.
8. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M (red.). *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000: 26–30, 36–39, 60–61, 73–78.
9. Watt-Watson J, Donovan M. *Pain Management. Nursing Perspective*. St. Luis: Mosby-Year Book; 1992: 72, 126–158.

Adres I Autora
Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

AKTUALNE PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ
ACTUAL PROBLEMS IN PALLIATIVE CARE

Analiza symptomatologii w okresie terminalnym choroby nowotworowej u dzieci i młodocianych objętych opieką Zespołu Wyjazdowej Opieki Paliatywnej dla Dzieci ASK – Wrocławskiego Hospicjum dla Dzieci

Symptoms of the terminal phase of cancer in children in the Palliative Care Service for Children – Wrocław Hospice for Children

WŁODZIMIERZ GOŁĘBIEWSKI, KRZYSZTOF SZMYD, DOROTA WÓJCIK,
GRZEGORZ DOBACZEWSKI, ZBIGNIEW KILEN, WOJCIECH PIETRAS,
BOŻENA WRÓBLEWSKA-PALKA, ALICJA CHYBICKA

Z Zespołu Wyjazdowej Opieki Paliatywnej dla Dzieci ASK – Wrocławskiego Hospicjum dla Dzieci Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Alicja Chybicka

Streszczenie **Wstęp.** Opieka paliatywna jest całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu, postępujące i prowadzące nieuchronnie do śmierci choroby. Optymalnym sposobem opieki na dziećmi chorymi na nowotwory niepoddające się leczeniu przyczynowemu jest domowa opieka paliatywna realizowana przez wyspecjalizowane zespoły medyczne. **Materiał i metody.** W okresie od 16.03.2003 do 11.04.2004 pod opieką Zespołu Wyjazdowej Opieki Paliatywnej dla Dzieci we Wrocławiu znajdowało się 25 pacjentów. 10 dzieci (6 dziewcząt, 4 chłopców) pozostawało w terminalnym okresie choroby nowotworowej. W pracy przedstawiono objawy patologiczne występujące w ostatnim okresie życia pacjentów z chorobą nowotworową. **Wyniki.** Do podstawowych objawów występujących u pacjentów w okresie agonalnym należał ból występujący ogółem u 70% dzieci. Do często występujących należały objawy patologiczne ze strony przewodu pokarmowego – 90%, zaburzenia neurologiczne – 80% oraz duszność – 70%. **Wnioski.** Bardzo liczne, trudne do opanowania objawy patologiczne towarzyszą terminalnej fazie choroby nowotworowej u dzieci. Ich wystąpienie wynika zarówno z postępu choroby, jak również z prowadzonego leczenia. Pacjenci wymagają w związku z tym bardzo troskliwej, wymagającej dużego nakładu pracy opieki.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, dzieci.

Summary **Introduction.** The palliative care is the active comprehensive care of people whose disease is not responsive to curative treatment. Home-based palliative care provided by Palliative Care Service Teams is necessary in case of children with progressive cancer. **Materials and methods.** In the period from 16.03.2003 to 11.04.2004 the Palliative Care Service for Children-Wrocław Hospice for Children took care of 10 terminally ill children staying at home – 6 girls and 4 boys. Symptoms present in the terminal phase of the disease are presented. **Results.** Basic symptoms found in the terminal phase of cancer included: pain (70%), digestive system disorders (90%), neurological problems (80%), dyspnoea (70%). **Conclusions.** Many severe symptoms are observed in terminally ill children with cancer. They appear due to progress of the disease as well as treatment side-effects. Patients need to be treated extremely carefully.

Key words: palliative care, children.

Wstęp

Opieka paliatywna jest całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu, postępujące i prowadzące nieuchronnie do śmierci choroby. Podstawowe znaczenie w medycynie paliatywnej odgrywa kontrola bólu oraz innych objawów, obniżających jakość życia, łagodzenie problemów psychicznych, duchowych i socjalnych, jak również wspomaganie rodzin w trakcie trwania choroby i w okresie żałoby (Report of a WHO Expert Committee). Kluczowym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin.

Śmierć dziecka jest postrzegana jako szczególnie bolesna i trudna do zaakceptowania dla wszystkich osób, które się z nią zetknęły, zarówno w życiu prywatnym, jak również na płaszczyźnie zawodowej. Ponad połowa umierających dzieci w ostatnim okresie swego życia doznaje bardzo dotkliwych cierpień. Ból, osłabienie, duszność, uporczywy kaszel, jadłowstręt, zaparcia, trudności w oddawaniu moczu czy drgawki to tylko niektóre objawy spotykane w opiece paliatywnej (Duval M, Wood C, 2002).

Zgodnie ze światowymi trendami, stale rośnie odsetek małych pacjentów ze schorzeniami nieuleczalnymi, którzy umierają w warunkach domowych (w latach 1980–1998 w USA wzrost o około 100%) (Feudtner C, Silveira MJ, 2002). Choroby dziecięce, wymagające opieki paliatywnej, występują z częstością 1,14/10000 dzieci/rok (Jones R, Trenholme A, 2002). Każdego roku z powodu schorzeń ograniczających długość życia umiera w Polsce około 1200 dzieci w wieku od 1 do 19 lat (Dangel T, 2002).

Najczęściej występującymi grupami schorzeń, będącymi przyczyną kierowania małych pacjentów do hospicjum, są nowotwory złośliwe (37%) (w grupie osób dorosłych odpowiednio – 92%), choroby degeneracyjne i demielinizacyjne układu nerwowego, wady wrodzone, schorzenia układu krążenia, choroby metaboliczne, liczne schorzenia genetyczne o postępującym charakterze, aberracje chromosomowe czy wreszcie krańcowa niewydolność wielonarządowa (Gaudette LA, Shi F, 2002).

Nowotwory złośliwe stanowią drugą, po urazach i zatruciach, przyczynę zgonów wśród dzieci. Optymalnym sposobem opieki na dziećmi chorymi na nowotwory niepoddające się leczeniu przyczynowemu jest domowa opieka paliatywna realizowana przez wyspecjalizowane zespoły medyczne dysponujące odpowiednim sprzętem.

Celem pracy jest analiza symptomatologii stwierdzanej w terminalnym i agonalnym okresie choroby nowotworowej w oparciu o roczny okres sprawowania opieki przez Zespół Wyja-

zdowej Opieki Paliatywnej dla Dzieci ASK – Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci.

Materiał i metody

W okresie od 16.03.2003 do 11.04.2004 pod opieką zespołu znajdowało się 10 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej – 6 dziewcząt i 4 chłopców w wieku od 4 do 24 lat (mediana 14,2 lat). Wśród 5 pełnoletnich pacjentów, będących pod opieką Hospicjum, 4 rozpoczęło leczenie przeciwnowotworowe przed ukończeniem 18 r.ż. U trzech pacjentów schorzeniem podstawowym był zwojak zarodkowy współczulny, u 2 mięsak Ewinga, w pojedynczych przypadkach: rdzeniak zarodkowy, prymitywny guz neuroektodermalny (PNET), mięsak kościopochodny, *sarcoma synoviale* oraz ostra białaczka limfoblastyczna. Pacjenci znajdowali się pod opieką hospicjum od 1 do 130 dni (mediana 23 dni). W tym czasie zrealizowano od 1–45 wizyt (mediana 12,5) trwających łącznie od 2 do 85,5 godzin (mediana 17).

Wyniki

Do podstawowych objawów występujących u pacjentów w okresie agonalnym należał ból, występujący ogółem u 7 dzieci. Trudny do opanowania ból uogólniony stwierdzano u 3 pacjentów, natomiast bóle kostne, związane z przerzutami nowotworowymi – u 1 dziecka. Bardzo często występowały objawy patologiczne ze strony przewodu pokarmowego (9 dzieci), jak zaburzenia motoryki (zaparcia i biegunki) oraz wymioty i trudności w połykaniu. Ich wystąpienie wiązało się zarówno z postępowaniem choroby podstawowej, jak również z działaniami niepożądanymi stosowanego leczenia. Do innych objawów, pojawiających się w terminalnej fazie choroby, zaliczały się zaburzenia neurologiczne pod postacią zaburzeń świadomości lub symptomów wynikających z ucisku guza nowotworowego na rdzeń kręgowy – zespół ogona końskiego (odpowiednio 8 i 4 pacjentów). U 7 dzieci postęp choroby doprowadził do wystąpienia duszności, w części spowodowanej przez zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych. Szczegółową charakterystykę stwierdzanych objawów przedstawia tabela 1.

Wnioski

U dzieci w terminalnej fazie choroby nowotworowej występują bardzo liczne, trudne do opanowania objawy patologiczne. Ich wystąpienie wynika zarówno z postępu choroby, jak rów-

Tabela 1. Objawy patologiczne występujące w terminalnej fazie choroby nowotworowej u dzieci

Objawy	Częstość występowania
Ból ogółem	70%
Ból zlokalizowany	50%
Ból uogólniony	30%
Ból kostny	10%
Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego	90%
Zaparcia	50%
Wymioty	40%
Trudności w połykaniu	20%
Biegunka	10%
Zaburzenia świadomości	80%
Ograniczenie w poruszaniu	80%
Duszność	70%
Odwroćenie rytmu dobowego	50%
Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych	40%
Zespół ogona końskiego	40%
Zaburzenia krzepnięcia	30%

niez z prowadzonego leczenia (szczególnie dotyczy to działań niepożądanych leków przeciwbólowych). Jedynie wyszkolony i doświadczony zespół oraz bardzo troskliwe podejście i codzienny kontakt z pacjentem i jego rodziną pozwala na skuteczną poprawę jakości życia w terminalnej fazie choroby nowotworowej u dzieci.

Pracownicy Zespołu Wyjazdowej Opieki Paliatywnej dla Dzieci ASK – Wrocławskiego Hospicjum dla Dzieci:

Lekarze: Waldemar Gołębiowski, Grzegorz Dobaczewski, Zbigniew Kilen, Wojciech Pietras, Krzysztof Szmyd, Dorota Wójcik, Bożena Wróblewska-Palka

Pielęgniarki: Anna Grobelna, Emilia Gruza, Iwona Kubicz, Elżbieta Kuśnierz, Grażyna Romańczukiewicz, Irena Senderowska, Barbara Starzyńska

Psycholodzy: Marzena Gwadera, Alicja Strzelecka
Ksiądz: Piotr Frankowski

Piśmiennictwo

1. *Cancer pain relief and palliative care*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 804).
2. Duval M, Wood C. Treatment of non-painful symptoms in terminally ill children. *Arch Pediatr* 2002; 9(11): 1173–1178.
3. Feudtner C, Silveira MJ, Christakis DA. Where do children with complex chronic conditions die? Patterns in Washington State, 1980–1998. *Pediatrics* 2002; 109(4): 656–660.
4. Jones R i wsp. The need for paediatric palliative care in New Zealand. *N Z Med J* 2002 11; 115(1163): U198.
5. Dangel T. Poland: The Status of Pediatric Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 222–224.
6. Gaudette LA i wsp. Developing palliative care surveillance in Canada: results of a pilot study. *J Palliat Care* 2002; 18(4): 262–269.

Adres Autorów:
Klinika Transplantacji Szpiku,
Onkologii i Hematologii Dziecięcej AM
ul. Bujwida 44
50-345 Wrocław

Urazy mechaniczne i termiczne w patogenezie stopy cukrzycowej

Mechanical and thermal injuries in the pathogenesis of diabetic foot

BOŻENA SAPIAN-RACZKOWSKA¹, DANUTA WRONA²

¹ Z Katedry i Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Rajmund Adamiec

² Z Poradni Edukacyjnej przy NovoWeb Cafe

Kierownik: lek. med. Danuta Wrona

Streszczenie W patogenezie zespołu stopy cukrzycowej istotną rolę odgrywają urazy tkanek, zarówno mechaniczne (zranienia, urazy tępe), jak i termiczne (oparzenia), powodujące trudno gojące się owrzodzenia, często ulegające zakażeniu, ogniska martwicy itp. Wiele urazów powstaje w sytuacjach życia codziennego, a przy przestrzeganiu zasad kontroli i pielęgnacji stóp u osób z cukrzycą można byłoby ich uniknąć. Istotne znaczenie w profilaktyce ma edukacja zdrowotna osób chorych na cukrzycę. Przedstawiono 5 przypadków klinicznych.

Słowa kluczowe: stopa cukrzycowa, edukacja medyczna.

Summary Mechanical and thermal damages play an important role in the pathogenesis of diabetic foot. They cause ulcers or local necrosis which are difficult to healing and often undergo secondary bacterial infection. Most of those injuries occur in common situations. Complying with the rules of the control and every-day care of feet, diabetic persons could avoid a lot of them. The medical education of patients is very important for the prophylaxis. Five patients have been described.

Key words: diabetic foot, medical education.

Wprowadzenie

Zespół stopy cukrzycowej jest jednym z poważnych powikłań cukrzycy. W jego przebiegu dochodzi niejednokrotnie do utraty kończyny lub jej części, co wiąże się z różnego stopnia inwalidztwem [1].

Każda ze struktur budujących stopę (skóra i tkanka podskórna, kości, stawy, mięśnie, naczynia krwionośne, włókna nerwowe) może ulec zmianom patologicznym w wyniku powikłań cukrzycy, takich jak: mikroangiopatia, makroangiopatia, neuropatia obwodowa, osteopatia. Efektem powstających w ich przebiegu miejscowego niedokrwienia tkanek oraz zaburzeń czucia głębokiego i powierzchownego są między innymi [2–4]:

1) utrudnienie gojenia uszkodzeń tkanek (niedo-

tlenionych oraz z upośledzoną odpornością miejscową),

- 2) łatwość penetracji drobnoustrojów (bakterii i grzybów) do głębszych tkanek, w tym kostnej,
- 3) artropatia pogłębiająca istniejące zmiany zwyrodnieniowe związane z wiekiem, przeciążeniem itp., powodująca zniekształcenia stawów i zaburzenie statyki stopy,
- 4) częściej niż u osób zdrowych dochodzi do uszkodzeń skóry.

W wyniku dodatkowego uszkodzenia mogą powstać ogniska martwicy, ropnie, ropowice i trudno gojące się owrzodzenia, czyli pełnoobjawowy zespół stopy cukrzycowej [1, 5, 6].

Część poważnych urazów stóp powstaje niestety w sytuacjach życia codziennego, przewidywalnych, a co za tym idzie, dających się uniknąć. Bardzo częstymi uszkodzeniami skóry są:

1. Zranienia obwodowych części palców przy obcinaniu paznokci. Część z nich jest spowodowana obiektywnymi trudnościami, jak: niedowidzenie, zmniejszona sprawność dłoni, ale wiele jest wynikiem używania „niekonwencjonalnych” przyborów, np. nożyc krawieckich, scyzoryka, żyłki itp. [5].
2. Uszkodzenia powstałe przy usuwaniu nadmiernych zrogowaceń ostrym pumeksem czy tarką lub usuwania odcisków i nagniotków nożyczkami lub żrącymi maściami.
3. Otarcia i odgniecenia przez obuwie, zwłaszcza zbyt ciasne, zwiniętą wyściółkę buta lub skarpetkę.
4. Uszkodzenia przez ciała obce, które znalazły się w obuwiu, a z powodu zniesienia czucia nie zostały rozpoznane. Najczęściej są to kamyki, gwoździe z samych butów, ale mogą być to bardzo różne przedmioty, praktycznie każdy, który może zmieścić się w bucie wraz ze stopą.
5. Oparzenia zbyt gorącą wodą lub poduszką elektryczną (ewentualnie innym przedmiotem mającym np. rozgrzać zziębnięte stopy).

Pomimo że część z tych sytuacji wydaje się wyraźnie nieprawidłowa, zdarzenia takie wciąż mają miejsce.

Istotne jest dobranie odpowiedniego obuwia, co przy znacznie zmniejszonej stopie bywa trudne. Podstawową rolę w zapobieganiu opisanym uszkodzeniom odgrywa edukacja zdrowotna. Konieczne jest informowanie chorych o niebezpieczeństwie, upowszechnianie zasad pielęgnacji stóp. Zdarza się, że sami chorzy bagatelizują problem, część informacji ginie w natłoku innych. Dlatego przy każdej okazji warto przypominać chorym o konieczności sprawdzania obuwia przed założeniem, oglądania stóp w poszukiwaniu uszkodzeń i konieczności zgłaszania się do lekarza lub pielęgniarki w razie wątpliwości dalszego postępowania. Korzystne jest, jeśli edukacja dotyczy także rodziny chorego, ponieważ zrozumienie jego potrzeb przez najbliższych daje możliwość uzyskania wsparcia w swoim otoczeniu [7–9].

Jako ilustracja może służyć kilka osób spośród pacjentów hospitalizowanych w Klinice Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii we Wrocławiu.

Opis przypadków

1. Pacjent J.J., lat 54, cukrzyca typu 2 od 21 lat. Obecnie stosowane jest leczenie skojarzone: insulina i metformina. U chorego rozpoznano również: nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, nefropatię cukrzycową wyrażającą się białkomoczem. Chory odpoczy-

wając w ogrodzie na leżaku, nie zauważył, że jego stopy, znajdują się na słońcu. Doznał oparzenia słonecznego grzbietu prawej stopy. W miejscu zaczerwienienia w ciągu kilku godzin powstał pęcherz, który został przecięty przez chorego. Na skutek wtórnego zakażenia pałeczką ropy błękitnej powstała martwica tkanek z odsłonięciem ścięgien i obfitą wydzieliną ropną. Chory leczony szpitalnie antybiotykami według antybiogramu, lekami naczynioaktywnymi i antyagregacyjnymi. Rana była opracowana chirurgicznie. Wypisany w stanie poprawy, zgłasza się do kontroli w Poradni Angiologicznej. Po pół roku leczenia nadal utrzymuje się rozległe owrzodzenie grzbietu stopy.

2. Pacjentka R.N., lat 58, cukrzyca typu 1 od 14 r.ż. Rozpoznane powikłania: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze. Nie zgłaszała dolegliwości ze strony kończyn dolnych. Zimą w chłodnym pomieszczeniu ogrzewanym piecem węglowym ogrzewała stopy w wełnianych skarpetach tuż przy tym piecu, opierając je o metalową płytę. Po zdjęciu skarpet okazało się, że podeszwy obu stóp są oparzone z utworzeniem olbrzymich pęcherzy i powierzchowną martwicą tkanek pod nimi (oparzenie 3 stopnia obejmujące całe podeszwy). Uszkodzenia były całkowicie bezbolesne. Po kilkutygodniowym leczeniu szpitalnym, w tym antybiotykoterapii, zmiany wygoiły się całkowicie (!).
3. Pacjent W.S., lat 75, cukrzyca typu 2 od 15 lat, obecnie leczony insuliną. Rozpoznane powikłania: nadciśnienie tętnicze, retinopatia proliferacyjna, nefropatia bez niewydolności nerek, zespół psychoorganiczny. W klinice leczony kilkakrotnie z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych o typie udowo-podkolanowym. Podczas odpoczynku opierał bosą stopę o kaloryfer. Doznał oparzenia 3 stopnia podeszwy przodostopia i palucha na powierzchni około 10 cm². Obecnie zmiana jest w trakcie leczenia.
4. Pacjent J.I., lat 56, cukrzyca typu 2 od 10 lat. Leczony obecnie insuliną. Rozpoznane powikłania: nadciśnienie tętnicze, nefropatia cukrzycowa, choroba niedokrwienna serca z przebyłym zawałem mięśnia serca. W czasie spaceru boso po piaszczystej plaży doznał drobnego skaleczenia podeszwy stopy: rany ciętej długości około 0,5 cm. Uszkodzenie zauważył dopiero wieczorem podczas toalety. Leczony opatrunkami z wody utlenionej, następnie otrzymywał antybiotyk doustnie. Do kliniki przyjęty został po 2 miesiącach z rozległą ropowicą stopy. Leczony intensywnie antybiotykami dożylnie (według posiewu z antybiogramem). Stopa była nacięta i sączkowana

z ewakuacją dużej ilości ropy, bez wyraźnej poprawy. Przeprowadzona podczas dwóch pobytów diagnostyka, oprócz polineuropatii cukrzycowej, wykazała niedokrwienie kończyn dolnych o typie obwodowym. Konsultujący chirurg ocenił, że szanse na wygojenie rany są znikome. Chory nie wyraził zgody na amputację stopy.

5. Pacjent M.G., lat 72, emerytowany górnik, leczony w przeszłości z powodu pylicy płuc. Cukrzycę rozpoznano przed 3 laty, od roku leczony insuliną, nie przestrzega diety. Do kliniki został przyjęty z głębokim owrzodzeniem przodostopia lewego z objawami rozpoczynającej się ropowicy stopy. Nie potrafił ustalić, kiedy powstało uszkodzenie skóry: otarcie przez zwijającą się skarpetę. Ukrwienie kończyn dolnych w zakresie dużych tętnic było prawidłowe, rozpoznano natomiast nefropatię i polineuropatię. W posiewie z rany: *Enterococcus faecalis*. Rentgenogram stóp uwidocz-

nił osteolizę IV i V kości śródstopia. W znieczuleniu ogólnym została wykonana klinowa resekcja stopy: przed i po zabiegu stosowana była antybiotykoterapia według antybiogramu. Rana wygoiła się całkowicie po 3 miesiącach.

Podsumowanie

W wielu przypadkach, jak te przedstawione powyżej, równie ważne, jak leczenie farmakologiczne, jest skuteczne zapobieganie urazom, które zapoczątkowały rozwój zmian martwiczych. Jest to zadanie m.in. dla ośrodków i osób zajmujących się edukacją chorych na cukrzycę. Poprzez szkolenia, dostarczanie materiałów informacyjnych, przypomnienie o zasadach i konieczności pielęgnacji stóp itp. mogą dotrzeć do pacjentów skuteczniej niż lekarz, a niekiedy są przez pacjentów bardziej akceptowane [10].

Piśmiennictwo

1. Tatoń J. *Zespół stopy cukrzycowej*. [w:] *Powikłania cukrzycy*. Red. Tatoń J. Warszawa: PZWL; 1995: 255–294.
2. Beckman JA i wsp. Cukrzyca a miażdżycy. Epidemiologia, patofizjologia i leczenie. *JAMA* 2002; 4: 769–782.
3. Koblak T. Diagnostyka i leczenie zespołu stopy cukrzycowej. *Terapia* 2002; 10: 46–50.
4. Jasik M i wsp. Analiza wybranych czynników etiologicznych, występowania późnych powikłań cukrzycy i stosowanej farmakoterapii w zespole stopy cukrzycowej. *Diabet Doświad Klin* 2002; 2: 187.
5. Young MJ, Boulton AJM. *Stopa cukrzycowa*. [w:] *Cukrzyca u osób w wieku podeszłym*. Red. Finucane P, Sinclair A. Gdańsk: Via Medica; 1997: 137–180.
6. Shea KW. Antybiotykoterapia w zakażeniach stopy cukrzycowej. *Medycyna po Dyplomie* 2000; 9: 52–59.
7. Abramczyk A, Prusek W. *Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne wśród pacjentów z cukrzycą*. [w:] *Cukrzyca – społeczny problem XXI wieku*. Red. Abramczyk A, Prusek W, Panaszek B. Wrocław: Akademia Medyczna; 2003: 183–192.
8. Kuchtyń K i wsp. *Problemy zdrowotne i psychospołeczne chorych z zespołem stopy cukrzycowej*. [w:] *Cukrzyca – społeczny problem XXI wieku*. Red. Abramczyk A, Prusek W, Panaszek B. Wrocław: Akademia Medyczna; 2003: 119–126.
9. Sapien-Raczkowska B. *Stopa cukrzycowa – problem nie tylko medyczny*. [w:] *Cukrzyca – społeczny problem XXI wieku*. Red. Abramczyk A, Prusek W, Panaszek B. Wrocław: Akademia Medyczna; 2003: 367–374.
10. Abramczyk A, Łopatyński J. *Zapotrzebowanie na edukację zdrowotną wśród chorych na cukrzycę*. [w:] *Cukrzyca – problem społeczny*. Red. Abramczyk A, Łopatyński J, Prusek W. Wrocław: Akademia Medyczna; 2002: 127–135.

Adres I Autorki:

Katedra i Klinika Angiologii,
Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AM
ul. Poniatowskiego 2
50-326 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYBRANE ASPEKTY OPIEKI DIABETOLOGICZNEJ
SELECTED ASPECTS OF DIABETIC CARE

Zasady przygotowania chorej na cukrzycę do ciąży – rola lekarza rodzinnego

Principles of preparing a patient with diabetes for pregnancy
– the role of a family doctor

ANDRZEJ WILCZYŃSKI¹, MICHAŁ PORWOLIK², JOANNA KRZEMIENIEWSKA¹,
MARIAN GRYBOŚ¹

¹ Z Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Marian Gryboś

² Z Zakładu Anatomii Prawidłowej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Alicja Kędzia

Streszczenie Model opieki nad kobietą chorą na cukrzycę w okresie planowania ciąży i w I trymestrze powinien mieć charakter interaktywny, składający się z czterech założeń: 1. edukacji chorej w zakresie cukrzycy, przebiegu ciąży i planowania rodziny, 2. samokontroli cukrzycy, 3. opieki medycznej i dodatkowych badań laboratoryjnych i klinicznych, 4. poradnictwa w zakresie zdrowia psychicznego w celu zredukowania stresu. Edukacja opiera się na przeprowadzeniu szkolenia z zakresu diabetologii, diety, przebiegu ciąży, zarówno u pacjentki, jak i jej opiekunów. Szkolenie powinno być prowadzone przez dietetyków, psychologa i położne pod nadzorem lekarza. Korzystny w szkoleniu jest udział najbliższych członków rodziny pacjentki. Wykładnikiem dobrego wyrównania cukrzycy są prawidłowe wartości hemoglobiny glikowanej HbA_{1c}, jak najniższe przy jednoczesnej nieobecności epizodów hipoglikemii. Prawidłowe wyniki uzyskuje się przez samokontrolę pacjenta, która opiera się na następujących elementach: 1. planowaniu posiłków, 2. samokontroli glikemii, 3. samodzielnym podawaniu insuliny i doboru dawek, 4. zapobieganiu i wyprowadzaniu ze stanów hipoglikemii samodzielnym przez pacjenta i członków rodziny; 5. prawidłowym obciążeniu wysiłkiem fizycznym, 6. eliminacji stresu poprzez odpowiedni trening oraz eliminację zjawiska negacji. Elementy wywiadu, na które należy zwrócić uwagę: 1. typ cukrzycy i czas trwania choroby, 2. powikłania ostre cukrzycy obejmujące infekcje, incydenty hipoglikemii i kwasicy ketonowej, 3. powikłania przewlekłe cukrzycy pod postacią neuropatii, retinopatii, nadciśnienia tętniczego, neuropatii autonomicznej i obwodowej oraz miażdżycy naczyniowej, 4. dotychczasowy sposób leczenia cukrzycy (insulino-terapia, doustne leki hipoglikemizujące, dieta, aktywność ruchowa, wyniki glikemii), 5. towarzyszące inne choroby, szczególnie endokrynne, np. tarczycy w cukrzycy typu 1, 5. wywiad położniczo-ginekologiczny (miesiączki, antykoncepcja, przebyte ciążę), 6. wywiad środowiskowy (wsparcie ze strony rodziny, warunki w pracy). Zarówno cukrzyca ma wpływ na przebieg ciąży, jak i odwrotnie – ciąża może wpływać na istniejące powikłania cukrzycy, tj. nefropatię, retinopatię, neuropatię autonomiczną (np. gastroparę), chorobę wieńcową. W związku z tym szczególną uwagę zwracamy na takie badania, jak: 1. pomiar ciśnienia tętniczego wraz z testami ortostatycznymi, 2. badanie siatkówki dna oka, 3. badanie kardiologiczne w kierunku choroby wieńcowej w celu określenia wydolności mięśnia sercowego, 4. badanie neurologiczne oceniające występowanie ewentualnych objawów neuropatii autonomicznej. Częstość wizyt powinna być co 1–2 miesiące w zależności od stopnia opanowania przez pacjentkę wiedzy potrzebnej do samokontroli glikemii oraz umiejętnego postępowania w przypadku wystąpienia powikłań cukrzycy. Przez cały okres wyrównywania cukrzycy stosuje się antykoncepcję. Jeżeli uzyskano optymalne wyrównanie cukrzycy (mała wartość hemoglobiny glikowanej i prawidłowe profile glikemii dobowej), odstępujemy od stosowania antykoncepcji.

Słowa kluczowe: cukrzyca przedciążowa, ciąża, lekarz rodzinny, planowanie ciąży.

Summary The model of care of a patient with diabetes at the time of planning pregnancy and in the 1st semester should have an interactive nature and should consist of four assumptions: 1. providing the patient with education on diabetes, course of pregnancy and family planning, 2. self-control of diabetes, 3. medical treatment and additional laboratory and clinical examinations, 4. advisory on psychiatric condition in order to reduce stress. The education is mainly based on providing training in diabetology, diet, a course of pregnancy of the patients and

their carers. The training should be run by dietetics specialists, a psychologist and midwives and with a doctor's supervision. Participation of a patient's close family members is a great benefit. The index of a good diabetes balance is correct values of HbA_{1c} haemoglobin, possibly the lowest with absence of hypoglycaemia episodes. Correct results are obtained by the patient's self-control, which is based on the following elements: 1. meals planning, 2. self-control of glycaemia, 3. unaided insulin application and selection of doses, 4. prevention and support of the patient through his hypoglycaemia condition by the patient and his family members, 5. correct application of physical exercises, 6. stress elimination by correct training and elimination of negative phenomena. Interview elements to be focused on: 1. type of diabetes and illness duration, 2. serious diabetes complications including infection, hypoglycaemia incidents and ketone acidosis, 3. protracted diabetes complications in the form of neuropathy, retinopathy, arterial hypertension, autonomic and peripheral neuropathy and vessel atherosclerosis, 4. the existing method of diabetes treatment (insulin therapy, oral diabetes medicine, diet, physical activity, glycaemia results), 5. other concomitant illnesses, endocranial in particular, e.g. thyroid in the first diabetes type, 6. gynaecological-and-obstetric interview (menstruations, contraceptives, previous pregnancies). Environmental interview (family support, conditions at work). Diabetes has influence on the course of pregnancy and pregnancy can have influence on the existing diabetes complications, i.e. autonomic nephropathy (e.g. gastroparesis), ligament disease. Therefore, special attention should be paid to the following examinations: 1. arterial pressure measurement together with orthostatic tests, 2. examining the retina of the eyeground, 3. cardiology examination towards al. ligament disease in order to define heart muscle efficiency, 4. neurological examination defining presence of possible symptoms of autonomic neuropathy. The frequency of visits should be once a month or every two months depending on the degree of a patient's knowledge needed for self-control of glycaemia and the competent conduct in the case of appearance of diabetes complications. Contraceptives are used throughout the whole period of diabetes balancing. In cases where optimal diabetes balancing is achieved (a low value of glycol haemoglobin and correct profiles of twenty – four hour's glycaemia) use of contraceptives is withdrawn.

Key words: pregestational diabetes mellitus (PGDM), pregnancy, family doctor, planning pregnancy.

Każda ze znanych postaci cukrzycy może występować podczas ciąży i komplikować jej przebieg, stanowiąc zagrożenie dla płodu i noworodka, a czasami także dla samej ciężarnej czy rodzącej.

Cukrzycę pod względem położniczym dzielimy na dwie grupy, tj. cukrzycę występującą przed ciążą – cukrzycę przedciążową (zazwyczaj 1 typ lub rzadziej 2 typ cukrzycy) oraz cukrzycę ciężarnych lub ciążową, charakteryzującą się tym, że pojawia się po raz pierwszy w ciąży (zostaje rozpoznana) [1].

Cukrzyca przedciążowa występuje od 1 na 500 do 1 na 400 ciąż. Występowanie jej decyduje o tym, że ciążę zaliczamy do grupy podwyższonego ryzyka. Kobiety w okresie rozrodczym planujące ciążę powinny być specjalnie przygotowane celem uniknięcia zdarzeń niepożądanych [2].

Obecnie na pierwszym miejscu wymienia się profilaktykę wrodzonych wad rozwojowych. Ciężkie wrodzone wady rozwojowe stanowią główną przyczynę zgonów i zachorowań dzieci matek chorych na cukrzycę typu 1 i 2. Podwyższona glikemia i jej znaczne wahania w okresie koncepcji oraz w I trymestrze (okres embriogenezy) ciąży stanowią o podwyższonym odsetku samoistnych poronień i częstszym występowaniu wad rozwojowych [3, 5].

W naszej populacji niestety tylko 8–10% kobiet z cukrzycą planuje ciążę [2]. Wynikiem tego jest niewystarczające wyrównanie cukrzycy w okresie koncepcji i wczesnej ciąży. Aby zapobiec temu niepożądanemu zjawisku, należy poinformować kobiety o ryzyku występowania wad wrodzonych w związku ze złym wyrównaniem

metabolicznym i niezaplanowaniem ciąży oraz możliwościami antykoncepcyjnymi. Wszystkie metody antykoncepcji mogą być stosowane u kobiet chorych na cukrzycę, jeżeli nie istnieją inne przeciwwskazania do danej metody, takie same jak dla innych kobiet nie chorujących na cukrzycę [4]. Metodę powinien ustalić lekarz.

Opiekę nad kobietą chorą na 1 lub 2 typ cukrzycy rozpoczyna się przed ciążą, która powinna być zaplanowana [2]. Zapobiega to samoistnym poronieniom oraz występowaniu wrodzonych wad u dzieci. Każda pacjentka powinna być pod opieką diabetologa lub internisty czy lekarza rodzinnego znającego dokładnie problemy diabetologiczne. Pod względem ginekologicznym i położniczym pacjentki są prowadzone przez położnika znającego zagadnienia ciąży wysokiego ryzyka.

Edukację diabetologiczno-położniczą prowadzi zespół złożony z pielęgniarek, położnych, dietetyków oraz lekarzy, a także samych pacjentów. Kluczową rolę spełnia sama pacjentka, która musi posiadać odpowiednią wiedzę dotyczącą samokontroli cukrzycy oraz profilaktyki wczesnych i odległych powikłań tej choroby.

Model opieki nad kobietą chorą na cukrzycę w okresie planowania ciąży i w I trymestrze powinien mieć charakter interaktywny składający się z czterech założeń [6, 7]:

1. edukacji chorej w zakresie cukrzycy, przebiegu ciąży i planowania rodziny,
2. samokontroli cukrzycy,
3. opieki medycznej i dodatkowych badań laboratoryjnych i klinicznych,

4. poradnictwa w zakresie zdrowia psychicznego w celu zredukowania stresu.

Wykładnikiem prawidłowego wyrównania cukrzycy w tym okresie są prawidłowe wartości hemoglobiny glikowanej HbA_{1c}, jak najniższe przy jednoczesnej nieobecności epizodów hipoglikemii. Prawidłowe wyniki uzyskuje się przez samokontrolę pacjenta, która opiera się na następujących elementach:

1. planowaniu posiłków,
2. samokontroli glikemii,
3. samodzielnym podawaniu insuliny i doboru dawek,
4. zapobieganiu i wyprowadzaniu ze stanów hipoglikemii samodzielnym przez pacjenta i członków rodziny,
5. prawidłowym obciążeniu wysiłkiem fizycznym,
6. eliminacji stresu poprzez odpowiedni trening oraz eliminację zjawiska negacji.

Okres planowania ciąży u pacjentki z cukrzycą

Elementy wywiadu, na które należy zwrócić uwagę:

1. typ cukrzycy i czas trwania choroby,
2. powikłania ostre cukrzycy obejmujące infekcje, incydenty hipoglikemii i kwasicy ketonowej,
3. powikłania przewlekłe cukrzycy pod postacią neuropatii, retinopatii, nadciśnienia tętniczego, neuropatii autonomicznej i obwodowej oraz miażdżycy naczyniowej,
4. dotychczasowy sposób leczenia cukrzycy (insulinoterapia, doustne leki hipoglikemizujące, dieta, aktywność ruchowa, wyniki glikemii),
5. towarzyszące inne choroby, szczególnie endokrynne np. tarczycy w cukrzycy typu 1,
6. wywiad położniczo-ginekologiczny (menstruacje, antykoncepcja, przebyte ciąże),
7. wywiad środowiskowy (wsparcie ze strony rodziny, warunki w pracy).

Edukacja

Polega na przeprowadzeniu szkolenia z zakresu diabetologii, diety, przebiegu ciąży, zarówno u pacjentki, jak i jej opiekunów. Szkolenie powinno być prowadzone przez dietetyków, psychologa i położne pod nadzorem lekarza. Korzystny w szkoleniu jest udział najbliższych członków rodziny pacjentki.

Badanie fizykalne pacjentki

Zarówno cukrzyca ma wpływ na przebieg ciąży, jak i odwrotnie – ciąża może wpływać na ist-

niejące powikłania cukrzycy, tj. nefropatię, retinopatię, neuropatię autonomiczną (np. gastroparezę), chorobę wieńcową [8, 9]. W związku z tym szczególnie uwagę zwracamy na takie badania, jak:

1. pomiar ciśnienia tętniczego wraz z testami ortostatycznymi,
2. badanie siatkówki dna oka,
3. badanie kardiologiczne w kierunku choroby wieńcowej w celu określenia wydolności mięśnia sercowego podczas ciąży i porodu,
4. badanie neurologiczne oceniające występowanie ewentualnych objawów neuropatii autonomicznej.

Badanie laboratoryjne

Należy prowadzić badania potwierdzające stopień wyrównania cukrzycy oraz badania ujawniające powikłania cukrzycowe wpływające negatywnie na przebieg ciąży, i odwrotnie wykazywać pogłębianie się powikłań cukrzycowych pod wpływem ciąży.

Do pierwszej grupy zaliczamy badanie stężenia hemoglobiny glikowanej HbA_{1c}. Badanie to pozwala na retrospektywną ocenę wyrównania cukrzycy w okresie do 3 miesięcy wstecz.

Podstawowym badaniem jest samodzielne monitorowanie glikemii dobowej przez pacjentkę za pomocą indywidualnych glukometrów z krwi włosniczkowej.

Przyjmuje się następujące normy w okresie planowania ciąży: na czczo – 70–105 mg%, 1 godzina po posiłku – < 140 mg%. Do drugiej grupy zaliczamy badanie stężenia kreatyniny w surowicy, wydalanie białka i/lub albumin z moczem. Ryzyko wystąpienia nadciśnienia w przebiegu ciąży jest podwyższone u pacjentek, u których mikroalbuminuria jest > 190 mg/24 h, natomiast, gdy białkomocz jest > 400 mg/24 h należy spodziewać się hipotrofii u płodu.

W 5–10% przypadków cukrzycy przedciążowej występuje nadczynność lub niedoczynność tarczycy. Aby to stwierdzić należy oznaczyć poziom hormonu tyreotropowego w surowicy TSH. Pozostałe badania laboratoryjne wykonuje się w zależności od przeprowadzonego wywiadu oraz badania fizykalnego.

Zasady postępowania z pacjentką chorą na cukrzycę planującą ciążę

Rozmowa z pacjentką informująca o ryzyku i zapobieganiu wrodzonych wad u potomstwa, występowaniu powikłań u płodu i noworodka związanych z cukrzycą.

Wpływu cukrzycy na przebieg ciąży (nadciśnienie, hipertrofia czy hipotrofia płodu) i odwrot-

nie ciąży na cukrzycę, tj. wyrównanie glikemii związane ze zmiennym zapotrzebowaniem na insulinę oraz powikłania, jeżeli takie istnieją, tj. retinopatię, nefropatię, kardiomiopatię, neuropatię autonomiczną i obwodową.

W okresie planowania ciąży dobór odpowiedniej antykoncepcji w przypadku niedostatecznego wyrównania cukrzycy jako profilaktykę wrodzonych wad u dziecka.

Ciągła opieka przedciążowa

Częstość wizyt powinna być, co 1–2 miesięcy w zależności od stopnia opanowania przez pacjentkę wiedzy potrzebnej do samokontroli glikemii oraz umiejętnego postępowania w przypadku wystąpienia powikłań cukrzycy.

Pacjentka powinna uzyskać najniższą możliwą wartość hemoglobiny glikowanej. Wtedy określa się ryzyko wystąpienia ewentualnych wad wrodzonych czy samoistnego poronienia. Przez cały okres wyrównywania cukrzycy stosuje się antykoncepcję. Jeżeli uzyskano optymalne wyrównanie cukrzycy (niska wartość hemoglobiny glikowanej i prawidłowe profile glikemii dobowej), odstępujemy od stosowania antykoncepcji. W przypadku, gdy w ciągu roku nie dochodzi do zapłodnienia, ocenić należy płodność kobiety i ewentualnie partnera [8].

Na co należy zwrócić szczególną uwagę:

- 1. Hipoglikemia ostra – niedocukrzenie ostre.** Jest stanem częściej spotykanym w przypadkach, gdy pacjentka stara się prowadzić intensywną insulinoterapię, chcąc szybko osiągnąć wyniki świadczące o dobrym wyrównaniu cukrzycy. Przyczynić się do tego powikłania mogą następujące czynniki: brak świadomości hipoglikemii, upośledzone mechanizmy regulacyjne, przedawkowanie insuliny, nadmierne spożycie alkoholu. W okresie planowania ciąży występowanie ostrej hipoglikemii nie jest niebezpieczne dla przyszłego zarodka. Nie udowodniono także ewidentnej szkodliwości ostrej hipoglikemii we wczesnym okresie ciąży na rozwój ludzkiego jaja płodowego. Prace doświadczalne na zwierzętach wykazały szkodliwość jedynie długotrwałej hipoglikemii na wczesne stadia rozwojowe ich zarodków. W związku z tym ostra hipoglikemia jest jedynie niebezpieczna dla kobiety. Aby uniknąć tych stanów, konieczny jest częsty kontakt z chorą w celu modyfikacji programu leczenia oraz udział członków rodziny pacjentki zarówno w procesie edukacji, jak i leczenia.
- 2. Nadciśnienie tętnicze.** Jest najczęstszym powikłaniem w ciąży u kobiety chorej na cukrzycę. W cukrzycy typu 1 etiologia nadciśnienia jest związana z upośledzoną funkcją

nerek w przebiegu cukrzycy. Występuje ono z reguły, gdy obserwujemy albuminurię ponad 190 mg/dobę już przed ciążą lub we wczesnym jej okresie. W cukrzycy typu 2 etiologia nadciśnienia jest związana ze zjawiskiem insulinooporności. Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku nadciśnienie wpływa niekorzystnie na rozwój zmian naczyniowych o charakterze miażdżycowym w organizmie kobiety, nefropatię cukrzycową i retinopatię. Ma niekorzystny wpływ na funkcje łożyska w ciąży, prowadząc do niedożywienia płodu, a nawet do jego niedotlenienia. U kobiet planujących ciążę należy wycofać z leczenia inhibitory ACE, leki moczopędne β -sympatykolytyki.

- 3. Zmiany w obrębie siatkówki dna oka (retinopatia).** Aby zapobiec nasileniu zmian zwyrodnieniowych w obrębie siatkówki dna oka, w przebiegu ciąży należy już w okresie planowania ciąży dążyć do maksymalnego wyrównania metabolicznego oraz przeprowadzić badanie okulistyczne dna oka wraz z ewentualną fotokoagulacją laserową. Laseroterapia ma zapobiec ewentualnemu rozwijaniu się zmian proliferacyjnych w obrębie naczyń siatkówki w przebiegu ciąży. W związku z powyższym u wszystkich kobiet planujących ciążę chorych na cukrzycę, ciężarnych i także u położnic po porodzie wielokrotnie przeprowadzamy badanie okulistyczne.
- 4. Badanie funkcji nerek (nefropatia).** Przed ciążą oceniamy poziom mikroalbuminurii, poziom kreatyniny w surowicy oraz klirens kreatyniny. Wprowadzono wskaźnik oceniający funkcję nerek – albumina/kreatynina w moczu. Ma on znaczenie rokownicze odnośnie do funkcji nerek w ciąży, nadciśnienia i ewentualnej hipotrofii płodu. U kobiet, u których stężenie kreatyniny wzrasta w surowicy powyżej 3 mg% albo klirens kreatyniny jest niższy poniżej 50 ml/min, należy w ponad 40% przypadków spodziewać się pogorszenia wydolności nerek w przebiegu ciąży. W przypadku wzrostu mikroalbuminurii powyżej 190 mg/dobę wzrasta trzykrotnie ryzyko nadciśnienia w ciąży.
- 5. Kardiomiopatia, makroangiopatia i mikroangiopatia.** Zmiany sercowo-naczyniowe w przebiegu cukrzycy stanowią poważną komplikację i stanowią mogą śmiertelne zagrożenie w ciąży, jakkolwiek znane są przypadki pomyślnego jej zakończenia, szczególnie po zabiegach rewaskularyzacyjnych [9].
- 6. Neuropatia autonomiczna i obwodowa.** Zaburzając funkcję pęcherza moczowego, przewodu pokarmowego (gastropareza), odczuwania stanów hipoglikemii, niedociśnienia ortostatycznego, o wiele trudniej jest prowadzić

ciążę. Natomiast nierzadko stwierdza się w przebiegu ciąży zaostrzenia objawów neuropatii obwodowej.

Artykuł oparto na zaleceniach Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego i własnych

doświadczeniach wypracowanych w ramach współpracy z Bankiem Środków do Leczenia Cukrzycy u Ciężarnych przy Ministerstwie Zdrowia w latach 1987–2001.

Piśmiennictwo

1. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2003; 26: 3160–3167.
2. Wilczyński A. *Cukrzyca u kobiet w ciąży – patomechanizm i implikacje położnicze*. [w:] *Materiały Jubileuszowego Sympozjum 50-lecia I Katedry i Kliniki Położnictwa i I Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej we Wrocławiu 1946–1996*. Red. Wilczyński A. Wrocław: Akademia Medyczna; 1996: 145–150.
3. Kitzmiller JL, Buchanan TA, Kjos S, Combs CA, Ratner R. Preconception care of diabetes, congenital malformations, and spontaneous abortions (Technical Review). *Diabetes Care* 1996; 19: 514–541.
4. Wilczyński A, Wilczyńska M. Antykoncepcja u kobiet chorych na cukrzycę. The anticonceptive methods in diabetic women. *Diab Pol Supl. 1*, 1997: 70–71.
5. Preconception care of diabetes, congenital malformations, and spontaneous abortions (Technical Review). *Diabetes Care* 1996; 514–541.
6. Preconception care of women with diabetes. ADA. *Diabetes Care* 2003; 26: 91–93.
7. Standards of Medical Care in Diabetes. ADA. *Diabetes Care* 2004; Suppl. 1: S15–S35.
8. Wilczyński A, Wilczyńska M. Możliwości rozrodcze u kobiet chorych na cukrzycę. Reproductive possibilities in diabetic women. *Diab Pol*. 1997; Supl. 1: 72–73.
9. American Diabetes Association: Consensus development conference on the diagnosis of coronary heart disease in people with diabetes (Consensus Statement). *Diabetes Care* 1998; 21: 51–55.

Adres I Autora:

I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. Chałubińskiego 3
50-369 Wrocław

Cukrzyca u matki zagrożeniem dla płodu i noworodka

Mother's diabetes endangering the foetus and the newborn

DOROTA SUCHAŃSKA¹, IWONNA ANNA KAZIMIERCZAK², ZDZISŁAWA KNIHINICKA-MERCIK², LILIANNA BARAN¹, KRZYSZTOF KAZIMIERCZAK³, MARIAN GRYBOŚ¹

¹ Z Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. med. Marian Gryboś, prof. nadzw. AM

² Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego
Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

³ Z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Marian Klinger

Streszczenie W pracy przedstawiono wpływ cukrzycy typu 1 u kobiety ciężarnej na stan zdrowia płodu i noworodka. Badaniem objęto grupę 48 noworodków matek chorych na cukrzycę klas od B do R. Oceniano stan dzieci po porodzie według skali Apgar, częstość występowania zakażeń, wad wrodzonych i niewydolności oddechowej. Stwierdzono, że tylko dwoje dzieci (4,2%) urodziło się w ciężkiej zamartwicy, a przeważająca większość (62,5%) w stanie dobrym. Najczęstszym powikłaniem w okresie okołoporodowym była infekcja wrodzona (43,7%), a u jedenaściorga dzieci (22,9%) stwierdzono obecność wad wrodzonych. Ciężka niewydolność oddechowa wystąpiła u pięciorga (10,4%) noworodków i była przyczyną zastosowania oddechu wspomaganego.

Słowa kluczowe: noworodek matki cukrzycowej, ciąża powikłana cukrzycą.

Summary In the present paper we focus on the influence of type 1 diabetes in pregnant women on the health condition of the foetus and the newborn. The examination comprised a group of 48 neonates delivered by mothers with diabetes classes from B to R. The following parameters were assessed: the neonates' condition according to Apgar score, the frequency of infections, congenital defects and respiratory insufficiency. It was established that only two neonates (4.2%) were born in serious asphyxia, while the vast majority (62.5%) were delivered in good condition. The most frequently occurring perinatal complication was congenital infection (43.7%), and in eleven neonates (22.9%) congenital defectiveness was discovered. Serious respiratory insufficiency occurred in five neonates (10.4%) and required assisted breathing.

Key words: newborn of diabetic mother, diabetic pregnancy.

Wstęp

Zaburzenia metaboliczne związane z nietolerancją glukozy i hiperglikemią wywierają ogromny wpływ zarówno na zdrowie i życie kobiety planującej potomstwo, jak i na rozwój płodu i noworodka (Jędrzejewska E, 2003). Mimo że następuje stały postęp w dziedzinie diabetologii, położnictwa i neonatologii ograniczenie ryzyka powikłań dla matki i dziecka stanowi nadal trudny problem medyczny (Vaarasmaki MS, Hartikainen A, 2000).

W okresie ciąży występują dwa typy cukrzycy. Pierwszy to cukrzyca typu 1, która istnieje je-

szcze przed ciążą (PGDM), trwająca niejednokrotnie wiele lat. Dotyczy ona około 0,5% ciężarnych. Znacznie częściej w czasie ciąży występuje tzw. cukrzyca ciężarnych (GDM), którą stwierdza się u około 2–6% kobiet (Szczapa J, 2000). Są to zaburzenia gospodarki węglowodanowej o różnym nasileniu, do których dochodzi w czasie trwania ciąży.

Kluczem do uzyskania dobrego stanu płodu i noworodka jest właściwa opieka nad ciężarną, u której stwierdza się cukrzycę. Wysiłki zmierzające do utrzymania normoglikemii w ciąży doprowadziły do zmniejszenia częstości obu-

marć wewnątrzmacicznych płodu, obniżyły śmiertelność okołoporodową oraz częstość powikłań u noworodków (Suchańska D, 1996). Hiperglikemia stanowi największe zagrożenie dla płodu. Dlatego też każda ciąża kobiety chorej na cukrzycę powinna być ciążą planowaną (Czech A, Tatoń J 2002; Gangoli S, Tod J, 2002). Do zapłodnienia powinno dojść w okresie maksymalnego wyrównania metabolicznego (Gangoli S, Tod J, Leonce J, 2002; Garcia-Paterson A, Cubero J, 2002). Stan kliniczny noworodka matki chorej na cukrzycę zależy od klasy cukrzycy, stopnia wyrównania gospodarki węglowodanowej oraz powikłań ciąży innych niż cukrzyca (Szczapa J, 2000; Suchańska D, 1996). Powyższe parametry uwzględnia stosowana obecnie zmodyfikowana klasyfikacja cukrzycy według Priscilli White.

Noworodki z ciąży powikłanej cukrzycą wykazują w chwili urodzenia wiele zaburzeń stwarzających zagrożenie dla ich życia i dalszego rozwoju (Szczapa J, 2000; Biczysko R, 1997; Conway DL, Langer O, 1998; Mironiuk M, 1998), z których najgroźniejsze to między innymi: niedotlenienie okołoporodowe, ciężkie wady wrodzone, zaburzenia w oddychaniu oraz infekcje.

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania była analiza wybranych parametrów patologii noworodka matki chorej na cukrzycę (NMC) w okresie okołoporodowym. Wzięto pod uwagę ocenę stanu noworodka po porodzie, obecność wad wrodzonych oraz zachorowalność w zależności od klasy cukrzycy u matki.

Materiał i metody

Poddano analizie 48 noworodków matek chorych na cukrzycę typu 1 (PGDM) klas B do R, urodzonych w I Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa we Wrocławiu w latach 2002–2003. Analizowano stan dzieci po porodzie według skali Apgar w zależności od klasy cukrzycy występującej u matki. Prześledzono częstość wybranych ciężkich powikłań okołoporodowych u noworodków, również w zależności od klasy cukrzycy.

Wyniki

Spośród 48 pacjentek do klasy B zostało zakwalifikowanych 24 (50%), C – 9 (18,7%), D – 9 (18,7%), R – 5 (10,4%), FR – 1 (2,1%). Ocenę stanu ogólnego NMC przeprowadzoną w oparciu o punktację w skali Apgar przedstawia tabela 1.

Większość noworodków (62,5%) urodziła się w stanie dobrym 8–10 punktów. Tylko dwoje dzieci (4,2%) matek z cukrzycą klasy B urodzonych zostało z cechami ciężkiego niedotlenienia wewnątrzmacicznego. Szesnaścioro dzieci (33,3%) urodziło się w zamartwicy średniej 4–7 punktów skali Apgar.

Ocenę powikłań okresu noworodkowego przedstawiono w tabeli 2. W zależności od klasy cukrzycy u matki określono częstość występowania infekcji, wad wrodzonych oraz niewydolności oddechowej noworodka. Największa liczba powikłań wystąpiła u 21 (43,7%) dzieci, których matki należały do klasy B cukrzycy. Cechy infekcji wewnątrzmacicznej występujące pod postacią zapalenia płuc, infekcji układu moczowego, infekcji uogólnionej, zapalenia kości, ujawniły się

Tabela 1. Pourodzeniowa ocena stanu noworodków matek chorych na cukrzycę

Skala Apgar	Klasa cukrzycy					Razem
	B	C	D	R	FR	
0–3 pkt	2 (4,2%)	(–)	(–)	(–)	(–)	2 (4,2%)
4–7 pkt	7 (14,6%)	3 (6,3%)	4 (8,3%)	1 (2,1%)	1 (2,1%)	16 (33,3%)
8–10 pkt	15 (31,3%)	6 (12,5%)	5 (10,4%)	4 (8,3%)	(–)	30 (62,5%)

Tabela 2. Patologia okresu noworodkowego dzieci matek chorych na cukrzycę

Klasa cukrzycy	Infekcje u noworodków	Wady wrodzone	Zaburzenia w oddychaniu	Razem
B	10 (20,8%)	7 (14,5%)	4 (8,3%)	21 (43,7%)
C	5 (10,4%)	1 (2,1%)	(–)	6 (12,5%)
D	4 (8,3%)	3 (6,2%)	1 (2,1%)	8 (16,7%)
R	2 (4,1%)	(–)	(–)	2 (4,1%)
FR	(–)	(–)	(–)	(–)
Razem	21 (43,7%)	11 (22,9%)	5 (10,4%)	

w 21 przypadkach (43,7%), z czego największą grupę stanowiły NMC należące również do klasy B. Wady wrodzone stwierdzono u 11 dzieci (22,9%). W tym względzie największą ich liczbę 7 (14,5%) stanowiły także noworodki matek z cukrzycą klasy B. Ciężkie powikłanie w postaci zespołu zaburzeń w oddychaniu wystąpiło u 5 (10,4%) dzieci. Współistniejąca niewydolność oddechowa była powodem do zastosowania u nich oddechu wspomaganego.

Omówienie wyników

Ciąża powikłana cukrzycą w porównaniu z ciążą u zdrowej pacjentki stwarza zdecydowanie wyższe ryzyko powikłań dotyczących płodu (Diaponte A, Guidozzi F, 1999; Biczysko R, 1993). Do najgroźniejszych należą: niedotlenienie okołoporodowe, ciężkie wady rozwojowe i często współistniejące infekcje. Noworodki matek chorych na cukrzycę mogą być szczególnie narażone na niedotlenienie ze względu na złe wyrównanie metaboliczne ciężarnej, poród przedwczesny, zaburzenia w krążeniu łożyskowym (Szczapa J, 2000). W naszym materiale tylko dwoje dzieci urodziło się w zamartwicy, natomiast aż trzydzieścioro w stanie dobrym. Dobry stan dzieci po porodzie może być następstwem wielu czynników, do których należą między innymi znacznie lepsze prowadzenie ciąży powikłanej cukrzycą, sprawność postępowania położniczego oraz zastosowanie najnowszych technik resuscytacyjnych. Powyższe czynniki mogą spowodować, że jakość przeżycia NMC będzie niemal identyczna, jak w populacji zdrowych kobiet.

Noworodek matki chorej na cukrzycę jest zawsze dzieckiem ryzyka i wymaga ze względu na szereg zaburzeń, szczególnej opieki w okresie okołoporodowym (Conway DL, Langer O, 1998; Cordero L, Landon MB, 1993). Cukrzyca jest czynnikiem predysponującym do zakażeń u ogółu chorych. U kobiet ciężarnych natomiast dodatkowymi czynnikami potęgującymi wystąpienie infekcji mogą być: przedwczesne odpięcie wód płodowych, poród przed terminem, zabiegi diagnostyczne i lecznicze wykonywane w ciąży (Szczapa J, 2000; Czech A, Tatoń J, 2002). Wpływ na jej wystąpienie ma również ko-

nieczność częstej lub przedłużonej hospitalizacji ciężarnych. W naszym materiale aż 43,7% dzieci wykazywało kliniczne, mikrobiologiczne lub biochemiczne cechy infekcji. Zwiększoną częstość infekcji u tych dzieci podają również inni autorzy (Suchańska D, Baran L, 2002).

Cukrzyca stanowi niewątpliwie jeden z najbardziej znanych teratogenów. Choroba ta może nawet pięciokrotnie zwiększyć częstość wad rozwojowych. Wśród 48 badanych noworodków, wady stwierdzono jedenastokrotnie (22,9%), najczęściej u dzieci matek z cukrzycą klasy B (14,5%). Nadal dyskutowana jest rola czynników genetycznych i środowiskowych w patogenezie wad wrodzonych (Sobczak M, Cyranowicz B, 1997). Jednak najbardziej niepodważalne jest teratogenne działanie hiperglikemii, ciał ketonowych i hipoglikemii w okresie prekonceptyjnym i pierwszym trymestrze ciąży (Biczysko R, Miedzianowski J, 1993).

Nasilenie zespołu zaburzeń w oddychaniu u NMC pozostaje w ścisłym związku z dojrzałością ciążową noworodka oraz zaawansowaniem i wyrównaniem cukrzycy u matki. Rozpoznaje się ten zespół 5–6 razy częściej niż u noworodków z ciąż prawidłowych (Szczapa J, Sobczak E, 1993). Może występować w różnym nasileniu od łagodnych postaci do ciężkich. Stwierdzono, że hiperinsulinizm endogeny płodu odpowiedzialny jest za spowolnienie syntezy surfaktantu, jak również zakłóca normalny czas dojrzewania płuc płodu. U pięciu (10,4%) naszych noworodków, u których wystąpiła ciężka postać zespołu zaburzeń w oddychaniu, zaistniała konieczność zastosowania wsparcia oddechowego.

Wnioski

1. Cukrzyca u matki wywiera negatywny wpływ na rozwijający się płód i przebieg okresu okołoporodowego u noworodka.
2. Dobra punktacja Apgar u noworodków matek cukrzycowych po porodzie może być wynikiem konsekwentnej poprawy opieki perinatalnej nad matką i dzieckiem.
3. Wysoki odsetek wad wrodzonych i zwiększona zachorowalność na infekcje oraz zaburzenia w oddychaniu dotyczyły głównie noworodków matek z cukrzycą klasy B.

Piśmiennictwo

1. Jędrzejewska E. Noworodek matki chorej na cukrzycę. *Klin Ped* 2003; 7, 1: 33.
2. Vaarasmaki MS, Hartikainen A, Anttila M i wsp. Factors predisting peri- and neonatal outcome in diabetic pregnancy. *Early Hum Dev* 2000; 59: 61.
3. Szczapa J. *Neonatologia*. Warszawa: PZWŁ; 2000: 463.
4. Suchańska D. Noworodek matki chorej na cukrzycę. [w:] *Materiały Jubileuszowego Sympozjum 50-lecia I Katedry i Kliniki Położnictwa AM we Wrocławiu*; 1996: 175.

5. Czech A, Tatoń J, Jezierska-Kasprzyk K i wsp. Incidence of malformations correlates with white class of diabetic mother independently of near normoglycemia. *Diabetologia* 2002; 45: 910.
6. Gangoli S, Tod J, Leonce J i wsp. Planning pregnancy is associated with reduced macrosomia frequency. *Diabetologia* 2002; 45 suppl. 2: 897.
7. Garcia-Paterson A, Cubero J, Barahona N i wsp. Prediction of malformations in infants of women with pregestational diabetes mellitus. *Diabetologia* 2002; 45 suppl. 2: 902.
8. Suchańska D. Noworodek matki chorej na cukrzycę. [w:] *Materiały Jubileuszowego Sympozjum 50-lecia I Katedry i Kliniki Położnictwa AM we Wrocławiu*; 1996: 176.
9. Biczysko R. Termin i sposób rozwiązania u ciężarnych z cukrzycą. *Diabetol Pol* 1997; 4 (1): 15–17.
10. Conway DL, Langer O. Optimal timing and mode of delivery in the gestational diabetic pregnancy. *Prenat Neonat Med* 1998; 3: 555–562.
11. Mironiuk M. Noworodek matki chorej na cukrzycę. *Klin Ped* 1998; 6, 5: 75.
12. Diaponte A, Guidozi F, Moisuc D i wsp. Management of diabetic pregnant patients in tertiary center in developing world. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 64: 141–146.
13. Biczysko R. *Klin Perinat i Gin* 1993; 9: 57.
14. Cordero L, Landon MB. Infant of the diabetic mother. *Clinics in Perinatology* 1993; 20, 3: 636.
15. Suchańska D, Baran L, Lenartowicz-Góralewicz R i wsp. Rozpoznawanie i epidemiologia zakażeń wrodzonych i nabytych u noworodków matek chorych na cukrzycę. *Post Neonatol* 2002; supl. II: 98.
16. Sobczak M, Cyranowicz B, Hincz P i wsp. Analysis of congenital malformations in the newborns of mothers with pregestational diabetes. *Arch Perinatal Medicine* 1997; 3, 3: 79–83.
17. Biczysko R, Miedzianowski J. Wady rozwojowe u potomstwa matek z cukrzycą. *Klin Perinat i Gin* 1993; 9: 153.
18. Szczapa J, Sobczak E. Noworodek matki chorej na cukrzycę. *Klin Perinat i Gin* 1993; 9: 169–180.

Adres i Autorki:

I Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. Chałubińskiego 3
50-369 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYBRANE ASPEKTY OPIEKI DIABETOLOGICZNEJ
SELECTED ASPECTS OF DIABETIC CARE

Gospodarka lipidowa i wybrane czynniki procesu zapalnego u chorych na cukrzycę powikłaną przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych

Lipids and selected inflammatory factors in patients with diabetes mellitus complicated with chronic limb ischaemia

BOŻENA SAPIAN-RACZKOWSKA, MAŁGORZATA GACKA, RAJMUND ADAMIEC

Z Katedry i Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Rajmund Adamiec

Streszczenie W patomechanizmie miażdżycy ważną rolę odgrywają zmiany immunologiczno-zapalne śródbłonna tętnic. Istotne znaczenie spełniają zarówno czynniki niszczące (oksydowane lipidy: ox-LDL), jak i ochronne (dysmutaza nadtlenkowa: SOD). Celem pracy jest ocena roli granulocytów w patogenezie miażdżycy u chorych na cukrzycę typu 2 na podstawie aktywności dysmutazy nadtlenkowej granulocytów krwi obwodowej, a także pomiar stężenia przeciwciał przeciw oksydowanemu LDL i typowych czynników ryzyka miażdżycy. Grupę badaną stanowiło 66 pacjentów w wieku $61,9 \pm 9,9$ lat z cukrzycą typu 2 i miażdżycą ząrostową. Grupę kontrolną stanowiło 14 zdrowych osób w wieku $62,1 \pm 2,2$ lat. U wszystkich chorych oznaczano cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, HbA_{1c} przy użyciu rutynowych metod laboratorium analitycznego oraz dysmutazę nadtlenkową (SOD) w granulocytach: metodą kolorymetryczną (za pomocą gotowych zestawów R&D System), a także przeciwciała przeciw ox-LDL metodą immunoenzymatyczną (zestawem firmy Biomedica). **Wyniki.** Przedstawiono wartości średnie oraz różnice badanych parametrów między grupami badaną i kontrolną. **Wnioski.** 1. Makroangiopatia cukrzycowa może wiązać się z niskim mianem przeciwciał antyox-LDL. 2. W patomechanizmie początkowych stadiów zaawansowania miażdżycy istotną rolę może odgrywać obniżona aktywność SOD. 3. Aterogenny wpływ LDL wiązać się z redukcją SOD.

Słowa kluczowe: dysmutaza nadtlenkowa, przeciwciała przeciw oksydowanemu LDL.

Summary In the atherogenesis important role plays immuno-inflammatory process in the arterial endothelium. The damage factors (eg. oxidized lipids) and protecting factors (eg. sodium dismutase SOD) are pointed. The aim of the study was estimation of the role of granulocytes in patients with diabetes mellitus t.2 (basing on sodium dismutase activity in granulocytes) and measurement of antibodies against oxidized LDL (antyoXLDL) and typical risk factors of arteriosclerosis. 66 patients with diabetes mellitus in the age $61,9 \pm 9,9$ years with diabetes mellitus t. 2 complicated with chronic leg ischaemia were included to the study. Control group consisted with 14 healthy people in the age $62,1 \pm 2,2$ years. Laboratory estimations: In each pearson total cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglicerydes, HbA_{1c} with the routine methods, SOD in granulocytes with colorimetry (R&D System kits) and antyoX-LDL with immunoenzymatic assay (Biomedica kit) were estimated. **Results.** Mean values of estimating parameters and differences diabetics v. controls are shown in the table. **Conclusions.** 1. Secondary mixed hiperlipidemy often observed in diabetes mellitus is an atherogenic factor for peripheral arteries. 2. Diabetic macroangiopathy may be connected with low level of antyoX-LDL. 3. In the early stages of atherosclerosis low activity of SOD may play a role. 4. Atherogenic activity of LDL may be connected to SOD activity reduction.

Key words: sodium dismutase, anty-oxidized LDL antibodies.

Wstęp

Makroangiopatia cukrzycowa – zmiany w tętnicach dużego i średniego kalibru – morfologicznie bardzo zbliżone do miażdżycy w tętnicach osób bez cukrzycy to przyczyna m.in. przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych. Sama cukrzyca jest uważana za jeden z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy. Inne czynniki ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, bardzo często jej towarzyszą, wpływając na dynamikę powstawania blaszek miażdżycowych [1].

W złożonym procesie aterosclerozy istotne miejsce zajmują procesy zapalne, w których udział biorą komórki śródbłonna naczyń, a także granulocyty, makrofagi, fibroblasty i inne komórki. Czynnikiem zapoczątkującym uszkodzenie śródbłonna, prowadzące do miejscowej reakcji zapalnej, a później do utworzenia blaszki miażdżycowej mogą być lipoproteiny, szczególnie po modyfikacji biochemicznej zwiększającej ich toksyczność. Wymieniane bywają m.in. lipidy glikowane i oksydowane zawarte we frakcji lipoprotein wykazujących największą aterogenność: lipoproteinach o niskiej gęstości – LDL. Oksydowane LDL (ox-LDL) znajdowane były w komórkach piankowatych, a także pozakomórkowo w obrębie zmian miażdżycowych. Gromadzące się w odpowiedzi na uszkodzenie śródbłonna granulocyty zawierają m.in. enzym rozkładający toksyczne nadtlarki: dysmutazę nadtlarkową (SOD) [2, 3].

Cel pracy

Celem pracy była analiza aktywności SOD granulocytów krwi obwodowej oraz stężenia przeciwciał przeciwko ox-LDL, a także ocena lipidowych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy u chorych na cukrzycę typu 2 wiktą przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych.

Materiał

Grupę badaną stanowiło 66 pacjentów w wieku 61,9±9,9 lat (12 kobiet i 54 mężczyzn) z cu-

krzącą typu 2 i makroangiopatią. Czas trwania cukrzycy (od chwili rozpoznania): od 6 miesięcy do 27 lat (średnio 9,13 lat). Wyrównanie cukrzycy oceniano na podstawie odsetka hemoglobiny glikowanej HbA_{1C}. W grupie badanej odsetek ten wynosił: HbA_{1C} = 8,44±0,88% (cukrzyca słabo wyrównana).

Do badania zostali włączeni chorzy z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych w okresie IIB według podziału Fontaine'a (dystans chromania przestankowego do 200 metrów, bez bólu spoczynkowego i martwicy). Typ niedrożności oceniany był według objawów klinicznych oraz wyniku pomiaru ciśnień segmentarnych. U 22 (33,3%) osób rozpoznano typ udowo-podkolanowy, u 20 osób (30,3%) – typ obwodowy, u 19 (28,8%) – typ aortalno-biodrowy, u 5 (7,6%) – wielopoziomowy typ niedrożności tętnic kończyn dolnych. BMI średnio 28±2,5 kg/m² (26–32%). U 50 (75,7%) badanych występowało nadciśnienie tętnicze. Grupę kontrolną stanowiło 14 zdrowych osób w wieku 62,1±2,2 lat.

Metodyka badań

U wszystkich badanych dysmutazę nadtlarkową (SOD) w granulocytach oznaczano metodą kolorymetryczną przy użyciu gotowych zestawów [R&D System], przeciwciała przeciw ox-LDL metodą immunoenzymatyczną [Biomedica]. Pozostałe badania biochemiczne: gospodarka lipidowa, HbA_{1C}, zostały oznaczone przy użyciu rutynowych metod laboratorium analitycznego. Krew pobierano na czczo z żyły łokciowej.

Wyniki

U chorych na cukrzycę w porównaniu z grupą kontrolną stwierdzono istotnie wyższe stężenie triglicerydów, a istotnie niższe: cholesterolu HDL i przeciwciał anty ox-LDL. Wartości średnie parametrów lipidowych, SOD i antyox-LDL w badanych grupach przedstawiono w tabeli 1.

Istotnie statystycznie obniżenie miana przeciwciał antyox-LDL u analizowanych pacjentów

Tabela 1. Wartości średnie badanych parametrów oraz istotność statystyczna różnic pomiędzy grupami

	Cukrzyca	Kontrola	
Antyox-LDL (mU/ml)	382,44±357,73	964,88±1049,46	p = 0,00044
SOD (j/10 ⁶ granulocytów)	5,90±52,76	6,68± 4,23	NS
Całkowity cholesterol (mg/dl)	216,36±41,73	213,79±54,43	NS
HDL cholesterol (mg/dl)	44,17± 10,55	53,59 ± 13,82	p = 0,0053
LDL cholesterol (mg/dl)	131,35±34,30	133,30 ± 40,68	NS
Triglicerydy (mg/dl)	213,81± 122,68	129,36 ± 77,79	p = 0,0159

w porównaniu z grupą kontrolną notowano niezależnie od czasu trwania choroby oraz typu niedokrwienia.

U pacjentów z wyższym wskaźnikiem kostka/ramię (ABI > 0,63) wykazano istotnie statystycznie niższą aktywność SOD w porównaniu z chorymi z obniżonym ABI ($4,86 \pm 2,55$ vs $6,60 \pm 2,86$ j/10⁶ granulocytów: $p < 0,02$).

Ponadto stwierdzono ujemną korelację SOD z cholesterolem całkowitym ($p < 0,01$, $r = -0,312$, $y_{\text{reg}} = -4,712x + 244,175$) i LDL ($p < 0,02$, $r = -0,3$, $y_{\text{reg}} = -3,585x + 152,675$).

Omówienie

Przedstawiona grupa osób z cukrzycą reprezentuje typowe zaburzenia lipidowe dla cukrzycy – podwyższone triglicerydy i obniżony cholesterol HDL. W rozwoju makroangiopatii cukrzycowej właśnie te zaburzenia lipidowe odgrywają decydującą rolę. Działanie przeciwmiażdżycowe cząsteczek HDL wiąże się z hamowaniem wnikania monocytów w ścianę naczyniową pod wpływem oxLDL czy też oksydacji LDL [4]. W naszym badaniu obniżenie aktywności SOD u wszystkich osób z cukrzycą było nieistotne statystycznie w porównaniu z osobami zdrowymi. Istotność statystyczna dotyczyła jedynie osób z mniej zaawansowaną miażdżycą (wyższy wskaźnik ABI). Może to wskazywać, iż niedobór enzymów chroniących przed oksydacją odgrywa decydującą rolę w początkowej fazie rozwoju miażdżycy. W późniejszych, bardziej zaawansowanych zmianach, kompensacyjnie do zwiększającego się stężenia wolnych rodników, może zwiększać się stężenie osoczowej SOD. Dlatego tylko w grupach pacjentów z mniej zaawansowanymi zmianami miażdżycowymi można stwierdzić obniżenie aktywności SOD. Na aktywność osoczowej SOD wpływ może mieć rodzaj hiperlipidemii. W badaniu Araujo i wsp. [5] oceniającym aktywność SOD u osób z zaburzeniami lipidowymi, istotne obniżenie aktywności SOD dotyczyło tylko osób z mieszanymi zaburzeniami lipidowymi. Takich zmian nie obserwowano u osób z izolowaną hipercholesterolemią. Istnienie odwrotnej korelacji aktywności osoczowej SOD ze stężeniem lipidów sugeruje, iż mogą one hamować aktywność pozakomórkowej SOD. W pracy Mezouk i wsp. [6] również stwierdzano obniżenie aktywności SOD u osób z cukrzycą typu 2.

Istotną rolę w aterogenezie odgrywają oksydowane cząsteczki LDL (oxLDL) [7]. Wykazano, iż osoczowe stężenie oxLDL jest dobrym wskaźnikiem choroby wieńcowej niezależnym od hiperlipidemii, palenia papierosów czy płci [8]. Natomiast wciąż nierozstrzygniętym pytaniem jest rola przeciwciał przeciw oxLDL (antyox-LDL)

w rozwoju miażdżycy. W przeprowadzonym badaniu wykazano, że u osób z cukrzycą i klinicznie jawną miażdżycą kończyn dolnych stężenie przeciwciał przeciw oxLDL było istotnie niższe w zestawieniu z grupą kontrolną. Niższe stężenie przeciwciał antyox-LDL może być wywołane z jednej strony hiperglikemią, a z drugiej tworzącymi się kompleksami oxLDL–antyox-LDL. W doświadczeniu Keren i wsp. [9] wykazano wpływ hiperglikemii na obniżenie do wartości wyjściowych podwyższonego uprzednio stężenia przeciwciał antyox-LDL. Tym również można wytłumaczyć wynik badania Uusitupa i wsp. [10], w którym mimo występowania w grupie u osób z cukrzycą typu 2 większej liczby incydentów sercowo-naczyniowych, nie wykazano różnicy w stężeniu antyox-LDL między osobami z cukrzycą a zdrowymi. Wydaje się, iż antyox-LDL należałoby uznać za czynnik ochronny, powstający pod wpływem oxLDL i służący początkowo do eliminacji krążących cząsteczek oxLDL typowymi drogami, jak komórki Kupffera w wątrobie. We wczesnym stadium miażdżycy, wraz z małym stężeniem oxLDL, jest również niskie miano przeciwciał antyox-LDL [11]. W momencie progresji procesów oksydacyjnych, zwiększającego się stężenia oxLDL we krwi dochodzi do sytuacji, w której występuje nadmiar antygeny w stosunku do wytworzonych autoprzeciwciał. W cukrzycy, przez dodatkowy wpływ na obniżenie stężenia antyox-LDL przez hiperglikemię, ten moment następowałby szybciej. Ostatecznie, podobnie jak w chorobie surowiczej, tworzą się kompleksy antygen–przeciwciała uszkodzające naczynia. Tłumaczyłoby to podwyższone stężenie antyox-LDL u osób z miażdżycą o mniejszym stopniu zaawansowania i niskie stężenie tych przeciwciał u osób z poważnymi incydentami sercowo-naczyniowymi, jak zawał serca, udar mózgowy czy zaawansowane postacie miażdżycy zarostowej. Tę hipotezę potwierdziło badanie Shoji i wsp. [12] dotyczące osób zdrowych. Stwierdzono odwrotną korelację oxLDL z jego autoprzeciwciałami, a dodatnią z LDL. Istotne jest również spostrzeżenie, iż odmienne wyniki oznaczanych antyox-LDL w niektórych badaniach mogą również wynikać ze stosowanej metody [13].

Podsumowanie

Poznanie czynników biorących udział w procesie aterogenezy ma znaczenie nie tylko poznawcze, ale również wiąże się z implikacjami klinicznymi. Dzięki coraz lepszej znajomości powyższych patomechanizmów jesteśmy w stanie częściowo wytłumaczyć efekt przeciwmiażdżycowy niektórych leków, przykładowo tiazolidinodionów [14]. W przyszłości być może powstaną

leki bezpośrednio pobudzające enzymy chroniące przed nadmierną oksydacją, czy przeciwciała usuwające szkodliwe frakcje LDL z krwi. Obecnie nadal jednak w walce z makroangiopatią podstawowe znaczenie ma walka z hiperglikemią oraz hiperlipidemią.

Wnioski

1. Makroangiopatia cukrzycowa może wiązać się z niskim mianem przeciwciał antyox-LDL.
2. W patomechanizmie początkowych stadiów zaawansowania miażdżycy istotną rolę może odgrywać obniżona aktywność SOD.
3. Aterogeny wpływ LDL może zwiększać się przy redukcji SOD.

Piśmiennictwo

1. Trooke J (red.). *Powikłania naczyniowe cukrzycy. Raport Haemovascular Study Group*. Gdańsk: Via Medica; 2002.
2. Galle J, Heermeier K, Wanner C. Atherogenic lipoproteins, oxidative stress and cell death. *Kidney Int Suppl*. 1999; 71: S62–65.
3. Taniguchi N i wsp. Involvement of glycation and oxidative stress in diabetic macroangiopathy. *Diabetes* 1996; 45(Suppl. 3): S81–S83.
4. Mertens A, Holoet P. Oxidized LDL and HDL: antagonists in atherothrombosis. *FASEB J* 2001; 15: 2073–2080.
5. Araujo FB i wsp. Evaluation of oxidative stress in patients with hyperlipidemia. *Atherosclerosis* 1995; 117: 61–71.
6. Mezouk S i wsp. Antioxidant status and levels of different vitamins determined by high performance liquid chromatography in diabetic subjects with multiple complications. *Gen Physiol Biophys* 2003; 22: 15–27.
7. Steinerova A, Racek J, Stozicky F, Zima T, Fialova L, Lapin A. Antibodies against oxidized LDL-theory and clinical use. *Physiol Res*. 2001; 50(2):131–141.
8. Toshima S, Hasegawa A, Kurabayashi M, Itabe H i wsp. Circulating oxidized low density lipoprotein levels a biochemical risk marker for coronary heart disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000; 20: 2243–2247.
9. Keren P i wsp. Effect of hyperglycemia and hyperlipidemia on atherosclerosis in LDL receptor-deficient mice. Establishment of a combined model and association with heat shock protein 65 immunity. *Diabetes* 2000; 49: 1064–1069.
10. Uusitupa MI i wsp. Autoantibodies against oxidized LDL do not predict atherosclerotic vascular disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1996; 16(10): 1236–1242.
11. Sherer Y i wsp. Autoantibodies to oxidized low-density lipoprotein in coronary artery disease. *AJH* 2001; 14: 149–154.
12. Shoji T i wsp. Inverse relationship between circulating oxidized low density lipoprotein (oxLDL) and anti-oxLDL, antibody levels in healthy subjects. *Atherosclerosis* 2000; 148: 171–177.
13. Narvanen O, Erkkila A, Yla-Herttuala S. Evaluation and characterization of EIA measuring autoantibodies against oxidized LDL. *Free Radical Biology & Medicine* 2001; 31: 769–777.
14. Fenster BE, Philip ST, Rockson SG. Endothelial dysfunction: Clinical strategies for treating oxidant stress. *Am Heart J* 2003; 146: 218–226.

Adres I Autorki:
Katedra i Klinika Angiologii,
Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AM
ul. Poniatowskiego 2
50-326 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYBRANE ASPEKTY OPIEKI DIABETOLOGICZNEJ
SELECTED ASPECTS OF DIABETIC CARE

Hiperbaria tlenowa (HBO) w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej – alternatywa amputacji

Oxygen hyperbarism in the treatment of pes diabetica syndrome as an alternative to the amputation

JACEK PIECHOCKI^{1, 2}, IGOR CHĘCIŃSKI¹, KRZYSZTOF MAKSYMOWICZ³

¹ Z Zakładu Ratownictwa Medycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: p.o. dr n. med. Igor Chęciński

² Z Mazowieckiego Centrum Terapii Hiperbarycznej i Leczenia Ran w Warszawie

³ Z Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Maria Sasiadek

Streszczenie Zespół stopy cukrzycowej, który występuje u 25% chorych na cukrzycę stanowi trudny problem terapeutyczny. Jest on najczęstszą (66%) przyczyną amputacji obwodowych i niesie za sobą wzrost ryzyka zgonów od 8 do 15%. Dotychczasowe metody leczenia (leczenie opatrunkowe, antybiotykoterapia, farmakologiczne leczenie cukrzycy) charakteryzują się małą skutecznością, w konsekwencji czego pacjenci skazani są na amputację. **Cel pracy.** Przedstawienie patofizjologii i konwencjonalnych metod leczenia zespołu stopy cukrzycowej oraz alternatywę leczenia w postaci hiperbarii tlenowej (HBO). Ukazano mechanizm działania, wskazania i przeciwwskazania do stosowania tej metody, sposób kwalifikacji chorych przez lekarzy POZ. **Materiał.** 126 chorych z zespołem stopy cukrzycowej. **Metoda.** Podczas kwalifikacji chorych ocena przezskórnej stężenia tlenu. Następnie w odstępach cotygodniowych ocena wyglądu rany (dokumentacja – fotografia cyfrowa, przezskórne stężenie tlenu i poziom cukru w surowicy krwi). Chorzy poddawani są trzydziestu ekspozycjom hiperbarycznym. Na podstawie ponad stu przypadków wskazano korzyści wynikające z zastosowania hiperbarii: zwiększenia skuteczności antybiotykoterapii, poprawy perfuzji i utlenowania tkanek, przyspieszenie proliferacji komórek śródbłonnki i fibroblastów. **Wnioski.** 1. Hiperbaria tlenowa wydaje się cenną metodą leczenia zespołu stopy cukrzycowej. 2. HBO stanowi alternatywę dla amputacji kończyn.

Słowa kluczowe: hiperbaria tlenowa, zespół stopy cukrzycowej.

Summary The pes diabetica syndrome, which occurs in 25% patients suffering from diabetes mellitus seems to be a difficult therapeutic problem. It is the most common reason (66%) for the distal amputations and it elevates the death risk from 8% to 15%. The treatment methods that have been used till now (dressing treatment, antibiotic therapy, pharmacologic treatment) have shown low efficacy. As a consequence, patients have to undergo the amputation. **Paper's aim:** to introduce pathophysiology and conventional treatment of pes diabetica syndrome and oxygen hyperbarism as alternative treatment (HBO) The work of HBO, indications and contraindications as well as methods of patients qualifications conducted by general practitioners are reviewed. **Material:** 126 patients with pes diabetica syndrome. **Method:** Transcutaneous oxygen concentration measurement during patients qualification. Than, weekly evaluation of the wound appearance (documented by digital photo, transcutaneous oxygen concentration and serum glucose level). Patients exposed to 30 hiperbaric exposures. Advantages of hyperbaric therapy were indicated based on over 100 cases. They are as follow: increase of antibiotic therapy effectiveness, improvement of perfusion and tissue oxygenation, acceleration of endothelium cells and fibroblasts proliferation. **Conclusions:** 1. Oxygen hyperbarism seem to be precious method of pes diabetica syndrome treatment. 2. HBO is an alternative to the amputation of extremities.

Key words: pes diabetica syndrome, oxygen hyperbarism.

Zmiany troficzne stopy w przebiegu cukrzycy stanowią znaczący problem demograficzny i leczniczy. Są one najczęstszą przyczyną amputacji stopy. U chorych na cukrzycę zespół stopy cukrzycowej występuje u około 25% tych chorych. Ze wszystkich obwodowych amputacji kończyn dolnych 66% wykonywanych jest u chorych na cukrzycę. Po upływie czasu do trzech lat po dokonaniu u chorych z zespołem stopy cukrzycowej pierwszej amputacji części kończyny dolnej, u od 30 do 50% pacjentów istnieje konieczność rozszerzenia zakresu pierwotnej amputacji. U tych chorych ryzyko zgonów wzrasta od 8 do 15% [1].

W patogenezie stopy cukrzycowej uczestniczą: neuropatia, upośledzenie ukrwienia, zakażenie. Upośledzenie czucia bólu, wadliwe ułożenie stopy spowodowane dystalną neuropatią czuciowo-ruchową oraz zmiany troficzne w następstwie neuropatii anatomicznej są przyczyną tworzenia się owrzodzeń z ucisku. Te ostatnie z kolei ulegają zakażeniom w wyniku współistniejącego upośledzenia odporności, mimo nawet prawidłowej pielęgnacji i leczenia [2].

Profilaktyka zachorowania oraz leczenie powstałego zespołu stopy cukrzycowej prowadzone są metodami konwencjonalnymi obejmującymi leczenie zachowawcze i chirurgiczne, jak również obecnie dostępna jest metoda hiperbarii tlenowej (HBO). Znaczącą także rolę w profilaktyce zespołu stopy cukrzycowej odgrywa prawidłowe postępowanie pielęgnacyjno-higieniczne pacjenta, zgodne z zaleceniami i instrukcjami lekarza, to jest zabiegi higieniczne, codzienna kontrola wzrokowa stopy, a także codzienne wykonywanie czynności, których powinien nauczyć się pacjent w czasie specjalistycznego szkolenia.

Postępowanie zachowawcze to: odciążenie stopy poprzez unieruchomienie, leczenie opatrunkowe, zabiegi higieniczne (przemywanie ran solą fizjologiczną lub roztworem jodu z poliwinylpyrolidonem), antybiotykoterapia zgodna z antybiogramem, ogólne farmakologiczne leczenie cukrzycy.

Leczenie chirurgiczne to: usuwanie martwych tkanek, rekonstrukcje naczyń tętniczych, amputacje. Amputacje kończyn dolnych z powodu ciężkich obwodowych zaburzeń naczyniowych, chromania przystankowego czy zgorzeli, jest w cukrzycy dosyć powszechna. [3]. Kolejną

alternatywą leczenia zespołu stopy cukrzycowej może być HBO, metoda dotychczas rzadko stosowana, jako mało znana i niedoceniana.

Zasady działania metody leczniczej HBO

Klasyfikacja kliniczna do zastosowania metody

Przesłanki dla HBO w terapii zespołu stopy cukrzycowej przedstawiono w tabeli 1.

Wygodną, łatwą w użyciu i obiektywną skalą klasyfikującą zespół stopy cukrzycowej jest skala Wagnera.

Klasyfikacja zespołu stopy cukrzycowej według skali Wagnera

Stopień 0 – brak otwartego uszkodzenia skóry. Mogą występować deformacje stopy zaburzające sprężystość, takie jak: palce młoteczkowate, koślawe paluchy, modzele. Powstałe deformacje napinają skórę, ułatwiając tworzenie uszkodzeń, zwłaszcza w obecności zaburzeń czucia.

Stopień I – uszkodzenie skóry w pełnej grubości, bez odsłonięcia tkanek położonych głębiej. Typowa lokalizacja to okolice palców, pięty i podstawy kości śródstopia. Tendencja do przedłużonego gojenia się ran.

Stopień II – otwarte uszkodzenie skóry z odsłonięciem ścięgien, kości, stawów oraz objawami zakażenia florą bakteryjną.

Stopień III – uszkodzenia penetrujące głębiej z obecnością zapalenia kości, ropni międzykośćmi śródstopia, zakażenia ścięgien i pochewek ścięgniastych.

Stopień IV – obecność zgorzeli suchej lub wilgotnej palucha lub przodostopia z towarzyszącymi objawami cellulitis. Konieczność amputacji o ograniczonym zakresie.

Stopień V – zgorzel obejmuje całą stopę bez możliwości miejscowego leczenia operacyjnego. Konieczność wyższej amputacji.

Diagnostyka infekcji polega na pobieraniu raz w tygodniu posiewu z antybiogramem.

Diagnostyką *osteomyelitis* jest wykonanie RTG stopy lub scyntygrafii.

Tabela 1. Przesłanki dla HBO w terapii zespołu stopy cukrzycowej

Patofizjologia	Działanie HBO
Mikro- i makroangiopatia Zwiększenie przepływu i wazodilatacji hipoksycyjnej Infekcja	Wzrost osoczonego O ₂ oraz gradientu A-V dla O ₂ Hiperoksyczna wazokonstrykcja zwalniająca przepływ Cytolityczny efekt na bakterie beztlenowe i stymulacja granulocytów
Spowolnienie mechanizmu odnowy tkanek	Stymulacja replikacji fibroblastów oraz stabilizacja

Kwalifikacja zespołu stopy cukrzycowej do HBO

- chory ze stopniem II/III wg klasyfikacji Wagnera,
- niegojąca lub zakażona rana po amputacji,
- pokrycie przeszczepem rany po wyziarninowaniu lub po amputacji.

Ocena prognozy leczenia hiperbarycznego odbywa się przez określenie przezskórnego poziomu tlenu ($Tc PO_2$). Wyniki interpretuje się następująco:

- > 400 mm Hg – dobra prognoza,
- 200–400 mm Hg – rokowanie niepewne,
- 100–200 mm Hg – dalsze stosowanie wątpliwe,
- < 100 mm Hg brak efektu – wskazanie do przerwania leczenia HBO.

Dużą rolę w procesie profilaktyki amputacji kończyn dolnych u chorych na cukrzycę odgrywa hiperbaria tlenowa. W Polsce 24-godzinną działalność prowadzą: Krajowy Ośrodek Hiperbarii w Gdyni, posiadający kilka wieloosobowych komór, jednoosobowa komora hiperbaryczna pracująca w Siemianowicach i czynna od grudnia 2002 r. 14-osobowa komora w Mazowieckim Centrum Hiperbarii Tlenowej i Leczenia Ran w Warszawie.

Hiperbaria tlenowa jest to metoda lecznicza polegająca na stosowaniu tlenu pod ciśnieniem większym niż atmosferyczne. Jest to uznana na świecie metoda lecznicza, stosowana z powodzeniem od wielu lat, nie tylko przy wypadkach nurkowych, z czym się, ze względów historycznych, najczęściej kojarzy.

W Niemczech działa ponad 30 ośrodków hiperbarycznych, dysponujących 1000 miejsc do terapii hiperbarycznej, w Berlinie i Monachium działają po cztery ośrodki.

Metoda najpierw hiperbarii, a następnie hiperbarii tlenowej ma już długą historię.

Pierwszą komorę hiperbaryczną zaprezentował w 1855 r. w Paryżu francuski lekarz Eugene Bertin. W tym samym roku wydał książkę pod tytułem „Bain d' Air Comprime”. Od tego czasu nastąpił żywiołowy rozwój hiperbarii jako metody leczniczej [4].

Wskazaniami do stosowania według EUBS (The European Underwater and Baromedical Society) są:

1. Zatorowość powietrzna lub inna gazowa.
2. Choroba dekompresyjna.
3. Zatrucie CO.
4. Zgorzel gazowa (*Clostridia necrosis*)
5. Inne agresywne zakażenia.
6. Uraz wypadkowy.
7. Oparzenia.
8. Nagły niedosłuch.
9. Ostra krwotoczna niedokrwistość.
10. Podduszenie.
11. Niedokrwienne ubytki skóry oraz przeszczepy skórne.

12. Zapalenie kości odporne na leczenie.

13. Popromienne uszkodzenie kości i tkanek miękkich.

14. Rany trudno gojące się.

Zastosowanie tego sposobu kuracji znacznie przyspiesza proces gojenia rany przez zapewnienie lepszego ukrwienia miejsca urazu. Sprzyja również bardziej efektywnemu dotlenieniu tego obszaru przez: wzrost ciśnienia parcjalnego w tkankach, wzrost perfuzji oraz ułatwienie przepływu krwi przez niedokrwione obszary (ryc. 1).

Podsumowanie korzyści z HBO:

- większa skuteczność większości antybiotyków,
- wzrost odporności tkanek na zakażenie – lepsza perfuzja, utlenowanie, wzrost fagocytozy,
- przyspieszenie proliferacji komórek – głównie śródbłonna i fibroblastów,
- szybsza biosynteza, deponowanie kolagenu i jego stabilizacja.

Przeciwwskazania

Przeciwwskazaniem do leczenia tlenem hiperbarycznym jest niedrożność dużego naczynia tętniczego. Brak możliwości wyrównania ciśnienia nie pozwoli pacjentowi poddać się sprężeniu, klaustrofobia także może być problemem przy przebywaniu w komorze hiperbarycznej. Niektóre jednostki chorobowe i stosowanie niektórych leków może nie pozwolić na podjęcie terapii hiperbarycznej. Z tego powodu każdy pacjent skierowany do ośrodka hiperbarycznego jest indywidualnie dodatkowo kwalifikowany przez lekarzy ośrodka.

Pacjent kierowany jest do ośrodka hiperbarii przez lekarza, ośrodek pozostaje w kontakcie z lekarzem kierującym, dzięki czemu można zaplanować kompleksowe leczenie, w którym mogą uczestniczyć specjaliści z wielu dyscyplin medycznych. W Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje leczenie hiperbaryczne.

Technika leczenia HBO

Terapia HBO ma ustalone profile (schemat wg ULM). U pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej stosuje się następującą procedurę:

- sprężanie 10–15 min,
- ciśnienie ekspozycji 2,5 ata (odpowiada to głębokości 15 m pod wodą),
- w komorze wieloosobowej oddycha się tlenem przez szczelną maskę lub kaptur w atmosferze sprężonego powietrza – trzy razy po dwadzieścia min z dwiema przerwami po 5 min. Jest to związane ze względami bezpieczeństwa, gdyż największym niebezpieczeństwem hiperbarii tlenowej jest zagrożenie po-

- żarem. W komorze jednoosobowej, tzw. Monoplacie, pacjent przebywa w atmosferze tlenowej,
- rozprężanie 10–15 min.

Ocena skuteczności

Podczas kwalifikacji badane jest przezskórne stężenie O_2 (Tc PO_2). Następne badanie raz w tygodniu – wygląd rany (dokumentacja fotografia cyfrowa 0 i poziom Tc PO_2). Kolejne badanie po 25 sesjach. Liczba ekspozycji 30 (wg FNZ).

Kliniczna skuteczność leczenia HBO

- Spektakularny wynik klinicznego badania z roku 1987 przeprowadzony przez G. Baroni i wsp. udowodnił skuteczność metody HBO w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej [5]. Model:
- 18 chorych na cukrzycę z objawami zespołu stopy cukrzycowej i retinopatią poddano ści-

- stej kontroli cukrzycy, leczeniu opatrunkowemu, debriment, codziennej sesji HBO,
- grupa kontrolna – takie samo leczenie zachowawcze bez HBO.

Wyniki

- 16 z 18 pacjentów z grupy leczonej HBO wyzdrowiało,
 - w grupie kontrolnej wyzdrowiał 1 pacjent,
 - $p = 0,001$.
- Wyniki te zostały potwierdzone w wielu ośrodkach i HBO znalazło stałe miejsce w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej od końca lat dziewięćdziesiątych.

Wnioski

1. Hiperbaria tlenowa jest cenną metodą leczenia zespołu stopy cukrzycowej.
2. HBO stanowi alternatywę dla amputacji kończyn.

Piśmiennictwo

1. Wolff, Weihrauch. *Terapia internistyczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1996.
2. Tatoń J. *Diabetologia kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1979.
3. Mark H, Beers R, Berkow. *The Merck Manual. Podręcznik diagnostyki i terapii*. Wrocław: Urban & Partner; 2001.
4. Haux G. *Wie aus der HB die HBO werde*. Karlsbad; 1997: 33.
5. Baroni G i wsp. HBO w leczeniu stopy cukrzycowej. *Diabetes Care* 1987: 81–86.

Adres I Autora:
Zakład Ratownictwa Medycznego AM
ul. Serbska 8
51-111 Wrocław

Wymiar europejski edukacji

European dimension of the education system

HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA, JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS

Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Halina Wojnowska-Dawiskiba

Streszczenie Edukacja jest jednym z najważniejszych elementów życia społecznego i gospodarczego każdego kraju, który aspiruje do trwałego i harmonijnego rozwoju. Jest ona także specyficzną inwestycją czasu, talentu, zainteresowań, pracy i kapitału, która powinna umożliwić jednostce prowadzenie społecznie użytecznego życia, przyczyniać się do postępu grupy zawodowej, społecznej, jak i dobrobytu własnego i własnej rodziny. Celem pracy jest ukazanie warunków kształcenia obywateli Unii i zaoferowania im różnorodnych metod kształcenia ustawicznego. W pracy zwrócono uwagę na środki i metody szkolenia i nauczania: umiejętność korzystania z technologii informacyjnych (IT), rozwijanie inicjatywy e-Learning. Powszechnym narzędziem realizacji nauczania otwartego i na odległość jest ICT. Metody nauczania, innowacyjność, nowe technologie uczenia i nauczania, multimedia, lepsze wykorzystanie komputerów, tworzenie sieci ośrodków doskonałości, otwartych dla wszystkich chcących się uczyć, kształcenie ustawiczne to zagadnienia, którym została poświęcona część ustawodawstwa w ostatnich latach. Wykorzystanie nowoczesnych metod szkoleniowych oraz nowych technologii umożliwiła dostęp szkolenia zawodowego o wysokiej jakości. Mobilność studentów i nauczycieli odgrywa kluczową rolę w tworzeniu europejskiego wymiaru w szkolnictwie wyższym. Standardy szkolenia, edukacyjne i kwalifikacji, wspierane przez odpowiednie wskaźniki i metody oceny, tworzą system, który bezpośrednio odpowiada na pytania o jakość w edukacji, uznawania kwalifikacji i zawodowego kształcenia i szkolenia, porównywalności kwalifikacji szkolenia zawodowego oraz wzajemnego uznawania dowodów formalnych kwalifikacji.

Słowa kluczowe: edukacja, Unia Europejska, innowacyjność, ustawodawstwo.

Summary The education system is one of the most important part in social and economic life in every country which wish to have stable and harmonious development. It is also the most specific investment of time, talent, interest, work and capital which allows the person live useful life and leads to his welfare. Education standars are developed to raise the quality of education. Most countries use the e-Learning generally in order to teach new education methods very quickly via the internet and to share the knowledge with many people.

Key words: education, European Union, innovation, legislation.

Wstęp

Edukacja jest jednym z najważniejszych elementów życia społecznego i gospodarczego każdego kraju, który aspiruje do trwałego i harmonijnego rozwoju. Jest ona także specyficzną inwestycją czasu, talentu, zainteresowań, pracy i kapitału, która powinna umożliwić jednostce prowadzenie społecznie użytecznego życia, przyczynia się do postępu grupy zawodowej, społecznej, jak i dobrobytu własnego oraz własnej rodziny.

Każdy kraj, niezależnie od stopnia rozwoju cywilizacyjnego i gospodarczego, wspiera edukację

swych obywateli. Jednak dużo większą siłę przebiecia i możliwości przyspieszenia wielu procesów społecznych i gospodarczych mają organizacje ponadnarodowe, zrzeszające różne państwa, bądź wyspecjalizowane organizacje poszczególnych państw. Organa ponadnarodowe są zorganizowane w różny sposób – od luźnych zrzeszeń służących realizacji wspólnych celów ograniczonych do jednej lub kilku dziedzin, aż do organizacji integrujących organizmy państwowe, łącznie z tworzeniem i wdrażaniem polityk sektorowych. Edukacja i szkolenie na wszystkich szczeblach od ponad ćwierćwiecza stanowi przedmiot zainteresowania i działania Unii Europejskiej.

Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie warunków kształcenia obywateli Unii i zaoferowania im różnorodnych metod kształcenia ustawicznego. W pracy zwrócono uwagę na środki i metody szkolenia i nauczania: umiejętność korzystania z technologii informacyjnych (IT), rozwijanie inicjatywy e-Learning, ogóle zasady uznawania kwalifikacji zawodowych. Wprowadzenie Europy na drogę społeczeństwa opartego na zdobywaniu nowej wiedzy i otwarciu się na nauczanie i uczenie przez całe życie. Nauczanie i uczenie – w stronę społeczeństwa uczącego się.

Europejski wymiar edukacji był przedmiotem wielu ocen i debat w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Koncentrują się one na zmianach w edukacji europejskiej, określaniu i sprawdzaniu przeważających tendencji w edukacji, jednocześnie poszukując bardziej zintegrowanej strategii edukacji europejskiej. Wspólną cechą większości przepisów ustanawiających programy działania w celu wdrożenia w życie polityki szkolenia zawodowego Wspólnoty Europejskiej jest to, że państwa członkowskie odpowiadają za treści i organizację szkolenia zawodowego, przy czym została wyłączona jakakolwiek harmonizacja praw i rozporządzeń państw członkowskich. Oznacza to, że państwa członkowskie nadal zachowują pełną „suwerenność” nad swymi systemami edukacyjnymi. Za stosowanie zasad ogólnych odpowiadają państwa członkowskie i właściwe organy Wspólnoty.

Traktaty z prawnego punktu widzenia są pierwotnymi źródłami prawa, stanowią więc konstytucję UE, z której m.in. wynikają szczegółowe prawa, rozporządzenia i akty administracyjne i polityki sektorowe. Odpowiednie zapisy na temat edukacji znalazły się w Tytule VIII, Rozdział 3, art. 126–128 Traktatu Rzymskiego ustanawiającego Unię Europejską. W Rozdziale III Traktatu Amsterdamskiego z 1999 r. (art. 149, ust. 2) celem jest m.in. rozwój europejskiego wymiaru kształcenia, wspieranie mobilności uczących się i nauczających, wspieranie współpracy między instytucjami kształcenia, rozbudowę wymiany informacji i doświadczeń. Art. 150 stanowi, że celem jest także podnoszenie poziomu szkolenia zawodowego i dalszego kształcenia, wspieranie mobilności nauczycieli i osób kształcących się zawodowo, szczególnie młodzieży. Traktat Amsterdamski jest zdecydowany promować rozwój możliwie najwyższego poziomu wiedzy swych obywateli, zapewniając im szeroki dostęp do edukacji i jej ciągłego uaktualniania, promuje „Europę Wiedzy”, której uczestnikami w dziedzinie kultury, edukacji i szkoleń są wszyscy obywatele Unii [1–3].

Jednym z elementów realizacji polityki edukacyjnej Wspólnoty są programy działań, w których

uczestniczą państwa członkowskie oraz od 1990 r. – państwa kandydujące oraz wybrane państwa trzecie. Programy Wspólnoty w dziedzinie edukacji służą zwiększeniu mobilności studentów, współpracy szkół średnich i wyższych i nauce języków (Socrates, Comenius, Erasmus, Lingua). Program Socrates podjął także inicjatywę tworzenia sieci uznawania kwalifikacji. Ten temat znalazł należne mu miejsce w ustawodawstwie Wspólnoty. Inne programy promują kształcenie i szkolenie zawodowe oraz wprowadzanie innowacyjności w treściach, metodach i nadawanych kwalifikacjach, zachęcając jednocześnie do kontynuowania nauki w ramach różnorodnych struktur kształcenia ustawicznego (Leonardo da Vinci) [4–6].

Oprócz działań podejmowanych przez Wspólnotę, Komisja powołała do życia dwie organizacje wspierające wysiłki Unii w dziedzinie kształcenia zawodowego. Są nimi: utworzone w 1975 r. w Salonikach Europejskie Centrum Rozwoju Kształcenia Zawodowego (CEDEFOP) oraz Europejska Fundacja Kształcenia (ETF) powołana w 1995 r. w Turynie. Obie organizacje zajmują się rozwojem edukacji zawodowej i jej reformowaniem [7].

Mimo tak wysokiego usytuowania zagadnień edukacji w polityce, ustawodawstwie i strukturze instytucjonalnej Wspólnoty, każde państwo członkowskie zachowało suwerenność edukacyjną, typowe dla niego struktury, programy, stopnie, metody oceny i nadawania tytułów. Powoduje to, że systemy edukacyjne poszczególnych państw członkowskich, jak i kandydujących nie są ze sobą bezpośrednio porównywalne. Różnice, często znaczne, istnieją nadal między państwami członkowskimi.

Celem Unii jest stworzenie warunków kształcenia swych obywateli i zaoferowania im różnorodnych metod kształcenia ustawicznego. Zasady polityki w dziedzinie edukacji są przedmiotem „Białej Księgi” – „Nauczanie i uczenie – w stronę społeczeństwa uczącego się”. Jej celem jest pomoc, za pośrednictwem polityk edukacyjnych państw członkowskich, we wprowadzeniu Europy na drogę społeczeństwa opartego na zdobywaniu nowej wiedzy i otwarciu się na nauczanie i uczenie przez całe życie. Dokument omawia trzy czynniki określające edukację w przyszłości, ale już obecnie wywierające wpływ na rynek pracy:

- tworzenie się społeczeństwa informatycznego, przez co zmienia się charakter i organizacja pracy. Oznacza to, że każdy musi adaptować się zarówno do nowych narzędzi technicznych uczenia się, jak i do zmian warunków pracy;
- wzrastające „umiędzynarodowienie” wpływające na tworzenie miejsc pracy i zatarcie różnic między rynkami pracy. Wyzwaniem staje się poziom kwalifikacji i kompetencji pracujących;

– wpływ nauki i techniki, często uznawany za niemożliwy do opanowania, a więc budzący poczucie zagrożenia i nieracjonalnych obaw.

Odpowiedzią na zagrożenia są wytyczne dotyczące m.in. wprowadzenia europejskiego systemu akredytacji umiejętności technicznych i zawodowych, pogłębienie współpracy sektora edukacji i przedsiębiorczości w dziedzinie stażów i praktyk zawodowych, zarówno w sieciach krajowych, jak i międzynarodowych, oraz traktowanie inwestycji w edukację na równi z wszystkimi wynikającymi z tego konsekwencjami (np. zwolnienia i preferencje podatkowe, zasady księgowości, swoboda przepływu kapitału i ich właścicieli itp.).

Ocena realizacji wytycznych Białej Księgi, dokonana w 1997 r. wskazuje m.in. zgodnie z zasadą subsydiarności (dodatkowości), potwierdza także odpowiedzialność państw członkowskich za treści i organizację swych systemów edukacji i szkolenia zawodowego, ale nie zamyka możliwości szerszej współpracy na szczeblu Wspólnoty. W lipcu 2000 r. Komitet Społeczno-Ekonomiczny przyjął sprawozdanie w sprawie wymiaru europejskiego w edukacji, w którym poszukiwał możliwości bardziej zintegrowanej strategii edukacyjnej, z udziałem partnerów społecznych i organizacji obywatelskich. Wzywał także do zupełnie nowego podejścia do uczenia się w oparciu o innowacyjne struktury, szersze cele i bardziej zróżnicowane dziedziny nauki oraz najnowocześniejsze metodologie i materiały.

Szkolenia zawodowe

Pierwsze prace nad unormowaniem szkoleń zawodowych, przedsięwzięte zgodnie z Traktatem EWG, bazowały na 10 generalnych zasadach określonych przez Radę, zgodnie z art. 128 Traktatu EWG z 2 kwietnia 1963 r. Dotyczyły one młodzieży i dorosłych na stanowiskach, aż do szczebla nadzoru. Kolejną (stworzenie polityki edukacyjnej EWG) były Ogólne Wytyczne w sprawie przygotowania programu Wspólnoty w dziedzinie szkolenia zawodowego przyjęte na 162 sesji Rady 25 lipca 1971 r. Szkolenie zawodowe nie może być projektem wyizolowanym i niezależnym, ale powinno być oparte na osiągnięciach ogólnej edukacji przystosowanej na wszystkich szczeblach do wymagań nowoczesnego społeczeństwa. Wytyczne koncentrowały się na szkoleniach zawodowych, zmianie wzorców pracy i potrzebach szkoleniowych, technikach i metodach edukacyjnych, korelacji pomiędzy edukacją ogólną i szkoleniami zawodowymi, współpracą w dziedzinie badawczej oraz dostosowaniu standardów szkolenia w sześciu państwach tworzących wtedy EWG.

Polityki szkolenia zawodowego we Wspólnocie zostały poddane przeglądowi w 1983 r. Rada skoncentrowała się na środkach przeciwdziałających bezrobociu i poszukiwała sposobów zwiększenia zatrudnienia młodych pracowników. Postanowienie nałożyło na państwa członkowskie obowiązki poprawienia jakości i zakresu szkolenia zawodowego pracowników w każdym wieku, przy czym programy zawodowe powinny brać pod uwagę zaistniałe zmiany technologiczne, a system wydawania świadectw powinien być możliwie najbardziej elastyczny. Państwa członkowskie powinny położyć nacisk na kształcenie ustawiczne, świadczyć pomoc w tworzeniu nowych instytucji szkoleniowych oraz podnieść jakość szkoleń dla instruktorów i pracowników służb doradztwa zawodowego.

W wyniku różnych konferencji i wniosków Rada i Ministrowie Edukacji przygotowali w 1987 r. postanowienie w sprawie europejskiego wymiaru edukacji, które miało zostać wprowadzone w życie w latach 1988–1992. Podstawowymi elementami planu było przygotowanie młodzieży do uczestniczenia w rozwoju gospodarczym i społecznym Wspólnoty i dokonania postępu w kierunku Zjednoczonej Europy, jak i wskazanie jej na znaczenie współpracy państw członkowskich UE z innymi państwami Europy i świata. W celu realizacji tego planu państwa członkowskie powinny były włączyć wymiar europejski do swych narodowych systemów kształcenia, włączyć je do programów szkolnych i promować koncepcje wymiaru europejskiego w materiałach do nauczania. UE postanowiła wesprzeć działania państw członkowskich przez wymianę informacji o koncepcjach i sposobach działania różnych państw członkowskich oraz informacjami na temat Wspólnoty przyczynić się do wymiany materiałów do nauczania i dokonać analiz treści tych materiałów. Ponadto promowanie programów wizyt studyjnych specjalistów ds. edukacji, szkolenia, nauczycieli w innych państwach członkowskich, zachęcanie do współpracy i wymiany informacji między narodowymi organami i organizacjami pozarządowymi, instytucjami badawczymi, wspieranie kontaktów i wymian między szkołami [8, 9].

W marcu 2000 r. Rada Europejska w Lizbonie podjęła decyzję w ramach nowego zadania strategicznego Unii Europejskiej na nadchodzące dziesięciolecie: „aby stać się światową, najbardziej konkurencyjną i dynamiczną gospodarką opartą o wiedzę, zdolną do zachowania zrównoważonego wzrostu oferując więcej i lepszych zajęć oraz większą spójność społeczną”. Oznacza to przystosowanie się do popytu społeczeństwa na określoną wiedzę oraz podniesienie konkurencyjności Europy, zachowując jednak jej wartości, różnorodność i model społeczny. Celem jest tak-

że umożliwienie uczenia się i szkolenia grupom docelowym w różnych etapach ich życia. Zadanie to powinno być realizowane zgodnie z trzema zasadami: rozwoju lokalnych ośrodków szkoleniowych, wspierania nowych, podstawowych umiejętności, szczególnie w technologiach informatycznych, oraz zwiększonej przejrzystości kwalifikacji [10].

W 2001 r. Komitet Społeczno-Ekonomiczny ocenił dotychczasowe doświadczenia polityk edukacyjnych Wspólnoty i umieścił edukację wśród najważniejszych tematów dialogu politycznego, gospodarczego i społecznego. Nakreślił podstawowe dziedziny działań na najbliższe lata: szkoły i ośrodki szkoleniowe, połączone z Internetem, powinny zostać przekształcone w wielozadaniowe lokalne ośrodki nauczania, powinny zostać ustanowione partnerstwa dla nauczania przy udziale szkół, ośrodków szkoleniowych, przedsięwzięć i instytucji badawczych działających dla wspólnych korzyści, powinny zostać zdefiniowane nowe podstawowe umiejętności oferowane w kształceniu ustawicznym.

Ważnym postulatem jest zdefiniowanie sposobów zwiększenia mobilności studentów, nauczycieli oraz personelu badawczego i szkoleniowego zarówno przez najlepsze wykorzystanie programów Wspólnoty oraz przez zapewnienie większej przejrzystości w uznawaniu kwalifikacji i okresów studiów oraz szkoleń.

Zwrócono uwagę na środki i metody szkolenia i nauczania: umiejętność korzystania z technologii informacyjnych (IT), przygotowanie zintegrowanego planu działania dla elektronicznej Europy (Plan Działań e-Europe), powołanie Europejskiego Obszaru Badań i Innowacji, ustanowienie podstawowych zasad kształcenia ustawicznego oraz określenie przez Komisję sposobów jego realizacji. Rozwijanie inicjatywy e-Learning ma uświadomić Europejczykom nadejście wieku technik cyfrowych – coraz szerszego korzystania z Internetu, tworzenie sieci instytucji edukacyjnych i rozwijanie mobilności wirtualnej [11,12].

Mobilność w edukacji

Mobilność studentów, nauczycieli, wykładowców i trenerów wynika z zasady swobody przepływu osób, zawartej w Traktacie Wspólnoty Europejskiej. Zasada ta oznacza prawo obywatela innego państwa członkowskiego zarówno do przybycia, jak i zamieszkania w dowolnym państwie członkowskim. Mobilność studentów i nauczycieli odgrywa kluczową rolę w tworzeniu europejskiego wymiaru w szkolnictwie wyższym.

Kolejne postanowienia Rady w sprawie przejrzystości kwalifikacji, świadectw, szkoleń zawo-

dowych i wprowadzenia systemu „Europas-training” podkreślały, że od mobilności osób kształcących się zależy powodzenie wdrożenia polityki szkolenia zawodowego. Okazało się, po badaniach przeprowadzonych w drugiej połowie lat 90., że same państwa członkowskie nie są w stanie w pełni zrealizować zasady swobodnego przepływu ludzi, wymaga więc to wspólnego działania Komisji i państw członkowskich zgodnie z zasadą subsydiarności. Zalecenie w sprawie mobilności studentów, osób szkolonych, wolontariuszy, nauczycieli i trenerów jest skierowanym do państw członkowskich kolejnym apelem o podjęcie działań wspierających mobilność, o stworzenie możliwości oceny przez pracodawców kwalifikacji i doświadczenia potencjalnych pracobiorców, zapewnienie osobom określonym w zaleceniu równych praw z prawami obywateli państwa członkowskiego, o spowodowanie uznania studiów podjętych w innym państwie członkowskim (ECTS). Także program działań Erasmus zdecydowanie wspierał współpracę szkół wyższych w ramach Wspólnoty, mobilność studentów oraz nawiązywanie kontaktów między obywatelami różnych państw członkowskich.

Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z 2000 r. zachęca do mobilności te osoby, które pragną podjąć studia, rozpocząć szkolenia lub nauczać albo prowadzić szkolenia w innym państwie członkowskim.

Najbardziej istotnym krokiem było postanowienie z posiedzenia Rady Europejskiej w Nicei (7–8 grudnia 2000 r.), które ustanowiło „zwiększającą się mobilność młodzieży, młodzieży szkolnej, studentów, naukowców, wszystkich tych, którzy się uczą, i ich nauczycieli” jako podstawowy cel polityczny, który zobowiązali się realizować przywódcy 15 państw członkowskich. Wspólne Stanowisko WE przyjęło w 2001 r. zalecenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie mobilności w obszarze Wspólnoty studentów, osób szkolących się, wolontariuszy, nauczycieli i trenerów. Mobilność obywateli w obszarze UE leży w gestii państw członkowskich i jest jednym z najtrudniejszych problemów do rozwiązania zarówno w dziedzinie edukacji, jak i zatrudnienia [14–16].

Kwalifikacje, standardy

Jednym z pierwszych aktów prawnych w sprawie porównywalności kształcenia zawodowego między państwami członkowskimi była decyzja Rady z 1985 r. Była ona uzupełnieniem i rozszerzeniem dwóch decyzji Rady z drugiej połowy lat 70. – o ustanowieniu Komitetu Doradczego w sprawie szkolenia medycznego oraz o ustanowieniu Komitetu Doradczego w sprawie szkolenia pielęgniarek.

Ogólne zasady uznawania kwalifikacji zawodowych w podejmowaniu i wykonywaniu zawodów regulowanych zostały określone dyrektywą Rady w sprawie generalnego systemu uznawania dyplomów szkół wyższych nadanych na zakończenie kształcenia i szkolenia zawodowego o czasie trwania nie krótszym niż trzy lata. Została ona uzupełniona dyrektywą Rady w sprawie drugiego ogólnego systemu uznawania kształcenia i szkolenia zawodowego. Obie dyrektywy zostały zmienione w 1997 r. dyrektywą Komisji. Państwa członkowskie podjęły własne działania prawne w dziedzinie uznawania kwalifikacji, co zmusiło Radę i Komisję do przygotowania kolejnych aktów prawnych. Dotyczyły one uzupełnienia poprzednich dyrektyw w sprawie generalnego systemu uznawania dyplomów szkół wyższych nadanych na zakończenie kształcenia i szkolenia zawodowego, zmian załączników do poprzednich dyrektyw wydanych w ramach drugiego ogólnego systemu uznawania kształcenia i szkolenia zawodowego. Po roku 1998 została wydana dyrektywa ustanawiająca mechanizm uznawania kwalifikacji w odniesieniu do działalności zawodowych objętych dyrektywami w sprawie liberalizacji środków przejściowych oraz uzupełniających i ogólnych systemów uznawania kwalifikacji. Traktat Amsterdamski zapewnia uznawanie dyplomów osób wykonujących wolne zawody (art. 47, ust. 1) oraz zawody lekarza i farmaceuty.

Ostatnia znacząca i rewolucyjna zmiana prawa dotyczącego uznawania zawodów medycznych (pielęgniarki ogólnej, dentyści, chirurga weterynarii, architekta, farmaceuty i lekarza) w Europejskim Obszarze Gospodarczym miała miejsce w maju 2001 r. Wprowadziła ona porządek do ustawodawstwa UE, pozbawiając mocy prawnej kilka poprzednich dyrektyw. Powstał system uznawania dyplomów obowiązujący w dużej części do dzisiaj. Pierwszymi grupami zawodowymi, których zawody zostały uregulowane przez Radę, były różnorodne grupy zawodów medycznych – lekarzy, pielęgniarek, położnych, techników dentystrycznych oraz zawodów architekta. Zostało uznane, że zawody regulowane to zawody, których posiadacze (będący obywatelami państw członkowskich) uzyskują prawo ich wykonywania w innym państwie członkowskim na podstawie przedstawionych dokumentów lub w oparciu o dokumenty i praktykę stażową w państwie członkowskim, w którym starają się o prawo wykonywania zawodu.

Postanowienie Rady z 3 grudnia 1992 r. w sprawie przejrzystości kwalifikacji zawodowych i postanowienie Rady z 15 lipca 1996 r. stanowiły podstawę dla Rady Europy, która wspólnie z UNESCO w połowie lat 90. podjęła prace nad możliwością wprowadzenia załącznika administracyjnego do dyplomu wyższej uczelni, co pozwoliłoby ustano-

wić synergii między akademickim i administracyjnym uznaniem kwalifikacji w sprawie przejrzystości kwalifikacji zawodowych.

Zalecenia Rady z września 1998 r. w sprawie współpracy europejskiej w ocenie jakości w szkolnictwie wyższym podkreśla wagę wymiany informacji i doświadczeń oraz współpracy w dziedzinie zapewnienia jakości z innymi państwami członkowskimi.

Współpraca europejska w dziedzinie oceny jakości edukacji szkolnej została podsumowana w propozycji Parlamentu Europejskiego i Rady z 1999 r. Stanowi ona, że edukacja o wysokiej jakości jest celem wszystkich państw członkowskich, a ocena jakości jest metodą monitorowania, wspomagania uczenia się i poprawy szkół, które przekazują wiedzę i wyposażają studentów Wspólnoty w odpowiednie umiejętności, kwalifikacje i postawy, bardzo ważne dla mierzenia się z wyzwaniami przyszłości. Propozycja określa cele na przyszłość:

- wspieranie i ustanawianie przejrzystych systemów jakości;
- wspieranie i tworzenie systemów oceny zewnętrznej;
- wspieranie i zachęcanie uczestnictwa wszystkich partnerów szkoły do twórczej odpowiedzialności za jakość;
- wspieranie szkoleń z dziedziny zarządzania i korzystania z samooceny;
- wspieranie możliwości szkoły uczenia się od innych szkół w skali narodowej i europejskiej;
- zachęcanie do współpracy między władzami odpowiedzialnymi za jakość edukacji i promowanie tworzenia sieci europejskich.

Standardy kwalifikacji i umiejętności zawodowych

Standardy szkolenia, edukacyjne i kwalifikacji, wspierane przez odpowiednie wskaźniki i metody oceny, tworzą system, który bezpośrednio odpowiada na pytania jakości w edukacji, uznawania kwalifikacji i zawodowego kształcenia i szkolenia, porównywalności kwalifikacji szkolenia zawodowego oraz wzajemnego uznawania dowodów formalnych kwalifikacji.

Standardy szkolenia

Stwarzanie większej harmonizacji poziomów szkolenia przez opracowanie wystandaryzowanych opisów podstawowych kwalifikacji wymaganych na różnych poziomach szkolenia. Zakłada to harmonizację standardów oceny i ewaluacji wiedzy, prowadząc do wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dowodów potwierdzających ukończenie szkolenia za-

wodowego. Wytyczne wskazują na potrzebę posiadania porównywalnych standardów szkoleniowych w celu rozpoczęcia uznawania dyplomów świadczących osiągnięcie pewnego poziomu wykształcenia.

Standardy kwalifikacji

Stworzone decyzją Rady z 1985 r. odnoszą się do spisu równoważnych kwalifikacji, wspierania wzajemnego uznawania kwalifikacji, przygotowania praktycznych opisów pracy, identyfikacji i porównywalności kwalifikacji szkolenia zawodowego w różnych państwach członkowskich. Ustanawiając standardy i zajmując się różnorodnymi zagadnieniami szkolenia zawodowego, Wspólnota powołała do życia Europejskie Centrum Rozwoju Szkolenia Zawodowego. Jego zadaniem jest udzielanie pomocy w podejmowaniu innowacyjnych działań w szkoleniu zawodowym, zwłaszcza innowacji technicznych. Rada wzywa do przyspieszenia prac nad kwalifikacjami szkolenia zawodowego, do zacieśnienia współpracy między państwami członkowskimi, do większego upowszechnienia, wymiany i wykorzystania informacji w sprawie porównywalności kwalifikacji zawodowych oraz do korzystania z usług i bazy danych CEDEFOP i zwiększenia efektywności kwalifikacji szkolenia zawodowego.

Standardy edukacyjne

Wysokie standardy edukacji europejskiej są podstawowym elementem przyszłej żywotności Wspólnoty. Ostatnie wytyczne mają na celu ustanowienie norm edukacji europejskiej, podczas gdy ocena edukacji i monitorowanie standardów obejmuje sprawdzanie treści, zakresu, celów i norm edukacyjnych niezależnie od faktu, że poszczególne państwa członkowskie są suwerenne pod względem edukacji. UE poszukuje możliwości ustanowienia europejskich norm edukacyjnych, łącznie z europejską zasadniczą podstawą programową, opartą o te same zagwarantowane standardy oraz poziom ewaluacji jakości dla wszystkich państw. Standardy edukacyjne i ich oceny powinny być stosowane i wykonywane we wszystkich różnorodnych systemach edukacji i ponad granicami państw, tak aby móc porównywać jakość w najszerszej skali [11,12].

Metody nauczania, innowacyjność

Metody nauczania, innowacyjność, nowe technologie uczenia i nauczania, multimedia, lepsze wykorzystanie komputerów, tworzenie sieci ośrodków doskonałości otwartych dla wszystkich chcących się uczyć, kształcenie ustawiczne

to zagadnienia, którym została poświęcona część ustawodawstwa w ostatnich latach. W połowie lat 90. znaczny nacisk położono na wykorzystanie w edukacji elektronicznych nośników informacji. Wykorzystanie nowoczesnych metod szkoleniowych oraz nowych technologii umożliwiło dostęp szkolenia zawodowego o wysokiej jakości. Temu celowi służył m.in.:

- komunikat Komisji „Droga Europy do społeczeństwa informatycznego – plan działań”,
- decyzja Rady w sprawie rynku multimedialnego i wykorzystania multimedii w powstającym społeczeństwie informatycznym,
- postanowienie Parlamentu w sprawie oprogramowania edukacyjnego i multimedii w edukacji i szkoleniu.

Podsumowaniem tych inicjatyw był Komunikat Komisji „Uczenie się w społeczeństwie informacyjnym – plan działania europejskiej inicjatywy edukacyjnej”, który m.in. nakreślił ramy dostępu do tych technologii i ich wykorzystaniu w nauczaniu od szkoły podstawowej do kształcenia ustawicznego.

Inicjatywa e-Learning (nauczanie za pomocą mediów elektronicznych) jest odpowiedzią na opóźnienie w stosowaniu nowych metod nauczania. „Młodzież europejska w erze cyfrowej” oraz „Szybszy Internet dla pracowników naukowych i studentów” dotyczą działań w dziedzinie oświaty. e-Learning nie rozpoczyna nowych czy równoległych procesów, e-Learning zbiera różnorodne edukacyjne elementy działań e-Europejskich i przyczynia się do efektywnego włączenia technologii informacyjnych i komunikacji (ICT) do kształcenia i szkolenia. Jest on częścią wspólnotowego programu „e-Europa 2002 – Społeczeństwo Informacyjne”. Wdrożenie e-Learning powinno koncentrować się na komputerach multimedialnych, dostępie do sieci cyfrowych w różnych układach nauczania, szkolenia i wiedzy.

Uczenie się na odległość. Elementy nauczania otwartego i na odległość powinny być włączone do programów właściwego kształcenia i szkolenia, łącznie z kształceniem na poziomie wyższym. Powszechnym narzędziem realizacji nauczania otwartego i na odległość jest ICT. Innowacyjność ICT i telematyka, ich wpływ na społeczeństwo i oświatę, wzywa państwa członkowskie do podejmowania działań dla włączenia technologii do narodowych systemów oświaty. Dokonać można tego przez wprowadzenie ICT i telematyki do procedur kształcenia, oferowanie nauczycielom wykorzystującym oprogramowanie multimedialne kursów szkoleniowych, zachęcanie do projektowania odpowiednich programów nauczania, wyposażenie instytucji nauczających w odpowiednie urządzenia ICT zintegrowane z innymi sieciami ICT. Oczekuje się, że wprowadzenie ICT stopniowo zmieni społeczeń-

stwo i przygotowuje je do coraz większego wykorzystania informacji w formie elektronicznej [13–15].

Nauka języków. Ten aspekt edukacji młodzieży i dorosłych odnosi się do wszelkich aspektów nauczania, uczenia się, zdobywania umiejętności i kwalifikacji w otwartym społeczeństwie europejskim. Nauka języków jest zagadnieniem wszystkich prawie aktów UE w sprawie kształcenia i szkolenia. Zgodnie z zaleceniem Parlamentu Europejskiego i Rady z 10 lipca 2001 r. państwa członkowskie „powinny przedsięwziąć środki, które uznają za właściwe dla zmniejszenia przeszkody językowej oraz dla przygotowania językowego przed wdrożeniem środków na rzecz zwiększenia mobilności” [17, 18].

Kształcenie ustawiczne. Jest przedmiotem wielu postanowień Rady. Państwa członkowskie muszą zwiększyć możliwość dalszego szkolenia i przeszkalanania pracowników w ciągu ich całego życia zawodowego. Zajęcia wymagające kwalifikacji obejmują wiele różnorodnych działań, wymagają coraz większej praktycznej i teoretycznej wiedzy, otwartości na innowacje zarówno od strony podejścia i praktycznego działania oraz zdolności wykorzystania odpowiednich technologii. Kształcenie ustawiczne stało się szczególnie istotne w dziedzinie medycyny ze względu na niebywały rozwój postępu technicznego i naukowego. Państwa członkowskie powinny zdecydować, w jaki sposób absolwentom studiów medycznych w ramach kształcenia ustawicznego zapewnić zdobywanie zaktualizowanej, nowoczesnej wiedzy i umiejętności praktycznych. Sprawozdanie Komisji „Konkretne przyszłe zadania systemów edukacji” nakreśla wyzwania stojące przed państwami członkowskimi wynikające z konferencji w Lizbonie i Feira:

- szkolnictwo średnie i kształcenie dorosłych wymagają wyższych i trwałych nakładów w systemach edukacyjnych państw członkowskich;
- w kształceniu technicznym i zawodowym muszą nastąpić istotne zmiany, tak aby kształcić w modułach, oferować kursy bardziej przystosowane do potrzeb i oferować uczącym się audyt umiejętności;
- szkoły i ośrodki szkoleniowe należy wyposażać w Internet umożliwiającą dostęp do lokalnych zasobów wiedzy;

Piśmiennictwo

1. Traktat Rzymski, podpisany 25.03.1957 r.
2. Traktat z Maastricht, podpisany 7.02.1992 r.
3. Traktat Amsterdamski, podpisany 2.10.1997 r.
4. Decyzja Rady nr 89/489/EWG z 28.07.1989 r. ustanawiająca plan działań dla rozwoju ustawicznego szkolenia zawodowego we WE (Force).
5. Decyzja Rady nr 1999/311/WE z 29.04.1999 r. przyjmująca trzecią fazę współpracy europejskiej w szkolnictwie wyższym (Tempus III) – 2000–2006.

- należy podnieść na wyższy poziom umiejętność posługiwania się i korzystania z technologii informacyjnych (IT) i technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT), łącznie ze wprowadzeniem świadectwa takich umiejętności;
- zwiększyć mobilność wszystkich uczestników procesu nauczania i uczenia oraz zwiększyć przejrzystość w uznawaniu kwalifikacji i okresów studiowania i szkolenia;
- zapewnić szkołom dostęp do zasobów multimedialnych.

Memorandum w sprawie kształcenia ustawicznego, które przedstawiono Radzie ds. Kształcenia 9 listopada 2000 r., powinno stać się punktem odniesienia do opracowania generalnej strategii wspierania kształcenia ustawicznego jako elementu modelu społecznego Europy i skoordynowanej strategii zatrudnienia. Planuje się określenie podstawowych umiejętności oraz związanej strategii kształcenia i szkolenia ustawicznego [10, 19, 21, 22].

Podsumowanie

Europejskie Sprawozdanie w Sprawie Jakości Edukacji Szkolnej powstało we współpracy z ministerstwami 26 państw europejskich (w tym państw kandydujących). Zawiera wskaźniki dostępności, sukcesu edukacyjnego, monitorowania edukacji szkolnej oraz zasobów i struktur edukacyjnych. Efektywność edukacji i szkolenia powinna być mierzona wskaźnikami strukturalnymi wydatków publicznych na edukację, uczestnictwem dorosłych w kształceniu się i szkoleniu oraz proporcją osób niekontynuujących nauki do populacji uczących się. Celem Unii jest stworzenie warunków kształcenia swych obywateli i zaoferowania im różnorodnych metod kształcenia ustawicznego.

Powyższe inicjatywy strategiczne i ustawodawcze zostały przedstawione w ostatnich 2–3 latach. Ich przełożenie na akty prawne Wspólnoty stanowić będzie wyzwanie nie tylko dla państw członkowskich, ale przede wszystkim dla państw kandydujących, które w znacznie krótszym czasie będą dążyły do osiągnięcia poziomu i jakości edukacji porównywalnej z państwami członkowskimi.

6. Decyzja nr 819/95/WE z 28.07.1989 r. Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiająca program działań Wspólnoty Socrates.
7. Rozporządzenie Rady nr 337/75/EEC z 10.02.1975 r. ustanawiające CEDEFOP.
8. Wnioski Rady z 9.03.1987 r. w sprawie szkolenia zawodowego.
9. Postanowienie nr 88/C z 24.05.1996 r. Rady i Ministrów Edukacji w sprawie europejskiego wymiaru edukacji.
10. Sprawozdanie ze spotkania Rady Europejskiej w Lizbonie 23–24.03.2000 r.
11. Decyzja Rady nr 85/368/EWG z 10.02.1985 r. w sprawie porównywalności kwalifikacji szkolenia zawodowego.
12. Postanowienie Rady nr 91/C 109/01 z 18.12.1990 r. w sprawie porównywalności kwalifikacji uzyskanych w trakcie szkolenia.
13. Postanowienie Rady z 6.05.1996 r. w sprawie oprogramowania edukacyjnego i multimediiów w edukacji i szkoleniu.
14. Postanowienie Parlamentu Europejskiego z 1996 r. w sprawie „Uczenia się w społeczeństwie informacyjnym”.
15. Postanowienie Rady z 13.07.2000 r. w sprawie e-Learningu.
16. Decyzja Rady nr 87/327/EWG z 25.06.1987 r. zatwierdzająca projekt działania Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie mobilności studentów szkół wyższych (Erasmus).
17. Zalecenie parlamentu Europejskiego i Rady nr 2001/613/WE z 10.07.2001 r. w sprawie mobilności w obszarze Wspólnoty studentów, osób podejmujących szkolenia, nauczycieli i trenerów.
18. Sprawozdanie ze spotkania Rady i Ministrów Edukacji z 9.11.2000 r.
19. Wytyczne ze spotkania Rady Europejskiej w Santa Maria da Feira, 19–20.06.2000 r.
20. Postanowienie Rady z 11.07.1983 r. w sprawie polityk szkolenia zawodowego we Wspólnocie Europejskiej w latach 1980.
21. Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady z 29.04.1999 r.
22. Wnioski Rady z 13.07.2001 r. w sprawie działań wynikających ze sprawozdania w sprawie konkretnych przyszłych zadań systemów edukacyjnych.
23. Wojnowska-Dawiskiba H. Materiały projektu Leonardo da Vinci: Nurse’s University – Level Education Models (NO PL/01/B/F/PP/140435). Wrocław: Akademia Medyczna; 2003.

Adres Autorki:

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

MODELE KSZTAŁCENIA • EDUCATION MODELS

Europejska strategia Światowej Organizacji Zdrowia kształcenia pielęgniarek i położnych

World Health Organization European Strategy
of the education system for nurses and midwives

HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA, IZABELLA UCHMANOWICZ

Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Halina Wojnowska-Dawiskiba

Streszczenie W związku z różnicami w jakości kształcenia pielęgniarek i położnych, edukacja pielęgniarek i położnych musi ulegać zmianie. Potrzeba zmian w kształceniu pielęgniarek i położnych wynika z „Europejskiej Strategii Światowej Organizacji Zdrowia” oraz z wytycznych Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), Międzynarodowego Stowarzyszenia Położnych (ICMA), dyrektyw i rozporządzeń Unii Europejskiej. W pracy omówiono zagadnienia dotyczące początkowego kształcenia pielęgniarek i położnych, które ma stworzyć podwaliny pod przyszły, stały rozwój profesjonalny. Strategia została przygotowana w związku z różnicami w kształceniu do zawodu pielęgniarki i położnej w krajach Unii Europejskiej. Wytyczne WHO w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych w Europie realizowane są przez stworzenie programu nauczania zawodów opartych na doświadczeniu. Proces tworzenia programu nauczania uwzględnia: cele edukacyjne, elementy kształcenia praktycznego, tytuł licencjata. Skuteczna organizacja elementów kształcenia możliwa jest poprzez zintegrowany program nauczania, który uwzględnia zespolenie czterech elementów: struktury, procesu, rezultatu oraz oceny wyników. Model kształcenia i szkolenia muszą być oparte na rozwijaniu kompetencji. Zgodnie ze strategią, struktura programu musi polegać na zintegrowaniu kilku elementów: konstrukcji, procesu i wyniku. Treść programu musi być oparta na badaniach naukowych, wiarygodnych publikacjach i istotnych problemach ochrony zdrowia w każdym z krajów członkowskich. Pozytywnym wynikiem nauczania powinno być uzyskanie kompetencji niezbędnych do wypełnienia roli i funkcji pielęgniarki i położnej. Czas trwania kształcenia nie powinien być krótszy niż trzy lata. Wiele krajów dąży do utworzenia odpowiednich aktów prawnych, gdyż nie wszystkie państwa członkowskie posiadają ustawy regulujące zawody pielęgniarki i położnej. Zewnętrzna i wewnętrzna kontrola będzie nieodzowna do monitorowania jakości i standardów programu nauczania, jako struktury, procesu i rezultatów.

Słowa kluczowe: edukacja, Unia Europejska, pielęgniarki, położne.

Summary Nurses and midwives education system must be changed in connection with too many differences in the education system among European Countries. It was the most important reason for writing a document called The European Strategy of The World Health Organization. This document is showing the standard of teaching for nurses and midwives that could be used in the European Region. The education program must be changed in order to teach nurses and midwives based on their experience. The education process includes: education goals, clinical teaching and bachelor degree. The perfect model of education must be based on developing competencies. According to Strategy the structure of the program should integrated a few important elements: construction, process and results. The education system must be also based on clinical research, scientific publications, and resolving problems that arise in every country. Positive results of teaching should bring the competencies that are necessary for being a nurse or midwife. Outside and inside control will be a very important element for monitoring the high quality and standards of the education system.

Key words: education, European Union, nurses, midwives.

Wstęp

W związku ze znacznymi różnicami w kształceniu pielęgniarek i położnych w krajach Unii Europejskiej nastąpiła pilna potrzeba zmian w programach kształcenia dla potrzeb tych zawodów. Stąd powstał dokument „Europejska Strategia Światowej Organizacji Zdrowia”, który omawia zagadnienia początkowego kształcenia pielęgniarek i położnych.

Cel pracy

Celem pracy jest omówienie systemów kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej obowiązujących w krajach Unii Europejskiej. Praca ukazuje również najistotniejsze elementy Europejskiej Strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej kształcenia pielęgniarek i położnych w Regionie Europejskim WHO.

Omówienie strategii

Pierwszy rozdział strategii dotyczy stworzenia programu nauczania zawodów opartych na doświadczeniu. Przede wszystkim prezentuje się zasady kształcenia profesjonalisty, a dopiero później skupia się na specyficznych elementach kształcenia pielęgniarki i położnej. W procesie tworzenia programu zwraca się uwagę na kilka kluczowych elementów, tj. cele edukacyjne programu, elementy kształcenia praktycznego, konstrukcję programu nauczania oraz określenie stopni i tytułów naukowych i zawodowych.

Istotnymi elementami przygotowania do wykonania zawodu po ukończeniu szkoły wyższej jest kształcenie praktyczne, uwzględniające wiarygodne i aktualne publikacje (w tym również – samodzielne prowadzenie badań naukowych). Kształtowanie świadomości wynika z rosnącej złożoności systemu ochrony zdrowia, postępów naukowych i technicznych, rosnącej liczby osób korzystających z usług zdrowotnych, konsekwentnego kontynuowania kształcenia zawodowego oraz prac w interdyscyplinarnych zespołach, konieczności poprawy poziomu pracy pielęgniarek i położnych w różnych krajach, rekrutacji najzdolniejszych absolwentów szkół, szkolenie nauczycieli itd.

Poziom uzyskanych tytułów zawodowych musi odpowiadać formalnemu zarejestrowaniu pielęgniarki i położnej, której kwalifikacje niezbędne do rozpoczęcia i kontynuowania praktyki zawodu są przedmiotem regulacji swoistych dla poszczególnych krajów.

Niezbędnym elementem kształcenia jest zintegrowany program nauczania. Organizacja ele-

mentów edukacyjnych powinna między innymi umożliwić przekształcenie się w wykwalifikowaną pielęgniarkę lub położną. Aby to osiągnąć, niezbędna jest integracja w zakresie trzech elementów:

- **struktury** – logicznego układu, odpowiednich proporcji zajęć i teorii (zajęcia realizowane w szkołach i pracowniach) oraz praktyki prowadzonej pod nadzorem wykwalifikowanej pielęgniarki i położnej w szpitalach i lecznicztwie otwartym;
- **procesu** – zastosowanie podejścia zorientowanego na osoby uczące się, zakładającego równoległe nauczanie teorii i praktyki tak, aby studenci mogli zintegrować wiedzę teoretyczną z doświadczeniami zdobytymi w czasie praktyk. Dzięki temu możliwe jest stopniowe przyjmowanie na siebie odpowiedzialności;
- **rezultatów** – uzyskanie rezultatu w postaci praktycznych kompetencji. Dla pielęgniarek i położnych oznacza to przygotowanie do pracy w podstawowych, drugorzędowych lub referencyjnych ośrodkach opieki zdrowotnej, jak również zdobycie tytułu licencjata.

W tym celu należy zabezpieczyć: odpowiednio wykwalifikowany personel, zasoby akademickie i kliniczne. Ważne jest również to, czy zostały osiągnięte wyznaczone cele. Wyniki kształcenia w wymiarze praktycznym najłatwiej interpretować, jeżeli wyrażone są jako kompetencje. Program nauczania powinien zawierać jasne wyszczególnienie tych kompetencji.

Model kształcenia i szkolenia oparty na rozwijaniu kompetencji. Strategia (WHO 2000) określa, iż kształcenie pielęgniarek i położnych powinno być oparte na rozwijaniu kompetencji. Jest to zgodne z rosnącym i dostrzeganym na całym świecie zapotrzebowaniem na takie właśnie podejście do kształcenia personelu zatrudnionego w ochronie zdrowia.

Kompetencja określana jest w Strategii (WHO 2000) jako pojęcie złożone o szerokim znaczeniu, obejmujące praktykę zawodową pielęgniarki i położnej, opisujące zbiór umiejętności odzwierciedlających wiedzę, postawy oraz elementy psychomotoryczne.

Zwolennicy kształcenia opartego na rozwijaniu kompetencji wskazują na jego pragmatyczną naturę, jako że jego głównym celem jest zapewnienie, by personel kształcony był i szkolony w taki sposób, aby mógł spełnić oczekiwania społeczne po zakończeniu nauki. W obszarze ochrony zdrowia oznacza to, że pielęgniarki i położne muszą być przygotowane do wychodzenia naprzeciw nie tylko aktualnym potrzebom zdrowotnym w ich kraju, ale również posiadać umiejętności pozwalające na aktualizację kompetencji i spełnianie przyszłe potrzeby, w sposób jak najbardziej ekonomiczny i skuteczny.

Przeciwnicy podejścia opierającego się na zdobywaniu kompetencji widzą system kształcenia opartego na kompetencjach jako redukcjonistyczny, ograniczający się do wykonania zadań podejmowanych jako konkretne zachowania realizowane w sposób mechaniczny, bez odwołań ani kontekstu, bez brania pod uwagę uwarunkowań danej sytuacji.

Podkreślając znaczenie kształcenia opartego na rozwijaniu kompetencji w pielęgniarstwie i położnictwie, strategia zaznacza, że stanowi to zaledwie pierwszy etap owego procesu projektowania.

Program nauczania zawodu pielęgniarki

Przeznaczony jest do kształcenia pielęgniarki ogólnej. Zawiera elementy teoretyczne i praktyczne, treść nauczania i uczenia się oraz strategię ocenę postępów, metody oceny wyników w zakresie rozwoju kompetencji. Trzy zasadnicze procesy stworzyły kontekst dla proponowanych przez strategię przykładowych programów nauczania. Były to: Deklaracja Monachijska (WHO 2000), Health 21 (WHO 1999) oraz Pielęgniarki i Położne dla Zdrowia – Strategia (WHO 2000a).

1. Ogólna struktura programu nauczania. Zgodnie ze Strategią struktura programu musi polegać na zintegrowaniu następujących elementów:

- **konstrukcji** – tj. logicznego układu, zapewniającego odpowiedni udział elementów nauczania teoretycznego z nadzorowanymi zajęciami praktycznymi w szpitalach i lecznictwie otwartym;
- **procesu** – podejścia łączącego praktykę i teorię w sposób ułatwiający osobom uczącym się zintegrowanie wiedzy wyniesionej z sali wykładowej, seminaryjnej czy pracowni z doświadczeniami pozyskanymi w trakcie odpowiednio nadzorowanych zajęć praktycznych, pozwalających na podejmowanie stopniowo coraz większej odpowiedzialności;
- **wyniku** – tj. przygotowania do pracy w zawodzie pielęgniarki, w tym w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej.

Treść programu

Zgodnie z założeniami Strategii: treść programu nauczania musi być oparta na badaniach naukowych i wiarygodnych publikacjach, istotnych z punktu widzenia priorytetowych problemów ochrony zdrowia w każdym z państw członkowskich, zależnie od ich uwarunkowań epidemiologicznych, demograficznych i socjokulturalnych. Głównym przedmiotem, obszarem kształcenia, musi być teoria i praktyka zawodu pielęgniarki i położnej.

Do programu nauczania powinny być włączone przedmioty towarzyszące, ich poniższą listę Strategia traktuje jako minimum:

- zdrowie publiczne, promocja zdrowia, edukacja zdrowia i terapeutyczna edukacja pacjenta,
- epidemiologia stanów chorobowych i ich aspekty pielęgnacyjne,
- nauki behawioralne,
- biologia,
- świadomość badań naukowych,
- porozumiewanie się,
- problemy zawodowe, etyczne i prawne,
- zarządzanie informacją i informatyką,
- zarządzanie i rola kierownika, zarządzanie organizacyjne.

Cele i oczekiwane wyniki realizacji programu nauczania

Zgodnie z założeniami program nauczania musi mieć cele i oczekiwane rezultaty. Strategia określa je następująco: pielęgniarki po pozytywnym ukończeniu nauki powinny zyskać kompetencje niezbędne do pełnienia roli i funkcji pielęgniarki.

Czas trwania programu dydaktycznego

Czas trwania kształcenia powinien być wystarczający, aby osiągnięte mogły być wyznaczone kompetencje. Nie powinien on być krótszy niż trzy lata. Czas trwania jest również określony przez aktualne dyrektywy Wspólnoty Europejskiej, które uszczegóławiają liczbę godzin kształcenia, która powinna wynosić minimum 4600 godzin, z czego 50%, czyli 2300 godzin, powinno być przeznaczone na zajęcia praktyczne.

Wzorcowy program nauczania pielęgniarek spełnia te wymogi. Należy jednak pamiętać, że w niektórych krajach regionu minimalny czas trwania kształcenia prowadzącego do uzyskania tytułu licencjata trwa cztery lata.

Zatwierdzenie programu nauczania

Nie wszystkie państwa członkowskie posiadają w obecnej chwili ustawy regulujące zawody pielęgniarki i położnej, ani też nie posiadają odpowiednich ciał odpowiadających prawnie za bezpieczeństwo publiczne poprzez zatwierdzanie standardu, rodzaju i treści programów kształcenia pielęgniarek i położnych oraz przez prowadzenie rejestru pielęgniarek. Wiele krajów dąży do przygotowania odpowiednich aktów prawnych.

Wartości etyczne leżące u podstaw programu nauczania

Niezbędne jest, aby pielęgniarki, podobnie jak inne grupy zawodowe pracujące w ochronie

zdrowia, wykonywały wszystkie swoje zadania zgodnie z najwyższymi standardami etycznymi. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN – International Council of Nurses) wydała Kodeks Etyczny Pielęgniarek (ICN 2000). Kodeks został przyjęty po raz pierwszy przez ICN w 1953 r. i od tamtego czasu był kilkakrotnie weryfikowany, ostatnio w roku 2000.

Struktura programu nauczania

Wzorcowy program nauczania składa się z modułów jednostek dydaktycznych. Pełen moduł odpowiada 281,25 godzinom nauki, co jest równe 7,5 tygodniom po 37,5 godzin roboczych. Pół modułu stanowi około połowy wyżej wymienionego okresu, tj. 140 godzin lub okres odpowiadający 3,5 tygodnia po 37,5 godziny pracy. Sześć pełnych modułów lub ich równowartość w modułach pełnych i połowicznych składa się na jeden rok akademicki, w tym wypadku na 45 tygodni; cały program obejmuje trzy takie lata.

Wartość kredytowa modułów

Kredyty są „liczbową wartością przyznawaną jednostkom dydaktycznym w celu wyrażenia pracy studenta koniecznej do ich odbycia i odzwierciedlają one jedynie ilość godzin dydaktycznych” (Komisja Europejska 1995).

Zasada przyznawania wartości kredytowej jest jednak uniwersalna: każdemu elementowi programu nauczania – teoretycznemu czy praktycznemu – należy przyznać wartość odpowiadającą poziomowi trudności tego elementu. Wartość kredytowa powinna odzwierciedlać szacunkową ilość wysiłku włożonego przez studenta w zaliczenie danego elementu.

Piśmiennictwo

1. Światowa Organizacja Zdrowia 2000. *Europejska strategia kształcenia pielęgniarek i położnych*. Fragment *Rola i funkcja pielęgniarki*. ŚOZ, Kopenhaga.
2. Światowa Organizacja Zdrowia 2000. *Przewodnik po regulacjach prawnych dotyczących grup zawodowych*. ŚOZ, Kopenhaga.
3. Światowa Organizacja Zdrowia 1998. *Health 21*. ŚOZ, Kopenhaga.
4. Światowa Organizacja Zdrowia 1994. *Deklaracja o promowaniu praw pacjenta w Europie*. ŚOZ, Kopenhaga.
5. *Evaluations of reoriented curricula in basic nursing education*. Report of an Interregional Workshop. Geneva, World Health Organization, 1989 (document HMD/NUR/89.2).
6. *A guide to curriculum review for basic nursing education: orientation to primary health care and community health*. Geneva, World Health Organization, 1985.
7. Wojnowska-Dawiskiba H. *Kształcenie licencjata pielęgniarstwa. Kluczowe elementy uwarunkowane potrzebami i tendencjami rozwojowymi zawodu*. Warszawa: Wyd. NRPiP; 2001.

Adres Autorki:

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Ponieważ wzorcowy program nauczania został przygotowany przez Region Europejski WHO, modułom należy przyznawać punkty kredytowe zgodnie z Europejskim Systemem Transferu Punktów Kredytowych (European Credit Transfer System – ECTS).

Strategie nauczania, uczenia się i oceny wyników

Strategie nauczania, uczenie się i oceny wyników będą zgodne z zasadami kształcenia osób dorosłych, opierających się na założeniu, że zarówno nauczyciel, jak i uczeń wniosą do procesu dydaktycznego własne doświadczenia i wiedzę uzyskaną w przeszłości.

Monitorowanie jakości i akredytacja

Wewnętrzna i zewnętrzna kontrola jest nieodzowna do monitorowania jakości i standardów programu nauczania oraz jego struktury, procesów i rezultatów. Egzaminatorzy zewnętrzni i wzytatorzy będą wyznaczani zgodnie z procedurami obowiązującymi uczelnie wyższe w danym kraju oraz zgodnie z rozporządzeniami uprawnionego ciała.

Wyniki programu nauczania wyrażone jako kompetencje

Zgodnie ze szczegółowymi założeniami Strategii, program nauczania będzie oparty na rozwijaniu kompetencji. Tym samym Strategia wymaga, aby kształcenie pielęgniarek miało za cel osiągnięcie tych kompetencji.

Nauczanie i uczenie się w praktyce klinicznej szkoły wyższej

Education and teaching in clinical settings

HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA, JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS

Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Halina Wojnowska-Dawiskiba

Streszczenie Wysokiej jakości nauczanie jest podstawą sukcesu każdego programu. Przygotowanie osób zawodowo zajmujących się nauczaniem, zarówno wykładowców akademickich, jak i klinicystów dla realizowania procesu nauczania jest kamieniem węgielnym kształcenia profesjonalistów opieki zdrowotnej. Realizacja jakiegokolwiek programu nauczania na kierunku pielęgniarstwo prowadząca do uzyskania kwalifikacji Zarejestrowanej Pielęgniarki w jakimkolwiek państwie Unii Europejskiej nadal wymaga, by wykładowcy/nauczyciele, jak i klinicyści posiadali wykształcenie w wielu dziedzinach. Celem pracy jest przedstawienie nauczyciela w praktyce klinicznej, proponującego ułatwienia w uczeniu się w środowisku klinicznym, pracującego z jednym lub dwoma studentami w danym momencie, pomagając im w uczeniu się, stosowaniu i rozwijaniu zastosowań klinicznych praktycznych i intelektualnych umiejętności studentów oraz mentora – klinicystę, który pomaga studentowi osiągnąć umiejętności kliniczne umożliwiające uzyskanie rejestracji zawodowej, oferując jednocześnie radę i wsparcie.

Słowa kluczowe: nauczanie, uczenie się, nauczyciel klinicysta.

Summary High education quality is a key success of every program. Good preparation of professional teachers in order to complete the education process is very important. The purpose of this study is to show how teachers who work with 1 or 2 students in clinical settings may help in developing practical and intellectual skills. Very important is to show the role of mentor who helps students in hospital settings offering advice and support.

Key words: education, teaching, practice teacher.

Wstęp

Wysokiej jakości nauczanie jest podstawą sukcesu każdego programu. Przygotowanie osób zawodowo zajmujących się nauczaniem, zarówno wykładowców akademickich, jak i klinicystów dla realizowania procesu nauczania jest kamieniem węgielnym kształcenia profesjonalistów opieki zdrowotnej.

Realizacja jakiegokolwiek programu nauczania na kierunku pielęgniarstwo prowadząca do uzyskania kwalifikacji Zarejestrowanej Pielęgniarki w jakimkolwiek państwie Unii Europejskiej nadal wymaga, by wykładowcy/nauczyciele jak i klinicyści posiadali wykształcenie w wielu dziedzinach.

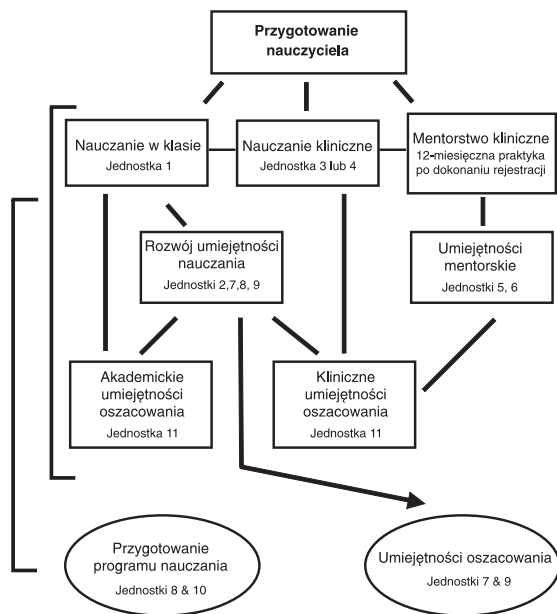
Wiele różnorodnych metodologii koncentruje się na ułatwieniu uczenia się. Jedną z charakterystycznych cech nauczyciela jest stosowanie wobec studenta najbardziej efektywnej metody ułatwiania uczenia się.

Nauczanie może również być ułatwiane wykorzystując system nauczania na odległość, wydrukowanych skryptów i podręczników, nadzorowanych jednostek nauczania lub uczenia wspomagane komputerowo. Sposoby te mogą być zaoferowane jako samodzielne systemy lub jako uzupełnienie/dodatek do innego ułatwiającego sposobu nauczania. Plan i ułatwianie nauczania na odległość przez nauczyciela uznawane są za umiejętności zaawansowane.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie nauczyciela w praktyce klinicznej, proponującego ułatwienia w uczeniu się w środowisku klinicznym, pracującego z jednym lub dwoma studentami w danym momencie, pomagając im w uczeniu się, stosowaniu i rozwijaniu zastosowań klinicznych prak-

tycznych i intelektualnych umiejętności studentów oraz mentora – klinicystę, który pomaga studentowi osiągnąć umiejętności kliniczne umożliwiające uzyskanie rejestracji zawodowej, oferując jednocześnie radę i wsparcie.



Ryc. 1. Ramy koncepcyjne

Nauczanie i uczenie w praktyce klinicznej (nauczyciel klinicysta w szkole wyższej)

Jednostka powinna umożliwić potencjalnym nauczycielom klinicznym zapoznanie się z relacjami pomiędzy ich praktyką a koncepcjami nauczania/uczenia się. Analizując te relacje, studenci powinni wykazać się krytycznym spojrzeniem oraz przedstawiać w trakcie dyskusji akademickich raczej koncepcje stanowiące podstawę przemyśleń, niż osiągnięcie kwalifikacji.

Ogólnym celem jednostki jest umożliwienie uczestnikom rozwoju umiejętności działania jako osoby efektywnie ułatwiające nauczanie studentów w danym ośrodku praktyki.

Treści indykatoryjne

1. Uczestnicy muszą od początku aktywnie zaangażować się w naukę własną poprzez aktywne uczestnictwo i refleksje w ramach większej grupy oraz indywidualnego otoczenia naukowego.
2. Wpływ wartości i poglądów na różnorodne procesy edukacyjne.
3. Aktywne zaangażowanie w podnoszenie na

wyższy poziom treści, wyjaśnienia podstaw naukowych i zgoda na osobiste strategie oszacowania.

4. Ponowna krytyczna ocena dyskusji o teorii i praktyce na podstawie przede wszystkim doświadczeń osobistych.
5. Korzystanie z własnych doświadczeń zakończonego powodzeniem i niepowodzeniem nauczania oraz możliwości nauczania.
6. Badanie charakteru i wzajemnych relacji modeli humanistycznych, poznawczych i behawioralnych. Debata powinna koncentrować się na pacjencie/ kliencie, karierze, osobie posiadającej kwalifikacje w ochronie zdrowia i innych osobach, biorąc pod uwagę wpływ kontekstu bezpośredniego środowiska nauczania i szerokiego kontekstu społecznego.

Zastanawiając się nad odpowiednimi kontekstami zagadnień praktyki, powinny zostać zanalizowane zagadnienia istotne w danym momencie, tzn. multidyscyplinarności, nadzoru zawodowego, pojawiających się ról zawodowych, uczestnictwa pacjenta/klienta i biorąc te elementy pod uwagę – struktura i zmiany polityki mające bieżący wpływ na kształcenie i szkolenie.

Należy przede wszystkim skoncentrować się na identyfikacji procesów nauczania, które same z siebie mają dodatni wpływ na jakość opieki, a które wynikają z potrzeb i które wpisane są w strategię oszacowania i oceny najbardziej dostosowane do potrzeb praktyków.

Sugerowane wyniki nauczania

Student powinien umieć:

- Aktywnie uczestniczyć w przygotowywaniu wyczerpującego i odnoszącego się do praktyki programu studiów w ramach określonych ram koncepcyjnych.
- Przygotować, opierając się na krytycznej analizie i zasobie informacji, bibliografię i określić następstwo czasowe jej wykorzystania.
- Określić i krytycznie ocenić koncepcje, które odnoszą się do indywidualnych doświadczeń praktycznych w nauczaniu/uczeniu się.
- Krytycznie analizować koncepcje autonomicznej, odpowiedzialnej praktyki, poszukując powiązań między wynikłą z niej odpowiedzialnością zawodową a stworzeniem praktycznego środowiska nauki, które ma duże znaczenie.
- Określić różnorodność możliwości kształcenia odnoszącego się do praktyki i krytycznie odnosić się do wachlarza modeli i teorii nauczania/uczenia się/nadzoru zawodowego odnoszących się do powyższych możliwości.

Sposoby ułatwiania nauczania i uczenia się w praktyce zawodowej (praktyk, nauczyciel klinicysta)

Szerokim celem tego modułu jest wyposażenie studentów – nauczycieli klinicznych w umiejętności rozwijania wiedzy uczenia się i nauczania w celu pozyskania większej ilości informacji praktycznej. Pozwoli to studentom na sprawdzenie możliwości teoretycznych w odniesieniu do ułatwiania nauczania skoncentrowanego na uczniu w ich własnej dziedzinie.

Osoby zawodowo aktywne w ochronie zdrowia w coraz większym stopniu są włączone w zapewnianie skoncentrowanego na studencie środowiska nauczania w ramach praktyki klinicznej.

Można argumentować, że istnieje potrzeba rozwoju personelu w dziedzinie nauczania i uczenia się. Oczekuje się, że wielu praktyków przekáže studentom swe doświadczenia, łącznie z najlepszymi praktykami (*best practice*), prowadzącymi do jakości opieki. Jednakże większość praktyków często odczuwa brak kwalifikacji w wiedzy, jaką posiadają i brak rozumienia teoretycznych aspektów nauczania i możliwości ich efektywnego zastosowania w praktyce.

Moduł ten pozwoli studentom poznać wymagane kwalifikacje konieczne dla ułatwienia uczenia się oraz pomoże im w określeniu ich własnych silnych stron i obszarów rozwoju. Konieczne jest zapewnienie, że praktycy posiadający coraz większe umiejętności krytycznego rozumienia i stosowania podstawowych teorii nauczania i uczenia się w swym codziennym module praktyki, będą zachęcali do większej wiary i większego zaangażowania dla podniesienia na wyższy poziom nauczania w zakresie indywidualnych obszarów klinicznych studentów.

Sugerowane wyniki nauczania

- Student powinien umieć:
- Wykazać się wiedzą na temat teorii uczenia się oraz krytycznej oceny ich wpływu na praktykę nauczyciela.
 - Zrozumieć sposoby uczenia się i stosować tę wiedzę dla przygotowania programu nauczania.
 - Określić potrzeby i oczekiwania studentów w celu umożliwienia wspierania i ułatwienia efektywnego uczenia się we własnej dziedzinie specjalizacji klinicznej.
 - Analizować czynniki przyczyniające się do utworzenia i podtrzymania pozytywnego, skoncentrowanego na studencie środowiska uczenia się.
 - Sprawdzić wiele strategii oceny znajdujących się w programie nauczania. Porównywać i podkreślać ich rzetelność i ważność w celu uzasadnienia ich stosowania.

- Oceniać doświadczenia praktyczne i rozwój osobisty, stosując model krytycznej refleksji w celu przedstawienia pisemnego obrazu uczenia się.

Sugerowane treści

- Teorie uczenia się.
- Sposoby uczenia się.
- Metody nauczania.
- Efektywne środowisko.
- Praktyka refleksyjna.
- Uczenie się i nauczanie w praktyce zawodowej.
- Identyfikacja potrzeb i oczekiwań.
- Badania teorii uczenia się i krytyczna dyskusja o ich wpływie na praktykę nauczyciela klinicznego.
- Podwyższona świadomość i zrozumienie sposobów nauczania i zastosowanie tej wiedzy do projektowania własnego programu nauczania.
- Identyfikacja potrzeb i oczekiwań studentów w celu umożliwienia nauczycielowi promowania i umożliwiania efektywnego uczenia się w ramach środowiska klinicznego.
- Analiza czynników przyczyniających się do tworzenia i podtrzymywania pozytywnego, skoncentrowanego na studencie, środowiska nauczania.
- Porównywanie i wyciąganie krytycznych wniosków z wielu sposobów strategii oceny, które są zawarte w programie nauczania.
- Synteza umiejętności praktyki refleksyjnej w dyskusjach grupowych i działaniach realizowanych w trakcie sesji nauczania.

Praktyki refleksywne

Osobiste wykonywanie zawodu w opiece zdrowotnej i kształceniu wymaga, by praktycy, którzy są zachęceni do ich wykonywania, byli także gotowi ponosić odpowiedzialność za kształcenie i stosowanie najlepszej możliwie opieki wobec pacjentów/klientów.

Umiejętność myślenia refleksyjnego i krytycznego stanowią niepodważalne fundamenty przygotowywania umiejętności mentorskich. Uczestnikom zostanie zaoferowana możliwość badania wpływu bieżących poglądów edukacyjnych i realizowania praktyki wykorzystującej refleksyjne myślenie krytyczne.

Pomoże to studentowi w zrozumieniu odpowiednich teorii przy wykorzystywaniu refleksji dla aktywnego tworzenia doświadczeń edukacyjnych i praktyki, poszukując odpowiedzi w ukie-
runkowanych refleksjach wspomaganych refleksjami innych.

Celem jednostki jest wspieranie koncepcji refleksji w edukacji i praktyce klinicznej. Pozwoli ona studentowi poznać swe własne wartości, filozofie i umiejętność rozumienia w celu stosowania dobrych praktyk i wspierania dynamicznego i pozytywnego podejmowania decyzji. Dopomoże uczestnikom w zbadaniu elementów ich własnego sposobu podejmowania decyzji i umożliwi im poczynienie odpowiednich zmian w praktycznym działaniu, o ile okażą się one konieczne.

Sugerowane wyniki uczenia się

Student powinien umieć:

- Samodzielnie i w sposób wszechstronny stosować teorie refleksji w dziedzinie edukacji i praktyki klinicznej.
- Oceniać efektywność zróżnicowanych modeli refleksji poprzez ich praktyczne stosowanie.
- Krytycznie oceniać własną naukę studenta i praktykę, wykorzystując teorie refleksji.
- Oceniać własny postęp przez określanie w sposób proaktywny efektywności wykorzystywania narzędzi/modeli refleksji.
- Oceniać aspekty etyczne i prawne, wykorzystując je praktycznie w refleksji.

Treści indykatywne

- Percepcja uczestników zagadnień i bieżącego praktycznego działania.
- Teorie refleksji, proces refleksyjny.
- Poziomy refleksji, modele refleksji.
- Perspektywy edukacyjne, refleksja kierowana, ocena uczenia się refleksyjnego.
- Wykorzystywanie przypadków krytycznych.
- Etyczne i prawne problemy mające wpływ na refleksje.

Mentor w rozwoju zawodowym

Ta jednostka oferuje studentom możliwość przygotowania umiejętności mentorskich w miejscu wykonywania zawodu, przez nabywanie doświadczenia w mentorstwie. Uczący się będą mieli okazję dokonać przeglądu swych silnych stron we wspieraniu poszczególnych osób, jak i w przygotowywaniu planów działania w celu podniesienia na wyższy poziom dziedzin, którymi się zajmują.

Uczący się dokonają syntezy nabytej wiedzy przez krytyczną refleksję nad procesem mentorskim i jego zastosowaniem w szeregu odpowiednich modeli i teorii.

Sugerowane wyniki uczenia się

Student powinien umieć:

- Dokonywać krytycznej analizy bieżących i zróżnicowanych teorii i modeli mentorstwa

w odniesieniu do ich własnej sytuacji zawodowej i edukacyjnej.

- Dokonywać krytycznej analizy roli mentora w odniesieniu do wielu metod wsparcia w kontekście ich szerokiej organizacji, przy czym metody te powinny odnosić się do ich własnej sytuacji zawodowej i edukacyjnej.
- Krytycznie podchodzić do roli mentora w osobistym i zawodowym rozwoju studenta.
- Krytycznie odnosić się do wpływu postaw, wartości, wiedzy i umiejętności podczas realizacji wielu scenariuszy, w których występuje rola mentora.
- Przygotować wskazówki dla przyszłych praktyk w oparciu o krytyczną ocenę wielu umiejętności, podejść i strategii wykorzystywanych w procesie mentorowania.
Możliwe sposoby ułatwiania uczenia się w ramach tej jednostki:
- Warsztaty wykorzystujące działania grupowe, podkreślające podejście koncentrujące się na uczącym się. Może je organizować w trakcie realizacji danej jednostki nauczania, a ich celem mogą być zastosowania teorii w praktyce, opierając się na doświadczeniach studentów, niezależnie od tego, że warsztaty takie oferują stale wsparcie.
- W trakcie części wstępnej studenci powinni zapoznać się z zasadami teoretycznymi i umiejętnościami mentorowania. Kolejnym wynikiem, uzyskiwanym w środkowej części, powinien być położony nacisk na refleksje na podstawie uzyskanych dotąd doświadczeń oraz na zachęcającą syntezę i refleksje. Ostatnia faza – konsolidacja i refleksje w doświadczeniu holistycznym – powinna stać się podstawowym wynikiem.
- Studenci, podejmując uczenie się tej jednostki, powinni angażować się aktywnie jako mentorzy. Studenci mogą zostać obarczeni odpowiedzialnością za wytypowanie osoby, wobec której staną się mentorami, uczestnicząc w realizacji tego modułu. Uczenie się w działaniu może zachęcać do refleksji nad zarówno osobistym planem działania wynikającym z dyskusji z innymi studentami, jak i z procesu grupowego.

Sugerowane treści

- Rozważanie strategii wsparcia, łącznie z mentorowaniem, nadzorem i opieką naukową.
- Teorie i modele mentorowania.
- Zagadnienia moralne i etyczne związane z mentorowaniem.
- Umiejętności interpersonalne, a w szczególności dokładne omówienie wpływu wartości osobistych, przekonań i postaw na relacje w mentorstwie.
- Umiejętności krytycznej refleksji.

Podsumowanie

Nauczyciel w warunkach klinicznych może być członkiem zespołu opiekującego się pacjentami i pracującego z wykwalifikowanymi współpracownikami w opiece zdrowotnej w kierunku podniesienia na wyższy poziom środowiska nauczania, jednakże ich podstawową rolą jest uła-

twianie procesu nauczania. Mentor klinicysta pomaga studentowi osiągnąć umiejętności kliniczne umożliwiające uzyskanie rejestracji zawodowej, oferując jednocześnie radę i wsparcie. Podstawową rolą jest jednak rola praktyka klinicznego. Oszacowanie postępu studenta i osiągnięcie kompetencji klinicznych mogą stanowić elementy jego roli.

Piśmiennictwo

1. Wojnowska-Dawiskiba H. Model kształcenia pielęgniarek w szkole wyższej. Materiały do raportu końcowego projektu Leonardo da Vinci: Nurese's University Level Education models (NO PL/01/B/F/PP/140435) we współpracy z M. Gajosem z Sheffield Hallam University. AM we Wrocławiu. Akademia Medyczna we Wrocławiu 2003: 129–137.

Adres Autorek:

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Ocena jakości kształcenia licencjata pielęgniarstwa w szkole wyższej

Quality of education of nurses in Medical University

HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA, IZABELLA UCHMANOWICZ

Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Halina Wojnowska-Dawiskiba

Streszczenie Ocena jest ciągłym procesem wykorzystującym umiejętności analitycznej analizy w procesie wartościowania, który zapewnia holistyczną perspektywę efektywności i jakości programu nauczania. Edukacja o wysokiej jakości jest celem wszystkich państw członkowskich, a ocena jakości jest metodą monitorowania, wspomaganie uczenia się i poprawy funkcjonowania szkół, które przekazują wiedzę i wyposażają studentów Wspólnoty w odpowiednie umiejętności, kwalifikacje i postawy, związane z wyzwaniami w przyszłości. Celem pracy jest przedstawienie metod określających jakość elementów mających wpływ na doświadczenia studentów w terminologii klinicznej, jak i przygotowanie studenta do różnorodnych praktycznych działań w charakterze wykwalifikowanej pielęgniarki. Przedstawiono arkusz zapewnienia jakości w kształceniu pielęgniarek, na który składają się: szkoła wyższa i jej misja, kształcenie i uczenie się, osiągnięcia (wyniki) studentów, treści programu studiów, organizacja kursów i kierowanie, wspieranie studentów, zasoby, zapewnienie jakości, zarządzanie.

Słowa kluczowe: jakość kształcenia, pielęgniarstwo, ocena, szkoła wyższa.

Summary An assessment is a constant process that uses analytical skills which allow to include holistic perspective in effective teaching. High education quality is a major goal for European Countries. The main purpose of this study is to show methods that have the influence on quality of education, and other elements which influence students experience in clinical teaching, and also students preparation for different practice as a well – educated nurse.

Wstęp

Zalecenia Rady z września 1998 r. w sprawie współpracy europejskiej w ocenie jakości w szkolnictwie wyższym podkreśla wagę wymiany informacji i doświadczeń oraz współpracy w dziedzinie zapewnienia jakości z innymi państwami członkowskimi. Ocena jest ciągłym procesem wykorzystującym umiejętności analitycznej analizy w procesie wartościowania, który zapewnia holistyczną perspektywę efektywności i jakości programu nauczania.

Współpraca europejska w dziedzinie oceny jakości edukacji szkolnej została podsumowana w propozycji Parlamentu Europejskiego i Rady z 1999 r. Stanowi ona, że edukacja o wysokiej jakości jest celem wszystkich państw członkow-

skich, a ocena jakości jest metodą monitorowania, wspomaganie uczenia się i poprawy szkół, które przekazują wiedzę i wyposażają studentów Wspólnoty w odpowiednie umiejętności, kwalifikacje i postawy, związane z wyzwaniami w przyszłości.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie metod określających jakość elementów mających wpływ na doświadczenia studentów w terminologii klinicznej, jak i przygotowanie studenta do różnorodnych praktycznych działań w charakterze wykwalifikowanej pielęgniarki.

Przedstawiono arkusz zapewnienia jakości

w kształceniu pielęgniarek, na który składają się: szkoła wyższa i jej misja, kształcenie i uczenie się, osiągnięcia (wyniki) studentów, treści programu studiów, organizacja kursów i kierowanie, wspieranie studentów, zasoby, zapewnienie jakości, zarządzanie.

W programie kształcenia zawarte są cele, treści, metody nauczania oraz oczekiwane wyniki. Umiejętności oceny programu są zarówno użytecznym elementem przygotowania programu nauczania oraz stanowią same z siebie konieczną umiejętność. Nauczyciele powinni posiadać umiejętność oceny własnego sposobu działania i umiejętność realizacji tej części programu nauczania, za którą są odpowiedzialni.

Metody określające jakość

W ramach metodologii określających jakość do najpowszechniej wykorzystywanych metod należą:

1. Kwestionariusze.
2. Wywiady:
 - ustrukturyzowane,
 - częściowo ustrukturyzowane,
 - nieustrukturyzowane (oceniające zjawiska).
3. Studia przypadku.
4. Systemy monitoringu/systemy dokonywania przeglądu.
5. Dzienniki praktyk.
6. Pisemne testowanie, ustne odpytywanie.

Przeprowadzając ocenę jakości kształcenia, powinny zostać poddane ocenie wszystkie te elementy, które stanowią o doświadczeniu studenta. Wobec takiego podejścia, elementy będą następujące:

- wykładowcy,
- jednostki nauczania/moduły,
- praktyki kliniczne,
- sposoby oceny wiedzy/egzaminy,

- sposób postępowania/zachowania (zaangażowanie) studenta,
- sposób postępowania/zachowanie (zaangażowanie) nauczyciela,
- materiały naukowe,
- środowisko.

Ocena powinna koncentrować się na uzyskaniu zapewnienia, że wykłady są zarówno odpowiednie dla poziomu nauczania (studiów), doświadczenia studentów w terminologii klinicznej, jak i przygotowanie studenta do różnorodnych praktycznych działań w charakterze wykwalifikowanej pielęgniarki.

Dokonując oceny należy również wziąć pod uwagę:

- treść programu,
- zakres i poziom informacji, jego dostosowanie do poziomu kompetencji i zainteresowań uczestników,
- układ treści,
- metody i formy zajęć,
- pomoce dydaktyczne,
- źródła wiedzy,
- organizację zajęć,
- system informacji zwrotnej,
- zajęcia fakultatywne.

Do uczestnictwa w dokonywaniu oceny powinny być włączone te osoby, które są zaangażowane w planowanie i realizację programu nauczania. Należy do nich zaliczyć m.in.:

- studentów,
- nauczycieli,
- mentorów,
- personel kliniczny,
- pracowników,
- ciała decyzyjne,
- stowarzyszenia zawodowe,
- związki zawodowe,
- pacjentów.

Arkusze zapewnienia jakości w kształceniu pielęgniarek

Ocena jakości	Materiał poddawany ocenie
1. Szkoła wyższa i jej misja	
Szkoła wyższa ma do zrealizowania w programie kształcenia pielęgniarek bardzo precyzyjnie określone zadania i cele. Reaguje na potrzeby społeczeństwa i jest ważną instytucją, która pomaga tworzyć pozytywną atmosferę dla zdrowia i opieki zdrowotnej.	Zadania i cele instytucji. Polityka i statut szkoły wyższej. Strategia i planowanie. Materiał badawczy na rynku pracy, sytuacja społeczno-ekonomiczna w regionie. Opinie klientów, pacjentów, studentów, personelu oraz społeczności lokalnej.
2. Kształcenie i uczenie się	
Kształcenie i uczenie się powinno być efektywne, spełniać oczekiwania studentów, a standardy określone przez instytucje akredytacyjne powinny zostać zrealizowane w trakcie pełnego kursu kształcenia pielęgniarki.	Wydziały szkoły wyższej, specjalizacje, programy studiów. Rozkłady zajęć. Monitorowanie i akredytacja poszczególnych kursów. Opinie pracowników i studentów.

Ocena jakości	Materiał poddawany ocenie
<p>Cele i zadania kursów studiów (moduły), jak i inne działania powinny być w pełni zrozumiałe dla studentów.</p> <p>Wykładowcy ponoszą odpowiedzialność za prowadzenie interesujących i zawierających informacje wykładów, które pomagają studentom poszerzać wiedzę, percepcję i umiejętności.</p> <p>Wykładowcy i nauczyciele stosują odpowiednie metody kształcenia, spełniające indywidualne potrzeby oraz pomagają tworzyć odpowiednią atmosferę.</p> <p>Wykładowcy i nauczyciele prezentują zagadnienia kulturowe, moralne, etyczne i społeczne w trakcie prowadzonych przez siebie kursów.</p> <p>Studia oferują studentom możliwość zapoznania się z różnorodnymi metodami i rozwiązaniami w kształceniu i uczeniu się.</p> <p>Doświadczenia praktyczne stanowią bardzo ważną część wykształcenia zawodowego.</p> <p>Uzyskanie umiejętności praktycznych i wiedzy praktycznej.</p> <p>Stopień uczestnictwa w kursach kształcenia, poświęcenie uwagi i efektywna organizacja nauczania.</p> <p>Praktyki studenckie i bezpieczeństwo.</p> <p>Zrozumienie przez studentów oceny studiów i ich oczekiwań.</p> <p>Ocena studiów jest zadaniem i dokonywana jest regularnie, wyniki oceny są wykorzystywane do informowania studentów o ich osiągnięciach i niedociągnięciach w pracy.</p>	<p>Studenckie pakiety informacyjne, spisy literatury, ulotki i podręczniki. Monitorowanie i akredytacja poszczególnych kursów. Opinie pracowników i studentów.</p> <p>Materiały i plany wykładów. Ocena wiedzy studentów.</p> <p>Akredytacja wykładowców i nauczycieli, opisy ich ustawicznych planów kształcenia oraz osiągnięć zawodowych. Ocena pracy poszczególnych osób. Praca domowa studentów. Wykorzystanie aktywnego uczenia się i metod edukacyjnych.</p> <p>Studenckie pakiety informacyjne, spisy literatury, ulotki i podręczniki. Monitorowanie i akredytacja poszczególnych kursów. Ocena pracy poszczególnych osób.</p> <p>Zadania i praca studentów, samokształcenie. Monitorowanie i akredytacja poszczególnych kursów. Materiały edukacyjne, podręczniki i ulotki.</p> <p>Ocena wykładowców. Opinie studentów i pracowników. Praktyczne kursy nabywania doświadczeń, warsztaty jako element procesu uczenia się i kształcenia.</p> <p>Spisy umiejętności praktycznych i wiedzy. Rozwój umiejętności praktycznych w procesie studiowania.</p> <p>Sprawozdania na temat obecności i dokonanych postępów. Ocena studiów i akredytacja.</p> <p>Systemy zapewnienia bezpieczeństwa. Materiały edukacyjne do kursów bezpieczeństwa (BHP). Ocena pracy poszczególnych osób. Indywidualne środki i sposoby zabezpieczenia.</p> <p>Informacja i opisy oceny kursów. Kryteria oceny. Materiały edukacyjne, podręczniki i ulotki. Opinie studentów.</p> <p>Podręczniki na temat dokonywania oceny. Kryteria oceny. Testy studentów i inne ocenione prace. Sprawozdania komisji egzaminacyjnych.</p>
3. Osiągnięcia (wyniki) studentów	
<p>Szkoła wyższa określa zadania i cele dla grup studentów.</p> <p>Praca studentów spełnia wszystkie oczekiwania, a przygotowanie jednostki oraz własne umiejętności praktyczne są wystarczające.</p>	<p>Sprawozdania na temat obecności i dokonanych postępów. Liczba absolwentów. Jakość studentów. Podział na grupy. Cele i zadania określone przez Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Zdrowia i organizacje międzynarodowe.</p> <p>Materiały edukacyjne a sprawozdania z ocen. Spisy umiejętności praktycznych i wiedzy. Sprawozdania na temat umiejętności praktycznych i wiedzy.</p>

Ocena jakości	Materiał poddawany ocenie
<p>Wyniki egzaminów oraz testów na punkty kredytowe.</p> <p>Inne osiągnięcia studentów.</p> <p>Wskaźnik powodzenia studentów.</p>	<p>Opinie kolegów. Opinie pracowników.</p> <p>Sprawozdania z egzaminów. Analizy postępu dokonanego przez studentów. Niepowodzenia.</p> <p>Informacje o stypendiach i grantach, sukcesach w konkursach międzynarodowych i krajowych, uczestnictwo w seminariach, warsztaty, konferencje, kongresy itp.</p> <p>Liczba studentów podejmujących studia magisterskie i doktoranckie. Liczba studentów pozostających w uczelni wyższej jako nauczyciele i wykładowcy. Informacje o sukcesach zawodowych absolwentów.</p>
4. Treści programu studiów, organizacja kursów i kierowanie	
<p>Studia w szkole wyższej pozwalają studentom na osiągnięcie standardów i uzyskanie wykształcenia zawodowego określonego przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Edukacji.</p> <p>W jaki sposób program kształcenia pielęgniarów w szkole wyższej realizuje oczekiwania studentów, społeczności i pracodawców.</p> <p>Kierowanie programem studiów.</p> <p>Działania poza zakresem studiów.</p> <p>Wyraźne powiązanie planowania strategicznego, przygotowywania programu studiów i kierowania.</p> <p>Uczenie się poza szkołą wyższą.</p>	<p>W jaki sposób treść programu kształcenia i zadania realizują lokalne standardy i wymagania. Zróżnicowanie programu kształcenia. W jaki sposób treści programowe i zadania spełniają wymogi kwalifikacji zawodowych.</p> <p>Analiza rynku. Informacje z instytucji ochrony zdrowia i instytucji opieki społecznej. Podplomowe programy nauczania i ich zróżnicowanie. Opinie pracowników. Opinie studentów. Zmiany i ulepszenia zgodnie z zaleceniami ekspertów lokalnych i międzynarodowych.</p> <p>Rozkłady zajęć i harmonogramy. Podręczniki modułowe. Informacje o kursach teoretycznych i praktycznych. Opinie studentów i pracowników.</p> <p>Organizacje studenckie i samorząd studencki w szkole wyższej. Urządzenia sportowe, muzyczne i poświęcone sztuce w szkole wyższej. Opinie studentów.</p> <p>Strategia rozwoju szkoły wyższej. Strategie poszczególnych wydziałów. Plany pracy i plany badań. Inicjatywy studentów. Opinie pracowników i studentów.</p> <p>System zapewnienia jakości. Rotacje kliniczne i seminaria. Wymiana międzynarodowa. Praktyczne szkolenie zawodowe w szpitalu. Opinie pracowników i studentów.</p>
5. Wspieranie studentów	
<p>Kursy przygotowawcze i szkolenie zawodowe w szpitalu pomagają studentom w pełni zrozumieć szanse zawodowe, prawa związane z zawodem i obowiązki.</p> <p>Studenci powinni otrzymać efektywne wsparcie w trakcie całego okresu trwania swego programu szkolenia.</p> <p>Możliwości po uzyskaniu dyplomu (informacje i doradztwo).</p>	<p>Program zapoznania z kursem. Informacje o wykładowcach. Ocena praktycznego szkolenia i rotacji klinicznych Opinie studentów.</p> <p>Sprawozdania z testów i egzaminów. Indywidualne programy studiów. Plany organizacji pracy.</p> <p>Informacje o możliwościach rozwoju i wolnych miejscach pracy.</p>

Ocena jakości	Materiał poddawany ocenie
<p>Pomoc indywidualna.</p>	<p>Możliwości zatrudnienia. Informacje o podyplomowych programach kształcenia i możliwościach. Spotkania z pracodawcami. Opinie pracodawców i studentów. Możliwości realizacji indywidualnych toków studiów. Stypendia i granty. Opinie studentów.</p>
<p>6. Zasoby</p>	
<p>Szkoła wyższa zatrudnia odpowiednią liczbę wykładowców i nauczycieli, posiadających odpowiednie kwalifikacje i wiedzę zawodową odpowiadającą potrzebom i standardom.</p> <p>Personel administracyjny i techniczny posiada odpowiednie kwalifikacje i ma możliwość świadczenia koniecznej pomocy na rzecz wykładowców i studentów.</p> <p>Pracownicy rozumieją wartość swej pracy i oferują dobre możliwości kształcenia zawodowego.</p> <p>Sale wykładowe i ćwiczeń, laboratoria i inne ośrodki nauczania.</p> <p>Zasoby edukacyjne dla kształcenia studentów.</p> <p>Specjalistyczne pomieszczenia do kształcenia i szkolenia specjalistycznego.</p> <p>Wszystkie pomieszczenia są odpowiednie, wykorzystywane efektywnie i w dobrym stanie.</p> <p>Wszystkie środki kształcenia i urządzenia są odpowiedniej jakości i w pełni dostępne dla wszystkich studentów.</p> <p>Urządzenia rekreacyjne i wypoczynkowe, miejsca spożywania posiłków i kantyny/kawiarnie.</p>	<p>Doświadczenie wykładowców i ich kwalifikacje zawodowe. Świadectwa i rejestry zawodowe. Akredytowane kursy. Oceny studentów i pracowników. Doświadczenie personelu i jego kwalifikacje. Wykształcenie zawodowe. Uczestnictwo w życiu społeczności akademickiej. Bezpieczeństwo pracy i szkolenia BHP. Uczestnictwo w seminariach, warsztatach i konferencjach. Zawodowa ocena personelu, sprawozdania akredytacyjne. Informacje i przepływ wiedzy na szczeblu lokalnym. Opinie pracowników. Szkolenia BHP i środki bezpieczeństwa. Komputery i środki multimedialne. Ośrodki badawcze i szkolenia praktycznego. Ośrodki szkoły wyższej i oferowane możliwości zamieszkania. Osobiste wyposażenie do prowadzenia szkoleń. Materiały edukacyjne i wyposażenie. Biblioteka. Materiały do kursów i dodatkowe materiały rozdawane w trakcie ćwiczeń i wykładów. Podręczniki. Fantomy, plakaty, instrumenty itp. (środki szkolenia praktycznego). video, CD-ROM-y, oprogramowanie. Pielęgniarstwo. Anatomia. Mikrobiologia. Chemia. Terapia fizyczna i terapia zawodowa. Nauka języków. Znajomość technik komputerowych. Ocena pomieszczeń i warunków mieszkaniowych. Ocena intensywności kształcenia w wybranych pomieszczeniach i ośrodkach. Zasoby finansowe i ich wykorzystanie. Ocena potrzeb i organizacji pracy. Zróżnicowanie wyposażenia do kształcenia i pomieszczeń. Liczba studentów i pracowników. Opinie studentów i pracowników. Zasoby finansowe i ich wykorzystanie. Ocena potrzeb. Liczba studentów i pracowników. Opinie studentów i pracowników.</p>

Ocena jakości	Materiał poddawany ocenie
Pokoje personelu i wyposażenie.	Zasoby finansowe i ich wykorzystanie. Ocena potrzeb. Sprawozdania ze sprawdzeń/kontroli. Liczba studentów i pracowników. Opinie studentów i pracowników.
7. Zapewnienie jakości	
<p>Szkoła wyższa wyznacza wysokie standardy i ustanawia mechanizmy zapewniania jakości oraz system zarządzania, które pozwalają znacznie poprawić działania instytucji.</p> <p>Pojęcie zapewniania jakości jest znane wszystkim pracownikom i jest wspierane przez wszystkich członków społeczności akademickiej. System ten funkcjonuje łącznie z wymaganiami certyfikacji, akredytacji i wymagań egzaminacyjnych.</p> <p>Szkoła wyższa dąży do ciągłego wprowadzania ulepszeń.</p> <p>Procedury zapewnienia jakości są wykorzystywane we wszystkich aspektach pracy uniwersyteckiej, są pieczołowicie realizowane i ciągle oceniane.</p> <p>Wyniki działań są ustalane i monitorowane na bieżąco w celu efektywnego zarządzania finansowego i zarządzania zasobami.</p> <p>Samoanaliza wyników pracy i przedstawianie sprawozdań z działalności, definiowanie wewnętrznych słabych i mocnych stron pozwalają zbierać informacje dla celów planowania strategicznego i ciągłego podnoszenia jakości.</p> <p>Statut szkoły wyższej powinien być udostępniany bez żadnych przeszkód wszystkim członkom personelu i studentów. Zatwierdzone standardy i cele powinny być wyraźnie określone w tym dokumencie.</p> <p>Zobowiązania wynikające z zapewniania jakości odnoszące się do współpracy z innymi szkołami wyższymi i instytucjami są pieczołowicie przestrzegane przez personel odpowiedzialny za tę działalność.</p> <p>System zapewniania jakości jest ściśle powiązany z zawodowym kształceniem ustawicznym i akredytacją całego personelu.</p>	<p>Zadania i cele szkoły wyższej. Strategia instytucji. Informacje o szkole wyższej, analiza pracy, jej wyniki. Opinie studentów, pracowników i pracodawców.</p> <p>Opis polityki, statut szkoły wyższej i zalecenia ekspertów. Sprawozdania zarządu szkoły wyższej. Sprawozdania ekspertów. Sprawozdania pracowników naukowych/badawczych. Opinie pracowników i kierowników.</p> <p>Zalecenia w sprawie zapewnienia jakości. Sprawozdania oceniające pomieszczenia i wyposażenie szkoły wyższej. Strategia zapewnienia jakości. Opinie pracowników i kierowników.</p> <p>Plany operacyjne i plany prac. Ustanowienie połączenia między zapewnieniem jakości i planowaniem strategicznym. Dokumentacja na temat zapewnienia jakości.</p> <p>Informacja zarządcza i dostęp do niej. Wykorzystanie informacji. Analiza wyników prac. Analiza osiągnięć. Opinie pracowników.</p> <p>Ocena pracy i sprawozdania na temat zapewnienia jakości. Kwestionariusze studentów i pracowników. Współpraca z członkami społeczności i pracodawcami. Sprawozdania z samoanalizy i działalności.</p> <p>Statut wyraźnie wskazuje na zakresy odpowiedzialności i procedury zapewnienia jakości. Wszystkie zakresy odpowiedzialności są wyraźnie rozdzielone pomiędzy pracowników i studentów odpowiedzialnych za różne aspekty zapewnienia jakości.</p> <p>Porozumienia, dokumenty stanowiące o polityce szkoły wyższej. Porozumienia o współpracy i związane z nimi dokumentacja. Sprawozdania przedstawiane przez inne organizacje i ekspertów. Programy kształcenia ustawicznego w zawodzie i seminaria.</p> <p>Sprawozdania oceniające i dokumentacja akredytacyjna. Plan kształcenia i sprawdzania wiadomości. Informacja o absolwentach i prowadzonych pracach badawczych.</p>
8. Zarządzanie	
Efektywne zarządzanie pozwala szkole wyższej osiągać perspektywiczne cele i wyniki poprzez ciągłe wprowadzenie ulepszeń w funkcjonowaniu i przeglądach zakresów czynności pracowników.	Zadania i cele. Ocena procesu kształcenia i sposobów kontroli zapewniania jakości.

Ocena jakości	Materiał poddawany ocenie
<p>Wszyscy pracownicy w pełni rozumieją wagę swej pracy i wspierania zadań i celów instytucji, wyznają wartości realizowane przez szkołę wyższą i doceniają fakt, że stanowią element planowania strategicznego i operacyjnego.</p> <p>Kierownictwo szkoły wyższej powinno być efektywne.</p> <p>Wszyscy pracownicy i zasoby są wykorzystywane efektywnie w procesie działania.</p> <p>Współpraca z innymi organizacjami. odpowiedzialnymi za kształcenie i przygotowywanie wykładowców powinna być efektywna.</p> <p>Strategia rozwoju instytucjonalnego powinna być oparta na prawdziwej i efektywnej analizie rynku.</p> <p>Zapotrzebowanie na informacje zarządcze są wyraźnie określone, a informacje te są efektywnie wykorzystywane na wszystkich szczeblach.</p> <p>Powinna istnieć efektywnie zarządzana i wspierana polityka zapewniania równych szans w ramach instytucji.</p>	<p>Planowanie strategiczne i operacyjne. Ocena zadań i celów przez pracowników.</p> <p>Sprawozdania kierownictwa. Dokumenty i sprawozdania wewnętrzne szkoły wyższej. Decyzje i plany zarządu szkoły wyższej.</p> <p>Schematy organizacyjne (organigramy) i struktura zarządzania. Rozkłady. Oceny wydajności pracy.</p> <p>Porozumienia o współpracy i sprawozdania. Oceny organizacji partnera. Strategia współpracy i rozkład pracy.</p> <p>Analiza rynku pracy. Ocena rynku i planowanie. Wewnętrzne źródła informacji. Informacje przekazane przez kierownictwo instytucji opieki zdrowotnej i ekspertów.</p> <p>Strategia informacyjna kierownictwa i jej realizacja. Sprawozdania i pakiety (zestawy) informacyjne.</p> <p>Opis polityki. Zasady oceny i kontroli. Informacje publiczne i rynkowe.</p>

Podsumowanie

System zapewniania jakości jest ściśle powiązany z zawodowym kształceniem ustawicznym i akredytacją całego personelu.

Procedury zapewnienia jakości są wykorzystywane we wszystkich aspektach pracy uniwer-

syteckiej, są realizowane i stale oceniane. Kształcenie i uczenie się powinno być efektywne, spełniać oczekiwania studentów, a standardy określone przez instytucje akredytacyjne powinny zostać zrealizowane w trakcie pełnego kursu kształcenia pielęgniarki.

Piśmiennictwo

1. Wojnowska-Dawiskiba H. *Model kształcenia pielęgniarek w szkole wyższej. Materiały do raportu końcowego Projekt Leonardo da Vinci. Akademia Medyczna we Wrocławiu*. 2003: 125–127, 155–162.

Adres Autorów:

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych – wprowadzenie w zagadnienia ciągłego doskonalenia zawodowego

Nurse and midwife continuing education – introduction to the topic of continuing education

ROBERT ŚLUSARZ^{1,3}, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA^{2,3}

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

² Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr n. med. Halina Wojnowska-Dawiskiba

³ Z Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Streszczenie Doskonalenie zawodowe zdefiniować można jako dochodzenie do mistrzostwa zawodowego przez uczenie się. Celem prezentowanej pracy jest zapoznanie zainteresowanych problematyką doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz trwającymi obecnie pracami w tym zakresie.

Słowa kluczowe: doskonalenie zawodowe, pielęgniarka, położna.

Summary Professional improvement (post-graduate education) aims at raising professional skill level through additional courses. The aim of the article is to present the topic of nurse and midwife continuing education and outline upcoming changes in this field.

Key words: professional improvement (post-graduate education), nurse, midwife.

Wstęp

Doskonalenie zawodowe zdefiniować można jako dochodzenie do mistrzostwa zawodowego przez uczenie się [1].

Europejska Strategia Światowej Organizacji Zdrowia w 1999 r. [1, 2], zaprezentowała modelową sylwetkę zawodową pielęgniarki i położnej początku XXI wieku. Jest to osoba, którą cechuje:

- profesjonalizm zawodowy,
- **dążenie do kształcenia ustawicznego,**
- kreatywność i elastyczność wobec zmian otoczenia,
- odpowiedzialne podejmowanie decyzji,
- umiejętność pracy w interdyscyplinarnym zespole,
- wyrażanie opinii,
- formułowanie wniosków i komunikatywność.

Wyżej wymienione cechy pielęgniarki XXI wieku prezentują również w swoich wybranych monografiach, publikacjach i doniesieniach zjazdowych eksperci z zakresu pielęgniarstwa: Blak-Kaleta [1, 3–5], Wojnowska-Dawiskiba [6–9], Wrońska [10–12].

Zmiany zachodzące w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie stawiają pielęgniarkom i położnym nowe zadania, które będą możliwe do zrealizowania **jedynie przy posiadaniu profesjonalnej wiedzy oraz stałym doskonaleniu umiejętności nabywanych w toku kształcenia** [1, 13]. Zatem już nie tylko regulacje prawne obowiązujące w Polsce i na świecie [2, 14–20], konkurencja na rynku usług medycznych [21–23], ale również i wzrost własnej świadomości wymuszą wdrożenie strategii ustawicznego doskonalenia zawodowego [3, 24–27].

System Ciągłego Doskonalenia Zawodowego

umożliwia przygotowanie pielęgniarki i położnej do pełnienia wielu ról zawodowych (fachowca, decydenta, edukatora, lidera, menedżera), wyposaża ją w wiedzę, umiejętności odpowiadające wymaganiom oraz kształtuje pożądane postawy zawodowe [1, 8].

Cel pracy

Celem prezentowanej publikacji jest zapoznanie zainteresowanych problematyką doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz trwającymi obecnie pracami w tym zakresie.

Wprowadzenie w zagadnienia Ciągłego Doskonalenia Zawodowego

Przygotowany przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych projekt Ciągłego Doskonalenia Zawodowego dla pielęgniarek i położnych [28] w formie kumulowania punktów edukacyjnych spotkał się z dwojaką reakcją ze strony środowiska zawodowego; z jednej strony z reakcją pozytywną, z drugiej – negatywną. Podzielność opinii wynika oczywiście z faktu braku pełnych informacji o zachodzących zmianach, jak również z tego, iż wymusza on (co zakłada między

innymi w swym celu) ciągłą pracę nad rozwojem zawodowym.

Projekt zakłada, że pielęgniarka/położna co 5 lat przedstawia odpowiedniej instytucji (np. Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych) w formie wcześniej ustalonej swój „rozwoj zawodowy (ustawiczny)”. Rozliczenie zainteresowanej osoby odbywać się będzie na podstawie gromadzenia punktów edukacyjnych/kredytowych, które to będzie mogła zdobyć, uczestnicząc w różnych formach i rodzajach doskonalenia zawodowego. Projekt zasadniczo nie zakłada, ile w ciągu roku punktów edukacyjnych ma zdobyć pielęgniarka/położna.

Przedstawione formy i metody doskonalenia zawodowego są różnorodne (tab. 1). Zostały tak dobrane, aby każda osoba wykonująca zawód (zgodnie z art. 4 i 5 Ustawy o zawodzie [15]) miała możliwość w obrębie swoich zainteresowań podnosić kwalifikacje zawodowe. Zgodnie z wymienioną ustawą o zawodzie, wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Udzielanie wyżej wymienionych świadczeń, pielęgniarka wykonuje przede wszystkim przez:

Tabela 1. Formy i metody doskonalenia zawodowego

Kryterium klasyfikacji	Forma doskonalenia	Metody doskonalenia
Miejsce doskonalenia:	– zakładowa – pozazakładowa	
Liczba osób biorących udział w szkoleniu:	– indywidualna – grupowa	
Sposób przyswajania wiadomości:	– teoretyczna – praktyczna – mieszana	– samokształcenie – staże, praktyki, ćwiczenia – kształcenie podyplomowe: <ul style="list-style-type: none"> • kurs dokształcający, • specjalistyczny, • kwalifikacyjny, • specjalizacja
Inne formy i metody doskonalenia zawodowego		
<ul style="list-style-type: none"> • uzyskanie stopni naukowych (doktor, doktor habilitowany) • ukończenie studiów z uzyskaniem tytułu magistra • ukończenie studiów podyplomowych • udział w kongresie, zjeździe, konferencji, sympozjum naukowo-szkoleniowym • przynależność do Towarzystw (zawodowych, naukowych) • udział w komisjach (egzaminacyjnych i innych) • opublikowanie (artykułu, książki) w czasopiśmie krajowym, zagranicznych • udział w procesie kształcenia • dokonanie recenzji (artykułu, książki) • pełnienie funkcji konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa • pełnienie funkcji członka w radzie naukowej/programowej, kolegium redakcyjnym 		

Opracowano na podstawie: Kosińska M, Trzeciak M. *Samokształcenie kierowane. Poradnik dla pielęgniarek i położnych*. Katowice: ŚAM; 1999: 31–33.

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych,
- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- edukację zdrowotną.

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również osobę, która:

- naucza zawodu pielęgniarki,
- prowadzi prace naukowo-badawcze w dziedzinie pielęgniarstwa,
- kieruje pracą zawodową pielęgniarek i położnych.

Oczywiście priorytetowym celem ciągłego rozwoju zawodowego jest wszechstronny rozwój osobowości, kształcenie określonych uzdolnień i zainteresowań, umiejętności ukierunkowanych na działalność zawodową (co w bezpośredni sposób wpływa na jakość opieki pielęgniarstwa). Projekt zakłada również możliwość monitorowania poziomu/jakości doskonalenia zawodowego i sprawa najbardziej kontrowersyjna – odnowienie prawa (licencji) na wykonywanie zawodu.

Obecnie nie ma jasno sprecyzowanej odpowiedzi, co będzie, gdy zainteresowana osoba nie uzyska określonej liczby punktów edukacyjnych. Najprawdopodobniej będzie się to wiązało z uzupełnieniem zaległości (podniesieniem pro-

fesjonalizmu zawodowego) w jakiejś formie, może egzaminu?

Niniejszy projekt ma dwóch adresatów: pielęgniarki i położne pracujące zawodowo oraz organizatorów kształcenia podyplomowego [29].

Podobne próby weryfikacji doskonalenia zawodowego (zakończone już nawet konkretnymi aktami prawnymi) przygotowuje środowisko lekarzy i farmaceutów [30, 31]. Konkretnie rozwiązania dotyczące podnoszenia kwalifikacji zawodowych również funkcjonują w krajach Europy Zachodniej (tab. 2) [32–35].

Podsumowanie

Reasumując, doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych znajduje się w okresie dynamicznych zmian. Celem tych zmian jest zapewnienie optymalnego przygotowania pielęgniarek i położnych do nowych zadań, a także osiągnięcie standardów europejskich i światowych. W zawodach medycznych systematyczne doskonalenie stanowi fundament dla utrzymania i podnoszenia jakości świadczonych usług.

Przedstawiony materiał obejmuje meritum problematyki właściwej do zrozumienia zmian związanych z wdrożeniem Systemu Ciągłego Doskonalenia Zawodowego pielęgniarek i położnych w Polsce, nie wyczerpuje on jednak całości problemu z tym związanego. Stanowić jednak może wprowadzenie w tematykę oraz źródło refleksji do uzupełnienia treści w drodze studiowania literatury.

Tabela 2. Koncepcja systemu Ciągłego Doskonalenia Zawodowego

1. Organa/instytucje zaangażowane w tworzenie systemu:	– Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych – Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych – Ministerstwo Zdrowia
2. System kierowany jest do:	– pielęgniarek i położnych
3. Podstawa tworzenia systemu:	– akty normatywne i wykonawcze dla zawodu – akty prawne obowiązujące w Polsce
4. Główne założenia systemu:	– dążenie do profesjonalizmu zawodowego
5. Cel:	– dobro pacjenta – najwyższa jakość opieki i terapii
6. Okres rozliczeniowy systemu – czasowe gromadzenie punktów:	– 5 lat (?)
7. Zasady rozliczania systemu:	– gromadzenie punktów edukacyjnych/kredytowych
8. Minimalna wymagana liczba punktów:	– 100 (?)

Piśmiennictwo

1. Blak-Kaleta A. *Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych*. II Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (program i materiały). Poznań; 2001: 19–25.
2. Europejska Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych. *Pielęgniarki i położne na rzecz zdrowia*. WHO, Biuro Regionalne w Europie, Kopenhaga; 1999.
3. Blak-Kaleta A. *Wprowadzenie*. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Kazimierz Dolny 2001: 5–8.
4. Blak-Kaleta A. *Kształcenie podyplomowe*. Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Transformacja Systemu Kształcenia Pielęgniarek. Pieczyńska 2001.

5. Blak-Kaleta A. *Podstawy prawne kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych*. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Krynica Górska 2003.
6. Wojnowska-Dawiskiba H. *Kształcenie licencjata pielęgniarstwa*. Warszawa: NRPIP; 2001.
7. Wojnowska-Dawiskiba H. *Wybrane słowa kluczowe i standardy kwalifikacji zawodowych pielęgniarce*. Warszawa: NRPIP; 1999.
8. Wojnowska-Dawiskiba H. *Pożądaný model kształcenia pielęgniarek w szkolnictwie wyższym uwarunkowany krajowymi i międzynarodowymi tendencjami rozwojowymi*. Wrocław; 2001.
9. Wojnowska-Dawiskiba H, Seskevicus A, Gajos M. *Model kształcenia pielęgniarek w Szkole Wyższej*. Wrocław: Akademia Medyczna; 2004.
10. Wrońska I. *Jakość kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych*. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Kazimierz Dolny 2001: 13–14.
11. Wrońska I, Sztembis B. *Jakość kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych; 2001.
12. Wrońska I. *Kształcenie pielęgniarek w świetle jednoczącej się Europy*. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Krynica Górska 2003.
13. Tułodziecka I. *Samorząd zawodowy wobec kształcenia i doskonalenia zawodowego*. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Kazimierz Dolny 2001: 9–12.
14. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z dnia 14 maja 1991 r.).
15. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarce i położnej (Dz.U. nr 91, poz. 410) z późn. zm.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarce samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz.U. nr 116, poz. 750).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1998 r. w sprawie utworzenia Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz.U. nr 8, poz. 15–16).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 197, poz. 1922 i 1923).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 30, poz. 300).
20. Deklaracja Monachijska WHO z dnia 17 czerwca 2000 r. „Pielęgniarki i położne – siłą na rzecz zdrowia”.
21. Ciechaniewicz W. *Uwarunkowania zmiany systemu kształcenia pielęgniarek w Polsce*. Program i materiały konferencji naukowej. Pielęgniarstwo u progu XXI w. Wrocław; 1998: 367–373.
22. Kosińska M. *Doskonalenie zawodowe w strategii rozwoju zakładu*. Program i materiały konferencji naukowej. Pielęgniarstwo u progu XXI w. Wrocław; 1998: 389–392.
23. Dragosz J. *Rozwój zawodowy*. Materiały z Krajowej Konferencji. Zarządzanie opieką pielęgniarce w reformowanym systemie ochrony zdrowia. Kraków; 1997: 41–48.
24. Piegdoń G, Piórkowska M. *Struktura stanowisk pielęgniarce w aspekcie doskonalenia podyplomowego*. *Pielęgniarka i Położna* 2001; 3: 9.
25. Trzuskowska B. *Analiza określająca oczekiwania pielęgniarek i położnych posiadających tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa w zakresie szkoleń specjalizacyjnych*. *Kształcenie Podyplomowe* 2001; 2: 19–23.
26. Kędra E. *Podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych*. *Przewodnik Menedżera Zdrowia* 2001; 2: 5–8.
27. Gorzkowicz B, Grochans E, Kędzia A. *Zapotrzebowanie na różne formy kształcenia podyplomowego wśród pielęgniarek i położnych zatrudnionych w szpitalach województwa zachodniopomorskiego w 2002 r.* *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2003; 4: 65–68.
28. *System Ciągłego Doskonalenia Zawodowego (SCDZ) jako metoda rozwoju zawodowego*. Projekt po uwzględnionych uwagach. Materiały zjazdowe Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2003.
29. Charzyńska-Gula M. *Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jako zadanie uczelni medycznej – doświadczenia, refleksje*. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Krynica Górska 2003: 116–121.
30. Uchwała nr 38-03-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 stycznia 2003 r. w sprawie określenia sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy i lekarzy stomatologów. *Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej* 2003; 1.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. nr 103, poz. 472).
32. Peressoni L. ECM in breve. *Il filo diretto tra gli infermieri* 2002; 3: 26–27.
33. Antoniotti E.: Occhi puntati sull’ Ecm. *L’infermiere* 2003; 2: 12.
34. Astorino MG.: La riforma della riforma. *I quaderni* 2003; 5: 5–6.
35. Rocco G.: ECM: domande e risposte. *L’infermiere* 2003; 5: 11–12.

Adres I Autora:

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego AM

ul. Techników 3

85-801 Bydgoszcz

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

MODELE KSZTAŁCENIA • EDUCATION MODELS

Optymalny model doskonalenia zawodowego w zakresie pielęgniarstwa specjalistycznego – studium z zakresu pielęgniarstwa w neurologii i neurochirurgii

An optimal model of continuing education in specialist nursing –
neurological and neurosurgical nursing study

ROBERT ŚLUSARZ¹, JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS²,
HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA³, BARBARA KSIĄŻKIEWICZ⁴, WOJCIECH BEUTH¹,
JANUSZ MIERZWA², HELIODOR A. KASPRZAK⁵, MACIEJ ŚNIEGOCKI⁶

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

² Z Zakładu Chorób Układu Nerwowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Janusz Mierzwa

³ Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr n. med. Halina Wojnowska-Dawiskiba

⁴ Z Katedry i Kliniki Neurologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Barbara Książkiewicz

⁵ Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Heliodor A. Kasprzak

⁶ Z Zakładu Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Maciej Śniegocki

Streszczenie Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. nakłada na pielęgniarkę i położną obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Prawo i obowiązek podnoszenia kwalifikacji daje pielęgniarkom i położnym świadome kształtowanie swojej kariery zawodowej. Różnorodność dziedzin i zagadnień zawodowych ujętych w programach kształcenia daje możliwość doskonalenia zawodowego zgodnego z własnym zainteresowaniem, między innymi doskonalenia w dziedzinach pielęgniarstwa klinicznego. Jedną z dziedzin, w ramach której zachodzi możliwość ciągłości kształcenia jest pielęgniarstwo neurologiczne. Celem pracy jest przedstawienie teoretycznych założeń pożądanego systemu kształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa klinicznego. W oparciu o literaturę i doświadczenia własne autorów, omówiony został model przygotowania profesjonalistów w zakresie pielęgniarstwa neurologicznego i neurochirurgicznego.

Słowa kluczowe: specjalista, pielęgniarstwo w neurologii i neurochirurgii.

Summary According to the law passed on 5th July 1996, nurses and midwives are obliged to update their professional knowledge and their right to post-graduate education is guaranteed. This law allows nurses and midwives to influence their professional lives. Multiple post-graduate courses give them an opportunity to raise their professional skill level. Special post-graduate education programmes have been designed for neurosurgical nurses. The aim of the work is to present theoretical assumptions of an optimal system of clinical nursing education. Based on literature and authors' experience the work presents a continuing education model in neurological and neurosurgical nursing.

Key words: specialist, neurology and neurosurgery nursing.

Wprowadzenie

Kształcenie pielęgniarek w dziedzinie neurologii i neurochirurgii (pielęgniarstwa neurologicznego i neurochirurgicznego) wymaga szczególnej staranności, między innymi ze względu na dynamizm rozwoju tej dziedziny (neuropsychiatria, neurotraumatologia, neurorehabilitacja, neuroonkologia), jak również ze względu na specyfikę kształcenia umiejętności zawodowych (czas i sprawność działania odgrywa znaczącą rolę).

Kształcenie przeddyplomowe

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 3 listopada 2003 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia [1] określa standardy nauczania dla kierunku studiów pielęgniarstwo (załącznik nr 11 do Rozporządzenia). Standardy nauczania przedstawiają między innymi minimalne wymagania programowe dla studiów licencjackich i magisterskich, w których to określona została minimalna liczba godzin kształcenia, sylwetka absolwenta, grupy przedmiotów (z obciążeniem godzinowym) oraz treści programowe. Tak więc przyswojenie podstawowej wiedzy z zakresu neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego ma swój początek już w kształceniu na poziomie studiów licencjackich/magisterskich. Wynika z tego, że w systemie kształcenia przeddyplomowego każda pielęgniarka realizuje minimalną liczbę godzin z zakresu neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego.

Zgodnie z wymaganiami programowymi [1], dla przedmiotu neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne zaplanowano 45 godzin zajęć teoretycznych, 80 godzin zajęć praktycznych oraz 80 godzin zajęć praktyki zawodowej. Uwzględniając obciążenie godzinowe tego przedmiotu (w sumie 205 godzin dydaktycznych), dziedzina neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego klasyfikowana jest na 6 miejscu wśród przedmiotów kierunkowych (dotyczy studiów licencjackich) (po: 1) podstawach pielęgniarstwa (425 godzin), 2) podstawowej opiece zdrowotnej (350 godzin), 3) pediatrii i pielęgniarstwie pediatrycznym (285 godzin), 4) internie i pielęgniarstwie internistycznym (285 godzin) i 5) chirurgii i pielęgniarstwie chirurgicznym (285 godzin).

Treści programowe przedmiotu (neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne zarówno dla studiów licencjackich, jak i magisterskich) obejmują:

- etiopatogenezę zaburzeń neurologicznych,
- metody diagnostyczne stosowane w neurologii,
- zaburzenia podstawowych funkcji życiowych – krążenia, oddychania oraz zaburzeń świa-

domości, ich wpływ na funkcje układu nerwowego,

- zaburzenia czucia, ruchu i napięcia mięśniowego,
- wady wrodzone i nabyte układu nerwowego,
- choroby naczyniowe mózgu,
- urazy mózgu i uszkodzenia rdzenia kręgowego,
- choroby demielinizacyjne,
- guzy mózgu,
- choroby mięśni i nerwów obwodowych,
- pielęgnowanie chorych w schorzeniach układu nerwowego.

W wyniku realizacji powyższych treści student nabywa umiejętności teoretyczne i praktyczne niezbędne do wykonywania zawodu pielęgniarki. W nawiązaniu do standardów nauczania [1], przygotowany jest do samodzielnego pełnienia roli zawodowej wyznaczanej przez funkcje pielęgniarstwa, obejmujące:

- świadczenie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie nią,
- promocję i edukację zdrowotną,
- działania w roli uczestnika zespołu opieki zdrowotnej,
- rozwój praktyki pielęgniarstwa, krytyczne myślenie i badania naukowe.

W ramach kształcenia przeddyplomowego istnieje również możliwość pogłębienia kształcenia kierunkowego (z zakresu pielęgniarstwa neurologicznego) w ramach przedmiotów specjalnościowych (dotyczy studiów licencjackich i magisterskich) oraz w ramach przedmiotu: wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa specjalistycznego (dotyczy studiów magisterskich) (ryc. 1) [1].

Kształcenie na poziomie przeddyplomowym, określane często jako kształcenie podstawowe, jest oczywiście wstępem do szeroko rozumianego kształcenia ustawicznego [2–10], w tym doskonalenia zawodowego w systemie kształcenia podyplomowego (ryc. 2).

Kształcenie podyplomowe

Nowy system kształcenia podyplomowego pielęgniarek, także w dziedzinie neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego, powinien być kompatybilny z systemem kształcenia przeddyplomowego (ryc. 2).

Dlatego też Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych [11], określa podstawowe dziedziny pielęgniarstwa, w ramach których prowadzone mogą być specjalizacje. Wśród nich znajduje się również specjalizacja w dziedzinie



¹ Dotyczy studiów licencjackich i magisterskich

² Dotyczy studiów magisterskich

Ryc. 1. Grupy przedmiotów kształcenia na kierunku pielęgniarstwo (Źródło: opracowanie własne na podstawie [1])



Ryc. 2. Kompatybilność kształcenia przed- i podyplomowego (Źródło: opracowanie własne na podstawie [1,11,12])

pielęgniarstwa neurologicznego (§1.1.16 Rozporządzenia).

Kształceniu podyplomowemu szczególną uwagę poświęca także Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej [12] – art. 10b. ust. 1, który stanowi, że pielęgniarka ma prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego oraz obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Również określone w ustawie [12] rodzaje kształcenia podyplomowego (w tym specjalizacja) (art. 10c. ust. 1) są zbieżne z wymogami przyjętymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie [13], w których uzależniono realizację niektórych świadczeń od ukończenia odpowiedniego rodzaju kształcenia podyplomowego.

Zgodnie z przyjętą nomenklaturą zawodową, szkolenie specjalizacyjne, zwane również specjalizacją (art. 10c. ust. 1 i 2) [12], zostało zdefiniowane jako rodzaj kształcenia podyplomowego mającego na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Organizację i przebieg specjalizacji regulują przepisy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych [14].

Kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego jest realizowane w oparciu o ramowy program kształcenia, zawierający treści i umiejętności ujęte w dwóch blokach:

- blok ogólnozawodowy, jednakowy dla wszystkich specjalizacji pod względem czasu realizacji (tj. 330 godzin) oraz zakresu realizowanych treści,
- blok specjalistyczny, którego celem jest przygotowanie pielęgniarki do profesjonalnego sprawowania opieki nad pacjentami z chorobami układu nerwowego. Liczba godzin w tym bloku wynosi 700 (część teoretyczna 210 godzin i część praktyczna 490 godzin).

Program kształcenia ma budowę modułową, dzięki której staje się on bardziej „elastyczny” zarówno dla uczestników szkolenia, jak i dla organizatora [2].

W ramach kształcenia w zakresie pielęgniarstwa neurologicznego wyróżnia się VI modułów (tab. 1) [11] (załącznik nr 17 do Rozporządzenia). Każdy moduł posiada cel, wykaz umiejętności wynikowych (teoretycznych i praktycznych), treści nauczania.

Celem modułu I jest: zapoznanie pielęgniarki z patofizjologią, diagnostyką chorób układu nerwowego oraz specyfiką pielęgnowania i organizacji opieki nad chorymi neurologicznie.

Celem modułu II jest: przygotowanie pielęgniarki do sprawowania profesjonalnej opieki nad osobami ze schorzeniami układu nerwowego leczonymi zachowawczo.

Celem modułu III jest: przygotowanie pielęgniarki do sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi neurologicznie leczonymi operacyjnie.

Celem modułu IV jest: przygotowanie pielęgniarki do profesjonalnej opieki nad chorymi po urazie mózgu i rdzenia kręgowego.

Celem modułu V jest: przygotowanie pielęgniarki do sprawowania opieki nad dzieckiem z chorobami i urazami ośrodkowego układu nerwowego oraz jego rodziną.

Celem modułu VI jest: przygotowanie pielęgniarki do profesjonalnej opieki nad osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Dążąc do profesjonalizmu w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego, należy również uwzględnić w kształceniu te godziny szkoleniowe, które realizowane są w ramach innych rodzajów kształcenia podyplomowego. A więc tych, których realizacja jest potrzebna, aby w pełni „uzyskać” profesjonalistów. Należy tu wymienić obszary kształcenia (w ramach kursów specjalistycznych i doksztalcających), których umiejętności „wbudowane” są w specjalizację (między innymi: 1) trening pęcherza moczowego, 2) resuscytacja krążeniowo-oddechowa, 3) wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, 4) leczenie ran, 5) żywienie enteralne i parenteralne) [11, 13].

Uwieńczeniem doskonalenia w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego jest uzyskanie tytułu specjalisty (potwierdzonego odpowiednim dyplomem) oraz nabycie specjalistycznych umiejętności, potwierdzonych kwalifikacjami zawodowymi specjalisty w tej dziedzinie [14, 15].

Podsumowanie

Jak wynika z prezentowanego materiału, kształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego jest stopniowane w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego.

Łączna minimalna liczba godzin dydaktycznych wynikająca z minimalnych wymogów programowych wynosi 1235 godzin (w ramach kształcenia przeddyplomowego 205 godzin i w ramach kształcenia podyplomowego 1030 godzin) [1, 11].

W dążeniu do wypracowania optymalnego modelu doskonalenia zawodowego, nie tylko w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego, na-

Tabela 1. Wykaz modułów – plan nauczania (źródło [11])

Lp.	Moduł	Teoria – liczba godzin	Staż	Liczba godzin	Łączna liczba godzin
			Placówka		
I	Wybrane zagadnienia opieki nad osobami ze schorzeniami układu nerwowego	45	Oddział neurologiczny	35	80
II	Opieka nad chorymi ze schorzeniami neurologicznymi leczonymi zachowawczo	65	Oddział neurologiczny	35	275
			Oddział intensywnej opieki neurologicznej	35	
			Oddział rehabilitacji neurologicznej	70	
			Podstawowa opieka zdrowotna ¹	70	
III	Opieka nad chorymi ze schorzeniami neurologicznymi leczonymi operacyjnie	20	Oddział neurochirurgiczny	35	55
IV	Opieka nad chorymi z urazowym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego	20	Oddział leczenia urazów czaszkowo-mózgowych ²	35	90
			Oddział leczenia urazów kręgosłupa ³	35	
V	Opieka nad dziećmi ze schorzeniami układu nerwowego	30	Dziecięcy oddział neurologiczny	35	100
			Dziecięcy oddział neurochirurgiczny lub intensywnej opieki neuropediatrycznej	35	
VI	Opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi	30	Oddział psychiatryczny	35	100
			Oddział pozastacjonarnej opieki psychiatrycznej	35	
	Łączna liczba godzin	210		490	700

¹ W podstawowej opiece zdrowotnej: praktyka pielęgniarki rodzinnej – 35 godzin, praktyka pracownika socjalnego – 35 godzin.

² Oddział leczenia urazów czaszkowo-mózgowych lub oddział neurochirurgii, w którym jest prowadzone leczenie urazów czaszkowo-mózgowych.

³ Oddział leczenia urazów kręgosłupa lub oddział traumatologii, w którym prowadzone jest leczenie urazów kręgosłupa.

leżałoby się zastanowić nad wprowadzeniem pewnych rozwiązań systemowych – maksymalnej uniwersalności systemu i efektywności działań. Zakres i kierunki zmian powinny dotyczyć:

- opracowania modułowych programów nauczania w kształceniu przeddyplomowym,
- opracowania standardów kwalifikacji zawodowych,

- nadzorowania i kontroli kształcenia podyplomowego,
- akredytacji kształcenia podyplomowego,
- opracowania Systemu Transferu Punktów na potrzeby kształcenia podyplomowego,
- wdrożenia strategii kształcenia ustawicznego,
- wsparcia finansowego kształcenia.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 3 listopada 2003 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia (<http://menis.gov.pl>).
2. Wojnowska-Dawiskiba H. *Wybrane słowa kluczowe i standardy kwalifikacji zawodowych pielęgniarki*. Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 1999.
3. Wojnowska-Dawiskiba H. *Kształcenie licencjata pielęgniarstwa*. Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 2001.
4. Wojnowska-Dawiskiba H. *Pożądaný model kształcenia pielęgniarek w szkolnictwie wyższym uwarunkowany krajowymi i międzynarodowymi tendencjami rozwojowymi*. Wrocław; 2001.

5. Wojnowska-Dawiskiba H, Seskevičius A, Gajos M. *Model kształcenia pielęgniarek w szkole wyższej*. Wrocław: Akademia Medyczna; 2004.
6. Wrońska I, Sztembis B. *Jakość kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych; 2001.
7. *System Ciągłego Doskonalenia Zawodowego (SCDZ) jako metoda rozwoju zawodowego. Projekt po uwzględnionych uwagach*. Materiały zjazdowe Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2003.
8. *Organizacja kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Poradnik dla organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych; 2000.
9. Blak-Kaleta A. *Wprowadzenie*. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Kazimierz Dolny 2001: 5–8.
10. Tułodziecka I. *Samorząd zawodowy wobec kształcenia i doskonalenia zawodowego*. Ogólnopolska Konferencja Informacyjno-Szkoleniowa. Kazimierz Dolny 2001: 9–12.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 197, poz. 1922).
12. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 91, poz. 410) z późn. zm. (z dnia 12 lipca 2003 r.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz.U. nr 116, poz. 750).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 197, poz. 1923).
15. Ślusarz R, Flis D. *Kwalifikacje specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego i neurochirurgicznego*. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki i położnej posiadającej tytuł specjalisty. Projekt. Warszawa; 2003: 114–120.

Adres I Autora:

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego AM
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz

Kluczowe czynniki sukcesu zarządzania w służbie zdrowia

Key factors for successful management of health care facilities

JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS¹, WŁADYSŁAW BERNY², JANUSZ MIERZWA¹,
IZABELLA UCHMANOWICZ³

¹ Z Zakładu Chorób Układu Nerwowego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Janusz Mierzwa

² Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Włodzimierz Jarmundowicz

³ Z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień

Streszczenie Umiejętność wyznaczenia strategii przedsiębiorstwa stanowi podstawę do długofalowego jego rozwoju i wymaga znajomości otoczenia samego przedsiębiorstwa oraz umiejętności oceny w tym kontekście przyszłej jego sytuacji. Te wszystkie obszary badań powinna obejmować dobrze przeprowadzona analiza strategiczna. SWOT to akronim angielskich słów: Strengths – mocne strony przedsiębiorstwa, Weaknesses – słabe strony przedsiębiorstwa, Opportunities – szanse w otoczeniu, Threats – zagrożenia w otoczeniu. W każdej organizacji istnieją cechy, które decydują o jej sukcesie bądź przetrwaniu. Mają one generalnie trwały charakter. W przypadku placówek służby zdrowia (przynajmniej większości z nich) można przyjąć, że uwarunkowania społeczno-polityczne spowodują, że takie jednostki będą istniały, bez względu na problemy finansowe ochrony zdrowia. Cechy, które decydują o sukcesie organizacji, tzw. kluczowe czynniki sukcesu, to kompetencje, zasoby i atuty, jakich organizacja potrzebuje, aby w danej dziedzinie odnosić sukcesy. Celem pracy jest pokazanie drogi do jak najlepszego funkcjonowania placówek służby zdrowia przez przeprowadzenie analizy strategicznej SWOT oraz ukazanie czynników, które decydują o sukcesie organizacji.

Słowa kluczowe: zarządzanie strategiczne, analiza strategiczna, czynniki sukcesu, służba zdrowia.

Summary In order to well manage any organization, managers have develop the strategy for their facility. Areas of research should include well-processed strategic analysis. Acronyms of English word SWOT mean: Strengths – strong sides of the organization, Weaknesses – weak sides of the organization, Opportunities – opportunities within the surroundings, Threats – threats that are in the surroundings. Every organization has features, which decide about its success. There usually have consistent character. In case of health care facilities (at least most of them) we can suppose, that socio-political environment allow them to survive, despiting the financial problems. Features, which decide about the success of the organization, are called key factors of success. Among them are competencies, atuts, which organization needs to be successful. The purpose of this study is to show how strategic analysis may help in good management of the health care facilities.

Key words: strategic administration, strategic analysis, success factors, health care.

Wstęp

Istnieje wiele różnego typu czynników wpływających na rozwój przedsiębiorstwa wiele jest także instrumentów, które pomagają zarządzającym we wprowadzaniu i monitorowaniu różnego typu zmian o charakterze prorozwojowym. Aby placówki służby zdrowia dobrze funkcjonowały, muszą dopasowywać procesy i produkty do dynamicznie zmieniającego się otoczenia. Zdol-

ność do innowacyjności jest podstawowym warunkiem dającym możliwość długookresowej egzystencji placówki [1, 2].

Cel pracy

Celem pracy jest pokazanie drogi do jak najlepszego funkcjonowania placówek służby zdrowia przez przeprowadzenie analizy strategicznej

SWOT oraz ukazanie czynników, które decydują o sukcesie organizacji.

Umiejętność wyznaczenia strategii przedsiębiorstwa stanowi podstawę do długofalowego jego rozwoju i wymaga znajomości otoczenia, samego przedsiębiorstwa oraz umiejętności oceny w tym kontekście przyszłej jego sytuacji. Te wszystkie obszary badań powinna obejmować dobrze przeprowadzona analiza strategiczna. Pozwala ona dokonać diagnozy placówki służby zdrowia jako całości i jej specyficznego otoczenia. Obejmuje analizę zewnętrzną i wewnętrzną, badanie synergii przedsiębiorstwa i otoczenia oraz ustalenie możliwych kierunków (opcji) strategicznych. Analiza strategiczna powinna dotyczyć wszystkich obszarów placówki, nie tylko strefy ekonomicznej, ale także technologicznej, marketingowej, społecznej, kulturowej, wymaga zatem łączenia metod jakościowych i ilościowych, ze skomplikowanymi metodami analizy finansowej czy symulacją komputerową.

SWOT to akronim angielskich słów: Strengths – mocne strony przedsiębiorstwa, Weaknesses – słabe strony przedsiębiorstwa, Opportunities – szanse w otoczeniu, Threats – zagrożenia w otoczeniu.

Potencjalne mocne strony placówki służby zdrowia:

- dobra opinia klientów o firmie – duża liczba zaoptowanych pacjentów,
- wykwalifikowana, stabilna kadra medyczna, gwarantująca wysoką jakość usług, wysoki stopień fachowości,
- własne laboratorium diagnostyczne,
- Dogodne usytuowanie przychodni (placówki) w pobliżu dróg i sieci komunikacji miejskiej,
- kompleksowa obsługa w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej,
- podpisane kontrakty z NFZ,
- przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – usprawnienie zarządzania placówką (świadomość, że „pracujemy na swoim”).

Potencjalne słabe strony placówki służby zdrowia:

- brak działań promocyjnych i reklamowych,
- fundusze głównie z kontraktów z NFZ, zbyt mała liczba ponadstandardowych płatnych usług medycznych,
- pozostawienie wolnych niewykorzystanych powierzchni budynku,
- stary budynek wymagający remontu (duże koszty utrzymania placówki), brak windy. Braki w sprzęcie podnoszącym standard udzielanych świadczeń. Brak systemu informatycznego wewnątrz przychodni,
- niskie płace i brak systemu motywacyjnego,
- brak lekarzy z uprawnieniami do badania kie-

rowców i przeprowadzania badań profilaktycznych.

Potencjalne szanse placówki służby zdrowia:

- możliwość wynajęcia części wolnych pomieszczeń innym podmiotom świadczącym usługi medyczne nierealizowane przez placówkę, np. aptecę,
- możliwość zatrudnienia większej liczby specjalistów, co pozwoli na rozszerzenie wachlarza udzielanych świadczeń,
- większe zainteresowanie pacjentów własnym zdrowiem przez wprowadzanie programów profilaktyki zdrowotnej,
- możliwość rozszerzenia działalności komercyjnej,
- możliwość powołania fundacji zajmującej się m.in. gromadzeniem pieniędzy potrzebnych na rozwój placówki, organizacją działań promocyjnych i reklamowych placówki, wsparciem stypendialnym pracowników placówki podnoszących swoje kwalifikacje zawodowe.

Potencjalne zagrożenia placówki służby zdrowia:

- istnienie w pobliżu prywatnych gabinetów lekarskich i stomatologicznych oraz niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzących intensywne działania marketingowe,
- niekorzystne zmiany demograficzne – starzenie się społeczeństwa i zmniejszenie liczby urodzeń – wzrost kosztów leczenia,
- brak stabilnych zasad i reguł narzucanych przez NFZ. Duże uzależnienie od zawartych kontraktów,
- niebezpieczeństwo podnoszenia cen przez kooperantów, np. na usługi laboratoryjne, protetykę itp.

Określenie SWOT jest punktem wyjścia do planowania strategicznego. Celem strategii jest redukcja wewnętrznych słabości i unikanie zagrożeń przez wykorzystanie mocnych stron placówki [2, 3].

Kluczowe czynniki sukcesu w zarządzaniu w służbie zdrowia

W każdej organizacji istnieją cechy, które decydują o jej sukcesie bądź przetrwaniu. Mają one generalnie trwałe charakter. W przypadku placówek służby zdrowia (przynajmniej większości z nich) można przyjąć, że uwarunkowania społeczno-polityczne spowodują, że takie jednostki będą istniały, bez względu na problemy finansowe ochrony zdrowia [4, 5].

Cechy, które decydują o sukcesie organizacji, tzw. kluczowe czynniki sukcesu, to kompetencje, zasoby i atuty, jakich organizacja potrzebuje, aby w danej dziedzinie odnosić sukcesy. Identyfikacja i analiza tych czynników ma zna-

czenie strategiczne dla placówek służby zdrowia. Ich uświadomienie w zarządzaniu organizacją umożliwi skuteczną realizację celów strategicznych i operacyjnych. Lista potencjalnych czynników sukcesu jest inna dla każdej placówki. Najogólniej potencjalne czynniki sukcesu w poszczególnych obszarach działalności placówki służby zdrowia przedstawiają się następująco:

1. w obszarze działalności usługowej:

- jakość wykonywanych usług,
- prawidłowa i szybka diagnoza,
- umiejętność skracania czasu pobytu pacjenta w szpitalu w oparciu o standardy i wysoką jakość usług,
- opracowanie optymalnych wewnątrzszpitalnych procedur medycznych,
- wysoki poziom opieki pielęgniarskiej;

2. w obszarze technologii:

- posiadanie dostępu do najnowszych technologii,
- wprowadzenie technologii komputerowej i rozwój systemów informatycznych;

3. w obszarze kadr:

- dobrze wykształcona i doświadczona kadra personelu medycznego,
- racjonalizacji zatrudnienia,
- zatrudnienie znanych profesjonalistów,
- współdziałanie całego personelu;

4. w obszarze działalności marketingowej:

- posiadanie wyróżniającego wizerunku wśród placówek służby zdrowia oferujących podobne usługi,
- wiedza o potrzebach pacjentów, konkurentach i własnej pozycji na rynku,
- pozycja i reklama działalności placówki,
- umiejętność negocjacji kontraktów;

5. w obszarze organizacji i zarządzania:

- komercjalizacja lub prywatyzacja części usług medycznych oraz pozamedycznych,
- poszukiwanie i wykorzystywanie najlepszych pomysłów innych placówek (*benchmarking*),
- dobra organizacja ruchu chorych i optymalne wykorzystanie posiadanego sprzętu diagnostycznego,
- optymalne gospodarowanie całym majątkiem, z możliwością wyprzedazy, dzierżawy czy wynajmu,
- wysoka jakość warunków socjalno-bytowych hospitalizowanych pacjentów;

6. w obszarze działalności finansowej:

- analiza i kontrola kosztów,
- zmiana formy organizacyjno-prawnej pla-

cówki służby zdrowia (na prywatną lub skomercjalizowaną),

- umiejętność pozyskiwania dodatkowych środków na inwestycje,
- wyniki finansowe.

Pierwszoplanowym czynnikiem sukcesu placówki służby zdrowia w przyszłości będzie jakość usług medycznych, dzisiaj jeszcze niedostatecznie docenianym. Narodowy Fundusz Zdrowia nie motywuje obecnie do podnoszenia jakości usług, płacąc wszystkim placówkom jednakowe stawki za usługi w regionie.

Jak słusznie domniemywa się w literaturze przedmiotu, przyczyna tego stanu rzeczy leży w braku odpowiednich narzędzi (koncepcji i metod) kontroli jakości. Myśląc o przyszłości swoich placówek, kadra zarządzająca już dzisiaj powinna podejmować działania w tym obszarze przez:

- zatrudnianie fachowców o wysokich kompetencjach,
- tworzenie standardów i procedur utrzymania jakości,
- likwidowanie obszarów zakażeń szpitalnych,
- inwestowanie w nowy sprzęt i urządzenia,
- poprawianie warunków sanitarno-bytowych pacjentów.

W warunkach obecnych za kluczowy czynnik sukcesu słusznie uznaje się także analizę i kontrolę kosztów. Powinno to umożliwić w przyszłości:

- efektywne wykorzystanie ludzi, sprzętu i technologii,
- optymalne stosowanie leków,
- sprawna obsługa pacjentów w poszczególnych działach szpitalnych,
- uporządkowanie spraw kadrowych, a zwłaszcza kadry lekarskiej.

Do innych czynników sukcesu placówek służby zdrowia należą: przyciągnięcie najlepszych specjalistów, tworzenie pozytywnego wizerunku placówki w otoczeniu oraz promocja i reklama placówki [6, 7].

Podsumowanie

Wymienione kluczowe czynniki sukcesu placówek służby zdrowia powinny zostać przełożone na koncepcje i metody zarządzania tymi placówkami, aby mogły one odnieść taki sukces w przyszłości.

Określenie SWOT jest punktem wyjścia do planowania strategicznego. Celem strategii jest redukcja wewnętrznych słabości i unikanie zagrożeń przez wykorzystanie mocnych stron placówki.

Piśmiennictwo

1. Rutka R. *Kierunki doskonalenia służby zdrowia*. Prace Naukowe AE Wrocław nr 879. Wrocław; 2000.
2. Nogalski B, Rybicki J. *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*. Toruń; 2002.
3. Skalik J. *Zmiana warunkiem sukcesu*. Wrocław: Wyd. AE; 2000.
4. Hass-Symotiuk M. *Controlling w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*. Materiały konferencyjne. Szczecin; 2000.
5. Czerska M, Rutka R. *Kierunki doskonalenia struktury organizacyjnej szpitala w warunkach reformy służby zdrowia*. Prace Naukowe AE Wrocław nr 879. Wrocław; 2000: 66 i nast.
6. *Program akredytacji szpitali*. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; 1998.
7. Kacała J. *Kluczowe czynniki sukcesu – nowe kierunki w zarządzaniu szpitalem*. Prace Naukowe AE we Wrocławiu nr 916. Wrocław; 2000.

Adres I Autorki:

Zakład Chorób Układu Nerwowego,

Wydział Zdrowia Publicznego AM

ul. Bartła 5

51-618 Wrocław

Strategie i metody zarządzania w zmieniających się warunkach służby zdrowia

Management strategies in changing conditions of public health care

WŁADYSŁAW BERNY¹, JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS², LESŁAW W. ZUB¹

¹ Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Włodzimierz Jarmundowicz

² Z Zakładu Chorób Układu Nerwowego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Janusz Mierzwa

Streszczenie Sytuacje przejściowe wywołane procesem transformacji wymagają zastosowania nowoczesnych form i metod zarządzania ukierunkowanymi na potrzeby ludzi (społeczne, socjalne, psychologiczne) i środowiska (tzw. aspekt ekologiczny). W dobie transformacji ogromną rolę odgrywać musi menedżer i przyjęte przez niego strategie zarządzania, jak np. 1. zarządzanie przez wyniki, 2. zarządzanie zmianami, 3. zarządzanie jakością TQM. Istotne zmiany zachodzą w ocenie roli pracy oraz struktury zatrudnienia. Zasadnicze zmiany zachodzą również w sposobie odczuwania i rozumienia potrzeb pracowników w przedsiębiorstwie. Pierwszorzędного znaczenia zaczynają nabierać potrzeby socjologiczne i psychologiczne personelu pracowniczego. Aby przetrwać i rozwijać się, instytucje muszą dostosowywać się szybko do zmieniających się potrzeb społecznych, sformalizowanych w zmieniających się przepisach i regulacjach. Sytuację Narodowego Funduszu Zdrowia komplikuje wymiana międzynarodowa i otwieranie się jednych krajów na drugie, związane z akcesją do Unii Europejskiej. Celem podjętej pracy jest analiza czynników mających zasadnicze znaczenie dla powstania niestabilnej sytuacji przejściowej w dobie zmieniających się przepisów prawnych, ekonomicznych i organizacyjnych; wpływ zmian polityki społecznej i zdrowotnej na działalność jednostek służby zdrowia oraz dobór metod i strategii zarządzania w służbie zdrowia.

Słowa kluczowe: zarządzanie strategiczne, controlling, akredytacja, służba zdrowia.

Summary Temporary changes brought about by the process of transformation call for specific up-to-date methods of management oriented both to people's social and psychological needs as well as to environmental demands. The most important part in the transformation is to be played by the manager. The management strategies s/he chooses, such as results management, changes management or TQM, are also of utmost importance. Changes can be observed in the perception of work and in the evaluation of the structure of employment. Employees' needs are now perceived in a different way. Social and psychological needs of the personnel have become top priority. In order to survive and develop, institutions have to adjust to quickly changing social needs that are formally represented by altering rules and regulations. Our access to the European Union with all the consequences complicates the domestic problems connected with the National Health Fund. The main objective of the research is the analysis of the factors responsible for the unstable temporary situation in the period of legal, economic and administrative flux. Another aim is to examine how social and health care policy may influence health care units. Finally, we would like to present a selection of public health care management strategies.

Key words: management, controlling marketing, total quality management, public health.

Wstęp

Zarządzanie jako nauka i wiedza praktyczna jest wszechobecna i wszechświatowa mimo błyskawicznego i niespotykanego w innych dziedzinach rozwoju, znajduje się nadal w centrum zmian, zawirowań i kontrowersji. Formy zarzą-

dzania aktualne „wczoraj” – „jutro” muszą być już drastycznie odmienne. Wyzwania dla współczesnego zarządzania dotyczą wszystkich instytucji służb publicznych (w tym służby zdrowia), dotyczą wszystkich szczebli zarządzania i wszystkich grup (elementów) w jego strukturze [1, 2].

Zarządzanie w służbie zdrowia w dobie trans-

formacji prawnoustrojowej w III RP stanęło wobec nowych trudnych wyzwań, odsłania też zupełnie nowe wymiary zarządzania.

Jednak najistotniejsze wyzwania i zadania oraz największe zmiany muszą dotyczyć kierownictwa najwyższego szczebla, które mimo trwających ustawicznie w dobie transformacji zmian musi ustalić kierunki rozwoju i zmian dla służby zdrowia oraz zmiany zarządzania w sferze problemów o podstawowym znaczeniu.

W obecnej dobie punkt ciężkości w zarządzaniu przesuwają się ku: strukturze, składowi i kwalifikacjom kierownictwa. „Najwyższy szczebel” firmy obejmować musi znacznie więcej ludzi niż tradycyjnie (już nie wystarczy do kierowania pojedynczy naczelny).

Pogłębiająca się transformacja polskiej służby zdrowia wprost proporcjonalnie powiększa skalę trudności w zarządzaniu. W początkowej fazie przeobrażeń gospodarczych wydawało się, że wystarczy się szkolić, przestawić na orientację rynkową i już będzie można prowadzić przedsiębiorstwo i przetrwać najtrudniejsze.

Zmiany ustrojowe trwające w służbie zdrowia od powstania w 1989 r. III RP, zmieniające się przepisy prawne, zmiany polityki społecznej i zdrowotnej, zmieniające się uwarunkowania własnościowe wskutek restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstw powodują powstanie wybitnie niestabilnej sytuacji dla działania jednostek służby zdrowia [1, 3].

Cel pracy

Analiza czynników mających zasadnicze znaczenie dla powstania niestabilnej sytuacji przejściowej w dobie zmieniających się przepisów prawnych, ekonomicznych i organizacyjnych, wpływ zmian polityki społecznej i zdrowotnej na działalność jednostek służby zdrowia oraz dobór metod i strategii zarządzania stanowi główny cel podjętej pracy.

Sytuacje przejściowe wywołane procesem transformacji wymagają zastosowania nowoczesnych form i metod zarządzania ukierunkowanymi na potrzeby ludzi (społeczne, socjalne, psychologiczne) i środowiska (tzw. aspekt ekologiczny). W dobie transformacji ogromną rolę odgrywać musi menedżer i przyjęte przez niego strategie zarządzania, jak np.:

1. zarządzanie przez wyniki,
2. zarządzanie zmianami,
3. zarządzanie jakością TQM [4, 5].

Ostatnie lata są okresem znacznych trudności w zarządzaniu jednostkami służby zdrowia zarówno w wymiarze praktycznym, jak i teoretycznym. W obecnej dobie coraz więcej czynników zewnętrznych decyduje o efektywności funkcjo-

nowania szpitali. Podkreśla się rosnącą pozycję samorządów lokalnych i społeczeństwa w relacjach z jednostkami służby zdrowia, ważność problemów ekologicznych.

Aby przetrwać i rozwijać się instytucje muszą dostosowywać się szybko do zmieniających się potrzeb społecznych, sformalizowanych w zmieniających się przepisach i regułach. Sytuację Narodowego Funduszu Zdrowia komplikuje wymiana międzynarodowa i otwieranie się jednych krajów na drugie, związane z akcesją do Unii Europejskiej. Niezmiernie ważnym czynnikiem determinującym warunki rozwoju współczesnej gospodarki i organizacji jest postępująca informatyzacja gospodarki i społeczeństw.

Istotne zmiany zachodzą w ocenie roli pracy oraz struktury zatrudnienia. Zasadnicze zmiany zachodzą również w sposobie odczuwania i rozumienia potrzeb pracowników w przedsiębiorstwie. Pierwszorzędne znaczenia zaczynają nabierać potrzeby socjologiczne i psychologiczne personelu pracowniczego. Dynamika otoczenia, jego zmienność i płynność stwarzają sytuacje nierównowagi i zagrażają istniejącym strukturom (które już nie potrafią owej równowagi utrzymać). Pojawiła się sytuacja swoistego chaosu, który przy braku kontroli może doprowadzić przedsiębiorstwo do rozkładu i destrukcji – stwarza ona jednak możliwość przejścia do nowego stanu równowagi pod warunkiem nowego spojrzenia na funkcjonowanie i zarządzanie firmą [2, 3, 5, 6].

Rodzaje czynników powodujące niestabilność sytuacji organizacyjnej i prawno-ekonomicznej przedsiębiorstwa

1. Zmiany ustrojowe:
 - zmiany polityki społecznej,
 - zmiany polityki zdrowotnej.
2. Zmieniające się przepisy prawne:
 - państwowe (ustawy, rozporządzenia),
 - samorządowe,
 - Unii Europejskiej (unifikacji),
 - światowe tendencje.
3. Zmiany systemu finansowania:
 - metody finansowania świadczeń zdrowotnych,
 - Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - ubezpieczenia międzynarodowe.
4. Zmiany podmiotów rynku usług publicznych:
 - centralne szpitale i instytuty (samodzielne, np. PAN),
 - akademie medyczne,
 - spółki medyczne,
 - publiczne i niepubliczne placówki służby zdrowia.
5. System ubezpieczeń zdrowotnych:
 - powszechne ubezpieczenia zdrowotne,
 - NFZ,

- ubezpieczenia międzynarodowe (np. Warta, PZU),
 - prywatne kasy chorych.
6. Nowe zasady marketingu usług zdrowotnych:
- diagnostyka,
 - leczenie (państwowe, publiczne, prywatne, dzienne),
 - rehabilitacja (szpitalna, ambulatoryjna, sanatoryjna),
 - profilaktyka.
7. Nowoczesne metody zarządzania:
- zarządzanie przez jakość (TQM),
 - zarządzanie przez wyniki, zasobami ludzkimi, zmianami,
 - controlling.
8. Zmiany systemu zarządzania:
- doskonalenie umiejętności zarządzania,
 - doskonalenie umiejętności komunikacji międzyludzkiej,
 - public relations – promocja, reklama.
9. Systemy informatyczne:
- nowe możliwości telekomunikacji,
 - analiza epidemiologiczna i statystyczno-demograficzna (szczególnie o sytuacji zdrowotnej i prognozowanie chorobowe w regionie),
 - controlling zapotrzebowania na świadczenia medyczne.
10. Tendencje i sposoby prywatyzacji służby zdrowia.
11. Wykładnia etyki w „biznesie medycznym” [6].

Rozpoczęta 1 stycznia 1999 r. reforma ochrony zdrowia zmieniła system finansowania zakładów z budżetowego na ubezpieczeniowo-budżetowy. Taka zmiana miała przeciwdziałać stałemu wzrostowi kosztów utrzymania zakładów opieki zdrowotnej. Przed zakładami opieki zdrowotnej stała konieczność przeprowadzenia gruntownych zmian mających na celu dostosowanie tych organizacji do nowych warunków funkcjonowania, do zmian zachodzących w otoczeniu.

Przede wszystkim należy określić dla każdej placówki służby zdrowia jej misję, cele i strategię. Do nich należy dobrać właściwe koncepcje i metody zarządzania.

Misja szpitala w nowych warunkach musi wyjść poza autonomiczne widzenie wewnętrznych jego potrzeb. Pacjenta, „za którym idą pieniądze”, powinno się traktować jako klienta, jako rzeczywistego pracodawcę. Ponadto myślenie *ex post* (leczenie) powinno zostać zastąpione myśleniem *ex ante* (profilaktyka). Tak rozumiana w ogólnym zarysie misja ściśle współgra ze społecznym posłannictwem szpitala. Wymaga ona nowego podejścia do określania celów funkcjonalnych placówki służby zdrowia. Cele te muszą uwzględniać elastyczność działania, marketingowe zachowanie się, ale także aspekty kosztowo-finansowe.

Konieczne jest właściwe dobranie strategii działania. Można tu wyjść od dwóch rodzajowo różnych strategii, tj. defensywnej i ofensywnej.

Strategia defensywna jest nastawiona na minimalizację niepowodzeń, zachowanie dotychczasowych zdobyczy i ograniczenie do minimum wszelkich zmian. Kierownictwo placówki służby zdrowia może wybrać taką strategię, gdy jest pozbawione prawa do ryzyka, a system ocen ma charakter niestabilny, krótkoterminowy.

Strategia ofensywna jest z kolei nastawiona na działania przedsiębiorcze, przyszłościowe, wymagające odwagi i ryzykownej gry. Można tu wybrać między specjalizacją lub dywersyfikacją. W pierwszym przypadku szpital angażuje się w jedną wybraną dziedzinę usług, tam koncentruje cały swój potencjał i w niej uzyskuje przewagę konkurencyjną pod względem kosztów lub jakości. W placówkach służby zdrowia częściej powinna być wybierana strategia jakościowa.

Z kolei **dywersyfikacja** oznacza poszerzenie zakresu dotychczasowych usług. Szpital może wychodzić poza dotychczasowy rynek (dywersyfikacja geograficzna) lub w nowe dla niego dziedziny (synergiczne bądź komplementarne względem jego dotychczasowej działalności).

Po uporaniu się z decyzjami o charakterze strategicznym należy rozstrzygnąć problemy natury operacyjnej. W szczególności zarządzanie jednostkami (zakładami) opieki zdrowotnej w obecnych warunkach musi uwzględniać zwiększoną ich samodzielność, samofinansowanie oraz tworzący się rynek usług medycznych. Zmusza to do przestrzegania zasady racjonalnego gospodarowania, stosowania odpowiednich koncepcji i metod zarządzania. Niewątpliwie kierowanie tymi placówkami, jako swoistą sferą działalności usługowej z uwzględnieniem jej socjalnego charakteru, wymaga nie tylko poprawy efektywności gospodarowania, ale także, a może przede wszystkim, poprawy jakości. Zasadniczym celem działalności jednostek opieki zdrowotnej jest bowiem realizacja świadczeń określonej jakości, przy jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu zasobów będących w ich dyspozycji.

W świetle przedstawionych okoliczności konieczne staje się zatem poszukiwanie narzędzi pozwalających osiągnąć założone cele. Należą do nich bez wątpienia koncepcje TQM oraz controlling, a także takie szczegółowe metody zarządzania, jak np. zarządzanie przez wyniki, zarządzanie zmianami. Z obserwacji praktyki wynika, że nie udaje się skutecznie i efektywnie wdrożyć zmian w żadnej organizacji, jeśli nie towarzyszą temu takie dynamiczne koncepcje zarządzania, jak: controlling, marketing, kompleksowe zarządzanie jakością (TQM – *total quality management*), logistyka czy zarządzanie zasobami ludzkimi (HRM – *human resources management*).

Aktywną rolę w procesie wprowadzania zmian w placówkach służby zdrowia powinna pełnić koncepcja *human resources management* (HRM). Upatruje ona głównych przesłanek racjonalizacji zarządzania w odpowiednim ukształtowaniu poziomu, struktury i kwalifikacji zatrudnionych i szeroko pojętym motywowaniu ich do pożądanych zachowań [3, 5–8].

Controlling jako koncepcja wspomagająca zarządzanie

Controlling wspomaga proces podejmowania decyzji kierownictwa jednostki, przez dostarczenie narzędzi i informacji potrzebnych do strategicznego i operacyjnego zarządzania. Zastosowanie controllingu w zakładach opieki zdrowotnej – jak słusznie pisze M. Hass-Symotiuk – powinno umożliwić długofalowe przewidywanie, co sprzyja zapewnieniu przetrwania i rozwoju w zmieniających warunkach otoczenia. Szczególnym zadaniem controllingu, przede wszystkim ze względu na dynamicznie zmieniające się warunki funkcjonowania służby zdrowia, jest kreowanie i wspomaganie antycypacyjnego zarządzania podstawowymi jednostkami opieki zdrowotnej. Chodzi tu o przewidywanie przyszłego stanu zdarzeń i w miarę możliwości odpowiednio wczesne dostosowanie się do nich. To przewidywanie ma na celu przede wszystkim zapewnienie kontynuacji działania placówki służby zdrowia oraz jej rozwoju. Opracowanie koncepcji controllingu dla placówki opieki zdrowotnej musi uwzględniać czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne. Do tych pierwszych należy zakres działania.

Centra odpowiedzialności wprowadza się w przypadku szpitali zdywersyfikowanych, co najmniej kilkuoddziałowych. Im większy zakres autonomii i odpowiedzialności poszczególnych centrów, tym stają się one podobne do quasi-samodzielnych jednostek gospodarczych.

W centrum odpowiedzialności za zyski ocenia się osiągnięte rezultaty, a nie sposoby, które do nich prowadzą (koszty). Kierownik takiego centrum zajmuje się problemami o charakterze strategicznym (ustalenie segmentu rynku usług medycznych, na którym działa, planowanie pobytu, pozyskiwanie pacjentów, egzekwowanie jakości usług). W szpitalach mogą to być oddziały specjalistyczne i zakłady diagnostyczne. Centrum kosztów otrzymuje budżet kosztów na swoje funkcjonowanie i sprawuje kontrolę nad procesem powstawania kosztów. Nie ma wpływu na przychody. W gestii kierownika takiego centrum leżą tylko decyzje operacyjne (kadry, wybór źródeł zaopatrzenia, wykorzystanie posiadanych zasobów). Tworzone są, gdy dana jednostka realizuje w sposób scentralizowany zadania dla in-

nych jednostek, albo gdy nie ma możliwości wyraźnego określenia relacji efektów działania centrum do kosztów jego działalności. Dotyczy to głównie jednostek realizujących obsługę administracyjną szpitala (statystyka, księgowość i finanse, zaopatrzenie, laboratoria). W literaturze przedmiotu dostrzega się korzyści wprowadzania ośrodków odpowiedzialności. Niewątpliwie pojawią się one również w placówkach służby zdrowia. Wymienia się tu: sprawne sterowanie zakładem opieki zdrowotnej, właściwą realizację procesu leczenia, ograniczenie marnotrawstwa środków, uwolnienie kierownictwa od bieżącej ingerencji, uzyskanie niezbędnych, a dotychczas trudno osiągalnych informacji o działalności jednostek wewnętrznych. W samych komórkach wewnętrznych placówki służby zdrowia pojawiają się nie tylko warunki do samokontroli i samosterowania, co znacznie odciąża i ograniczy zewnętrzne działania kontrolne, ale także, co jest szczególnie ważne w warunkach dynamicznie zachodzących zmian, nastąpi wzrost samodzielności kadry kierowniczej oraz elastyczności jej działania [5–7].

Zarządzanie jakością w placówkach służby zdrowia

Kierowanie placówkami służby zdrowia wymaga nie tylko poprawy efektywności gospodarowania, a przede wszystkim, poprawy jakości. Współczesne oczekiwania społeczne związane z opieką zdrowotną nie ograniczają się tylko do wprowadzania nowych, doskonalszych procedur medycznych, ale kładą nacisk na jakość udzielanych świadczeń. Niewątpliwie całościową koncepcją sterowania jakością w placówkach służby zdrowia jest koncepcja TQM (*total quality management*). W odniesieniu do placówek służby zdrowia koncepcja ta zawiera w sobie wyraźną orientację na ukierunkowanie ich systemu zarządzania w taki sposób, aby główna uwaga kadry zarządzającej i personelu była skupiona na osiągnięciu możliwie wysokiego poziomu jakości: procesów, świadczonych usług i pracy. Jest to szczególnie ważne, gdyż placówki służby zdrowia znajdują się obecnie w trakcie procesu fundamentalnych zmian. Powszechnie bowiem uważa się, że droga do przyszłego sukcesu prowadzi przez wysoką jakość. Jakość procesów wpływa bezpośrednio na strukturę kosztów i łańcucha wartości przedsiębiorstwa oraz zdecydowanie poprawia efektywność gospodarowania zasobami. Determinuje również jakość usług, co ma zasadnicze znaczenie dla wzrostu wielkości świadczeń i pozyskiwania nowych klientów placówek służby zdrowia. Z tych krótkich rozważań na tle koncepcji TQM wynikają również dla placówek służby zdrowia dwa ważne wskazania:

1. Dźwignią długookresowego obniżania kosztów i wzrostu produktywności jest stała poprawa jakości procesów realizowanych w placówce służby zdrowia, tzn. konsekwentne eliminowanie wszelkich niedostatków w łańcuchu tworzenia wartości.
2. Dźwignią ciągłego wzrostu sprzedaży usług medycznych i wzrostu udziału w rynku jest konsekwentna poprawa jakości tych usług pod kątem oczekiwanych korzyści pacjenta drogą wprowadzania innowacji [1, 3, 4].

Znaną i sprawdzoną metodą zapewnienia jakości jest akredytacja. Polega ona na przeprowadzaniu przeglądu placówek opieki zdrowotnej w oparciu o określone standardy akredytacyjne i na tej podstawie przyznanie statusu jednostki akredytowanej.

Program akredytacji szpitali opracowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia ma na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej świadczonej społeczeństwu. Obejmuje zestaw standardów w następujących dziedzinach funkcjonowania szpitali:

1. zarządzanie ogólne,
2. zarządzanie zasobami ludzkimi,
3. zarządzanie informacją,
4. kontrola zakażeń szpitalnych,
5. prawa pacjenta,
6. ocena stanu pacjenta,
7. opieka nad pacjentem,
8. anestezjologia,
9. leki,
10. odżywianie,
11. ciągłość opieki,
12. poprawa jakości,
13. zarządzanie środowiskiem opieki,
14. izba przyjęć,
15. laboratorium.

Podstawowym założeniem systemu akredytacji jest dobrowolne uczestnictwo oraz niezależność i autonomia w podejmowaniu decyzji akredytacyjnych. Akredytacja przyznawana jest na 3 lata. Możliwe jest przyznanie akredytacji warunkowej, gdy szpital uzyskał niewystarczającą

zgodność w spełnieniu standardów w określonym obszarze działalności (np. zarządzanie ogólne, leki itp.). Termin na usunięcie niedociągnięć nie może przekroczyć 6 miesięcy.

Zalety i korzyści wynikające z akredytacji można rozpatrywać w wielu aspektach, ale najważniejszą rolę odgrywa zawsze pacjent. Uzyskanie akredytacji informuje pacjentów o dobrym funkcjonowaniu szpitala i możliwości pełnej realizacji oczekiwań pacjentów. Oprócz dobrego wizerunku firmy, akredytacja niesie za sobą stymulację poprawy jakości i usprawnienie funkcjonowania szpitali. Pozwala dostrzec niezauważalne dotychczas zaniedbania w poszczególnych obszarach działalności. Niezależnie od sposobu finansowania szpitala zawsze będzie zyskiwał możliwość poprawy działania oraz uzyskiwał inne często niewymierne korzyści wynikające z akredytacji, takie jak: zwiększenie zaufania społecznego, sprzyjanie konkurencyjności szpitali, ułatwienie zawierania kontraktów i pozyskiwania nowych źródeł finansowania.

Program akredytacji zakłada w przyszłości modyfikacje standardów i procesu akredytacji podkreślającego ocenę działalności jednostki dostosowanej do zmieniających się oczekiwań i potrzeb społeczeństwa [1, 2, 8].

Podsumowanie

Zarządzanie w służbie zdrowia w dobie transformacji prawnoustrojowej III RP stanęło wobec nowych wyzwań, pasjonujących i trudnych, otwierając nowe horyzonty, odślaniając też zupełnie nowe wymiary zarządzania. Zarządzanie jako nauka i wiedza praktyczna jest wszechobecne i wszechświatowe mimo błyskawicznego i niespotykanego w innych dziedzinach rozwoju, znajduje się nadal w centrum zmian, zawirowań i kontrowersji. Formy zarządzania aktualne „wczoraj” – „jutro” muszą być już drastycznie odmienne. Wyzwania dla współczesnego zarządzania służbą zdrowia dotyczą wszystkich szczebli zarządzania i wszystkich grup (elementów) w jego strukturze.

Piśmiennictwo

1. Czerska M, Rutka R. *Kierunki doskonalenia struktury organizacyjnej szpitala w warunkach reformy służby zdrowia*. Prace Naukowe AE Wrocław nr 879. Wrocław; 2000.
2. Rutka R. *Kierunki doskonalenia służby zdrowia*. Prace Naukowe AE Wrocław nr 879. Wrocław; 2000.
3. Nogalski B, Rybicki J. *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*. Toruń; 2002.
4. Skalik J. *Zmiana warunkiem sukcesu*. Wrocław: Wydawnictwo AE; 2000.
5. Hass-Symotiuik M. *Controlling w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*. Materiały konferencyjne. Szczecin; 2000.
6. Nowosielski S. *Zarządzanie produkcją. Ujęcie controllingowe*. Wrocław: Wydawnictwo AE; 2001: 80 i nast.
7. Malorny Ch. *TQM umsetzen*. Stuttgart. Schaeffer-Poeschel Verlag; 1999.
8. *Program akredytacji szpitali*. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; 1998.

Adres II Autorki:

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Proces adaptacji pacjentów do środowiska szpitala

The patient's adaptation of process to hospital environmental

IWONA KLISOWSKA

Z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik Zakładu: dr Iwona Taranowicz

Streszczenie Pojawienie się choroby, konieczności diagnostyki i hospitalizacji wywala u większości ludzi wiele negatywnych emocji i uczuć. Prawie zawsze przyjęcie roli chorego, udanie się do szpitala odbierane jest jako sytuacja trudna. To jak pacjent zaadaptuje się do warunków szpitala wpływa bezpośrednio na jego zachowanie, stosunek do choroby, personelu medycznego, a także na sam proces leczenia. Proces adaptacyjny pacjentów w czasie hospitalizacji obejmuje trzy etapy przystosowania: 1. do nowych warunków otoczenia, 2. do roli chorego, pacjenta, 3. do sytuacji choroby. Każdy z etapów może być dla różnych osób mniej lub bardziej trudny. Dlatego tak ważne jest, aby w realizacji procesu pielęgnowania i leczenia personel pamiętał o oszczędzaniu pacjentom dodatkowych nieprzyjemnych emocji. Złożoność procesu adaptacyjnego skłania do szukania odpowiedzi na pytania: 1. jakie czynniki mają wpływ na adaptację?, 2. jaką obecnie rolę odgrywają pielęgniarki i lekarze w procesie adaptacyjnym pacjentów?, 3. czy istnieje zróżnicowanie w trakcie przebiegu procesu w zależności od płci, wykształcenia, wieku, ilości przebytych hospitalizacji? W badaniu uczestniczyło 54 pacjentów jednego z wrocławskich szpitali oraz 12 osób, które w ciągu ostatniego roku były hospitalizowane w różnych placówkach na terenie Polski. Badania dla celów pracy przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety skonstruowanego na potrzeby tego badania. Analiza zebranego materiału pozwoliła stwierdzić, że odpowiednio realizowana opieka z uwzględnieniem podstawowych praw pacjenta (prawo do informacji, poszanowania godności, kontaktu z osobami z zewnątrz itp.) przyczyniają się do prawidłowego przebiegu adaptacji. Uzyskane wyniki wskazały, iż 75% badanych miało duży problem z przystosowaniem podczas pobytu w szpitalu. U 55% chorych proces ten był długotrwały i wiązał się z negatywnymi odczuciami. Badania potwierdziły złożoność sytuacji osób hospitalizowanych. Dla znacznej części badanych pobyt w szpitalu był sytuacją trudną, dodatkowo pogłębianą przez niewłaściwą postawę personelu medycznego i brak informacji. Przeprowadzone badania pozwoliły określić czynniki warunkujące przebieg adaptacji, rolę personelu medycznego oraz istotne zależności między poziomem wykształcenia, płcią a adaptacją.

Słowa kluczowe: adaptacja, środowisko szpitala, rola chorego.

Summary The appearance of disease, the necessity of diagnosis and hospitalization triggers a number of negative emotions and feelings to the most of people. Almost always, the acceptance of patient role and going into hospital is perceived to be a difficult situation. The way patient adapt to conditions in hospital influences directly his behavior, his attitude to the disease and medical staff, as well as the treatment process. The process of patients' adaptation in hospital consists of three areas: 1. adaptation to new environment, 2. adaptation to patient's role, 3. adaptation to the disease. The adaptation in each of the above areas can be more or less difficult for different people. Therefore it is very important for medical staff to remember to avoid additional unpleasant emotions during the process of nursing and treatment. The complexity of the adaptation process encourages us to look for answers to the following questions: 1. Which factors have an influence on the patient's adaptation?, 2. What role do nurses and doctors currently play in the process of adaptation?, 3. Do the nursing and treatment processes differentiate depending on the patient's gender, age, education, number of previous hospital treatments? The experiment was conducted on 54 patients from one of the Wrocław hospitals and 12 people who were in a hospital during the last year in various places in Poland. The patients were asked to complete the questionnaire introduced for the needs of the thesis. The analysis of collected materials allowed us to conclude that well-organized care that fills the basic rights of patient (right for information, respect of personal dignity, contact with relatives) helps with appropriate adaptation. The results show that 75% of respondents had considerable problems with the adaptation during their stay in hospital. For 55% of patients the process adoption was long and involved negative emotions. The experiment confirmed that the situation of people in hospital was complicated. For majority of them, the problem was deepened by inappropriate attitude of medical staff and lack of information. The experiment enabled us to find the factors determining the process of adaptation, the role of medical staff, and relevant dependencies between the patient's level of education, gender and ease of adaptation.

Key words: adaptation, hospital environment, patient's role.

Wstęp

Zagadnienie przystosowania jednostki do zmieniających się warunków życia jest przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych. Trudności w przystosowaniu pojawiają się najczęściej w szybko zmieniających się warunkach życia. Przechodzenie z jednego środowiska do drugiego lub zmiana działalności wymaga na jednostce konieczności adaptacji. Człowiek przystosowując się zmienia zachowanie, podejmuje działania mające na celu zaspokojenie swoich potrzeb biopsychospołecznych. Odpowiednie przystosowanie się do nowych warunków szpitala pozwala na szybszy powrót do zdrowia, zrozumienie i dostosowanie się do zaleceń lekarskich i pielęgniarskich. Pacjent staje się wtedy osobą współpracującą i aktywną. Pełna adaptacja eliminuje strach, lęk, niepokój, który znacznie utrudnia proces dochodzenia do zdrowia. Na proces przystosowania się jednostki do warunków szpitalnych wpływa wiele elementów, z których jedne ułatwiają zaadaptowanie się, inne stanowią swoistą przeszkodę. Za czynniki wpływające na proces adaptacji uznaje się: specyfikę środowiska szpitalnego, określony układ wzajemnych stosunków, komunikację między personelem, pacjentami, pacjentami a personelem medycznym, oderwanie od rodziny, pełnionych ról, wiek, płeć, wykształcenie, umiejętność przyjęcia roli chorego, a także pewne cechy osobowości i postawę pacjenta (Rzewska I, 1981). Znajomość wszystkich czynników pozwala na ukierunkowanie działań, zapewniając w ten sposób optymalne warunki do przystosowania się. W sytuacji choroby zostaje zagrożona podstawowa wartość człowieka, to jest jego zdrowie, co w efekcie prowadzi do takiego ukierunkowania aktywności człowieka, aby tę wartość odzyskać (Trzebna H, 1983).

Pacjent w obliczu choroby, hospitalizacji staje się bezradny, zagubiony, dlatego też powinien być dostrzegany w pełni swojej osobowości, traktowany jako osoba niepowtarzalna. Traktowanie pacjenta przedmiotowo, jako kolejny przypadek, powoduje zatracenie najbardziej pożądanej postawy, jaką jest uznanie chorego za cel i nadrzędną wartość pracy (Milewska-Jakubowska K, 1991).

Cel pracy

Celem pracy było sprawdzenie czynników mających znaczenie w procesie adaptacyjnym pacjentów oraz określenie roli, jaką personel medyczny odgrywa w tym procesie.

Materiały i metody

Badania dla celów pracy przeprowadzono wśród 60 osób hospitalizowanych w ciągu ostatniego roku. Średnia wieku badanej grupy wynosi-

ła 49,1 lat, natomiast rozpiętość wieku to 19–76 lat. W badanej populacji 32 osoby to mężczyźni (53,3%), a 28 osób to kobiety (46,7%). Wśród osób badanych wykształcenie wyższe miało 12 osób (20%), średnie 28 osób (46,7%), zawodowe 2 osoby (3,3%), a podstawowe 15 osób (25%), natomiast 3 pacjentów (5%) to osoby uczące się. W badanej grupie 41 osób (68,3%) przebywało w szpitalu po raz kolejny, pozostałe osoby (31,7%) były hospitalizowane po raz pierwszy.

Określenia czynników wpływających na adaptację, ocenę roli personelu medycznego w tym procesie oraz przedstawienie zależności przebiegu adaptacji od wieku, płci, wykształcenia i liczby hospitalizacji dokonano za pomocą kwestionariusza ankiety skonstruowanego na potrzeby tego badania.

Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły między innymi takich zagadnień, jak: czynniki warunkujące adaptację według pacjentów, komunikacja między personelem a pacjentami, pojęcie „roli chorego”, opieki personelu medycznego, danych demograficznych.

Wyniki badań i ich omówienie

Przeprowadzane badania wykazały złożoność procesu adaptacyjnego, na który wpływają zewnętrzne czynniki oraz osobiste cechy przystosowawcze jednostki, np. doświadczenie w zakresie przystosowania do innych grup. Często hospitalizacja bywa odbierana jako odczuwczająca, ponieważ szpital tworzy trudne do przezwyciężenia przeszkody w porozumieniu (Korsch B, Harding C, 1999).

Badana populacja została podzielona na dwie grupy: osoby, u których wystąpiły trudności adaptacyjne oraz osoby z prawidłową adaptacją. Podziału tego dokonano na podstawie odpowiedzi badanych. Ankietowani sami oceniali, czy pojawiły się u nich trudności przystosowawcze oraz jaki był czas potrzebny do zaadaptowania się. Analiza zebranego materiału wykazała, iż niewłaściwa komunikacja między personelem medycznym a pacjentami jest podstawowym czynnikiem utrudniającym proces adaptacji. Według opinii 65% badanych komunikacja w szpitalach jest niewystarczająca. Pacjenci na pytanie, co należy zmienić w opiece medycznej, odpowiedzieli, że „powinno być więcej rozmów personelu medycznego z pacjentami”. Wśród badanej grupy, aż 93,3% osób było informowanych o planowanych badaniach, zabiegach, ale tylko dla 31,7% badanych informacje te były zrozumiałe i wystarczające. Sytuacja niewłaściwej komunikacji znajduje odzwierciedlenie w braku dokładnych wyjaśnień terminów medycznych. Bowiern dla 70% badanych używane przez personel me-

dyczny terminy nie zawsze były wyjaśniane. Trzeba mieć na uwadze fakt, że niezrozumienie i brak orientacji w sytuacji nasila różnorodne problemy, w tym problemy przystosowawcze. Szybko zmieniające się warunki życia, nagła zmiana otoczenia oraz konieczność przyjęcia nowej roli wymusza na jednostce konieczność adaptacji.

Jak wynika z przeprowadzonych badań kolejnym znaczącym czynnikiem utrudniającym adaptację jest oderwanie od rodziny. Wśród badanych 45 osób (30,8%) jako podstawową przeszkodę w przystosowaniu się podaje rozłąkę z rodziną. Jako drugą ankietowani podali niewystarczającą ilość informacji od personelu medycznego na temat obecnej sytuacji. Inne odpowiedzi pacjentów według kolejności to:

1. niemożność „normalnego” funkcjonowania (15,1%),
2. sam fakt bycia pacjentem (15,1%),
3. zamieszkanie z obcymi osobami (10,3%),
4. brak lub powierzchowne wprowadzenie na oddział, co spowodowało zagubienie (10,3%).

Tylko jedna osoba uważała, iż nie ma takiego czynnika, sytuacji, która przeszkadzałaby w przystosowaniu się. Przyjęcie do szpitala jest na piątym miejscu według kolejności sytuacji stresowych w środowisku szpitalnym (Tobiasz-Adamczyk B, 2002).

Osoby badane najczęściej przeżywały nagłą zmianę otoczenia, środowiska, oderwanie od rzeczywistości i pełnionych ról. Odizolowanie od warunków domowych, rodziny, bezradność, bezczynność oraz brak informacji to sytuacje najbardziej stresujące i traumatyzujące pacjentów. Ogromne znaczenie ma w tej sytuacji postawa personelu. Lekarze, pielęgniarki są „gospodarzami domu”, jakim jest szpital. To od nich w dużej mierze zależą przeżycia, które towarzyszyć będą pacjentowi w nowym środowisku. Opieka sprawowana nad chorymi ma poprawić ich samopoczucie, ułatwić adaptację do roli chorego, pomóc w akceptacji i zrozumieniu danej sytuacji.

Analiza wyników określających opiekę medyczną wykazała nieprawidłowości w jej sprawowaniu. Ponad połowie badanych pielęgniarki nie przedstawiły się, a anonimowość powoduje, że pacjenci nie wiedzą, jak i do kogo mają się zwrócić o pomoc, poradę.

Dane z ankiety wskazują, że niewłaściwe, pobieżne lub niedokładne wprowadzenie pacjenta w środowisko szpitalne jest źródłem stresu i negatywnych uczuć aż u 95,9% osób badanych. Prawie połowa osób (41,7%) uważa, że pielęgniarki nie są zainteresowane ich problemami. 43,3% badanej populacji uważa, że czas poświęcony przez pielęgniarki jest niewystarczający (podobne wyniki uzyskano, pytając o czas poświęcony przez lekarzy i ich zainteresowanie sprawami pacjentów).

Wynika z tego, że personel medyczny w niewielkim stopniu wywiązuje się z powierzonych mu funkcji, tylko w ograniczonym zakresie pomaga w przystosowaniu się chorych do środowiska szpitala.

Analizując zależności pomiędzy kolejnym pobytem w szpitalu a adaptacją, uzyskano wyniki pozwalające stwierdzić, że każdorazowe przyjęcie do szpitala, hospitalizacja jest ogromnym stresem dla człowieka. Wśród osób badanych przebywających po raz pierwszy w szpitalu 63,2% miało duży problem z przystosowaniem się. Prawie połowa osób hospitalizowanych po raz kolejny 48,8% również wykazała problemy przystosowawcze. Okazuje się, że tylko nieznaczny procent badanej populacji przebywającej w szpitalu po raz kolejny łatwiej zaadaptował się. Dla większości stanowiło to poważne trudności. Wszyscy ankietowani swoje trudności adaptacyjne wiążą z oderwaniem od rodziny, brakiem możliwości „normalnego” funkcjonowania oraz faktem pełnienia roli pacjenta. Sytuacja taka wynika również z występujących nieprawidłowości w komunikacji między personelem medycznym a pacjentami.

Analizując uzyskane wyniki, zaobserwowano zależność między płcią, wykształceniem a przebiegiem procesu adaptacyjnego. Mężczyźni zdecydowanie szybciej i łatwiej adaptują się niż kobiety. Wśród badanych kobiet aż 75% miało znaczne trudności przystosowawcze. Tylko 25% deklaroowało, iż dobrze lub bardzo dobrze adaptowało się do środowiska szpitalnego, sytuacji choroby i roli chorego. Natomiast 69,6% badanych mężczyzn wykazywało dobre lub bardzo dobre przystosowanie. Przypuszczać należy, że dla kobiet przyczyną trudności adaptacyjnych jest oderwanie od rodziny, głównie dzieci.

Poziom wykształcenia ma również wpływ na proces adaptacji. Tylko u 9,1% osób z wyższym wykształceniem wystąpiły problemy adaptacyjne, zaś u osób z innym wykształceniem aż 63,3% badanych wykazało trudności przystosowawcze podczas pobytu w szpitalu. Jest to związane z odbieraniem i zrozumieniem informacji dotyczących stanu zdrowia i ogólnej sytuacji. Dla 83,3% osób z wyższym wykształceniem informacje były jasne i zrozumiałe. U badanych z innym wykształceniem wyniki te wyglądają inaczej. Tylko dla 25% chorych komunikaty były jasne, 68,75% osób rozumiała informacje częściowo, a dla 6,29% pacjentów były one niezrozumiałe.

Analiza zebranego materiału pozwoliła zatem stwierdzić, że osoby z wyższym wykształceniem dobrze i umiejętnie współpracowały z personelem medycznym, co wpłynęło na szybką i płynną adaptację.

Oceniając przebieg procesu przystosowania badano jakość adaptacji w zależności od wieku pacjentów. Wśród osób starszych ponad połowa

(64,9%) swoje przystosowanie w czasie hospitalizacji oceniło jako złe, natomiast wśród osób młodych źle adaptowało się 39,1%. Największe zróżnicowanie w odpowiedziach ankietowanych dotyczyło dobrego i bardzo dobrego przebiegu procesu adaptacyjnego. Większość osób (43,5%) w wieku 19–45 lat zadeklarowało, że z problemem przystosowania radziło sobie dobrze, a 17,4% bardzo dobrze. Natomiast wśród osób starszych dobrze radziło sobie 8,1%, zaś bardzo dobrze 27%. Wyniki te wskazują, że wiek pacjenta nie wpływa istotnie na szybkość adaptacji.

Wnioski

Każda adaptacja jest wieloetapowym, rozłożonym w czasie procesem. Poszczególne grupy społeczne, w tym też grupa, jaką stanowią pacjenci, odznaczają się złożonością i zmiennością, także określonymi normami. W żadnej innej sytuacji społecznej człowiek nie jest tak bezradny, jak w sytuacji choroby (Rzewska I, 1981). Osoba, która zachoruje, zostaje zmuszona niejako do szukania pomocy lekarskiej, często hospitalizacji.

Przeprowadzone wśród pacjentów badania ankietowe pozwalają stwierdzić, że:

1. Zasadniczy wpływ na adaptację chorych mają następujące czynniki: przepływ informacji między personelem medycznym a pacjentami, wprowadzenie na oddział, atmosfera szpitalna, postawa i opieka sprawowana przez personel, wiedza pacjenta o swojej chorobie, płeć, poziom wykształcenia, oderwanie od rodziny, pełnionych ról społecznych, umiejętność przyjęcia roli chorego.

2. Niewłaściwa komunikacja między personelem a pacjentami oraz rozłąka z rodziną są podstawowymi czynnikami utrudniającymi proces adaptacji. Brak przepływu informacji lub przekaz niejasnych komunikatów w połączeniu z oderwaniem od rodziny nasila u pacjentów niepewność o swój los i negatywne emocje.
3. Niedostateczne zaangażowanie pracowników służby zdrowia w proces adaptacyjny pacjentów jest przyczyną trudności przystosowawczych. Niewłaściwe wprowadzenie pacjenta w środowisko szpitala, niewystarczające zainteresowanie problemami pacjenta oraz zbyt mała ilość czasu poświęcanego podopiecznym świadczy o zbyt małym zaangażowaniu personelu medycznego w proces adaptacyjny pacjentów.
4. Uzyskany brak zależności między kolejnym pobytem w szpitalu a łatwiejszą adaptacją wskazuje na złożoność sytuacji osób hospitalizowanych. Każdy pobyt w szpitalu wiąże się z niepewnością, bezradnością, uzależnieniem od innych i koniecznością przyjęcia roli chorego. Są to przyczyny trudności adaptacyjnych podczas każdorazowej hospitalizacji.
5. Przebieg procesu adaptacyjnego zależy od płci, poziomu wykształcenia, natomiast wiek nie wpływa istotnie na proces przystosowania. Osoby z wyższym wykształceniem, mężczyźni, mieli mniejsze trudności przystosowawcze. Przeprowadzone analizy wykazały, że zarówno osoby młode, jak i starsze posiadały duże problemy przystosowawcze.

Piśmiennictwo

1. Rzewska I (red.). *Pacjent–pielęgniarka*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych; 1981: 21.
2. Trzebna H. Zmiany aktywności psychicznej chorego w sytuacji utraty zdrowia i hospitalizacji. *Wiad Lek* 1983; 36, 12: 1018.
3. Milewska-Jakubowska K. Pielęgniarka opiekun spolegliwy. *Pielęgniarka i Płożna* 1991; 5–6.
4. Korsch B, Harding C. *Świadomy pacjent. Jak mówić, żeby lekarz cię słuchał?* Warszawa: Prószyński i S-ka; 1999: 236.
5. Tobiasz-Adamczyk B. *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków: UJ; 2002; 43.

Adres Autorki:
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Polityka promocji zdrowia i jej znaczenie w zarządzaniu jakością ukierunkowaną na poprawę wyników zdrowotnych

Politics of health promotion and it's significance in managing quality quided for improving health care

TERESA HYCZKO

Z Działu Organizacji, Zarządzania i Kadr Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc

Rozwój nauki i techniki we współczesnym świecie przyczynia się nie tylko do dynamicznego rozwoju gospodarczego państw i do wzrostu stopy życiowej społeczeństwa, ale również do rozwoju wielu groźnych chorób spowodowanych zanieczyszczeniem środowiska, warunkami pracy, odżywianiem oraz stylem życia. Z niepokojem obserwuje się wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, choroby psychiczne oraz uzależnienia od tytoniu i narkotyków. Odnotowano również wzrost konsumpcji tytoniu na świecie i w Polsce. W latach 90. ubiegłego stulecia spożycie papierosów przypadające na dorosłego mieszkańca naszego kraju osiągnęło 3650 sztuk rocznie i było najwyższe na świecie. Dane pochodzą z 1994 r. Badania naukowe w USA i Wielkiej Brytanii udowodniły, że istnieje ścisła korelacja między paleniem tytoniu a występowaniem raka oskrzela. Zachorowalność wzrasta proporcjonalnie do spożycia tytoniu. Nadużywanie tytoniu ma wpływ również na powstanie chorób płuc, takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc, na którą w Polsce choruje około 2 mln ludzi i stanowi czwartą w kolejności przyczynę zgonów po chorobach naczyń, nowotworach i urazach. Rocznie umiera 14–15 tys. osób.

Stan ekonomiczno-organizacyjny, w jakiej znalazł się nasz kraj nie sprzyja profilaktyce chorób ze względu na ograniczone środki finansowe. Mimo że profilaktyka wymienionych chorób jest zdecydowanie tańsza niż leczenie. Kuracja w zaawansowanym stadium choroby obejmuje nie tylko koszt opieki lekarsko-pielęgniarskiej, hospitalizacje, leki, ale również absencje chorobowe i renty. Choroby przewlekłe rozpoznaje się bardzo często przy okazji badań wstępnych bądź okresowych u pracowników lub przy diagnostyce innych

schorzeń. Analiza statystyki epidemiologicznej, dotyczącej chorób przewlekłych oraz zgłaszanie się pacjentów do szpitala w zaawansowanym stadium choroby, wymusza na ludziach odpowiedzialnych za stan zdrowotności społeczeństwa działania, których celem będzie wykrywanie chorób we wczesnych ich stadiach.

Dlatego też zasadne są działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia oraz masowe celowane badania profilaktyczne w ramach programów zdrowotnych. Dzięki programom istnieje możliwość wykrycia choroby w pierwszym jej stadium, co daje w większości przypadków całkowite wyleczenie przy małych nakładach finansowych oraz powrót pacjenta do pracy zawodowej. Programy zdrowotne nie tylko umożliwiają szybki i bezpłatny dostęp do badań diagnostycznych, ale również nagłaśniają problem chorób wśród społeczeństwa i przyczyniają się do zwiększonej czujności, jeśli chodzi o własne zdrowie.

Aby zintegrować i ukierunkować współpracę w zakresie promocji zdrowia w woj. dolnośląskim 4.11.2002 r. zostało zarejestrowane Stowarzyszenie Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie. Celem działania organizacji jest:

1. Propagowanie wśród publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej idei promocji zdrowia.
2. Aktywizowanie środowisk medycznych do rozpowszechniania postaw prozdrowotnych.
3. Upowszechnianie postaw prozdrowotnych w środowiskach lokalnych i małych społecznościach.
4. Wspieranie również materialnie programów profilaktycznych prowadzonych przez jednostki służby zdrowia, w tym publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, indywidualnie

alne praktyki lekarskie i pielęgniarskie, grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarskie, zespoły indywidualnych praktyk lekarskich i pielęgniarskich.

5. Udzielanie instytucjom współpracującym ze Stowarzyszeniem rekomendacji przed instytucjami publicznymi i instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego.

Stowarzyszenie Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie na Dolnym Śląsku powstało w wyniku naturalnych procesów decentralizacji zadań związanych z promocją zdrowia w obrębie jednostek służby zdrowia. Wyróżnić możemy 4 ważne etapy w dochodzeniu do własnej regionalnej jednostki:

- Pierwszym etapem było powstanie Deklaracji Budapeszteńskiej w 1991 r. (Stowarzyszenie odwołuje się do tej Deklaracji, ponieważ w niej zostały określone kryteria pracy dla szpitali promujących zdrowie).
- Drugi etap to pilotażowy program WHO EURO Health Promoting Hospitals realizowany w latach 1993–1997 – program obejmował 20 szpitali z 11 krajów.
- Trzeci etap to pojawienie się „Rekomendacji Wiedeńskiej” w 1997 r., która była uzupełnieniem Deklaracji Budapeszteńskiej w zakresie organizacji Sieci Europejskich.
- Czwarty etap to powołanie Krajowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie.

Obecnie międzynarodowa sieć obejmuje ponad 600 jednostek służby zdrowia z 34 krajów.

Szpital, które należą do Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie z województwa dolnośląskiego (i daty przystąpienia) to:

1. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej – 16.10.1997 r.
2. Wojewódzki Szpital im. J. Babińskiego – 24.09.1998 r.
3. Dolnośląskie Centrum Onkologii – 24.09.1998 r.
4. Specjalistyczny Szpital im. L. Rydygiera – 15.11.1999 r.
5. Szpital im. A. Falkiewicza – 15.11.1999 r.
6. Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc – 15.11.1999 r.
7. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu – 15.11.1999 r.
8. Specjalistyczny Szpital Zespolony im. Stefana Batorego w Wałbrzychu – 30.06.2000 r.

Wymienione szpitale realizują programy z zakresu promocji zdrowia zgodnie ze swoją misją i zapleczem medyczno-organizacyjnym.

Prezentacja osiągnięć w zakresie programów zdrowotnych

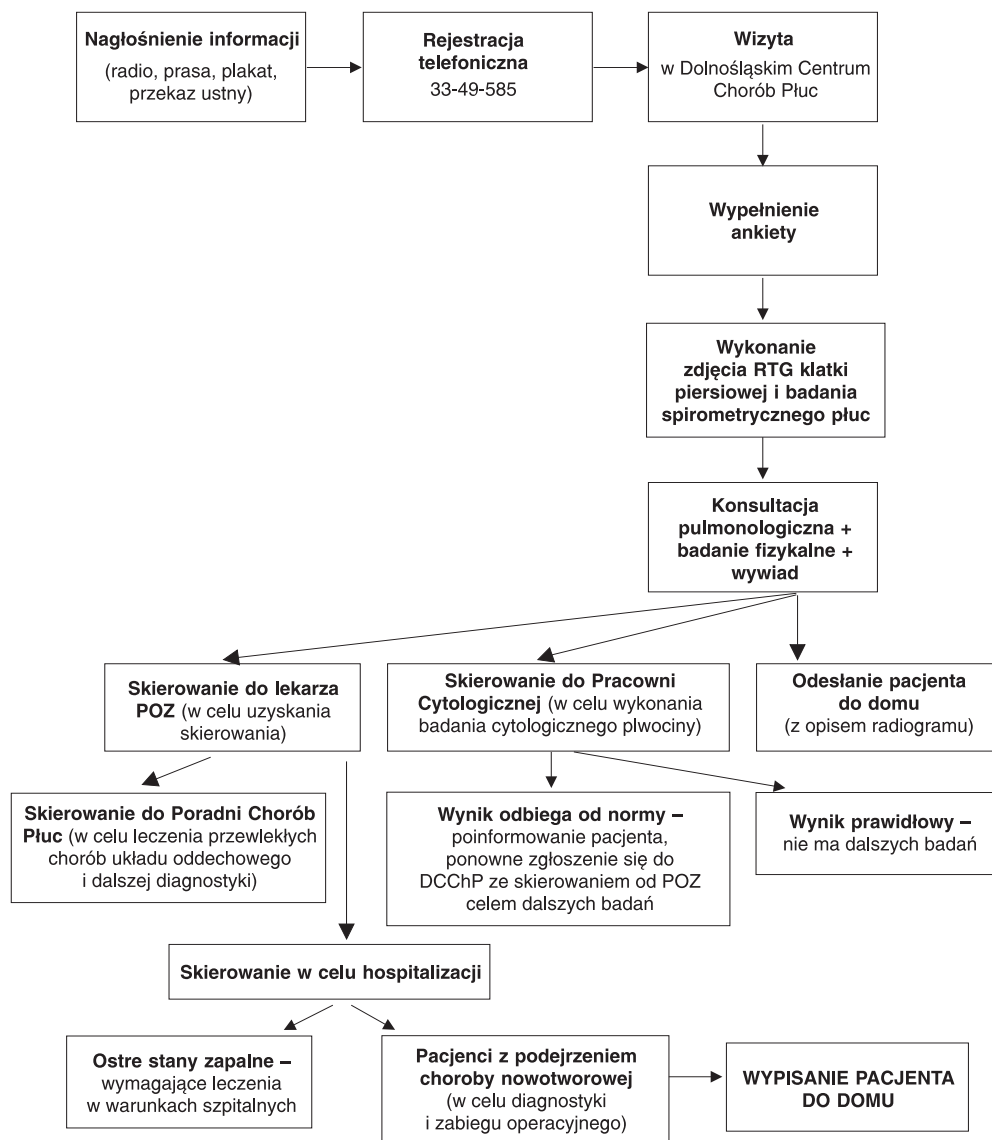
Zespół ds. Promocji Zdrowia działający w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc realizował w latach 2001–2003 następujące programy z zakresu promocji zdrowia:

- „Profilaktyka chorób nowotworowych płuc we wczesnych fazach rozwoju” – 2001 r. – program skierowany do mieszkańców Dolnego Śląska – współfinansowany przez Dolnośląską Regionalną Kasę Chorych.
- „Profilaktyka chorób nowotworowych płuc we wczesnych fazach rozwoju z uwzględnieniem problemu uzależnień od tytoniu” – 2002 r. – współfinansowany przez Dolnośląską Regionalną Kasę Chorych.
- „Profilaktyka chorób tytoniozależnych” – 2002 r. – program skierowany do mieszkańców miasta Wrocławia – współfinansowany przez Urząd Miasta Wrocławia.
- „Światowy dzień bez papierosa” – 2002 r. – program skierowany do mieszkańców miasta Wrocławia – współfinansowany przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną.
- „Poznaj wiek swoich płuc” – 2001/2002 r. – program skierowany do mieszkańców Dolnego Śląska – współfinansowany przez Urząd Miasta Wrocławia i firmy farmaceutyczne.
- „Wpływ dymu tytoniowego na zdrowie” – 2003 r. – program edukacyjny skierowany do młodzieży szkół gimnazjalnych miasta Wrocławia i współfinansowany przez Urząd Miasta Wrocławia.
- „Profilaktyka chorób nowotworowych płuc we wczesnych fazach rozwoju” – 2003 r. – program skierowany do mieszkańców Dolnego Śląska – współfinansowany przez Urząd Marszałkowski.
- „Światowy dzień bez papierosa” – piknik prozdrowotny skierowany do mieszkańców miasta Wrocławia – współfinansowany przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną.

Programy adresowaliśmy do osób znajdujących się w grupie wzmoczonego ryzyka zachorowania na raka płuca: czynne lub bierne palenie tytoniu, wiek powyżej 50 roku życia, wywiad nowotworowy w rodzinie, narażenie układu oddechowego na ekspozycję czynników karcinogennych w swoim środowisku pracy. To były główne kryteria kwalifikacyjne do przeprowadzenia badań. Bazą wyjściową do programu stanowił fakt zgłaszania się pacjentów do naszego Centrum w zaawansowanym stadium choroby.

Przez działania promocyjne chcieliśmy:

- umożliwić szybki i bezpłatny dostęp do badań diagnostycznych osób z grupy ryzyka,
- wykonać kompleksowe badania (RTG klatki



Ryc. 1.

piersiowej z opisem, badanie spirometryczne płuc, konsultacja pulmonologiczna),

- wykryć wczesne fazy rozwoju raka płuc,
- wykryć inne choroby tytoniozależne,
- udzielić porady antynikotynowej.

W wielu przypadkach zapewniliśmy szybką interwencję medyczną. Przeprowadziliśmy spotkania szkoleniowo-informacyjne w:

- Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu,
- Starostwie Powiatowym w Kłodzku,
- Szpitalu w Jeleniej Górze, Złotorzy i Lubinie oraz spotkania edukacyjne dla młodzieży szkół gimnazjalnych we Wrocławiu.

Organizowaliśmy pikniki prozdrowotne z okazji „Światowego dnia bez papierosa”. Działania edukacyjno-szkoleniowe nagłośniły problemy raka płuca i innych tytoniozależnych chorób płuc w społeczeństwie.

Analiza wykonanych badań u zgłaszających

się pacjentów do programów zdrowotnych na przestrzeni lat 2001–2003 potwierdza zasadność działań w tym kierunku.

W 2001 r. w ramach programu „**Profilaktyka chorób nowotworowych płuc we wczesnych fazach rozwoju**” przebadaliśmy 1854 osoby, stwierdziliśmy 115 zmian do diagnostyki w warunkach szpitalnych. U 27 osób rozpoznano proces NPL (10 zoperowano, 17 nie zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego z powodu zaawansowanego procesu chorobowego). Wśród osób skierowanych do diagnostyki w warunkach szpitalnych rozpoznano również u:

- 1 osoby nadczynność tarczycy (wole zostały zoperowane),
- 3 osób gruźlicę płuc, potwierdzoną bakterio logicznie,
- 2 osób rozstrzenia oskrzeli,
- 34 osób zapalenie oskrzeli wymagające całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej

(pacjenci spełniali minimum dwa założone kryteria w programie: długoletni palacz tytoniu, choroba nowotworowa w rodzinie).

Skierowaliśmy do Poradni Chorób Płuc 205 osób, którzy wymagali diagnostyki i leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Stwierdziliśmy u:

- 136 osób przewlekłą obturacyjną chorobę płuc,
- 69 osób rozedmę płuc.

Na 1854 osoby przebadane w programie, 1248 to długoletni palacze tytoniu, którzy średnio wypalają 20 szt./dziennie papierosów.

W 2001 roku w trakcie programu wczesnego rozpoznawania i profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc „**Poznaj wiek swoich płuc**”, przebadaliśmy 531 osób. Stwierdziliśmy 344 nieprawidłowe wyniki badań spirometrycznych płuc:

- 64 zaburzenia oddechowe typu obturacyjnego,
- 170 zaburzeń oddechowych typu restrykcyjnego,
- 110 zaburzeń oddechowych typu mieszanego.

Wśród tej grupy pacjentów 187 osób skierowano do Poradni Chorób Płuc celem diagnostyki i leczenia.

W programie „**Profilaktyka chorób tytoniozależnych**” wykonaliśmy 105 badań spirometrycznych płuc. Stwierdziliśmy 18 nieprawidłowych wyników.

Z okazji „**Światowego dnia bez papierosa**” wykonaliśmy 60 badań spirometrycznych płuc, stwierdziliśmy 10 nieprawidłowych wyników.

W 2002 r. w ramach kontynuacji programu „**Profilaktyka chorób nowotworowych płuc we wczesnych fazach rozwoju**” przebadaliśmy 726 osób. Skierowaliśmy do Poradni Chorób Płuc 92 osoby, które spełniały 2 lub 3 założone kryteria w programie. Diagnoza wstępna skierowanych pacjentów to przewlekła obturacyjna choroba płuc. Jednocześnie skierowaliśmy do oddziałów szpitalnych naszego Centrum 14 osób. Wśród skierowanych było:

- 2 pacjentów z rakiem oskrzela (pacjentów zoperowano),
- 1 pacjent z tłuszczakiem (pacjenta zoperowano),
- 4 pacjentów z pneumonią,
- 7 pacjentów z bronchopneumonią.

W 2003 r. w ramach kontynuacji programu „**Profilaktyka chorób nowotworowych płuc we wczesnych fazach rozwoju**” przebadaliśmy 303 osoby. Rozpoznano następujące przypadki do dalszej diagnostyki i leczenia:

- POChP u 44 osób,
- *Tumor Pulm. Dex.* u 1 osoby,
- *Bronchitis* u 2 osób,
- podejrzenie guza płuca u 6 osób (zalecono pilną bronchoskopię i TK),
- torbiel w płucu prawym u 1 osoby,
- cień krągły u 1 osoby,

Tabela 1. Zmiany w płucach rozpoznane w badanej grupie (n = 826)

Diagnoza medyczna	Liczba przypadków	%
Proces NPL	37	4,47
Tłuszczak	2	0,24
Gruźlica płuc	3	0,36
Rozstrzenia oskrzeli	2	0,24
Rozedma płuc	69	8,35
Podejrzenie guza płuc	6*	0,72
Cień krągły	1	0,12
Nadczynność tarczycy – wole	1	0,12
Zapalenie płuc	4	0,48
Ostre zapalenie oskrzeli	43	5,20
Zacienienia w płucu	11	1,33
Poszerzenie wnęki płuca	8*	0,96
Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc	646	78,20
Razem	826	100

* Stan na 31.12.2003 r.

Tabela 2. Założone kryteria w programie w latach 2001–2002

Liczba pacjentów	Nie spełnia kryteriów	Kryteria		
		wiek	palacz tytoniu	choroba NPL w rodzinie
550		*	*	*
129			*	*
303		*		*
31				*
947		*	*	
455		*		
95			*	
70	*			
2580	70	2255	1721	1013

Tabela 3. Zestawienie upośledzenia wentylacji płuc pacjentów z programów profilaktycznych w latach 2001–2003

Typ zaburzenia oddechowego		
obturacyjny ¹	restrykcyjny ²	mieszany ³
101	269	119

¹ Typ obturacyjny – zaburzenie związane z drożnością oskrzeli.

² Typ restrykcyjny – zaburzenie związane z upowietrznieniem płuc i zaburzeniem mechaniki oddechowej.

³ Typ mieszany – zaburzenie oddechowe zawierające typ obturacyjny i restrykcyjny.

- przewlekły kaszel u 2 osób,
- poszerzenie wnęki płuca u 8 osób (diagnostyka w celu rozpoznania lub wykluczenia choroby),
- zaciemnienia w płucu u 11 osób (diagnostyka w celu rozpoznania lub wykluczenia choroby).

W programie profilaktycznym wzięło udział 303 mieszkańców Dolnego Śląska. Z analizy ankiety wynika, że 163 osoby to nałogowi palacze tytoniu, którzy średnio wypalają 1 paczkę papierosów dziennie.

Uzasadnienie celowości przeprowadzania programów zdrowotnych

1. Wczesna diagnostyka chorób płuc w ramach programów zdrowotnych to kwota **37,00 zł** (według kosztorysów przygotowanych do programów dla jednego pacjenta).
2. Bezpośredni koszt leczenia operacyjnego (kosztorys przygotowany wg cennika na 2003 r.):
 - Operacja oszczędzająca – wycięcie zmiany – resekcja klinowa:
 - a) ze staplerem – 7419,85 zł,
 - b) bez staplera – 5410,55 zł,
 - Usunięcie płata – 5998,00 zł.
 - Usunięcie płuca – 6488,00 zł.
 - Torakotomia diagnostyczna – 5138,00 zł.
 - Bezpośredni koszt leczenia – chemioterapia (6 cykli) – 7860,00 zł.

- Bezpośredni koszt leczenia – radio-terapia (20 ekspozycji) – 5863,00 zł.

Średni koszt leczenia chirurgicznego – jeden zabieg operacyjny – 6090,00 zł.

3. Przy zaawansowanej chorobie nowotworowej płuc bezpośredni koszt leczenia kompleksowego (zabieg operacyjny skojarzony z chemioterapią i radioterapią) szacuje się w kwocie **19813,00 zł**.
4. Operacja radykalna we wczesnej fazie rozwoju raka płuc nie wymaga uzupełniającego leczenia (chemio- lub/i radioterapii) i jest korzystna dla chorego. Daje szansę całkowitego wyleczenia i jest tańsza.
5. Przez programy zdrowotne nagłośniony został problem raka oskrzela i innych tytoniozależnych chorób płuc.
6. Rozpoznano u 37 osób proces NPL:
 - a) u 7 osób wykonano radykalne zabiegi operacyjne,
 - b) u 18 kompleksowe leczenie,
 - c) u 12 osób nie zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego z powodu rozległego procesu chorobowego, zastosowano leczenie paliatywne.
7. Rozpoznano 646 przypadków przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.
8. Wczesna diagnostyka daje możliwość szybkiej interwencji chirurgicznej lub farmakologicznej.
9. Profilaktyka zdecydowanie tańsza od kompleksowego leczenia.
10. Koszt leczenia w pierwszej fazie choroby zdecydowanie tańszy od leczenia w zaawansowanym stadium.
11. Przeprowadzone programy zdrowotne przyczyniły się do zainteresowania własnym zdrowiem wśród mieszkańców Dolnego Śląska.

Wnioski

W latach 2001–2003 w ramach programów zdrowotnych przebadaliśmy **3579** osób z grupy ryzyka. Głównymi beneficjentami programu byli długoletni palacze tytoniu, którzy stanowili grupę 1918 osób (53,59% z liczby 3579), stwierdzono 826 (23,07% z liczby 3579) zmian patologicznych w płucach. Wszyscy otrzymali skierowania do dalszej diagnostyki i leczenia w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc.

Adres Autorki:
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc
ul. Grabiszyńska 105
53-439 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYZWANIA KULTUROWE, EDUKACYJNE, FILOZOFICZNE, ETYCZNE
DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

CULTURAL, EDUCATIONAL, AND ETHICAL CHALLENGES
FOR PUBLIC HEALTH

Zdrowie jako wartość godna specjalnych zabiegów w opinii studiujących pielęgniarek

Health as the value worth exceptional activities
in the opinion of the studying nurses

GRAŻYNA SZYMAŃSKA-POMORSKA

Z Zakładu Pedagogiki Zdrowia Katedry Pedagogiki Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr Jerzy Lipowczyk

Streszczenie Pełnienie roli pielęgniarki wyraża się w procesie pielęgnowania, który można określić jako zespół czynności, w którym pielęgniarka wykorzystuje wiedzę i umiejętności, aby pomagać ludziom w uświadamianiu i zaspokajaniu potrzeb pielęgnacyjnych, zdrowotnych i związanych z chorobą. Realizowanie procesu pielęgnowania wiąże się z podejmowaniem przez pielęgniarkę działań edukacyjnych, polegających na przekazywaniu wiedzy o zdrowiu, kształtowaniu umiejętności podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia, a także na kształtowaniu postaw sprzyjających zdrowiu. Działania edukacyjne pielęgniarki są czynnościami podejmowanymi z zamiarem wywołania zmian w zachowaniu pacjenta. Skuteczność oddziaływań związanych z wywieraniem zamierzonego wpływu na pacjenta i jego rodzinę będzie w dużej mierze zależała od wiarygodności pielęgniarki jako edukatora zdrowia. O wiarygodności pielęgniarki można mówić wówczas, gdy jej zachowania zdrowotne pozostają w zgodzie z deklarowanym systemem wartości związanych ze zdrowiem. Zastanawiając się nad wiarygodnością pielęgniarki jako edukatora zdrowia, chcemy poznać deklarowany przez pielęgniarki/studentki system wartości związanych ze zdrowiem.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, wiarygodność, zdrowie, zachowania zdrowotne.

Summary Performing the role of a nurse is usually expressed in the care process that may be defined as a set of activities in which the nurse uses her knowledge and skills to help people in instructing them and satisfying their nursing and health needs, and connected with illnesses. In order to fulfill the nursing process the nurse has to take up certain educational activities associated with: transferring her health knowledge to patients, training them in acquiring constructive health behavior, modifying their attitudes towards health matters. Nurse's health activities towards her patients are usually taken up to develop certain changes in their behavior. To become efficient in her health activities she needs to be very credible as a health educator. We can talk about the nurse's credibility only when her declarations are compatible with her own health habits. Thinking about the nurse's credibility as a health educator we need to find out her set of values connected with health.

Key words: health education, credibility, health, health behavior.

Pielęgniarstwo jako zawód oznacza podejmowanie przez pielęgniarkę działań, których celem jest okazywanie pomocy ludziom w wykonywaniu czynności przyczyniających się do utrzymania przez nich zdrowia lub jego przywrócenia. Dotyczy takich czynności, które każda z osób pielęgnowanych mogłaby wykonywać sama, gdyby miała dość sił, motywacji czy też miała od-

powiednią i niezbędną do tego wiedzę. Pomoc udzielana przez pielęgniarkę powinna być świadczona w taki sposób, aby każdy człowiek w jak najkrótszym czasie stawał się od tych świadczeń niezależny. Istotą pielęgnowania jest pomaganie i towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, w chorobie, w niepełnej sprawności (Ciechaniewicz W, 2000).

W naukach o pielęgnowaniu duże znaczenie przypisuje się działaniom edukacyjnym pielęgniarki. Zwraca się uwagę, iż działania edukacyjne pielęgniarki powinny być skierowane nie tylko w stosunku do podopiecznego, ale również do jego rodziny i otoczenia. Celem tych działań ma być przygotowanie do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących zdrowia, uczenie czynności niezbędnych w samopielęgnowaniu i w samoopiece, a także przygotowanie do świadczenia opieki nieprofesjonalnej. Są to działania polegające na przekazywaniu wiedzy o zdrowiu (o jego utrzymaniu i potęgowaniu), kształtowaniu umiejętności podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia, wywieraniu wpływu na postawy i przekonania zdrowotne, a także kształtowaniu motywów i systemu wartości sprzyjającemu zdrowiu.

Działalność edukacyjna pielęgniarki to czynności podejmowane z zamiarem wywołania zmian w zachowaniu pacjenta; w jego wiedzy, umiejętnościach i postawach. Działania te wiążą się z wywieraniem zamierzonego wpływu na postawę, przekonania, motyw i aktywność prozdrowotną zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Skuteczność działań edukacyjnych zależy między innymi od wiarygodności pielęgniarki. Wiarygodność określana jest jako „cecha nadawcy, która powoduje, że wierząc mu, mając do niego zaufanie, jesteśmy skłonni pod wpływem jego przekazu zmodyfikować swoje postawy w kierunku przez niego wskazanym lub umocnić je (albo osłabić)” (Mika S, 1998). Przekaz pochodzący od osoby ocenianej jako mało wiarygodna czy niewiarygodna nie powoduje wystąpienia zmian w kierunku sugerowanym. Natomiast osoba oceniana jako wiarygodna może wpłynąć na zmianę postaw w kierunku wskazanym, zalecanym.

Osoba oceniana jako wiarygodna stanowi wzór do naśladowania dla innych osób. Można wyróżnić cztery grupy najczęściej naśladowanych osób: 1) starsi bywają naśladowani przez młodszych, 2) osoby o wyższej pozycji społecznej przez stojących niżej, 3) osoby o wyższej inteligencji przez osoby o niższym poziomie, 4) sprawniejsi technicznie przez mniej sprawnych (Ossowska M, 1973). Oznacza to, że osoba postrzegana jako atrakcyjna posiada większe możliwości oddziaływania. Wśród właściwości sprzyjających naśladowaniu wyróżnia się też szacunek, podziw, zazdrość, uległość, ufność, a także sympatię. Największą skuteczność mają oddziaływania bezpośrednie, połączone z aktywnym udziałem obserwatora (Poznaniak W, 1991).

O wiarygodności pielęgniarki, jako edukatora zdrowia, można mówić wówczas, gdy pielęgniarka postępuje zgodnie z deklarowanym przez siebie systemem wartości, a urzeczywistniając go

w praktyce, stanowi wzór do naśladowania dla innych (pacjentów i ich rodzin, innych pielęgniarek). Istotne jest zatem poznanie deklarowanego przez pielęgniarki systemu wartości w zakresie zdrowia oraz jego zgodności z praktyczną realizacją.

Cel pracy, materiał i metody badań

Celem badań tej pracy jest poznanie deklarowanego przez pielęgniarki systemu wartości odnoszących się do problematyki zdrowia.

Chcąc poznać opinie pielęgniarek w tym zakresie, sformułowano pytania dotyczące:

- miejsca zdrowia w hierarchii wartości,
- rozumienia istoty zdrowia,
- zachowań sprzyjających zdrowiu.

Próbując odpowiedzieć na te pytania, wykorzystano materiał faktograficzny zgromadzony za pomocą ankiety skierowanej do czynnych zawodowo pielęgniarek będących studentkami Oddziału Zaocznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Materiał przedstawiony w opracowaniach tabelarycznych uwzględnia przede wszystkim opinie 104 pielęgniarek/studentek (Szafran E, 2001).

Wyniki badań i ich omówienie

Chcąc się dowiedzieć, jaką wartość pielęgniarki/studentki przypisują zdrowiu, przedstawiono im listę ogólnie pożądanых wartości, z prośbą o ustalenie indywidualnej hierarchii. Badane wybierały, najczęściej 3 lub 4 wartości, wśród których jako najważniejsze w życiu uznano spokojne i ustabilizowane życie przy pewnym dochodzie (50,0%), dobry stan zdrowia (48,1%), założenie rodziny i wychowanie dzieci (42,3%) oraz posiadanie grona przyjaciół (40,4%), co przedstawia tabela 1.

Wyniki wskazują, że dążeniem badanych osób jest stabilne i spokojne życie bez niespodzianek w gronie rodzinnym i przyjacielskim. Dążenie do szczęścia w założonej przez siebie rodzinie oraz poczucie ładu i stabilizacji jest wysoko cenione, nie tylko przez badane pielęgniarki, ale jak wskazują wyniki innych badań, również przez młodzież zarówno szkół medycznych, jak i ogólnokształcących (Wrońska I, 1999).

Obok szczęścia rodzinnego, drugą ważną wartością jest zdrowie. Dobry stan zdrowia umożliwia realizowanie innych wartości, daje poczucie szczęścia i radości życia.

Rozumienie istoty zdrowia przez badane pielęgniarki wiąże się z kryteriami, jakimi posługują się respondentki, mówiąc o zdrowiu własnym oraz definiując zdrowie jako zjawisko.

Tabela 1. Wartości życiowe

Wartości wskazywane przez pielęgniarki/studentki	Liczba wskazań	% wskazań
1. Spokojne i ustabilizowane życie przy pewnym dochodzie	52	50,0
2. Dobry stan zdrowia	50	48,1
3. Założenie rodziny i wychowanie dzieci	44	42,3
4. Posiadanie grona przyjaciół i bliskich znajomych	42	40,4
5. Zdobyć jak najwyższego wykształcenia i wiedzy	38	36,5
6. Zdobyć kierownicze stanowiska i przewodzenie ludziom	28	26,9
7. Dobra materialne	26	25,0
8. Wygodne życie pełne przygód i wrażeń	25	24,0
9. Realizacja wartości religijnych	11	10,6
10. Inne (sława, pomoc innym ludziom, mądrość życiowa)	7	6,7

Ankietowane mogły wybrać kilka odpowiedzi, dlatego liczba wskazań jest większa niż 100%.

Tabela 2. Samoocena stanu zdrowia

Ocena stanu zdrowia	Liczba wskazań	% wskazań
1. Bardzo dobre	13	12,5
2. Dobre	75	72,1
3. Dostateczne	14	13,5
4. Złe	2	1,9

Stan swojego zdrowia pielęgniarki/studentki oceniają jako dobry (72,1%) i dostateczny (13,5%). O bardzo dobrym zdrowiu mówi 12,5% badanych, a o złym 1,9%. Zagadnienie to przedstawia tabela 2.

Osoby oceniające swoje zdrowie jako bardzo dobre i dobre opierały swoją ocenę na kryterium witalistycznym (siła, energia, pogoda ducha) oraz funkcjonalistycznym (wywiązywanie się z obowiązków w pracy, w domu i uczelni). Przykładem są poniższe wypowiedzi:

- „...jestem sprawna fizycznie...”
- „...mam dobry humor każdego dnia...”
- „...mam zapał do pracy i nauki...”
- „...zachowuję pogodę ducha...”
- „...radzę sobie z problemami codziennego dnia...”

Subiektywna ocena własnego zdrowia przedstawiona przez respondentki oceniające swoje zdrowie jako dostateczne i złe wiązała się ze stosowaniem przede wszystkim kryterium medycznego, zarówno gdy wskazywano na czynniki dobrego, a przede wszystkim złego samopoczucia. O swoim zdrowiu badane mówiły w następujący sposób:

- „...nie mam dolegliwości bólowych...”
- „...mam dobre wyniki badań...”
- „...taka jest opinia lekarza...”
- „...coraz częściej jestem na zwolnieniu lekarskim...”
- „...mam nerwicę żołądka...”
- „...mam dobry apetyt...”
- „...dobrze się czuję...”

Przytoczone wypowiedzi wskazują, iż w ocenie własnego zdrowia przez badane pielęgniarki podkreślane są elementy holistycznego modelu zdrowia. Jednocześnie obecność tradycyjnego, zmedykalizowanego punktu widzenia zdrowia, oznacza, że model biomedyczny jest modelem utrwalonym. Cytowane wypowiedzi ukazują, że zdrowie jest pojęciem wieloznacznym i obejmuje wiele kryteriów.

Określając pojęcie zdrowia, jako kategorii medycznej, i wskazując na jego aspekty, badane zaznaczają, iż zdrowie jest pojęciem wieloaspektowym i wielowymiarowym, gdzie wymiar biologiczny, psychiczny, społeczny i moralny są z sobą ściśle powiązane. Zagadnienie to przedstawia tabela 3.

Uzyskane dane korespondują z wynikami innych badań i wskazują na preferencje holistycznego modelu zdrowia oraz definiowanie tego pojęcia z uwzględnieniem wielu współzależnych wymiarów (Sęk K, Ścigała J, 1992).

Wśród zachowań pozwalających zachować dobre zdrowie, badani na plan pierwszy wysuwają aktywność fizyczną i racjonalne odżywianie (tab. 4).

Wskazywane przez badane studentki/pielęgniarki czynniki korzystnie wpływające na zdrowie są zbieżne z wskazaniami uzyskanymi w innych badaniach, gdzie studenci najwyższą rangę przypisali zachowaniom związanym z odżywianiem.

Tabela 3. Zdrowie i jego aspekty

Aspekty zdrowia	Liczba wskazań	% wskazań
1. Biomedyczny	22	21,2
2. Psychiczny	11	10,5
3. Społeczny	19	18,3
4. Moralny	8	7,7
5. Wszystkie aspekty zdrowia	44	42,3

Ankietowane mogły wybrać kilka odpowiedzi, dlatego liczba wskazań jest większa niż 100%.

Tabela 4. Zachowania sprzyjające zdrowiu

Zachowania prozdrowotne	Liczba wskazań	% wskazań
1. Aktywność fizyczna	47	48,88
2. Racjonalne odżywianie	21	20,2
3. Brak stresów	10	9,6
4. Brak nałogów	8	7,7
5. Odpowiednia ilość snu	5	4,8
6. Higiena osobista i otoczenia	4	3,8
7. Umiar w stosowaniu leków i używek	3	2,9
8. Regularna kontrola lekarska	3	2,9

Ankietowane mogły wybrać kilka odpowiedzi, dlatego liczba wskazań jest większa niż 100%.

niem, eliminacją nałogów, higieną psychiczną i aktywnością ruchową.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż wysoka ocena wartości zdrowotnej aktywności fizycznej często pozostaje w związku z niską własną skutecznością w jej podejmowaniu (Sęk H, 2000; Dolińska-Zygmunt G, 2000).

Ponadto, inaczej niż w naszych badaniach, wskazywano na wagę zachowań medycznych jako istotnych dla zdrowia (Ostrowska A, 1997). Hipotezą wyjaśniającą przypisywanie znaczenia zachowaniom medycznym w utrzymaniu zdrowia jest przypuszczenie, że są to działania najbardziej dostępne i najprostsze do wykonania. Nie wiąże się tych ocen z wiarą w moc medycyny czy zaufaniem do lekarzy (Ostrowska A, 1997).

Jako wpływające na stan zdrowia, badane studentki wymieniają też czynniki związane ze studiowaniem w systemie zaocznym, co obrazują następujące wypowiedzi:

- „...dojazd na uczelnię jest zbyt odległy i męczący...”
- „...problemem jest znalezienie noclegu...”
- „...nie mam z kim pozostawić dzieci...”
- „...nie mam zbyt wiele czasu wolnego, trudno połączyć studiowanie z pracą zawodową...”
- „...dyrektor nie chce udzielić mi urlopu szkolniowego...”
- „...cały czas siedzimy w zamkniętym pomieszczeniu...”
- „...drwią współpracownicy, głównie lekarze z powodu mojego studiowania...”.

W dalszej kolejności chcieliśmy poznać opinie respondentek o wpływie wiedzy zdobytej podczas studiów na zachowania zdrowotne. Odpowiedź na to pytanie przedstawiono w tabeli 5.

Badane studentki wysoko oceniają udział wiedzy zdobytej podczas studiów na Wydziale Zdrowia Publicznego i podkreślają jej znaczenie w kształtowaniu:

- świadomości i rozumienia zdrowia,

Tabela 5. Wpływ wiedzy zdobytej na studiach na zachowania zdrowotne

Ocena wpływu wiedzy	Liczba wskazań	% wskazań
1. Tak	23	22,1
2. Tak, częściowo	67	64,4
3. Nie wpłynęła w ogóle	14	13,5

- postaw i przekonań o zdrowiu własnym i innych,
- umiejętności niezbędnych do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu.

Podsumowanie

Na podstawie uzyskanych danych można dokonać pewnych uogólnień dotyczących deklarowanego przez pielęgniarki systemu wartości, odnoszących się do problematyki zdrowia:

- Badane pielęgniarki/studentki przypisują zdrowiu wysoką wartość, gdyż umieszczają je najczęściej na drugim miejscu wśród innych wymienianych wartości. Wysoka ocena zdrowia może wiązać się z tym, że zdrowie stanowi pewnego rodzaju wartość uroczystą i jest szczególnie cenione w warstwie deklaratywnej. W sytuacjach konkretnych zachowań, przy jednoczesnej wysokiej ocenie w warstwie deklaratywnej, mogą pojawić się zachowania niesprzyjające zdrowiu lub nawet szkodliwe dla zdrowia (Gniazdowski A, 1990).
 - Przekonania dotyczące istoty zdrowia wskazują, że respondentki w swoich wypowiedziach o zdrowiu podkreślają elementy zarówno holistycznego, jak i biomedycznego modelu zdrowia. Osoby oceniające swoje zdrowie jako dobre i bardzo dobre, odwołują się do modelu holistycznego, natomiast osoby oceniające swoje zdrowie niżej odwołują się częściej do modelu biomedycznego. Rozbieżności w rozumieniu istoty zdrowia wiążą się z tym, że osoby inaczej rozumieją pojęcie zdrowia, gdy myślą o nim ogólnie, a inaczej gdy odnoszą pojęcie zdrowia do siebie, inaczej, gdy czują się zdrowe lub gdy odczuwają dolegliwości (Puchalski K, 1994; Dolińska-Zygmunt G, 2000).
 - Deklaracje w zakresie zachowań sprzyjających utrzymaniu i potęgowaniu zdrowia wskazują na ich spójność z rozumieniem zdrowia przez respondentki.
- Deklarowany przez badane pielęgniarki system wartości dotyczących zdrowia może stanowić strukturę wzoru do naśladowania, może wskazywać także na wiarygodność badanych jako edukatorów zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W (red.). *Pedagogika*. Warszawa: PZWL; 2000.
2. Mika S. *Psychologia społeczna dla nauczycieli*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak”; 1998: 137.
3. Ossowska M. *Etos rycerski i jego odmiany*. Warszawa: PWN; 1973.
4. Poznaniak W. *Teorie uczenia się społecznego jako model normalnego i zaburzonego funkcjonowania jednostki oraz grupy*. [w:] Sęk H (red.) *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN; 1991.
5. Szafran E. Styl życia i zachowania zdrowotne studentów Wydziału Pielęgniarskiego Oddziału Zaocznego. Praca magisterska. Wrocław: AM; 2001.
6. Wrońska I. *Wartości życiowe młodzieży*. Lublin: AM; 1999.
7. Sęk K, Ścigała J, Pasikowski T, Beisert M, Bleja A. Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane zagadnienia. *Prz Psychol* 1992; 3.
8. Sęk H. *Zdrowie behawioralne*. [w:] Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. GWP; 2000.
9. Ostrowska A. Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1997; 10–11.
10. Dolińska-Zygmunt G. *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: PAN; 2000.
11. Gniazdowski A (red.). *Zachowania zdrowotne*. Łódź: IMP; 1990.
12. Puchalski K. Kryteria zdrowia w świadomości potocznej. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1994; 1–2.

Adres Autorki:

Zakład Pedagogiki Zdrowia Katedry Pedagogiki,

Wydział Lekarski AM

ul. Bartła 5

51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYZWANIA KULTUROWE, EDUKACYJNE, FILOZOFICZNE, ETYCZNE
DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

CULTURAL, EDUCATIONAL, AND ETHICAL CHALLENGES
FOR PUBLIC HEALTH

Historia jednego życia

The history of one life

GRAŻYNA MACH¹, ELEONORA MESS²

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Z Zakładu Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik Katedry: prof. dr hab. Krystyna Łoboz-Grudzień

Streszczenie Tematem pracy jest prezentacja sylwetki Teodory Krysy, 93-letniej obecnie emerytowanej pielęgniarki, jej trudu zdobywania wiedzy i realizowania umiłowanego zawodu, w warunkach powojennego Wrocławia. Prezentacja połączona jest z pokazem dokumentacji zawodowej oraz personalnej p. Teodory Krysy.
Słowa kluczowe: historia i kształcenie pielęgniarek.

Summary Authors introduce personality of Mrs Theodora Krysa, today 93 years old retired nurse and her hardship in rising her medical skills and knowledge. The paper present achievements of Mrs Krysa in her professional life, in Wrocław after Second World War. The important part of the presentation is exhibition of original professional documents in personal attending of Mrs Theodora Krysa.

Key words: history and nurses education.

... długiego, zwykłego życia pielęgniarki z powołania, życia podporządkowanego służbie człowiekowi i ojczyźnie.

Pani Teodora Krysa urodziła się w oddalonych 20 kilometrów od Lwowa Głuchowicach w 1911 roku, w wielodzietnej wiejskiej rodzinie mieszanej, z matki Polki Katarzyny z domu Słabickiej i ojca Ukraińca – Andrzeja Krysy.

Panujący wzajemny szacunek oraz umiłowanie i poszanowanie przez rodziców wiary, zaowocowały tolerancją religijną i narodowością w rodzinie, kierowanej przez światłego i prawego ojca – Andrzeja.

Podwójnie obchodzone święta kościelne (córkę ochrzczono w kościele katolickim, synów w cerkwi prawosławnej), życzliwie przyjmowane odwiedziny duchowych obu obrządków, wyraziste wychowanie moralne i patriotyczne, w atmosferze rodzinnej miłości i pokoju, oraz poszano-

wanie pracy ukształtowały charaktery 8 szczęśliwych dzieci.

W rodzinnej wsi Pani Teodora ukończyła 4-klasową szkołę powszechną, początkowo wspólną dla dzieci polskich i ukraińskich, a po przejawach nietolerancji nacjonalistycznej ze strony ukraińskiej nauczycielki, nowo utworzoną szkołę polską.

Do 14 roku życia, zdolna i chętna do nauki, biorąca czynny udział w licznych występach teatryku szkolnego dziewczynka pozostawała w domu, pomagając w gospodarstwie. Na przejawioną chęć dalszej nauki rodzice dziecka wyrazili zgodę – zamieszkała ona u siostry we Lwowie i podjęła pracę w Państwowym Szpitalu Powszechnym na Łyczakowie – najpierw jako nieletnia w ogrodzie, a następnie w istniejącej przy tym szpitalu Państwowej Szkole Pielęgniarskiej jako sprzątaczką.

PAŃSTWOWA KOMISJA
EGZAMINÓW NADZWYŻAJNYCH W SZKOŁACH POWSZECHNYCH
w Łowiczu

Nr 100

Świadectwo egzaminu nadzwyczajnego
Krysztopa Teodora

urodzony dnia *28 października* 1911 r., w *Głuchowicach*
powiatu *Łowickiego* województwa *Łowickiego*
wyznania *katolickiego*, ukończywszy *4^{to} kl. III. publicznej*
skoly publicznej w *Głuchowicach* roku szkolnym *1938/39*
podała się dnia *26 stycznia* 1939 r. egzaminowi nadzwyczaj-
nemu w myśl rozp. Min. W. R. i O. P. z dnia 31 marca 1926 r. Nr I-4818/26
na podstawie rozporządzenia Inspektora Szkolnego w *Łowiczu*
z dnia *21 stycznia* 1939 r. Nr *4539* i okazała w za-
kresie nauk objętych programem nauczania publicznej szkoły powszech-
nej *Medycyna* -klasowej postępy następujące:

w nauce religii	<i>bardzo dobry</i>
„ języku polskim	<i>dobry</i>
„ języku <i>niemieckim</i>	Zwolniony na podstawie
„ języku	rozp. I. S. M. z dn. <i>21.5.39</i> Nr <i>4539</i>
„ rachunkach z geometrią	<i>dobry</i>
„ przyrodzie	<i>dobry</i>
„ geografii	<i>dobry</i>
„ historii	<i>dobry</i>
„ rysunkach	} Zwolniony na podstawie rozp. I. S. M. z dn. <i>21.5.39</i> Nr <i>4539</i>
„ robotach	
„ śpiewie	
„ ćwiczeniach cielesnych	

Drukarnia Państwowa nr 99482. 13.VI.38. 5000. Świadectwo egzaminu nadzwyczajnego szkół powszechnych (P. 8). Cena 8 gr.


11849

Świadectwo powyższe jest równoznaczne ze świadectwem ukończenia
publicznej szkoły powszechnej *Medycyna* klasowej.

W Łowiczu, dnia *26 stycznia* 1939 r.

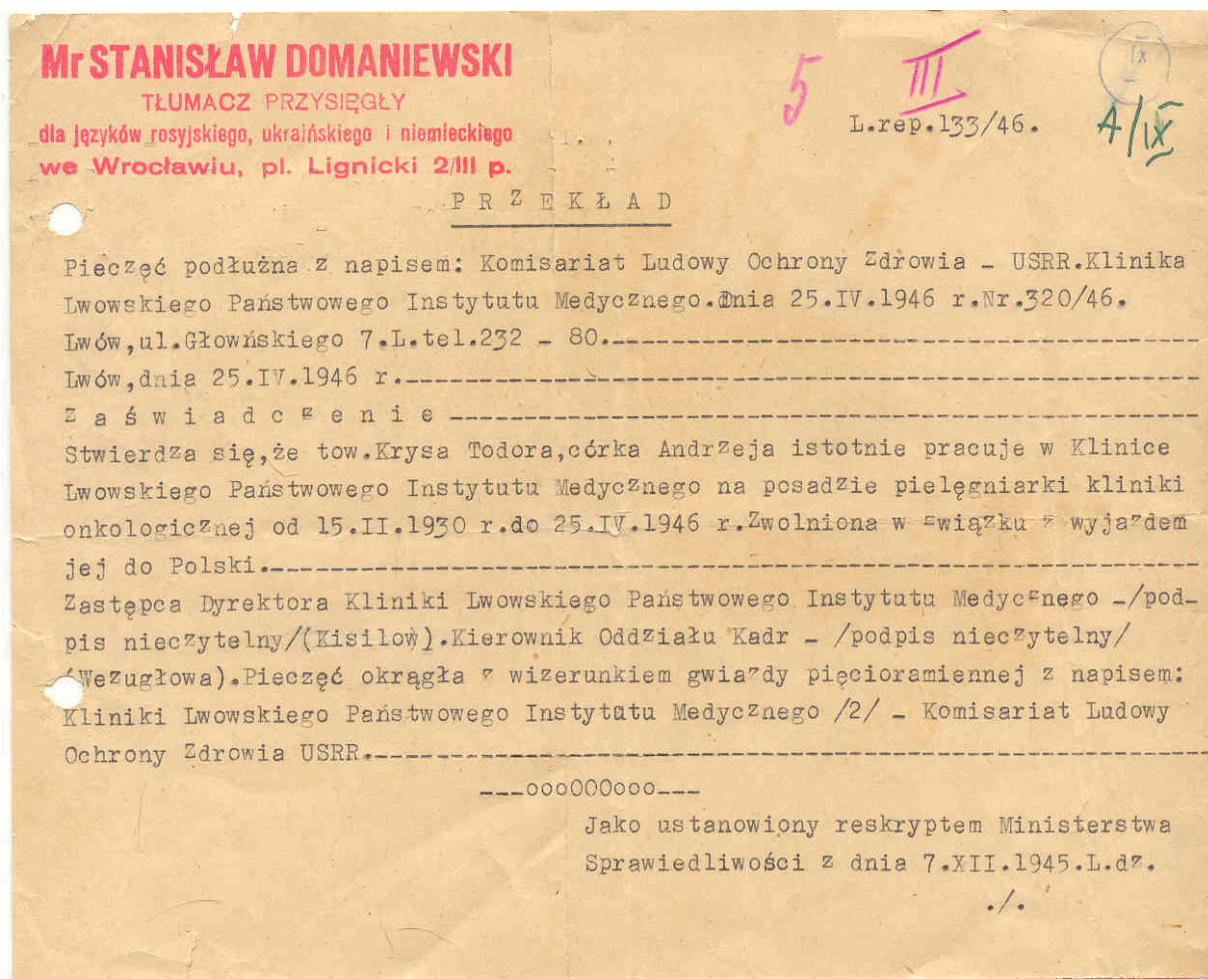
Przewodniczący Komisji
[Signature]

Zastępca Przewodniczącego Komisji
[Signature]



Egzaminatorowie:
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

Ryc. 1. Świadectwo ukończenia szkoły 7-klasowej



Ryc. 2. Zaświadczenie pracy w Lwowskim Państwowym Instytucie Medycznym (wg Pani Teodory Krysy Państwowy Szpital Powszechny – w tekście)

Bystra dziewczyna towarzysząc, słuchając, zapamiętując przyswajane przez uczennice szkoły wiadomości medyczne, równocześnie uzupełniała swoje wykształcenie, przeznaczając zarobione pieniądze na prywatne lekcje. 26 stycznia 1939 roku zdała egzamin przed Państwową Komisją Egzaminów Nadzwyczajnych w Szkołach Podstawowych i otrzymała „Świadectwo egzaminu nadzwyczajnego” nr 100 ukończenia publicznej szkoły powszechnej 7-klasowej.

Pani Teodora podejmuje pracę jako sanitariuszka w oddziale chirurgicznym, a następnie onkologicznym Państwowego Szpitala Powszechnego przy ulicy Głowińskiego we Lwowie. Zapisuje się i kończy organizowany przez Czerwony Krzyż kurs pierwszej pomocy sanitarnej. W oddziale onkologicznym, prowadzonym przez prymariusza dra Osiochowskiego, pracuje przez całą wojnę. Mimo że bezpośrednio nie była zaangażowana w działalność antyokupacyjną, głęboko przeżywała dramaty ukochanego miasta Lwowa – kaźń Profesorów, z których wielu osób nie znała, zbiorowy mord „na brygidkach”.

Po zakończeniu wojny Pani Teodora wraz

z siostrą Filipiną otrzymują w dniu 16 kwietnia 1946 roku kartę ewakuacyjną z Ukraińskiej Socjalistycznej Republiki Radzieckiej do Polski. Na propozycję urzędnika radzieckiego pozostania w ZSRR i obietnicę kariery zawodowej („My was wraczom ustroim”) Pani Teodora odpowiada hardo: „Ja Polka. Łuczsze mnie byt’ w Polsce siestrom kak u was wraczom”.

Przyjeżdżają do Wrocławia transportem uniwersyteckim dla pracowników naukowych i personelu uczelni lwowskich dnia 1 maja 1946 roku, po 6 dniach podróży i rejestrują się w P.U.R. 4 maja tegoż roku.

We Wrocławiu organizuje się już Wydział Lekarski, zabezpieczone są budynki i mienie klinik, w organizowaniu Kliniki Okulistycznej bierze aktywny udział, przybyła do Wrocławia wcześniej, rodzona siostra Pani Teodory – pielęgniarka Maria Rudnicka, u której, przy ulicy Łukasiewicza 16 obie przybyłe tymczasowo zamieszkują.

Pani Teodora Krysa angażuje się w organizowaną przez prof. Antoniego Falkiewicza Klinikę Wewnętrznej przy ulicy Pasteura 4, polecona tam przez osobiście znanego sobie ze Lwowa prof.

Prezydium Rady Narodowej
m. Wrocławia
Wydział Zdrowia
Prezydium
Wojewódzkiej Rady Narodowej
miasta Wrocławia
Wrocław, dn. 12. I. 1950 r.
Nr. 425/E/60

Zaświadczenie

Obyw. Krysa Teodora
(nazwisko i imię)

ur. dn. 28. I. 1911 r. w Głuchowicach

posiadający Świadectwo Nr 1862/50 Państwowej
Komisji Egzaminacyjnej Min. Zd. Warszawa
z dnia 1. II. 1950 r.
(dyplom, świadectwo – wymienić akta)

na podstawie art. 3 ustawy z dnia 21. II. 1935 r.
o pielęgn. / Dz. UWR.P. Nr 27 poz. 199/.

oraz § 3 ust. 1 i § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 2 sierpnia 1951 r. (Dz. U. Nr 43, poz. 328) upoważniony
jest do wykonywania zawodu

Pielęgniarki



za Prezydium Wojew. Rady
Narodowej
miasta Wrocławia
Kierownik Oddziału Kadry
Roman Głowa
(Kierownik Wydziału Zdrowia)

Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu.

Wzór Mz-KD-15. CWD. Zam. 3199/Wa.
Akeyd., W-wa. 30.000 + 30.000. Zam. 1287/56. Piśm. III/80 g + VII/60 g.

Ryc. 3. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu

URZĄD WOJEWÓDZKI
WROCLAWSKI
Wrocław, dn. 1 lutego 1950 r.
Wydział Zdrowia
L. dz. 207/1145/47

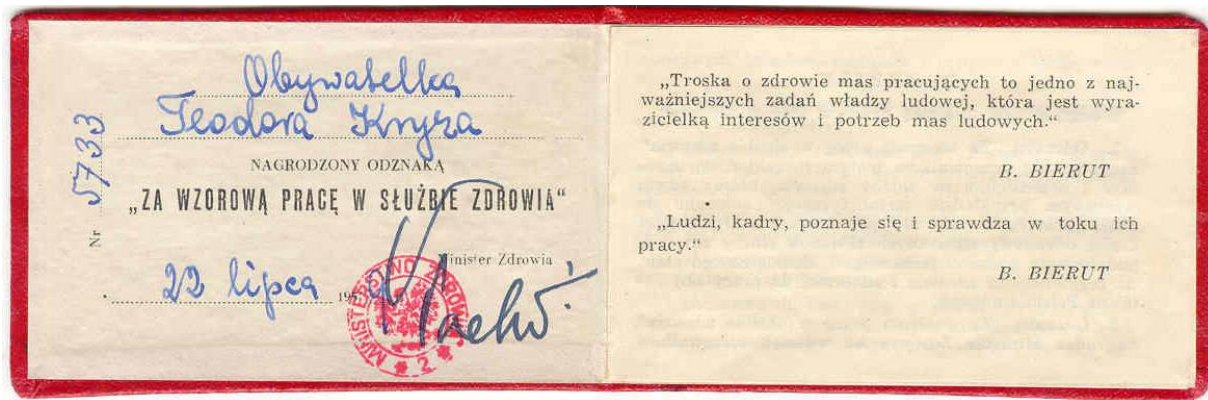
Zaświadczenie tymczasowe

Urząd Wojewódzki Wydział Zdrowia niniejszym
zaświadcza, że Ob. Krysa Teodora
złożyła państwowy egzamin pielęgniarski w dniach
30, 31 I. i 1. II. 1950 r. we Wrocławiu z wynikiem
pomyślnym.-

WP/P

Za WOJEWÓDZKI
Szczerba Zofia
Kier. Oddz. Zawod. Lecz.

Ryc. 4. Zaświadczenie o egzaminie pielęgniarskim w 1950 roku



Ryc. 5. Odznaczenie „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”, 1950



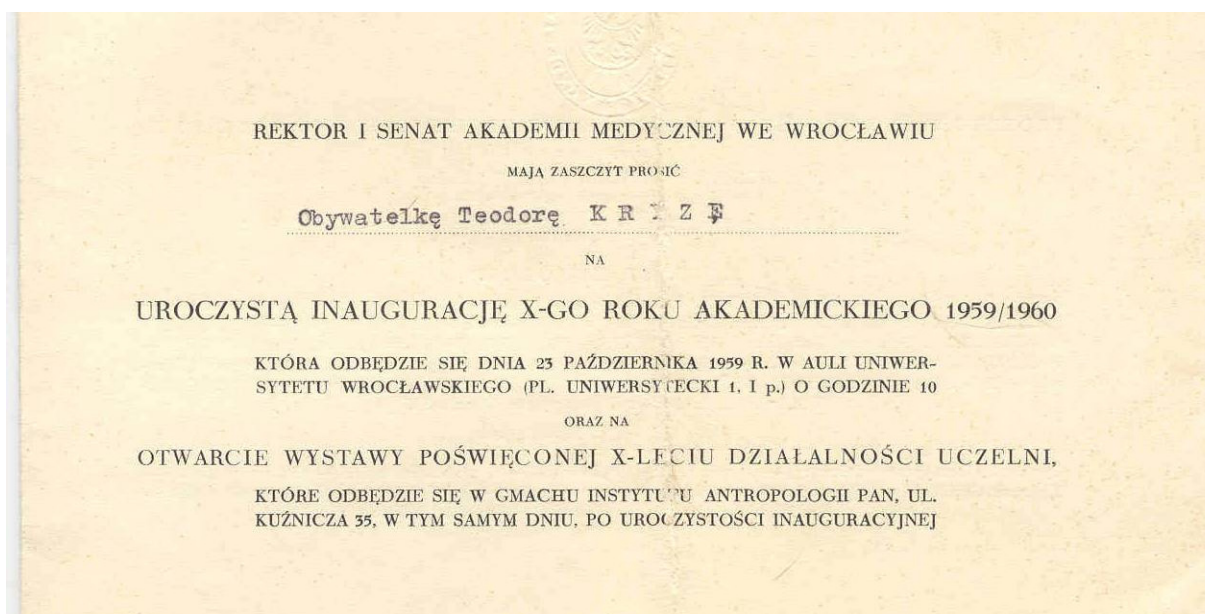
Ryc. 6. Legitymacja odznaczenia

Zygmunta Alberta, pierwszego rektora Wydziału Lekarskiego we Wrocławiu. Po rocznym prowadzeniu oddziału Siostra Dora przenosi się do Kliniki Zakaźnej kierowanej przez prof. Zofię Czeżowską, a następnie wraz z Nią w 1950 roku do oddziału wewnętrznego Państwowego Szpitala Klinicznego nr 3 przy ulicy Poniatowskiego.

Na początku 1950 r. Pani Teodora złożyła egzamin pielęgniarski przed Państwową Komisją Egzaminacyjną dla Egzaminów Pielęgniarskich Ministerstwa Zdrowia, uzyskując tytuł pielęgniarki i stałe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej, a w latach 1951–1955 uzupełniła wykształcenie licealne w Państwowej Ogólnokształcącej Szkole Korespondencyjnej we Wrocławiu.

W Klinice Wewnętrznej Pani Teodora – „Siostra Dora” daje się poznać jako niezwykle energiczna, pracowita, prawa, bystra, absolutnie oddana pacjentom, żywo reagująca na wszelkie ich potrzeby, pielęgniarka. Łatwo przyswajająca so-

bie wiedzę i obserwacje, dzieliła się nimi zarówno z młodymi lekarzami, jak i dziesiątkami praktykantek szkół pielęgniarskich. Młodzi lekarze chętnie wpisywali się na dyżury z Siostrą Dorą (wspomnienie Pani prof. Barbary Kowal-Gierczak): jej doskonała orientacja w diagnozowaniu i terapii, niezwykła spostrzegawczość i zdecydowanie gwarantowały pewną pomoc i spokojne uniknięcie ewentualnych, wynikających z niedoświadczenia, pomyłek. Siostra Dora budziła zaufanie i nadzieję chorych, zaspokajała w miarę możliwości ich fizyczne, duchowe, a nawet materialne potrzeby. Cieszyła się wielkim zaufaniem i szacunkiem Kierownika Kliniki Prof. Z. Czeżowskiej, która, doceniając niezwykle cechy umysłu i charakteru tej pielęgniarki, powiedziała kiedyś: „Siostrzo, jaka szkoda, że się Pani tak wcześnie urodziła. Byłaby Pani dobrym lekarzem”. Padła wówczas dumna odpowiedź: „A czy to źle, że jestem dobrą pielęgniarką?”



Ryc. 7. Zaproszenie na uroczyste odznaczenie połączone z wręczeniem odznaki za „Wzorową pracę w Służbie Zdrowia”

Żarliwa patriotka, praktykująca katoliczka, nienawidząca ideologicznego oportunisty, Siostra Dora nie zapisała się do rządzącej w Polsce Ludowej PZPR, co było warunkiem piastowania stanowiska oddziałowej. Nauczyła się przeprowadzania badań EKG i oznaczania podstawowej przemiany materii, zorganizowała wzorcową pracownię EKG, którą, jak wspomina, „Zwiedzali dziennikarze gazet oraz goście z Niemiec”, pracowała również w poradni astmologicznej. Jej zaangażowanie w pracę zawodową doceniono w różnoraki sposób: odznaczając ją odznaką „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”, odznaką XV-lecia Wyzwolenia Dolnego Śląska, przyznaniem wczasów wypoczynkowych.

Energia, dobroć, łatwość bezinteresownego służenia ludziom sprawiły, że Pani Teodora Krysa – „Siostra Dora” była osobą znaną i cenioną również w miejscu zamieszkania przy ulicy F. Nullo w dzielnicy Biskupin we Wrocławiu. Powracają-

ca z pracy pielęgniarka zastawała pod drzwiami swojego mieszkania tłumek oczekujących na pomoc i radę, ludzi. I brała się na nowo do pracy, często do późnej nocy, nie oglądając się na wdzięczność bądź wynagrodzenie. Odeszła na emeryturę w 70 roku życia, pełna radości z dobrze wykonanej pracy, pozostawiając ciepłe i wdzięczne wspomnienia u osób, z którymi się zetknęła, sama wdzięczna i pamiętająca o wyświadczonym sobie dobru i życzliwości.

Śledząc Jej bogate i pełne życie, należy zwrócić uwagę na wyniesione z rodzinnego domu Siostry Dory wartości: niezwykłą prawość, szacunek dla człowieka i pracy, umiłowanie i dumę ze zdobytego i wykonywanego zawodu pielęgniarki. Wartości te powinny stanowić na nowo etyczne i edukacyjne wyzwanie w procesie kształtowania postaw pracowników, szeroko pojętego, obszaru Zdrowia Publicznego.

Adres Autorów:
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYZWANIA KULTUROWE, EDUKACYJNE, FILOZOFICZNE, ETYCZNE
DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

CULTURAL, EDUCATIONAL, AND ETHICAL CHALLENGES
FOR PUBLIC HEALTH

Postawy społeczeństwa wobec przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych

Social expectations regarding organ donation

TOMASZ LISIECKI, MARIA POŁOCKA-MOLIŃSKA, KORNELIA KĘDZIORA-KORNATOWSKA

Z Katedry i Kliniki Geriatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. nadzw. AM

Streszczenie Celem prezentowanej pracy była próba określenia stosunku społeczeństwa do przeszczepiania narządów oraz wartości moralnych w stosunku do tego zagadnienia. Badania przeprowadzono na grupie 100 przypadkowo dobranych osób w wieku od 20 do 75 lat z rejonu powiatu gnieźnieńskiego. W celu uzyskania jak największej liczby informacji badania ankietowe przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza wywiadu. Został on podzielony na 2 części, przy czym pierwsza część dotyczyła danych społeczno-demograficznych, a druga tematycznie interesujących autora zagadnieniom. Kwestionariusz zawierał łącznie 18 pytań zamkniętych. Na podstawie zebranego materiału i przeprowadzonych badań potwierdzono istnienie ścisłego związku i zależności między poziomem wykształcenia pacjentów, miejscem zamieszkania, wiekiem, charakterem pracy zawodowej a prezentowanym stosunkiem oraz wartościami moralnymi do przeszczepiania narządów.

Wstęp

Filozofia nie stwarza problemów. Wyłania je samo życie. Filozofia usiłuje je podjąć, precyzyjnie sformułować i zasadnie rozstrzygnąć. Również etyka jako filozofia moralności nie wymyśla swych problemów, tylko podejmuje pytania, do których stawiania prowokują ludzi dane im sytuacje moralne. Przykłady tego typu pytań można mnożyć bez końca. Fakt, że pytający w ogóle o coś pyta wskazuje, że znajduje się w stanie niepewności, jakiejś niewiedzy, zawieszenia. Nie pytałby przecież, gdyby wiedział – ludzie przeżywają w tych sytuacjach znane napięcia i niepokoję, zwane dramatami moralnymi [4].

W niektórych przypadkach ludzie posiadają wolę trwania przy tym, co jest słuszne, ale wola ta wsparta jest u nich m.in. o zdecydowane odpowiedzi na pytania, co i dlaczego jest słuszne, co należy i dlaczego ostatecznie należy uczynić to, co należy. Niekiedy na podobnych rozdrożach ludzie takich odpowiedzi potrzebują, choć ich nie posiadają. Tego rodzaju sytuacje ujawniają

pewien niedosyt poznawczy pogłębiony pokusą zakwestionowania przyjmowanych dotąd odpowiedzi [3].

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania była analiza dotycząca stosunku społeczeństwa do tematu przeszczepiania narządów, włączając także moralne aspekty tego zagadnienia. Podczas badań posłużono się kwestionariuszem ankiety, który wypełniały osoby przypadkowo wybrane z terenu powiatu gnieźnieńskiego.

W szczególności założono uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania, uwzględniając współzależności między wybranymi czynnikami:

- czy istnieje związek między miejscem zamieszkania pacjenta a jego stosunkiem do przeszczepiania narządów,
- czy wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania mają wpływ na stosunek pacjentów

i etyczne podejście do kwestii przeszczepiania narządów,

- czy środki masowego przekazu wystarczająco przygotowują pacjentów do świadomego bycia dawcą narządów.

Materiał i metody badań

Badania przeprowadzono na grupie 100 osób w wieku od 20 do 75 lat. Dobór grupy badawczej był doбором losowym.

W celu uzyskania jak największej liczby informacji badania ankietowe przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza wywiadu. Został on podzielony na 2 części, a każda z nich odpowiadała tematycznie interesującym autorów zagadnieniom. Kwestionariusz zawierał łącznie 18 pytań zamkniętych.

Pierwsza część kwestionariusza służyła do zebrania informacji o danych społeczno-demograficznych respondentów.

Część druga dotyczyła osobistego stosunku respondentów do problemu przeszczepiania narządów: kontakt z wiedzą na temat przeszczepiania narządów, źródła wiedzy, akceptacja przeszczepiania narządów, akceptacja oddania własnego narządu.

Dane z ankiety uzupełniono wypowiedziami respondentów podczas przeprowadzania badań.

Wyniki badań i ich omówienie

Badaniami objęto 100 osób w wieku od 20 do 75 lat, pochodzące ze środowisk wiejskich i miejskich. Respondenci legitymowali się wykształceniem podstawowym, zawodowym, średnim i wyższym, a tematem interesującym autorów pracy był stosunek prezentowany przez ankietowanych do tematu przeszczepiania narządów w obecnie zmieniających się trendach i dobie współczesnej.

Dokonana analiza zebranego materiału wykazała, że w badaniu uczestniczyło 68 kobiet i 32 mężczyzn, tj. odpowiednio 68% kobiet i 32% mężczyzn.

Najwięcej badanych osób było w przedziale wiekowym poniżej 30 roku życia, 43 osoby, co stanowi 43% oraz między 30 a 50 rokiem życia (39%). W przedziale wiekowym między 50 a 70 rokiem odpowiednio 14,0%. Niewielki odsetek osób, bo 4,0%, było w wieku powyżej 70 roku życia.

Analizując miejsce zamieszkania badanych osób, wykazano, że zdecydowana większość respondentów pochodziła ze środowiska miejskiego (67%), natomiast pozostałe 33% osób zamieszkiwało środowisko wiejskie.

Spośród 100 przebadanych osób najwięcej,

Tabela 1. Płeć

Płeć	N	%
Kobieta	68	68
Mężczyzna	32	32

Tabela 2. Wiek badanych

Przedziały wiekowe	N	%
Poniżej 30 lat	43	43
30–50 lat	39	39
50–70 lat	14	14

Tabela 3. Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	N	%
Miasto	67	67
Wieś	33	33

Tabela 4. Wykształcenie

Wykształcenie	N	%
Podstawowe	10	10
Zawodowe	18	18
Średnie	58	58
Wyższe	14	14

Tabela 5. Charakter pracy

Charakter pracy	N	%
Fizyczna	59	59
Umysłowa	41	41

Tabela 6. Warunki socjalno-bytowe

Warunki socjalno-bytowe	N	%
Bardzo dobre	9	9
Dobre	52	52
Dostateczne	29	29
Złe	10	10

Tabela 7. Źródła wiedzy o przeszczepach

Dokonane wybory	N	%
Czasopisma	33	61
Literatura naukowa	13	13
TVP i radio	85	85
Lekarz	11	11
Pielęgniarka	9	9

Tabela 8. Kontakt lekarzy z rodziną zmarłego przed pobraniem narządu

Odpowiedzi	N	%
Tak	90	90
Nie	6	6
Nie wiem	4	4
Razem	100	100

Tabela 9. Prawo pobrania narządów od zmarłego wbrew woli rodziny

Odpowiedzi	N	%
Tak	15	15
Nie	72	72
Nie wiem	13	13
Razem	100	100

Tabela 10. Decyzja oddania narządu lub jego części do przeszczepu za życia (np. nerka lub część wątroby)?

Odpowiedzi	N	%
Tak	44	44
Nie	14	14
Nie wiem	42	42
Razem	100	100

Tabela 11. Pobranie i przeszczepianie narządów z własnego ciała po śmierci?

Odpowiedzi	N	%
Tak	62	62
Nie	18	18
Nie wiem	20	20
Razem	100	100

Tabela 12. Pobranie narządów z ciała zmarłej bliskiej osoby – współmałżonka, rodzica, dziecka

Odpowiedzi	N	%
Tak	44	44
Nie	17	17
Nie wiem	39	39

Tabela 13. Pobranie narządów do przeszczepu jest dopuszczalne po stwierdzeniu

Typ odpowiedzi	N	%
Ustania pracy serca	33	33
Ustania czynności oddechowej	13	13
Obu powyższych	35	35
Trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu	19	19
Razem	100	100

bo aż 58%, legitymowało się wykształceniem średnim. Osoby te pochodziły w większości ze środowisk miejskich. Wyższe wykształcenie posiadało 14% ankietowanych, zamieszkujących w większości miasto, natomiast zasadnicze zawodowe i podstawowe wykształcenie miały głównie osoby mieszkające na wsiach i to odpowiednio stanowiło 18% i 10% ankietowanych.

Badane osoby określały charakter swojej pracy. Fizyczną pracę wykonywało 41% ankietowanych, natomiast 59% osób pracowało umysłowo w większości w miastach.

Badania wykazały, że ponad połowa respondentów (52%) określiło swoje warunki socjalno-bytowe jako dobre. Byli to ankietowani z wykształceniem średnim i wyższym, a mieszkający zarówno na wsi, jak i w mieście. Jako bardzo dobre warunki określiło zaledwie 9% respondentów, szczególnie z wykształceniem średnim i wyższym o umysłowym charakterze pracy, natomiast dostateczne i złe warunki określiło odpowiednio 29% i 10% respondentów.

Na pytanie „Czy zetknął się Pan/Pani z problematyką przeszczepiania narządów”? zdecydowana większość respondentów miały mniejsze lub większe wcześniejsze doświadczenia związane z problematyką przeszczepiania narządów. Doświadczenia te posiadało 81% badanych, natomiast 19% nie miało do tej pory żadnego kontaktu z tym tematem.

W dalszej części zadano badającym pytanie „Jaka jest Pana/Pani wiedza na temat przeszczepiania narządów”? Oceniając swoją wiedzę na ten temat, respondenci w większości określali ją jako słabą w (75%), natomiast 25% badanych uważało, że dobrze orientuje się w tej kwestii. Cztery osoby nie odpowiedziały na to pytanie.

Analizując powyższe dane, zauważono, iż TVP i radio są najczęstszym i najbardziej przystępnym źródłem wiedzy dla respondentów. Korzysta z niej 85% ankietowanych, niezależnie od wieku, wykształcenia czy miejsca zamieszkania. Z czasopism typu „Claudia” czy „Pani Domu” korzysta 33% osób – w większości kobiety. Zastanawiający jest fakt, iż personel medyczny – lekarze uzyskał tylko 11% wskazań, a pielęgniarki 9%.

Na pytanie „Czy korzystał Pan/Pani z czasopism lub opracowań naukowych” twierdząco odpowiedziało tylko 13% ankietowanych.

W badanej populacji ludzi zdecydowana większość, bo aż 90%, twierdzi, że lekarze powinni skontaktować się z rodziną przed pobraniem narządów do przeszczepienia. Niewielki odsetek, bo 6%, twierdziło, że lekarze nie muszą się kontaktować z rodziną, natomiast 4% nie miało zdania na ten temat.

Analizując odpowiedzi na pytanie „Czy lekarz ma prawo pobrać narządy od zmarłego wbrew woli rodziny”, ankietowani najczęściej odpowia-

dali, że **nie** – 72%, nie umiało odpowiedzieć na to pytanie – 13% respondentów, a tylko 15 osób twierdziło, że lekarze mają takie prawo.

Interesującym autorów zagadnieniem było uzyskanie informacji o stosunek do przeszczepiania narządów, a także możliwości i sposoby ich pobierania. Na pytanie dotyczące „Czy akceptuje Pan/Pani przeszczepianie narządów” większość ankietowanych wypowiedziała się twierdząco – 94%, natomiast zdecydowana mniejszość była przeciwna takim praktykom 6%.

Analizując uzyskane dane, daje się zauważyć, iż bardzo mały odsetek ankietowanych znało wszystkie możliwe sposoby pobierania do przeszczepu komórek, tkanek i narządów 25%. Najczęściej respondenci podają jako wyrażenie swojej aprobaty do pobierania narządów od dawców martwych. Z tej odpowiedzi korzystało 82% badanych niezależnie od wieku, wykształcenia czy miejsca zamieszkania. Zastanawiające jest, iż pobieranie narządów od zwierząt aprobuje tylko 21 badanych, natomiast pobieranie komórek, tkanek i narządów od dawców żywych popiera aż 66% respondentów.

Na pytanie „Czy zdecydowałby się Pan/Pani oddać narząd lub jego część do przeszczepu za życia” ankietowani często odpowiadali, że nie wiem – 42%, 14% respondentów nie oddałoby części siebie dla ratowania innego człowieka, a 44 osoby twierdziły, że pomogłyby innemu człowiekowi oddając narząd do przeszczepu.

Analizując powyższe dane wykazano, iż 20% ankietowanych nie wie czy odda swoje narządy do przeszczepu po śmierci. Najczęściej respondenci jednak nie wyrażają swojego sprzeciwu. Z tej odpowiedzi korzystało 62% badanych niezależnie od wieku, wykształcenia czy miejsca zamieszkania. 18% ankietowanych nie zgadza się na oddanie swoich narządów po śmierci.

Z powyższych danych wynika, że bardzo duży odsetek ankietowanych nie wie, czy wyraziłoby zgodę na oddanie narządów bliskiej osoby po śmierci 39%. Należy ubolewać nad zaistniałą sytuacją, ale często respondenci jednak nie wyrażają zgody. Z tej odpowiedzi korzystało 17% badanych niezależnie od wieku, wykształcenia czy miejsca zamieszkania. Zastanawiające jest też, że tak mało jest dawców narządów, a 44% ankietowanych zgadza się na oddanie narządów swoich bliskich po śmierci.

Zadano respondentom kolejne pytanie, czy w razie konieczności zdecydowałiby się na przeszczepienie sobie narządu od obcej osoby. Użytkano ciekawe spostrzeżenia, a mianowicie: zauważono, że wielu ankietowanych nie wie, czy przeszczepiłoby sobie narządy od obcej osoby 30%. Najczęściej respondenci jednak wstępnie deklarują taką chęć w 68%. Nie zdecydowałoby się na obce narządy tylko 2 osoby.

Spośród 100 przebadanych osób większość, bo 35%, twierdziło, że pobranie narządów do przeszczepienia jest możliwe po jednoczesnym ustaniu pracy serca i czynności oddechowej. Takie zdanie w równym stopniu miały osoby zamieszkujące środowiska wiejskie i miejskie, natomiast 19% ankietowanych wypowiedziało się, że narządy można pobrać tylko w przypadku nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu. 33% respondentów uważa, że narządy można pobierać już po ustaniu pracy serca, a 13% uważa, że po ustaniu czynności oddechowych.

Wnioski

Analiza zebranego materiału i weryfikacja statystyczna pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Osoby młode w większości nie wyrażają swojego sprzeciwu odnośnie do oddania swoich narządów do przeszczepu po śmierci.
2. Badani uważają, że pobranie narządów do przeszczepu jest dopuszczalne tylko po stwierdzeniu ustania pracy serca i ustania czynności oddechowej.
3. Zdecydowana większość respondentów miały mniejsze lub większe wcześniejsze doświadczenia związane z problematyką przeszczepiania narządów. Doświadczenia te posiadało 81% badanych.

Dyskusja

We wczesnych latach osiemdziesiątych XX w. opublikowano raport. Definicja śmierci jako śmierci mózgu wydawała się jednym z najbardziej solidnych osiągnięć bioetyki. Pod koniec lat osiemdziesiątych, gdy Szwecja i Dania, ostatnie kraje europejskie przywiązane do tradycyjnych standardów, przyjęły definicję śmierci jako śmierci mózgu werdykt wydawał się ostateczny [5].

Zmiana definicji śmierci odwołująca się do pojęcia śmierci mózgu przeszła tak gładko dlatego, że pacjentom z martwym mózgiem nie wyrządzała szkody, a wszystkim innym przynosiła korzyści: rodzinom pacjentów, szpitalom, chirurgom przeprowadzającym transplantacje, ludziom potrzebującym przeszczepu, ludziom niepokojącym się, że być może pewnego dnia będą potrzebować przeszczepu, ludziom obawiającym się, że i oni pewnego dnia mogliby zostać podłączeni do respiratora, mimo że ich mózg umarł, oraz podatnikom i rządcom.

Opinia publiczna zrozumiała, że jeśli mózg uległ zniszczeniu, to niemożliwe jest odzyskanie świadomości, a więc utrzymywanie przy życiu ciała jest bezcelowe. Uznanie ludzi w takim sta-

nie za martwych było też wygodnym sposobem uniknięcia problemu zaprzestania leczenia [2].

Przeprowadzone badania potwierdzają teorię, że pobranie narządów do przeszczepienia jest możliwe po jednoczesnym ustaniu pracy serca i czynności oddechowej, twierdziła tak większość, bo 35%. Takie zdanie w równym stopniu miały osoby zamieszkujące środowiska wiejskie i miejskie, natomiast 19% ankietowanych wypowiedziało się, że narządy można pobrać tylko w przypadku nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu. 33% respondentów uważa, że narządy można pobierać już po ustaniu pracy serca, a 13% uważa, że po ustaniu czynności oddechowych.

Ale czy rzeczywiście o ludziach w stanie śmierci mózgowej myśli się jak o zmarłych? Pewne dane wskazują, że tak nie jest, np. jak ta historia, która ukazała się w „Detroit Free Press”: Rozpoznano śmierć mózgową u siedemnastolatka przypadkowo postrzelonego w głowę... „przy życiu utrzymuje go aparatura” – poinformowała przełożona pielęgniarek, powiedziała, że zostanie oficjalnie uznany za zmarłego po pobraniu organów do przeszczepu.

W pewnym sensie można wybaczyć te lapsusy, gdyż pojęcie śmierci mózgowej było wówczas czymś nowym. Dzisiaj lekarze i pielęgniarki zajmujący się pacjentami w stanie śmierci mózgowej nie mogą mieć takiej wymówki. Wydaje się jednak, że w swym najgłębszym przekonaniu nie uważają osób w stanie śmierci mózgowej za rzeczywiście martwe. Prosząc rodziny pacjentów w stanie śmierci mózgowej o zgodę na pobranie narządów, pracownicy służby zdrowia często używają słów, „już nic nie możemy zrobić – jedynie podtrzymujemy jego życie, i dlatego niech się państwo zastanowią nad dawstwem narządów”.

W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono ankietę wśród lekarzy i pielęgniarek zajmujących się pacjentami w stanie śmierci mózgowej, w których przeprowadzane były transplantacje. Na podstawie badań stwierdzono, że większość ankietowanych nie posługuje się pojęciem śmierci w sposób konsekwentny. Znaczna mniejszość uważała, że pacjent w stanie trwale wegetatywnym jest martwy. Gdy zapytano ich, co mówią rodzinie pacjenta, którego uznano za zmarłego wskutek śmierci mózgu, okazało się, że odpowiadali w sposób pozwalający sądzić, że nie myślą o takim pacjencie jak o rzeczywiście zmarłym. Wśród odpowiedzi pojawiały się m.in. takie, jak: „w tej chwili nie wygląda na to, by pacjent przeżył”, albo „będzie musiał przeżyć resztę swego życia podłączony do aparatury” czy też „w zasadzie tylko aparatura utrzymuje go przy życiu”. Nikt nie wierzy w śmierć mózgową, ponieważ widać, że osoby w stanie śmierci mózgowej nie są naprawdę martwe.

Naszkiecowany dotąd obraz pokazuje, że śmierć mózgową jest wygodną fikcją. Jej pojęcie zostało zaproponowane i przyjęte dlatego, że dawało możliwości wykorzystania narządów, które w przeciwnym razie zmarnowałyby się, oraz umożliwiło zaprzestanie leczenia, które nie przynosi żadnych korzyści. Wydaje się, że dlatego pojęcie śmierci mózgowej ma szansę przetrwać mimo swych wewnętrznych słabości. Nasze rozumienie śmierci mózgowej jest z dwu powodów chwiejne. Destabilizującą siłą jest tu znowu postęp wiedzy i technologii medycznej. Śmierć mózgową została zdefiniowana jako nieodwracalne ustanie wszystkich funkcji mózgu.

Uznano więc, że w śmierci mózgu jako całości czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgu. Jej stwierdzenie jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać śmierć mózgu jako całości, a tym samym śmierć człowieka, a tylko narządy są podtrzymywane przy życiu za pomocą aparatów.

Przeszczepianie stało się w ostatnich latach akceptowaną i szeroko stosowaną metodą zastępowania czynności nieodwracalnie uszkodzonych narządów. Tysiące chorych zawdzięcza swe życie transplantacji nerek, wątroby, trzustki, płuc, serca lub szpiku.

Badając opinię respondentów na temat oddania swojego narządu do przeszczepu, zadano pytanie: „Czy zdecydowałby się Pan/Pani oddać narząd lub jego część do przeszczepu za życia”, ankietowani często odpowiadali, że nie wiem – 42%, 14% respondentów nie oddałoby części siebie dla ratowania innego człowieka, a 44 osoby twierdziły, że pomogłyby innemu człowiekowi, oddając narząd do przeszczepu.

Wielu pacjentów ma nadzieję na ten nowy początek, z tego względu wyrażają zgodę na przeszczepienie, nawet jeśli znają ryzyko i związane z operacją obciążenia. Wiedzą, że jeśli nie zgodzą się na operację, szybko mogą zakończyć życie.

Narządy do przeszczepienia można uzyskać z trzech źródeł – od żywego dawcy rodzinnego, od żywego dawcy „przymusowego” oraz ze zwłok.

W badaniach własnych daje się zauważyć, iż bardzo mały odsetek ankietowanych znało wszystkie możliwe sposoby pobierania do przeszczepu komórek, tkanek i narządów (25%). Najczęściej respondenci podają jako wyrażenie swojej aprobaty do pobierania narządów od dawców martwych. Z tej odpowiedzi korzystało 82% badanych niezależnie od wieku, wykształcenia czy miejsca zamieszkania. Zastanawiające jest, iż pobieranie narządów od zwierząt aprobuje tylko 21 badanych, natomiast pobieranie komórek, tkanek i narządów od dawców żywych popiera aż 66% respondentów.

Wyniki przeszczepiania narządów są coraz lepsze, dzięki czemu rozszerzają się wskazania do leczenia tą metodą. Wzrasta liczba oczekujących i wydłuża się czas oczekiwania na przeszczep. Każdego roku umierają setki chorych, ponieważ nie można było na czas dokonać przeszczepu. Brak narządów dla chorych oczekujących na przeszczepy może równoważyć ofiarność ich najbliższych. W Skandynawii co trzecia przeszczepiona nerka, w USA co czwarta pochodzi od żywego spokrewnionego dawcy, w Polsce co setna.

Decyzja wycięcia zdrowego narządu może budzić pewne wątpliwości z punktu widzenia etyki lekarskiej. Kwalifikacja dawcy rodzinnego – niezależnie od jego, często emocjonalnie uwarunkowanej chęci oddania narządu dla bliskiej osoby – musi być przeprowadzona starannie, aby zmniejszyć do minimum ryzyko powikłań związanych z operacją [1].

Dawcy rodzinni przeważnie nie mają kłopotu z podjęciem decyzji, dopiero lekarze i psychologowie zwracają ich uwagę na problemy. Bardzo często biorcy narządów nie wyrażają zgody na przeszczep od bliskiej osoby, ponieważ nie chcą narażać ich na niebezpieczeństwo i nie są gotowi do ponoszenia takiej odpowiedzialności.

Interesującym autorów zagadnieniem było uzyskanie informacji o stosunek do przeszczepiania narządów, a także możliwości i sposoby ich pobierania.

Badania własne wykazują, że akceptuje przeszczepianie narządów większość ankietowanych – wypowiadało się twierdząco 94%, natomiast zdecydowana mniejszość była przeciwna takim praktykom – 6%.

Na początku lat dziewięćdziesiątych XX w. w „Sternie” ukazał się artykuł, w którym była mowa o „ryczałtowych podróżach do Indii za sześćdziesiąt tysięcy marek”, o „największym zbiorowisku żyjących dawców narządów”, o ludziach, którzy za tysiąc pięćset marek rozstali się z jedną ze swych nerek. Ludziom w niedozwolony lub zakłamanym sposobie zabierano nerkę za cenę równą napiwkowi w porównaniu z zyskami pośredników. Biorcy byli ślepi na uczucia innych ludzi, chcąc kupić sobie szczęście, nie zdając sobie sprawy, jakie te „dary” mają konsekwencje dla młodych Hindusów, jakie niebezpieczeństwa im grożą w kraju o często niewystarczającej opiece lekarskiej i higienie.

Polska jest krajem, w którym przeszczepianie narządów rozpoczęto bardzo wcześnie. W roku 1966 profesorowie Jan Nielubowicz i Tadeusz Orłowski przeszczepili nerkę młodej uczennicy, miało to miejsce w 12 lat po pierwszej udanej transplantacji, była to 621 operacja tego typu w świecie [2].

Obecnie w Polsce w kilkunastu ośrodkach

wykonuje się wiele operacji przeszczepiania narządów, lecz ciągle są to liczby w niewielkim tylko stopniu zaspokajającym potrzeby.

Z danych Eurotransplantu wynika, że powinno wykonywać się około 50 przeszczepień nerek na 1 milion populacji, w Polsce wykonuje się zaledwie 8. Oznacza to, że co roku 3000 osób umiera w Polsce, dlatego, że nie było dla nich nerki.

Zastanawiające jest, że dzieje się to w kraju, który może poszczycić się bardzo nowoczesnym prawem regulującym przeszczepianie narządów. Zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1995 r. pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok można dokonać, jeżeli zmarła osoba nie wyraziła sprzeciwu. Istnieje więc domniemanie zgody na pobranie narządów.

Każdy, kto nie chce, aby z jego zwłok pobrano narządy, musi zgłosić sprzeciw, który umieszczony jest w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do spraw Transplantologii. Zgłoszenia sprzeciwu można dokonać osobiście lub listownie na formularzu, który dostępny jest w każdej placówce Służby Zdrowia. Moc prawną ma także noszone przy sobie własnoręcznie podpisanego oświadczenia lub ustne oświadczenie złożone w obecności dwóch świadków podczas pobytu w szpitalu. Rodzice lub prawni opiekunowie mogą zgłosić sprzeciw dotyczący osoby nieletniej lub pozbawionej pełnej zdolności prawnej. Osoby, powyżej szesnastego roku życia mogą same zdecydować o pobieraniu narządów z ich zwłok. Osoby, które wyrażają zgodę na pobranie narządów, także mogą nosić przy sobie oświadczenie swej woli. W każdym przypadku, kiedy lekarze, pod opieką których znajdował się zmarły, planują pobranie narządów, z rodziną lub najbliższymi zmarłego przeprowadzane są rozmowy [5].

Lekarze informują ich o zamiarze pobrania narządów, lecz nie muszą prosić ich o zgodę. Dąży się jednak do uzyskania akceptacji rodziny i z zasady udaje się to osiągnąć.

Rozmowy takie są trudne dla obu stron. Lekarze mają świadomość nieodwracalności śmierci mózgowej i widzą możliwość ratowania życia innym. Rodzina zmarłego często nie chce uwierzyć, że ciało, w którym bije serce, a klatka piersiowa rytmicznie się unosi, jest martwe. Poza tym istnieje w naszym społeczeństwie zakorzeniony i trudny do uzasadnienia sprzeciw przed ingerencją w martwe ciało zmarłego. Dotyczy to nie tylko akceptacji pobierania narządów, ale nawet wykonywania sekcji zwłok. Wielu wiąże to z rozpowszechnieniem w Polsce katolicyzmu, ale przecież sam papież Jan Paweł II w 1991 roku powiedział: „Człowiek, wyrażając zgodę na pobranie narządów po swoim zgonie, daje świadectwo miłości chrześcijańskiej, która ratuje życie innych”.

W badanej populacji ludzi zdecydowana większość, bo aż 90%, twierdzi, że lekarze powinni skontaktować się z rodziną przed pobraniem narządów do przeszczepienia. Niewielki odsetek (6%) twierdziło, że lekarze nie muszą się kontaktować z rodziną, natomiast 4% nie miało zdania na ten temat.

Koordinacją przeszczepami zajmuje się Poltransplant. Gdy dawca jest zaakceptowany i specjalna komisja stwierdziła śmierć mózgową, uruchamia się procedura, w którą zaangażowanych jest kilkadziesiąt osób. Jest to personel szpitala, w którym znajduje się dawca, zespoły pobierające narządy, zespoły transportowe, laboratoria wykonujące testy zgodności grupowej i testy, które muszą stwierdzić, że dawca nie jest chory na AIDS, WZW i inne choroby uniemożliwiające przeszczepienie, i wreszcie ci, którym będzie można przeszczepić pobrane narządy [5].

Pobrań zazwyczaj dokonuje się zwykle w szpitalu, w którym znajduje się dawca. Z całej Polski zjeżdżają się tam zespoły lekarzy z klinik, w których wykonuje się transplantacje narządów.

W Polsce na przeszczep trzeba czekać bardzo długo. Dla oczekujących na przeszczepienie nerki oznacza to konieczność wieloletnich dializ, dla tych, którzy wymagają przeszczepienia serca czy wątroby, czekanie może być wyrokiem śmierci. Jest to dla potencjalnych biorców bardzo trudny okres, ponieważ zdają sobie sprawę ze wszystkich konsekwencji opóźnienia operacji.

Obracając się nieraz przez wiele lat w środowisku szpitali i służby zdrowia, zdobywają o swojej chorobie wiedzę często równą wiedzy ekspertów, jednak ich stosunek do własnej choroby jest bardzo emocjonalny, pozbawiony dystansu i chłodnej oceny profesjonalistów [1].

Informacja o tym, że jest odpowiedni dawca i że trzeba udać się do ośrodka transplantologii jest przyjmowana z jednej strony z ulgą, z drugiej zaś przynosi nową porcję obaw. Transplantacje nie są przecież operacjami bezpiecznymi. W wielu przypadkach dochodzi do powikłań, które mogą skończyć się odrzuceniem przeszczepu, pogorszeniem zdrowia, a nawet zgonem. Wszystko to sprawia, że pacjenci poddawani są stresom, z którymi nie wszyscy są w stanie sobie poradzić [4].

Coraz częściej psychologowie są tymi pracownikami klinik, którzy spędzają z pacjentami najwięcej czasu i pomagają im przejść przez najtrudniejszy okres, jak również pomagają rodzinie osoby zmarłej, że oddanie narządów w niczym nie uwłacza ani im, ani zmarłej osobie. Należy mieć nadzieję, że odpowiednie propagowanie transplantologii spowoduje, że w Polsce na przeszczep będzie czekało się krócej, a problemy związane z transplantologią przestaną być tabu i wiedzą daną jedynie nielicznym.

„Śmierć jest kresem życia, ale nie jego treścią i nie ostatnim słowem” [3].

Piśmiennictwo

1. Storkebaum S. *Dar życia – wszystko o przeszczepach narządów*. Warszawa 1999.
2. Orłowski T. *Przeszczepianie nerek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
3. Kaliciński P. *Życie toczy się dalej*. Warszawa 1999.
4. Singer P. *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa 1999.
5. Styczeń T. *Wprowadzenie do etyki – SDS*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 1995.

Adres Autorów:
Katedra i Klinika Geriatrii AM
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WYZWANIA KULTUROWE, EDUKACYJNE, FILOZOFICZNE, ETYCZNE
DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

CULTURAL, EDUCATIONAL, AND ETHICAL CHALLENGES
FOR PUBLIC HEALTH

Medycyna niekonwencjonalna w opiniach przedstawicieli zawodów medycznych oraz studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu

The unconventional medicine in opinions of representatives
of medical professions and students of Wrocław Medical University

BERNADETTA DROZDOWSKA¹, EWA KURIATA², ANNA FELIŃCZAK³,
KATARZYNA OGÓREK⁴, WOJCIECH CHUDZIŃSKI⁵

Ze Studenckiego Koła Młodych Menedżerów przy Zakładzie Organizacji i Zarządzania
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik Zakładu Organizacji i Zarządzania: dr. n. przyr. Grażyna Siarkiewicz

Streszczenie Medycyna niekonwencjonalna znajduje na świecie szerokie zastosowania w eliminowaniu przyczyn i objawów wielu chorób, zwłaszcza przewlekłych. Terapia naturalna łagodzi uciążliwe objawy, takie jak ból, napięcie mięśni czy owrzodzenia, przywracając równowagę i pobudzając siły witalne organizmu stymuluje samoleczenie. Celem pracy jest pokazanie stanu wiedzy, doświadczeń i stosunku do medycyny niekonwencjonalnej praktyków oraz studentów Akademii Medycznej. Oczekiwaniem autorów jest wskazanie, w oparciu o wyniki badań, zakresu i częstości stosowania technik medycyny naturalnej oraz stwierdzenie, w jakim stopniu obecna jest wiedza z zakresu medycyny niekonwencjonalnej w programach kształcenia studentów AM oraz czy istnieje zapotrzebowanie na kształcenie kadr medycznych w tej dziedzinie.

Podstawą badań był stworzony przez autorów kwestionariusz rozprowadzony w trzech ośrodkach: Akademickim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, SPZOZ Szpitalu Powiatowym w Świdnicy oraz wśród studentów różnych kierunków Akademii Medycznej we Wrocławiu na terenie domu studenckiego. Badania ukierunkowane na realizację celu przeprowadzono w pierwszym kwartale 2004 roku. W badaniu posłużono się kwestionariuszem ankiety, przygotowanym w jednej wersji dla pracowników medycznych oraz dla studentów. Specjalnie stworzony kwestionariusz ankiety składał się z pytań dotyczących wiedzy na temat medycyny niekonwencjonalnej, doświadczeń w jej stosowaniu oraz stosunku badanego do tych metod. Materiał badawczy opracowano statystycznie.

Słowa kluczowe: medycyna niekonwencjonalna.

Summary Unconventional medicine finds worldwide many applications in eliminating causes and symptoms of many diseases, especially the chronic illness. The natural therapy softens the unpleasant symptoms, like pain, tension of muscles, ulceration, restoring the homeostasis and stimulating the self-healing prompts the vital strengths of organism. The aim of the study is to show the state of knowledge, experiences and the attitude toward uncon-

¹ Studentka III roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo na Wydziale Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu.

² Wykładowca w Zakładzie Organizacji i Zarządzania na Wydziale Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu.

³ Asystent w Zakładzie Organizacji i Zarządzania na Wydziale Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu.

⁴ Studentka II roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo na Wydziale Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu.

⁵ Student II roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo na Wydziale Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu.

ventional methods of applying professionals and students of Medical University. The expectation of the authors is to indicate the range and frequency of applying of natural medicine and affirming, in what the degree the present knowledge is present in education programmes at the MU and if there exist a demand of education of medical practitioners in this field. The basis of study was created by the authors questionnaire distributed in three centres: the Academical Hospital in Wrocław, the Hospital in Świdnica and among students of different faculties of Wrocław Medical University on terrain of student house. The steered on realization of aim study were conducted in first quarter 2004 year. In the research was used a questionnaire, prepared in one version for medical professionals as well as for students. The especially created questionnaire of inquiry consisted unconventional medicine knowledge questions, experiences in her applying as well as attitude to these methods.

The research material has been worked out statistically.

Key words: unconventional medicine.

Wstęp

Teraźniejszość narzuca przedstawicielom różnych zawodów rygorystyczne wymagania wyznaczane ogromnym postępem w dziedzinie nauki, techniki, rozwoju świadomości w dążeniu do profesjonalnego działania. Także środowisko medyczne sięga po najnowocześniejsze technologie stosowane w diagnostyce, terapii, rehabilitacji etc. Świat ekscytuje się osiągnięciami medycyny XXI wieku poprawiającymi jej skuteczność, jednocześnie poszukuje się rozwiązań, które pozwoliłyby na podniesienie efektywności działania, zwłaszcza tam, gdzie profesjonalne działanie nie daje oczekiwanego skutku.

Medycyna niekonwencjonalna (MN) może lub powinna stanowić nierozłączny element terapii, będący komplementarnym działaniem wobec pacjenta w różnej jego sytuacji (medycyna komplementarna – MK) lub też określana mianem medycyny alternatywnej wtedy, gdy stosuje się ją w zastępstwie nowoczesnych metod. Obejmuje wiele technik o wielowiekowej tradycji. Unia Europejska zbadała i zaakceptowała MN stwierdzając, że należy uwzględnić oczekiwania pacjentów i udostępnić im metody leczenia przez nich preferowane, uwzględniając także metody niekonwencjonalne (Goodlife 1990; Trevelyan 1990) [1]. W krajach członkowskich UE istnieją różne regulacje określające podział kompetencji terapeutów, zatem niejednoznacznie określone są obszary współdziałania profesjonalnej kadry medycznej oraz praktyków medycyny komplementarnej [2].

Wachlarz zastosowań MN jest niezwykle szeroki, od powszechnie znanego działania przeciwbólowego, do tak subtelnych oddziaływań, jak masaż w terapii anoreksji „zachęcanie pacjenta ze zniekształconym obrazem własnego ciała do szukania kontaktu z samym sobą” czy aromaterapia w leczeniu chorych na padaczkę [3].

Pomimo tak dużego wkładu we współczesną terapię medycyna komplementarna nie ma swojego miejsca w oficjalnym programie kształcenia w zawodach medycznych. Jedynie niektóre metody, i to w ograniczonym zakresie, np. masaż,

włączone są do programów studiów na kierunku fizjoterapia, natomiast pojedyncze elementy MN zawarte są w programach kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo, a także farmacja. Część metod naturalnych jest wciąż kontrowersyjnych, czego powodem może być stosunkowo mała liczba badań klinicznych.

Oddziałując na stan zdrowia społeczeństwa na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, MN ma niepodważalny wkład w szeroko rozumiane zdrowie publiczne. Duża dostępność metod i niewielkie koszty MN mogą stanowić dodatkowy atut przemawiający za zwróceniem uwagi na nią służb odpowiedzialnych za stan zdrowia populacji.

Celem pracy jest pokazanie stanu wiedzy, doświadczeń i stosunku do medycyny niekonwencjonalnej praktyków oraz studentów Akademii Medycznej. Oczekiwaniem autorów jest wskazanie, w oparciu o wyniki badań, zakresu i częstości stosowania technik medycyny naturalnej oraz zależności między obecnością MN a miejscem prowadzenia praktyki medycznej. Ten aspekt zostanie poddany wnikliwemu rozpatrzeniu w kolejnym opracowaniu z tego cyklu.

Celem badań było również stwierdzenie, w jakim stopniu obecna jest wiedza z zakresu MN w programach kształcenia studentów AM oraz czy istnieje zapotrzebowanie na kształcenie kadr medycznych w tej dziedzinie.

Materiał i metody

Badania ukierunkowane na realizację celu przeprowadzono w pierwszym kwartale 2004 roku wśród 150 pracowników wrocławskiego Akademickiego Szpitala Klinicznego, 90 pracowników Szpitala w Świdnicy i wśród 150 studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Badania miały charakter anonimowy. Posłużono się specjalnie stworzonym kwestionariuszem ankiety, przygotowanym w jednej wersji dla pracowników medycznych oraz dla studentów Akademii Medycznej. Kwestionariusz ankiety składał się z pytań dotyczących wiedzy na temat medycy-

ny niekonwencjonalnej, doświadczeń w jej stosowaniu oraz stosunku badanego do tych metod. Badano również, czy istnieje zapotrzebowanie na kształcenie kadr medycznych w tej dziedzinie.

Wyniki badań opracowano statystycznie za pomocą programu STATISTICA. Dla wybranych obszarów analizy wyznaczono korelację za pomocą współczynnika rang Spearmana.

Ostatecznie do analizy zakwalifikowano 306 ankiet, wśród których 172 wypełnione przez pracowników medycznych i 134 przez studentów. Wiek respondentów zestawiono w tabeli 1.

Zdecydowaną większość stanowiły kobiety (85%), a wśród pracowników medycznych ponad połowę stanowiły pielęgniarki. Pozostali pracownicy to lekarze – 19%, położne – 8,5% oraz farmaceuci – 3%, fizjoterapeuci – 3%. Staż pracy, jakim legitymowali się pracownicy wypełniający ankietę, przedstawia tabela 2.

W tabeli 3 przedstawiono reprezentację studentów poszczególnych kierunków studiów w liczbach. Największą grupę (ponad 28%) stanowili studenci kierunku lekarskiego.

Tabela 1. Wiek respondentów

Wiek badanych	Udział procentowy
poniżej 20 lat	11,1%
21–29 lat	36,6%
30–39 lat	23,2%
40 do 49 lat	22,5%
powyżej 50 lat	6,5%

Tabela 2. Staż pracy, jakim legitymowali się pracownicy wypełniający ankietę

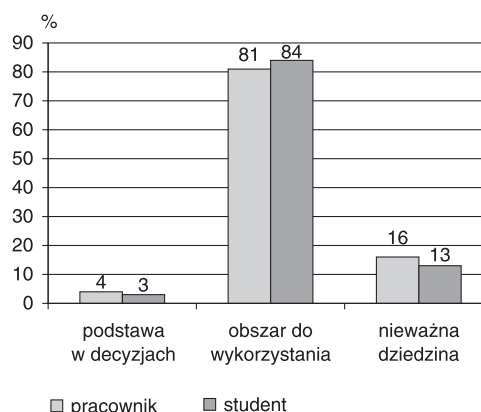
Staż pracy	Udział procentowy
poniżej 1 roku	2,2%
1–5 lat	7,4%
6–10 lat	19,5%
11–20 lat	36,2%
powyżej 20 lat	34,4%

Tabela 3. Reprezentacja studentów poszczególnych kierunków studiów

Kierunek studiów dotyczący studentów	Liczba osób	Udział procentowy
lekarski	45	28,4%
stomatologiczny	17	10,7%
pielęgniarski	29	18,3%
fizjoterapia	7	4,4%
ratownik medyczny	5	3,1%
zdrowie publiczne	25	15,8%
farmacja	30	18,9%

Wyniki

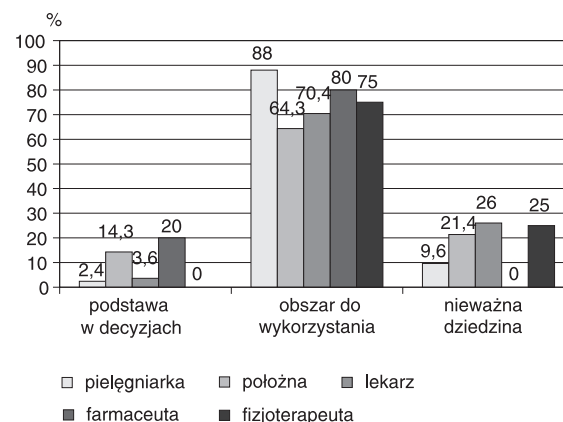
Wśród zadanych respondentom pytań znalazły się te, które ukierunkowane były na określenie miejsca i roli MN w profesjonalnym działaniu kadry medycznej w opiniach samych pracowników oraz studentów Akademii Medycznej. Na pytanie o to, czym jest terapia niekonwencjonalna dla przedstawiciela zawodu medycznego obie grupy respondentów odpowiadały podobnie (ryc. 1).



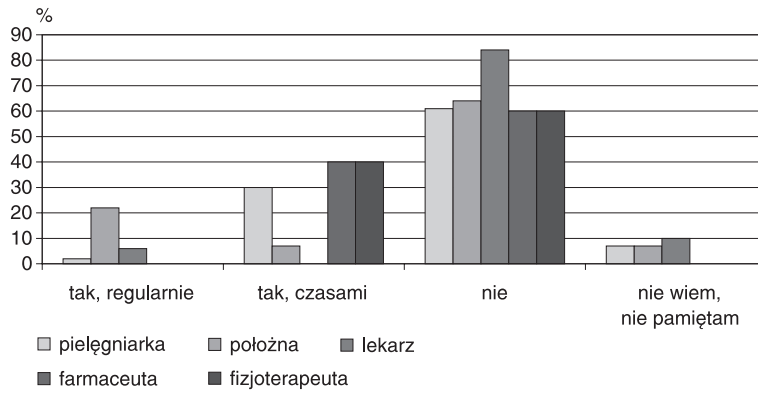
Ryc. 1. Czym jest terapia niekonwencjonalna dla pracownika medycznego w opinii pracowników oraz studentów

Zarówno zdaniem pracowników, jak i studentów jest to obszar do wykorzystania w profesjonalnym działaniu (81 i 84% odpowiedzi). Zdecydowanie mniej wskazań padło na odpowiedź, że jest to nieważna dziedzina (16 i 13%) i najmniej, bo odpowiednio 4 i 3% respondentów uznało MN jako podstawę w decyzjach zawodowych. Podobnie rozłożyły się odpowiedzi na to samo pytanie w opiniach przedstawicieli poszczególnych profesji (ryc. 2).

Jeśli chodzi o stosowanie terapii niekonwencjonalnej w praktyce, to wśród przedstawicieli



Ryc. 2. Czym jest terapia niekonwencjonalna dla pracownika medycznego według przedstawicieli różnych zawodów



Ryc. 3. Stosowanie metod naturalnych w zależności od wykonywanego zawodu

zawodów medycznych większość wypowiedziała się na „nie” (ryc. 3).

Najwięcej takich wypowiedzi udzielili lekarze (84%), natomiast pozostali w granicach od 60 do 64%. Do regularnego stosowania MN przyznało się 22% położnych oraz 2% pielęgniarek i 6% lekarzy, natomiast czasami stosuje MN 30% pielęgniarek, po 40% farmaceutów oraz fizjoterapeutów i tylko 7% położnych.

Wśród studentów najczęściej odpowiedzi na to pytanie wskazuje na „nie”, bo w granicach od 56 do 87%, i trudno się dziwić, wszak możliwości praktycznego działania studenta w przebiegu studiów są jednak mocno ograniczone. Jednak 3,5% studentów pielęgniarstwa opowiedziało się za regularnym stosowaniem takich metod w praktyce i warto wymienić najczęściej wskazywane metody MN, były to: homeopatia, ziołolecznictwo i akupunktura. I jak można się domyślić, są to metody stosowane wobec własnego zdrowia.

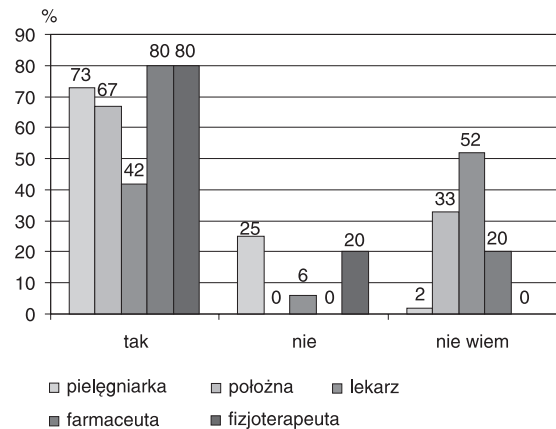
Na pytanie dotyczące możliwości stwarzanych przez medycynę niekonwencjonalną w działalności pracowników medycznych najczęściej odpowiedzi wskazywało na wzbogacanie metod działania (67% pracowników i 79% studentów), natomiast niewiele ponad 10% respondentów w obydwu badanych grupach odpowiedziało, że MN imponuje pacjentom różnorodnością metod lub nie stwarza żadnych możliwości (tab. 4).

Interesująco rozłożyły się odpowiedzi na pytanie o słuszność stosowania MN przez profesjonalistów (ryc. 4).

Najmniejszym entuzjazmem okazali się daryć MN lekarze, mimo że 42% z tej grupy pracowników opowiedziało się na „tak”. Pozostali pracownicy zaakceptowali tę możliwość w granicach od 67% (położne), po 73% (pielęgniarki) i po 80% farmaceutów oraz fizjoterapeutów. Zdecydowanie na „nie” wypowiedziało się 25% pielęgniarek i 20% farmaceutów oraz tylko 6% lekarzy. Pozostała część respondentów nie umieając w tej sprawie stanowiska.

Należało się spodziewać, że wszyscy Ci, którzy opowiedzieli się za skutecznością MN odpowiedzieli także twierdząco na pytanie dotyczą-

	Wzbogaca metody działania	Imponuje pacjentom różnorodnością metod	Nie stwarza żadnych możliwości
pracownik	68,8%	17,2%	14%
student	79%	10%	11%



Ryc. 4. Słuszność stosowania MN przez profesjonalistów

ce stosowania w praktyce tych metod. Współczynnik korelacji Spearmana równy 0,4 oznacza wysoką zależność tych zmiennych.

W tabeli 5 pokazano opinie studentów na pytanie dotyczące potrzeby wprowadzenia do programów kształcenia w Akademii Medycznej zagadnień, przedmiotów obejmujących metody terapii niekonwencjonalnej. W zdecydowanej większości respondenci potwierdzili taką potrzebę.

Natomiast pracownicy medyczni mogli zadeklarować zamiar skorzystania z kursów doskonalących w zakresie medycyny niekonwencjonalnej. Zrobiło to 100% pielęgniarek i położnych oraz 63% lekarzy, natomiast 25% lekarzy odrzuciło taką możliwość. Brak danych od przedstawicieli pozostałych zawodów nie pozwala ocenić ich stanowiska w tej kwestii (tab. 6).

Tabela 5. Ocena zapotrzebowania na przedmioty i metody MN (w %)

Wydział/Kierunek	Tak	Nie	Nie wiem
lekarski	62	18	20
stomatologiczny	71	6	24
pielęgniarstwo	83	3	14
fizjoterapia	100	0	0
ratownictwo	80	0	20
zdrowie publiczne	100	0	0
farmacja	80	8	12

Tabela 6. Chęć skorzystania z kursów wśród pracowników medycznych (w %)

Zawód	Tak	Nie	Nie wiem
pielęgniarka	100	0	0
położna	100	0	0
lekarz	63	25	12
farmaceuta	bd	bd	bd
fizjoterapeuta	bd	bd	bd

W zasadzie nie ma istotnych różnic w wyrażeniu chęci uczestniczenia w takich kursach wśród respondentów w różnym wieku.

Potwierdzono natomiast dodatnią korelację (współczynnik rang Spearmana wynosi 0,4) pomiędzy uznaniem możliwości stosowania metod MN a zamiarem doskonalenia umiejętności na kursach doskonalących. Podobnie osoby, które odrzucają możliwość stosowania MN w praktyce, identycznie odnoszą się do oferty szkoleniowej.

Podsumowanie i wnioski

W podsumowaniu analizy dotyczącej medycyny niekonwencjonalnej w opiniach studentów

Akademii Medycznej oraz praktyków w zawodach medycznych można zauważyć, iż występuje ogólne zainteresowanie tą dziedziną. Nie jest ona zdecydowanie odrzucona i też nie dostrzega się przewartościowania relacji pomiędzy medycyną konwencjonalną. Arystotelesowa zasada złotego środka wyraźnie wydaje się znajdować potwierdzenie. Słuszne wydaje się także podporządkowanie wszystkiego, co dotyczy oddziaływania na zdrowie pacjenta jego wyłącznemu dobru i nie powinien dziwić fakt, że zarówno studenci, przyszli adepci zawodów medycznych, jak i ci, którzy już praktykują, chcą korzystać z tych możliwości, aby stawać się w swych działaniach najbardziej skutecznymi w poprawianiu zdrowia swoich pacjentów.

Najbardziej słusznymi wnioskami mogą być stwierdzenia, iż:

1. Medycyna niekonwencjonalna traktowana jest w opiniach ludzi związanych w różny sposób z terapią (studenci AM oraz pracownicy medyczni) jako obszar do wykorzystania w swoim profesjonalnym działaniu. Stosunkowo niewielu respondentów odrzuciło tę metodę jako nieważną.
2. Zdecydowana większość przedstawicieli zawodów medycznych nie stosuje w praktyce metod terapii niekonwencjonalnej. Uzasadnione tutaj byłoby pytanie o przyczyny zaniechania wdrożenia tych metod w obliczu ich powszechnej akceptacji i zdecydowanego potwierdzenia słuszności stosowania.
3. Zdecydowana większość, w niektórych grupach zawodów nawet wszyscy respondenci, zdecydowałaby się na uczestnictwo w kursach doskonalących z zakresu Medycyny Niekonwencjonalnej.

Piśmiennictwo

1. Trevelyan J. *Medycyna niekonwencjonalna*. Warszawa: PZWL; 1998.
2. Jonas WB, Levin JS. *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*. Kraków: Universitas; 2000.
3. Davison K. Reaching out to anorexic patients. *Therapy Weekly* 1990; 17(18): 4.

Adres Autorów:

Zakład Organizacji i Zarządzania,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Postęp w diagnostyce i leczeniu nowotworów u dzieci

Advances in diagnosis and therapy of childhood cancer

ALICJA CHYBICKA

Z Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Alicja Chybicka

Streszczenie Nowotworem może być dotknięte dziecko w każdym wieku, również noworodek i niemowlę. W Polsce odnotowuje się około 1200 nowych zachorowań na nowotwory rocznie. Guzy lite stanowią około 50% nowotworów u dzieci, pozostałą część białaczki i chłoniaki. Nowotwory dziecięce są drugą po urazach, zatruciach i wypadkach przyczyną zgonów u dzieci powyżej pierwszego roku życia. Uzyskany w ostatnich latach znaczący postęp w diagnostyce i leczeniu nowotworów u dzieci wyraża się wzrostem odsetka uzyskiwanych remisji całkowitych i wydłużeniem czasu przeżycia chorych oraz zwiększeniem liczby trwałych wyleczeń (większość w około 60%, wyleczalność niektórych sięga 90%). Niezbędne jest utrzymywanie aktywności fizycznej dziecka, a także jego prawidłowe żywienie we wszystkich etapach choroby nowotworowej, jak również w jego profilaktyce.

Słowa kluczowe: nowotwory, dzieci.

Summary Cancer could occur in any age of childhood. There are 1200 new cases of childhood cancer observed every year. There are 50% of solid tumors and 50% of leukemias. Currently most of cancers in childhood can be cured (cure rate 70–90%). Progress in cancer therapy has been made because of great successes of basic science, diagnostic procedures. Early cancer screening and modern therapy prophylaxis seems to be very important.

Key words: cancer, children.

Wstęp

Chorobą nowotworową może być dotknięte dziecko w każdym wieku, również noworodek i niemowlę. W Polsce odnotowuje się około 1200 nowych zachorowań na nowotwory rocznie, co stanowi 10–15 zachorowań na milion dzieci. Guzy lite stanowią około 50% nowotworów u dzieci, pozostałe 50% to schorzenia rozrostowe układu krwiotwórczego (białaczki i chłoniaki) [12].

Nowotwory dziecięce są drugą po zatruciach i wypadkach przyczyną zgonów u dzieci powyżej pierwszego roku życia.

Zasadniczym celem leczenia nowotworów u dzieci jest uzyskanie u chorego trwałej remisji, a następnie wyleczenia. Wokół choroby nowotworowej narosło wiele mitów, uprzedzeń i niesłusznych wyobrażeń. Przeważająca część nowotworów u dzieci stała się uleczalna (większość w około 60%, wyleczalność niektórych sięga 90%). Obecnie na każdy tysiąc osób w wieku 20 lat przypada jeden pacjent wyleczony z nowo-

tworu w dzieciństwie. Postęp w leczeniu chorób nowotworowych warunkują osiągnięcia w dziedzinie badań podstawowych, metod diagnostycznych, epidemiologii oraz metod leczenia.

Postęp w diagnostyce onkologicznej

W zakresie diagnostyki onkologicznej wprowadzono nowoczesne metody badań obrazowych: rezonans magnetyczny, tomografię komputerową (spiralną, trójwymiarową), PET, badania scyntygraficzne dokładnie oceniające lokalizację i stopień rozprzestrzenienia nowotworu. Diagnostykę poszerzono o badania cytogenetyczne, immunologiczne i biomolekularne. Wprowadzono metody identyfikacji komórek nowotworowych przy użyciu metod immunobiologicznych, w tym wieloparametrycznej cytometrii przepływowej, techniki biologii molekularnej (PCR, FISH, west-blot, south-blot) w celu stwierdzenia anomalii genetycznych (obecność n-myc, p 53) [13, 14, 17, 19].

Postęp w leczeniu

Współczesna terapia nowotworów jest kompleksowa i uwzględnia leczenie chirurgiczne, chemioterapię (często przed- i pooperacyjną, zwykle wielomiesięczną) oraz radioterapię. Guzy lite tworzą wczesnie przerzuty, co sprawia, że chorzy kwalifikują się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub napromienienia ogniska pierwotnego, a następnie chemioterapii. W nowotworach układu krwiotwórczego podstawą leczenia pozostaje chemioterapia skojarzona z radioterapią [15, 16].

Znacznie poprawiła się organizacja leczenia nowotworów u dzieci w naszym kraju. Od 1992 r. działa Polska Grupa ds. Leczenia Guzów Litych u Dzieci. Należą do niej kliniki Akademii Medycznych w Bydgoszczy, Gdańsku, Krakowie, Lublinie, Poznaniu, Warszawie i Wrocławiu oraz Klinika Onkologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Grupa obejmuje wspólnymi programami leczniczymi guzy Wilmsa, mięsaki tkanek miękkich, zwojaki współczulne, guzy kości i wątroby. Celem działania Grupy jest udoskonalanie przyjętych programów leczniczych na podstawie dużej ilości wspólnie gromadzonych danych o chorych, poprzez stałą wymianę wzajemnych doświadczeń oraz szybką weryfikację programów. Terapia powinna się odbywać w odpowiednio do tego przygotowanych centrach onkologicznych, dysponujących wielospecjalistyczną kadrą, aparaturą diagnostyczną i leczniczą, zasobem leków podstawowych (cytostatyki) i wspomagających (preparaty krwiopochodne, immunoglobuliny, czynniki krwiotwórcze). Nieoptymalne są właściwe warunki lokalowe, ograniczające możliwość zakażenia i zapewniające dziecku stałą obecność matki.

Postęp w leczeniu chirurgicznym

Do XX wieku istniała tylko jedna metoda leczenia, polegająca na chirurgicznym usunięciu nowotworu. Pierwsze operacje chirurgiczne wykonano w Egipcie. Zabiegi chirurgiczne podejmowano zazwyczaj intuicyjnie, opierając się na makroskopowym wyglądzie i lokalizacji guza, niestety bez określenia rodzaju nowotworu (bez badań mikroskopowych) i jego rzeczywistego zasięgu (brak technik obrazowania). Okryły się one złą sławą. Stwierdzenie, że „rak boi się noża” powstało właśnie jako efekt tych niewłaściwych zabiegów operacyjnych, wykonywanych często u chorych ze zbyt zaawansowanym nowotworem. Te nieradykalne mikroskopowo zabiegi kończyły się niejednokrotnie rozsianiem nowotworu, czasem doprowadzały do okaleczenia chorego (np. odjęcia kończyny), a wielokrotnie kończyły się śmiercią dziecka.

W ostatnich latach, w zakresie leczenia chirurgicznego nowotworów u dzieci wprowadzono wiele udoskonaleń. Postęp dokonał się w jakości zabiegów operacyjnych, które przeprowadza się w radykalny onkologicznie sposób, jednocześnie unikając w miarę możliwości zabiegów okaleczających. Pomocna w tym jest chemioterapia przedoperacyjna, mająca na celu zmniejszenie masy guza i uczynienie go łatwiejszym do zoperowania. W chwili obecnej przeprowadza się zabiegi rekonstrukcyjne (np. kończyn dolnych) oraz zabiegi mikrochirurgiczne, a także korygujące operacje plastyczne.

Postęp w radioterapii

Radioterapia jako nowoczesna dziedzina rozwinęła się na początku lat trzydziestych XX wieku wraz z upowszechnieniem leczenia nowotworów radem. Rad stosowano śródkankowo albo śródjamowo, dawkę promieniowania obliczano na podstawie wzorów matematycznych. Zastosowanie radu, którego ilość określano w miligramach i gramach, stopniowo wzrastało w miarę coraz lepszej znajomości ochrony radiologicznej.

Stosowana pierwotnie radioterapia za pomocą aparatów rentgenowskich wiązała się ze znacznymi miejscowymi objawami lokalnymi. Wprowadzenie w latach 80. telegammaterapii i brachyterapii stanowiło kolejny krok w zwiększeniu efektywności naświetlań, wraz ze spadkiem działań niepożądanych. Sztucznie wytwarzane izotopy promieniotwórcze zostały wprowadzone do leczenia w latach 50. Były to cez-137 i kobalt-60, emitujące bardziej przenikliwe promieniowanie gamma o energiach 1,17 i 1,33 MeV. Pozwoliło to na podawanie wyższej dawki promieniowania na guzy położone głębiej oraz zmniejszenie dawki pochłoniętej przez tkankę kostną. Dalszy postęp techniczny umożliwił prowadzenie radioterapii obrotowej. Źródło promieniowania obracając się wokół chorego, koncentruje wysoką dawkę w obrębie guza, z równoczesnym zmniejszeniem ekspozycji tkanek zdrowych. Nowoczesne przyspieszacz cząstek wytwarzają wiązki promieniowania jonizującego o wysokiej energii. Obecnie najczęściej stosowane są przyspieszacz liniowe, w których wiązka elektronów jest przyspieszona do wysokich energii w synchronicznie zmieniającym się polu magnetycznym. Rozwój radioterapii pozwolił na poprawę wyników leczenia nowotworów wrażliwych na naświetlania.

Postęp w chemioterapii

Era chemioterapii rozpoczęła się w latach czterdziestych ubiegłego stulecia, kiedy to po raz pierwszy zastosowano nitrogranulogen. W 1948 r. Farber wprowadził aminopterynę, antagonistę

kwasy foliowe, do leczenia białaczek. Od tej pory do leczenia nowotworów wprowadzono wiele leków cytostatycznych (6-MP, Ara-C, Mtx, Cy, alkaloidy *vinca rosea*).

Opracowanie schematów obejmujących kojarzenie kilku leków w miejsce uprzednio stosowanej monoterapii stanowiło kolejny istotny postęp w leczeniu chemicznym. Początkowo wprowadzono pojedyncze chemioterapeutyki, następnie łączono je w zestawy.

Poznanie cytokinetyki komórek nowotworowych stworzyło racjonalną podstawę intensywnej, skojarzonej chemioterapii nowotworów. Dowiedziano, że istnieją fundamentalne różnice między potencjałem proliferacyjnym komórek nowotworowych i prawidłowych. Ułożone w wielolekowe programy cytostatyki oddziałują na komórkę nowotworową w sposób dopasowany do fazy cyklu komórkowego, przemyślany i przetestowany wcześniej w badaniach przedklinicznych tak, aby uzyskać największą skuteczność i najmniejsze oddziaływanie na zdrowe tkanki i komórki. Leczenie to wywołuje jednak znaczne działania niepożądane na zdrowe tkanki i komórki, między innymi: aplazję szpiku, uszkodzenia wielonarządowe: wątroby, nerek, serca, centralnego układu nerwowego.

Uzyskano także poprawę w zapobieganiu tym skutkom. W leczeniu wspomagającym wprowadzono leki cytoprotekcyjne (Ethyol-amifostyna), czynniki wzrostu (EPO, G-CSF, GM-CSF), kardioprotektory (Cardioksan) i uroprotektory (Uromiteksan). Wykazano skuteczność czynników wzrostu w zwalczaniu aplazji szpiku po chemio- i radioterapii G-CSF, GM-CSF i EPO. G-CSF i GM-CSF poprawiają funkcję dojrzałych granulocytów, zwiększają ich zdolności bójcze. Stymulują ich proliferację, różnicowanie i uwalnianie ze szpiku do krwi obwodowej. Mają także wpływ na apoptozę, czyli zaprogramowaną śmierć neutrofilii. EPO stymuluje komórki linii erytropoetycznej, a w ostatnich latach TPO i MGDF. Coraz bardziej popularna staje się terapia osłaniająca zdrowe komórki lekami, takimi jak Amifostyna, Cardioksan, Uromitexan.

Bardzo ważne jest utrzymanie aktywności fizycznej dziecka, a także jego prawidłowe żywienie. Odżywianie stanowi jedną z podstawowych funkcji organizmu, niezbędnych do życia. Obserwacje kliniczne i badania doświadczalne wykazały, że u dziecka chorego na nowotwór często dochodzi do niedożywienia i wyniszczenia nowotworowego. Za przyczynę takiego stanu rzeczy uznaje się utratę łaknienia (anorexia), zaburzenia wchłaniania (malabsorptio), zaburzenia metaboliczne (dysmetabolizm).

Nieprawidłowa dieta jest bowiem uważana za jedną z przyczyn nowotworów złośliwych. Wraz ze wzrostem sprawności fizycznej dziecka rośnie

poziom wydolności i tolerancja na zmęczenie. Rehabilitacja ma na celu umożliwienie dziecku choremu na nowotwór, w jak najszybszym czasie optymalnego powrotu do utraconych funkcji fizycznych i psychicznych, a także społecznych. Usprawnianie lecznicze, którego wyznacznikiem jest ruch indywidualny, dobrany do rodzaju nowotworu jego lokalizacji, szkód, jakie poczyniła terapia i wieku dziecka, zapobiega powikłaniom, skraca okres rekonwalescencji, umożliwia odzyskanie sprawności fizycznej i powrót do zdrowia, do życia w rodzinie i w społeczeństwie [20].

Megachemioterapia z następowym przeszczepieniem komórek hematopoetycznych

Wprowadzona w ostatnim 20-leciu procedura transplantacji komórek hematopoetycznych autologicznych i allogenicznych znacznie zwiększyła odsetek wyleczeń i stworzyła nadzieję u chorych z dużymi czynnikami ryzyka i zaawansowania chorobą.

Eksperymentalną alternatywę stanowić może allogeniczny przeszczep komórek hematopoetycznych od częściowo zgodnego w układzie HLA dawcy rodzinnego (z zastosowaniem T-deplecji) w celu wywołania efektu tzw. graft versus tumour, z następową terapią komórkami NK, CIK (cytokine induced killer cells) lub komórkami z transfekowanym genem dla IL-2.

Wśród perspektyw leczenia nowotworów u dzieci rozpatruje się nowe leki, wpływ na apoptozę, wpływ na angiogenezę, immunoterapię, terapię genową. Kluczem do utrzymania wzrostu nowotworów pod kontrolą może być zahamowanie tworzenia się nowych naczyń krwionośnych. W 1994 r. Michael O'Reily wyizolował jeden z najsilniejszych inhibitorów angiogenezy – angiostatynę. Do leczenia wprowadzono przeciwciało monoklonalne anty-VEGF [7].

Immunoterapia obejmuje leczenie przy użyciu przeciwciał monoklonalnych, cytokin, cząstek adhezyjnych, leków hamujących angiogenezę i szczepionek przeciwnowotworowych.

Przeciwciała monoklonalne zastosowano w latach 70. XX w. Łączono przeciwciała monoklonalne z substancjami radioaktywnymi, toksynami, lekami, cytokinami i enzymami. Stosowano różne ich formy z dimeryzacją domeny (sFV₂), koniugacją chemiczną, pojedynczym łańcuchem oraz podwójnym przeciwciałem. Leczenie to cechuje dość duża swoistość, ale także immunogenność. Jest ono skuteczne w zwalczaniu drobnych przerzutów nowotworowych.

Terapia genowa

Rozwój nauk biologicznych w XX w. doprowadził do wzrostu roli, jaką genetyka odgrywa w ży-

ciu i w medycynie. Codzienna praktyka wykazała, że w przypadku wielu chorób należy wykonać badania diagnostyczne na poziomie genów i coraz oczywistsza jest potrzeba opracowania skutecznych, a zarazem bezpiecznych metod umożliwiających ingerencję w tak istotne dla życia procesy.

Definicja pojęcia terapii genowej jest skomplikowana, gdyż może oznaczać zarówno „leczenie – czyli naprawę uszkodzonych genów”, jak i „leczenie genami – czyli substytucje lub hamowanie genów”.

Strategie terapii genowej

W obrębie terapii genowej można wyodrębnić 4 główne strategie postępowania:

1. Naprawa genetyczna – obejmuje szeroki wachlarz metod, które mają spowodować jakościową lub ilościową korekcję nieprawidłowych genów. Do kategorii tej należy *sensu stricto* terapia genu polegająca na naprawie wadliwego genu.
2. Chemioterapia molekularna – dąży do wybiórczego zadziałania chemioterapeutykami na komórki nowotworowe [6, 8, 9].
3. Immunomodulacja – działa przez wzmacnianie przeciwnowotworowej odpowiedzi układu odpornościowego.
4. Warto wspomnieć jeszcze o znakowaniu komórek przez wprowadzanie genów, co ma znaczenie badawcze. Dzięki tej technice ustalono, że źródłem wznowy ostrej białaczki szpikowej po przeszczepach autologicznych mogą być komórki pobrane ze szpiku w okresie obserwowanej remisji.

Terapia genowa obejmuje obecnie techniki polegające na włączaniu lub wyłączaniu działania poszczególnych genów. Główną metodę wyłączania ekspresji genów stanowi stosowanie oligonukleotydów antysensowych [1–18].

Oligonukleotydy antysensowe

Oligonukleotydy antysensowe (AS) są krótkimi odcinkami kwasów nukleinowych mającymi zdolność do wybiórczego łączenia się *in vivo* oraz *in vitro* z komplementarnymi sekwencjami DNA lub RNA. Pierwsze AS zostały zsyntezowane na początku lat 70. ubiegłego wieku przez odkrywcę funkcji rybosomu – P. Zamecnika. Ze względu na szybki rozkład naturalnych kwasów nukleinowych przez nukleazy obecne we krwi, w syntezie znalazły szerokie zastosowanie techniki z użyciem zmodyfikowanych nukleotydów. Największe znaczenie ma obecnie synteza oligonukleotydów tiofosforanowych, w których szkielecie grupa fosforanowa została zastąpiona przez resztę kwasu tiofosforowego. (Współtwórcą metody jest prof. Wojciech Stec). Możliwe są dalsze udoskonalenia konstrukcji AS, np. z zastosowaniem struktury MBO.

Główną rolą AS w zastosowaniach klinicznych jest modyfikowanie ekspresji genów przez wywieranie wpływu na procesy transkrypcji i translacji. AS mają zdolność do tworzenia w połączeniu z DNA potrójnej helisy, która jest strukturą nieaktywną transkrypcyjnie. Blok translacji mRNA jest kolejnym etapem, gdzie AS przerywają szlak przekazywania informacji od DNA do białek. AS po połączeniu się z mRNA tworzą niepodlegającą translacji dwuniciową strukturę tzw. heterodupleksu, która aktywuje RN-azę H (rozpoznającą heterodupleksy) i ulega przez nią zniszczeniu.

Dodatkowo w ostatnim okresie opisano związane z obecnością sekwencji CpG własności immunostymulujące AS, związane z wydzielaniem cytokin IL-6, IL-12, IFN- γ , TNF- α . Kolejnym nowo opisanym efektem jest zdolność pewnych AS do wiązania się ze specyficznymi sekwencjami białkowymi (np. inhibitory trombiny, inhibitory integrazy HIV1) – tę klasę AS określa się nazwą aptamery.

Szczególnością odmian AS są rybozomy, które posiadają własności enzymatyczne endonukleaz i mają zdolność cięcia RNA. Charakterystyczną cechą rybozomów jest struktura „hammerhead” – konserwatywna sekwencja 24 zasad o zdolnościach katalitycznych – oflankowana sekwencjami komplementarnymi do fragmentu RNA będącego celem terapii [3].

Terapia nowotworów z zastosowaniem AS opiera się na „wyłączeniu” genów odpowiadających za podwyższoną żywotność komórek nowotworowych i następczym leczeniu konwencjonalnym, takim jak chemioterapia.

W badaniach zmierzających do wprowadzenia AS do praktyki klinicznej bierze się pod uwagę geny, których produkty odgrywają ważną rolę w proliferacji komórek. W przypadku nowotworów układu krwiotwórczego prowadzone ostatnio próby dotyczyły AS dla takich genów, jak *bcl-2*, *c-myc*, *bcr-abl*, *p53exon*. Zakończone już badania I fazy wykazały, iż właściwości farmakokinetyczne, farmakodynamiczne oraz toksyczne preparatów AS nie są uwarunkowane ich sekwencją, ale raczej zdolnością do nieswoistego łączenia się z wieloma białkami. AS dobrze penetrują do takich narządów, jak wątroba, nerki, śledziona, węzły chłonne, gorzej do serca, szpiku kostnego, trzustki i płuc. Zdolność do przenikania do OUN jest znikoma. AS lepiej przechodzą przez błonę komórkową do wnętrza, jeżeli komórka jest zaktywowana, np. znajduje się w fazie aktywności podczas proliferacji po podaniu czynników wzrostu. Czas półtrwania w osoczu wynosi 24–72 godzin, w tkankach może być 2–3 razy dłuższy. Szybkie tempo rozkładu AS przez endo- i egzonukleazy wymusza konieczność ciągłego podawania dożylnie lub podskórnym. Ocena toksyczności AS ze względu na charakter choroby i konieczność równoległego stosowania farmako-

terapii jest trudna. Dotychczasowe doświadczenia w ich stosowaniu wskazują, że preparaty te są stosunkowo bezpieczne i rzadko powodują objawy niepożądane, które nie mają dużego znaczenia klinicznego. Eskalacja dawek AS do około 15 mg/kg nie wpłynęła na częstość ich występowania oraz na ich nasilenie. Dawkowanie AS zależy od ich indywidualnych właściwości, ale generalnie można przyjąć, że dawki do 200 mg/m²/dobę są tolerowane.

Przy stosowaniu AS mogą wystąpić następujące efekty uboczne:

- zależne od dawki nadciśnienie,
- hipoglikemia i hamowanie hematopoezy – silniejsze w przypadku AS tiolowych,
- efekt polianionowy – wydłużenie czasu krzepnięcia APTT i aktywację układu dopełniacza,
- nudności, wymioty, metaliczny smak w ustach,
- ból i stan zapalny w miejscu wkłucia.

AS anty-bcl-2 [1, 2]

Stosunek liczby białek z rodzin bcl-2 oraz bax decyduje o przeżyciu komórki lub o jej skierowaniu na drogę śmierci w procesie apoptozy. Białko bcl-2 jest tu głównym czynnikiem chroniącym przed apoptozą. W związku ze zwiększoną ekspresją białka bcl-2 w różnych nowotworach podejmowane są próby mające na celu obniżenie jego ilości, co mogłoby przełamać chemiooporność i zwiększyć skuteczność leczenia.

Trwające lub już zakończone badania I i II fazy dla AS bcl-2 obejmują chorych na chłoniaki niezłośliwe, chemiooporne białaczki oraz szpiczaka mnogiego. Do pierwszego badania [36] włączono 9 chorych na NHL w IV st. (41–68 lat). Zastosowano pochodną tiofosforanową oligodezoksynukleotydu, 18-mer (Genta – G3139), we wzrastającej dawce od 4,6 do 73,6 mg/m² podawany w ciągłym wlewie podskórnym przez 14 dni. Objawów toksycznych nie zaobserwowano. U 2 chorych nastąpił spadek liczby krążących komórek nowotworowych, również u 2 doszło do zmniejszenia masy guza potwierdzonego tomografią komputerową wraz ze zmniejszeniem LDH w surowicy. U 5 badanych oznaczano ekspresję bcl-2 w komórkach pobranych z węzłów chłonnych, szpiku kostnego bądź krwi obwodowej, która w 2 przypadkach uległa zmniejszeniu po zakończeniu terapii. W drugim badaniu poddano terapii 21 chorych z wznową chłoniaka niezłośliwego (NHL) (41–73 lata) z dodatnią ekspresją bcl-2. Tutaj również zastosowano antysens G3139, który podawano 8 grupom w dawce od 4,6 do 195,8 mg/m² w ciągłym wlewie podskórnym przez 14 dni. Nie zaobserwowano żadnych ogólnych objawów toksycznych aż do dawki 110,4 mg/m². Odpowiedź kliniczna była potwierdzana badaniami TK. Całkowita odpowiedź kliniczna wystąpiła u jednego pacjenta, u 2

– częściowa, u 9 nastąpiło ustabilizowanie stanu klinicznego, u 5 nastąpiło złagodzenie objawów choroby. Ekspresja białka bcl-2 uległa zmniejszeniu u 5 chorych.

W ubiegłym roku opublikowano pierwsze wyniki badania dotyczące chorych na oporne AML i ALL. W próbie tej badano skojarzone podawanie AS anty-bcl-2 (Genta) w dawce 4 mg/kg przez 10 dni z G-CSF, Fludarabiną i Cytarabiną (schemat FLAG). Na 10 badanych (23–73 lat) u 3 stwierdzono pełną odpowiedź, a u 2 częściową. U 3 chorych doszło do całkowitego wycofania objawów choroby (czas obserwacji < 180 dni). Obecnie trwają próby kliniczne u chorych na przewlekłą białaczkę szpikową (CML) i szpiczaka mnogiego (materiały firmowe) [10].

Doświadczenia własne

W Klinice Onkologii i Hematologii Dziecięcej AM we Wrocławiu podjęto próbę leczenia antysensami w połączeniu z chemioterapią u 8 dzieci z nowotworami układu krwiotwórczego: 7 chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL) i 1 na ostrą białaczkę szpikową (AML). Do terapii kwalifikowano dzieci z pierwotnie oporną białaczką bądź w przypadku braku uzyskania remisji po wznowie choroby. Stosowano AS dla bcl-2 (18-mer) i dla c-myb (24-mer) po uprzednim oznaczeniu ekspresji tych białek za pomocą cytofluorometrii przepływowej w mononuklearach uzyskanych ze szpiku kostnego i/lub krwi obwodowej. AS dla bcl-2 podawano 6 dzieciom (5 chorych na ALL, 1 na AML) w dawkach 0,5–1,2 mg/kg w ciągłym wlewie dożylnym przez 10 dni w 2 cyklach z odstępem około miesiąca. AS dla c-myb podawano 2 dzieciom (ALL) w dawce 1,0 i 1,2 mg/kg przez 7 dni także w 2 cyklach. Od 7. dnia podawania AS włączano G-CSF oraz następujące cytostatyki:

- cytarabina i fludarabina jako leki I rzutu,
- topotecan i cyklofosfamid jako leki II rzutu,
- taxol i doksorubicynę jako leki III rzutu.

Po terapii nie zaobserwowano zdecydowanej odpowiedzi klinicznej ani znacznych objawów toksycznych, które można by przypisać AS. U 2 dzieci doszło do znacznego zmniejszenia ekspresji bcl-2 w mononuklearach po zakończeniu terapii.

Wszystkie stosowane eksperymentalnie nowe metody, o których była mowa, rodzą nadzieję na poprawę wyników w leczeniu nowotworów u dzieci.

Profilaktyka [5]

Stąd bardzo istotna jest profilaktyka medyczna chorób układu krwiotwórczego i nowotworów

u dzieci [4, 11]. Polega ona na profilaktyce pierwotnej i wtórnej, czyli zorganizowanym i celowym działaniu, którego celem jest:

1. Zmniejszenie ryzyka wystąpienia tych schorzeń przez zmniejszenie narażenia na szkodliwe czynniki środowiska.
2. Wczesne rozpoznawanie.

Zachowania prozdrowotne stanowią istotny element profilaktyki chorób układu krwiotwórczego i nowotworów u dzieci. Na zachowania prozdrowotne mają wpływ, z jednej strony wiedza prozdrowotna i jej wykorzystanie w życiu codziennym, z drugiej – efektywne motywowanie. Należy zadbać, aby wiedza przekazywana dziecku dostosowana była do jego wieku, potrzeb, postaw i umiejętności. Powinna ona obejmować zasady: 1) prawidłowego żywienia, 2) fizjologicznego racjonalnego trybu życia, 3) unikania narażenia na czynniki toksyczne obecne w środowisku.

W miarę możliwości należy także ograniczyć narażenie na środki chemiczne, które mogą oddziaływać w środowisku zawodowym (matki w ciąży). Należy ograniczyć ekspozycję dzieci oraz matek będących w ciąży na środki stosowane w gospodarstwie domowym, pestycydy, dym z kadzideł i farby do włosów. Należy ograniczyć podawanie leków, w tym: aromatycznych pochodnych benzenu, substancji chloroorganicznych, pochodnych kwasu fenoksyoctowego, antybiotyków mielosupresyjnych.

Ważne jest także zmniejszenie ekspozycji na czynniki biologiczne, takie jak wirusy, bakterie, grzyby, pierwotniaki. Przyjmuje się, że wirusy odgrywają decydującą rolę w około 10–30% nowotworów złośliwych człowieka. Nie ma stuprocentowych dowodów, że są one jedynym czynnikiem odpowiedzialnym za transformację złośliwą komórki. Pomimo tego przesłanki te stwarzają możliwość profilaktyki przez zastosowanie swoistych szczepionek przeciwko niektórym wirusom

onkogennym. W ostatnich latach wprowadzono szczepienia przeciwko wirusowi HPV – brodawczaka.

Nieobojętne są właściwe warunki lokalowe dziecka – suche i niezagrzybione, ograniczające możliwość zakażenia i zapewniające dziecku stałą obecność matki. Ważna jest dbałość o stan psychiczny dziecka. Wśród poszukiwanych czynników psychosomatycznych w powstawaniu choroby nowotworowej znajdują się czynniki, takie jak: tendencje represyjne, poczucie beznadziejności, stany depresyjne, utrata obiektu, kryzys życiowy i inne.

Dane epidemiologiczne wskazują na skuteczność profilaktyki pierwotnej głównie w wyniku zwalczania palenia tytoniu (raki płuca, krtani, jamy ustnej, gardła). Innym przykładem sukcesów w zakresie profilaktyki pierwotnej jest obniżenie zachorowalności na czerniaka złośliwego w wyniku zachowań zdrowotnych (zmniejszenie intensywności opalania).

W zakresie profilaktyki wtórnej udowodniono korzystny wpływ organizowanych badań przesiewowych (skriningowych) na zmniejszenie się umieralności chorych na raka szyjki macicy i raka sutka oraz dla raka żołądka w populacyjnym badaniu przesiewowym w Japonii.

Wczesne wykrywanie nowotworów związane jest w dużym stopniu z wiedzą społeczeństwa o nowotworach i zachowaniami zdrowotnymi społeczeństwa. Znajomość wczesnych objawów nowotworów złośliwych, samokontrola (skóra, jama ustna, piersi) i zgłaszanie się z dzieckiem na kontrolne badania profilaktyczne (np. badania cytologiczno-ginekologiczne, mammografia u dziewcząt) umożliwiają wczesne wykrycie nowotworów złośliwych. Wczesna wykrywalność oznacza rozpoznanie choroby w fazie najbardziej nadającej się do leczenia, a więc zanim wystąpią objawy, które skłaniają chorego do zwrócenia się o pomoc.

Piśmiennictwo

1. Agrawal S. Antisense therapeutics: is it as simple as complementary base recognition. *Mol Med Today* 2000; 6: 72–81.
2. Bey P. Future trends in oncology. *Support Cancer Therapy* 2000; 8: 98–101.
3. Bishop MR, Jackson ID, Tarantolo SR et al. *Ex vivo* treatment of bone marrow with phosphorothioate oligonucleotide OL(1)p53 for autologous transplantation in acute myelogenous leukemia and myelodysplastic syndrome. *J Hematother* 1997; 6(5): 441–446.
4. Coker AL. Active and passive tobacco smoking, high risk human papillomaviruses and cervical neoplasia. *Cancer Prev Detec* 2002; 26, 2: 121–128.
5. Domaradzki J. *Znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia*. [w:] *Środowisko a zdrowie dziecka*. Zbiór prac 2003: 116.
6. Fischer A et al. Gene therapy of severe combined immunodeficiencies. *Immun Rev* 2000; 178: 13–20.
7. Gastl G, Herman T, Steuer I et al. Angiogenesis as target for tumor treatment. *Oncology* 1997; 54: 177–184.
8. Gerwitz AM. Antisense oligonucleotide therapeutics for human leukemia. *Curr Opin Hematol* 1998; 5: 59–71.
9. Gerwitz AM. The c-myc proto-oncogene: a novel target for human gene therapy. *Cancer Treat Res* 1996; 84: 93–112.
10. Guillot C et al. Gene therapy in transplantation in the year 2000: moving towards clinical applications? *Gene Therapy* 2000; 7: 14–19.
11. Kolbek P. *Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego 2001*. Wrocław: Europrint; 2002.
12. Krzakowski M. *Onkologia kliniczna*. Warszawa: PZWL; 2001.

13. Michener CM et al. Genomic and proteomics application of novel technology to early detection and prevention. *Cancer Prev Detec* 2002; 26, 2: 249–255.
14. Pizzo & Poplack Ed. by Philadelphia 2002: *Principles and practice oncology*.
15. Rosenberg SA, Ed. by Philadelphia 2000: *Principles and practice of the biologic therapy of cancer*.
16. Rubin Ph. *Clinical oncology*. Philadelphia 2001.
17. Siegl M, Evens R. Postępy w tomografii komputerowej. *JAMA PL* 1999; 1, 9: 623–625.
18. Smith JA, Goldspiel BR. Cancer gene therapy-update. *J Oncol Pharm Practice* 1999; 5, 1: 7–21.
19. Thorner Paul S. Squire JA. Molecular genetics in the diagnosis and prognosis of solid pediatric tumors. *Pediatr Develop Pathology* 1998; 1: 337–365.
20. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. Ed. by De Vita: Philadelphia 2001.
21. Vourlekis JS, Szabo E. Predicting success in cancer prevention trials. *J Natl Canc Inst* 2003; 95: 178–179.

Adres Autorki:

Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej AM
ul. Bujwida 44
50-345 Wrocław

Aspekt pielęgnacyjno-opiekuńczy wobec chorych z nowotworami mózgu

The nursing – caring aspect of patients with brain tumor

KATARZYNA WILK¹, MAGDALENA MARCINIAK¹, ANETA ZREDA¹, ANETA OSOWICKA¹,
ROBERT ŚLUSARZ¹, WOJCIECH BEUTH¹, HELIODOR A. KASPRZAK², MACIEJ ŚNIEGOCKI³

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

² Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Heliodor A. Kasprzak

³ Z Zakładu Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Maciej Śniegocki

Streszczenie Celem pracy była ocena wydolności chorych leczonych z powodu nowotworu mózgu w zakresie samoopieki przed zabiegiem operacyjnym i po operacyjnym usunięciu guza mózgu. Badaniem objęto 25 chorych leczonych z powodu nowotworu mózgu w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii AM w Bydgoszczy. W badaniu wykorzystano metodę obserwacji. Narzędziem badawczym była Skala Wydolności Chorego w Zakresie Samoopieki. Wnioski z badań są następujące: 1. Pacjenci leczeni z powodu nowotworu mózgu przed zabiegiem operacyjnym, jak również po zabiegu, wymagają minimalnej lub umiarkowanej pomocy pielęgniarzkiej w zakresie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej. 2. Problemy sfery psychicznej występujące u pacjentów leczonych z powodu nowotworu mózgu wymagają podjęcia działań personelu pielęgniarzkiego ukierunkowanych na ich zminimalizowanie bądź niwelację. 3. Mając na uwadze wyniki badań, należy przypuszczać, że istnieje zależność pomiędzy zakresem wydolności samoopiekuńczy przed zabiegiem operacyjnym i po operacyjnym usunięciu nowotworu śródczaszkowego.

Słowa kluczowe: nowotwór mózgu, samoopieka.

Summary The objective of this study was evaluation patients self-care possibilities with brain tumors, before and after the operation. The evaluation was performed on 25 patients hospitalized because of brain tumor in the Chair and Clinics of Neurosurgery of Medical Academy in Bydgoszcz. The main method used in my studys was observation. The instrument in the study was Capacity Self-care Scale. The conclusions are as follows: 1. The patients treat because of brain tumor need minimal or moderate nursing care in hygenic action, after and before operation. 2. Mental problems need to be leveled as soon as it possible. 3. Research results confirm that there is a relation between self-care possibility before and after operation.

Key words: brain tumor, self-care.

Wstęp

Do nowotworów ośrodkowego układu nerwowego zalicza się wszelkie nowotwory rozwijające się w obrębie jamy czaszki. Stanowią one 9–10% pierwotnych nowotworów u człowieka, występując z jednakową częstością u obu płci. Wśród nowotworów ośrodkowego układu nerwowego możemy wyróżnić nowotwory pierwotne i wtórne – będące przerzutami innych nowotworów. Stan ogólny chorego z nowotworem mózgu oraz obec-

ność objawów neurologicznych zależą w głównej mierze od umiejscowienia guza i szybkości jego wzrostu. Objawy wywołane nowotworem mózgu dzieli się na ogólne – będące wyrazem wzrostu ciśnienia śródczaszkowego, oraz objawy ogniskowe – powstałe w wyniku uszkodzenia tkanki mózgowej przez rozrastający się nowotwór, powodując ograniczenie czynności mózgu w zależności od zaatakowanego obszaru [1].

W dzisiejszych czasach, gdy diagnostyka ośrodkowego układu nerwowego stoi na wyso-

kim poziomie i jest w miarę powszechnie dostępna, rozpoznanie nowotworu mózgu stawiane jest wcześniej, dlatego też chorzy przyjmowani na oddziały rzadko są w stanie ciężkim. Nieprzytomny chory lub bogactwo objawów neurologicznych u pacjentów z nowotworem śródczaszkowym na oddziale jest rzadkością, nie oznacza to jednak, że nie zdarza się w ogóle [2].

Właściwa pielęgnacja pacjenta z nowotworem mózgu odgrywa niezwykle ważną rolę w procesie leczenia i uzyskaniu dobrego samopoczucia chorego. Niepokój i depresja są powszechnymi odczuciami u tych chorych i wynikają głównie z lęku przed planowaną operacją mózgu, przed cierpieniem i śmiercią. Dlatego też potrzebują nie tylko szczególnej zręczności i dokładności, ale również zaufania, przyjaźni i ciepłej, pełnej uczucia opieki [3].

Teoria samoopieki albo deficytu samoopieki D. Orem ma u swoich podstaw jej stwierdzenie, że w zapewnianiu opieki nad zdrowiem człowieka najważniejszą rolę odgrywa on sam, podejmując aktywności znaczące dla utrzymania zdrowia i życia, dla osiągnięcia dobrostanu. W niektórych sytuacjach, a szczególnie w sytuacji choroby, bardzo często jest tak, że człowiek nie może sam poradzić sobie w zapewnianiu samoopieki. W tych sytuacjach koniecznością staje się pomoc pielęgniarki, zapewniana w sposób troskliwy i opiekuńczy. Opiekuńcze troszczenie się o pacjenta powinno jednak respektować pełną niezależność chorego i umożliwiać samodzielność funkcjonowania. Niezbędne staje się tu bieżące gromadzenie informacji o pacjencie umożliwiające określenie jego wydolności w zakresie samoopieki [4].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena wydolności chorych leczonych z powodu nowotworu mózgu w zakresie samoopieki przed zabiegiem operacyjnym i po operacyjnym usunięciu nowotworu.

Szczegółowe założenia pracy można określić następująco:

1. Jaki jest zakres opieki pielęgniarstwa u pacjentów hospitalizowanych z powodu nowotworu mózgu przed zabiegiem operacyjnym i po operacyjnym usunięciu guza, uwzględniając deficyt samoopiekuńczy w zakresie utrzymania higieny osobistej?
2. Czy problemy sfery psychicznej u pacjentów z nowotworem śródczaszkowym wymagają podjęcia działań personelu pielęgniarstwa ukierunkowanych na ich zminimalizowanie?
3. Czy występuje wzajemna zależność pomiędzy zakresem wydolności samoopiekuńczy przed zabiegiem operacyjnym i po operacyjnym usunięciu nowotworu śródczaszkowego?

Materiał i metoda

Badaniem objęto 25 chorych leczonych z powodu nowotworu mózgu w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii AM w Bydgoszczy. Wiek chorych wahał się od 20 do 67 lat. Wśród badanych było 11 mężczyzn i 14 kobiet. W badaniu posłużono się zmodyfikowaną dla potrzeb badania Skalą Wydolności Chorego w Zakresie Samoopieki.

Metodą, jaką zastosowano do zbierania danych, to obserwacja i sondaż diagnostyczny. W piśmiennictwie spotyka się wiele sposobów oceny zapotrzebowania pacjentów na opiekę. Jedną z nich jest kategoryzacja pacjentów klasyfikująca ich zależnie od możliwości samoopieki. Pomocną jest tu Skala Wydolności Chorego w Zakresie Samoopieki umożliwiająca klasyfikowanie chorych do odpowiedniej kategorii na podstawie obserwacji pielęgniarstwa w zakresie 9 wyznaczników opieki: poruszanie się, utrzymanie higieny, odżywianie, wydalanie, mierzenie objawów życia, porozumiewanie się, wiedza o samoopiece, opieka psychospołeczna. Każdemu wyznacznikowi opieki przypisano od 4 do 1 punktu, w zależności od kategorii w zakresie danego wyznacznika opieki [5]. Do oceny wydolności samoopiekuńczy chorych wykorzystano zmodyfikowaną na potrzeby badania Skalę Wydolności Chorego w Zakresie Samoopieki (tab. 1), w oparciu o Arkusz Kategoryzacji Chorych [6].

Na podstawie powyższej punktacji wyliczono Współczynnik Wydolności (WW) chorego w zakresie samoopieki według wzoru:

$$WW = KI \times 4 + KII \times 3 + KIII \times 2 + KIV \times 1$$

gdzie:

WW – współczynnik wydolności chorego w zakresie samoopieki,

KI-IV – liczba wyznaczników opieki w danej kategorii.

Każdej kategorii przyporządkowany został określony przedział punktów, na podstawie których można zaklasyfikować chorego do określonej kategorii opieki:

1. Kategoria I – 36 do 32 pkt. – opieka minimalna,
2. Kategoria II – 31 do 23 pkt. – opieka umiarkowana,
3. Kategoria III – 22 do 14 pkt. – opieka wzmożona,
4. Kategoria IV – 13 do 9 pkt. – opieka intensywna.

Wyniki badań

Badania wykazały, że w zakresie wykonywania czynności higienicznych 76% badanych osób było całkowicie samodzielnymi (kategoria I) i wymagało minimalnej opieki pielęgniarstwa, 12% wykazywało częściową samodzielność, wymagając umiarko-

Tabela 1. Skala Wydolności Chorego w Zakresie Samoopieki

Wyznaczniki opieki	Kategoria opieki			
	I	II	III	IV
1. Poruszanie się	4	3	2	1
2. Utrzymywanie higieny	4	3	2	1
3. Odżywianie	4	3	2	1
4. Wydalanie	4	3	2	1
5. Mierzenie objawów życia	4	3	2	1
6. Leczenie	4	3	2	1
7. Porozumiewanie się	4	3	2	1
8. Wiedza o samoopiece	4	3	2	1
9. Opieka psychospołeczna	4	3	2	1

wanej pomocy pielęgniarskiej poza łóżkiem (kategoria II), 8% badanych wymagało wzmożonej pomocy pielęgniarskiej podczas wykonywania czynności higienicznych w łóżku (kategoria III), 4% zostało zakwalifikowanych do kategorii IV, wymagając kompletnego mycia i pielęgnacji skóry, a tym samym opieki intensywnej (tab. 2 i 3).

Stan psychiczny 28% badanych osób był dobry z zachowaną równowagą psychiczną, co pozwalało zakwalifikować ich do kategorii I w zakresie tegoż wyznacznika. U 64% zaobserwowano niepokój lub też stan lekko depresyjny (kategoria II), 4% z badanych pacjentów wykazywało pobudzenie psychoruchowe (kategoria III), u 4% widoczne było skrajne pobudzenie (kategoria IV) (tab. 2 i 3).

U 79% badanej grupy kobiet i u 91% badanych mężczyzn występowała zależność pomiędzy zakresem wydolności samoopiekuńczej

Tabela 4. Występowanie zależności pomiędzy stanem przed zabiegiem usunięcia nowotworu mózgu i po jego operacyjnym usunięciu

		Kobiety	Mężczyźni
Występowanie zależności	n = 14 100%	11 79	10 91
Brak zależności	n = 11 100%	3 21	1 9

przed zabiegiem operacyjnym i po operacyjnym usunięciu nowotworu śródczaszkowego (tab. 4).

Wnioski

Na podstawie wyników uzyskanych w trakcie badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Pacjenci leczeni z powodu nowotworu śródczaszkowego przed zabiegiem operacyjnym, jak również po zabiegu wymagają minimalnej lub umiarkowanej pomocy pielęgniarskiej w zakresie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej.
2. Problemy sfery psychicznej występujące u pacjentów leczonych z powodu nowotworu mózgu wymagają podjęcia działań personelu pielęgniarskiego ukierunkowanych na ich zminimalizowanie bądź niwelację.
3. Mając na uwadze wyniki badań, należy przypuszczać, że występuje zależność pomiędzy zakresem wydolności samoopiekuńczej przed zabiegiem operacyjnym i po operacyjnym usunięciu guza mózgu.

Tabela 2. Wydolność samoopiekuńcza w zakresie utrzymania higieny osobistej oraz występowanie problemów sfery psychicznej w grupie badanych mężczyzn

	Mężczyźni							
	Wydolność samoopiekuńcza w zakresie utrzymania higieny osobistej				Funkcjonowanie w sferze psychicznej			
	Kategoria opieki							
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
n = 11	9	1	0	1	4	6	0	1
100%	82	9	0	9	36	55	0	9

Tabela 3. Wydolność samoopiekuńcza w zakresie utrzymania higieny osobistej oraz występowanie problemów sfery psychicznej w grupie badanych kobiet

	Kobiety							
	Wydolność samoopiekuńcza w zakresie utrzymania higieny osobistej				Funkcjonowanie w sferze psychicznej			
	Kategoria opieki							
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
n = 14	10	2	2	0	3	10	1	0
100%	72	14	14	0	21	72	7	0

Piśmiennictwo

1. Schirmer M. *Neurochirurgia*. Wrocław: Urban & Partner; 1998.
2. Beuth W, Ślusarz R. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa neurochirurgicznego (z elementami kliniki i rehabilitacji)*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Bydgoszczy; 2002.
3. Zwanenberg D, Adams CBT. *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*. Warszawa: PZWL; 1986.
4. Poznańska S, Płaszewska-Żywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001.
5. Kaniewska B, Jędrys B, Stadnicka G, Turowski K. *Wartość kliniczna Skali Wydolności Chorych w Zakresie Samoopieki. Organizacja opieki pielęgniarskiej a zmiany w systemie ochrony zdrowia*. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej; 1994.
6. Ślusarz R, Beuth W, Kasprzak HA. Klinimetria jako sposób oceny pacjentów z krwotokiem podpajęczynówkowym wywołanym tętniakiem śródczaszkowym. *Annales Academiae Bydgostiensis* 2004; 1: 57–64.

Adres I Autorki:

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego AM
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz

Problemy pielęgnacyjno-społeczne u chorych z wyłonią stomią

Nursing and social problems patients with stoma

MARIA POŁOCKA-MOLIŃSKA

Z Katedry i Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: dr hab. Tomasz Opala, prof. nadzw. AM

Streszczenie W Polsce żyje około 50 tysięcy osób mających brzuszny odbyt. Jest to spowodowane większą częstotliwością występowania chorób jelita grubego. Stomia wywołuje u chorych ogromny uraz psychiczny, stwarza wiele problemów społecznych i ekonomicznych. Celem pracy była próba określenia głównych trudności w sferze społecznej i ekonomicznej pacjentów związanych z posiadaniem stomii. Badanie przeprowadzono w grupie 126 pacjentów z brzuszным odbytem zarejestrowanych w poradni stomijnej oraz w poradniach chirurgicznych w Poznaniu. Z badań wynika, że posiadanie stomii powoduje ograniczenia aktywności życiowej, przejawiające się wypadaniem ról społecznych. Wytworzenie przetoki jelitowej stwarza problemy szczególnie w pełnieniu roli zawodowej, rodzinnej i małżeńskiej. Ponad 40% badanych, którzy byli aktywni zawodowo przed operacją, zrezygnowało z kontynuowania pracy zawodowej, 39,7% respondentów ma problemy w wypełnianiu roli męża czy żony, 8,1% ma problemy w wypełnianiu roli ojca lub matki. Zmianie uległ również układ stosunków interpersonalnych w rodzinie. 18,6% respondentów mówiło o obniżeniu pozycji w rodzinie. W wielu wypadkach zaburzona została rola partnera seksualnego. Ponad 50% badanych nie współżyła w ogóle, dla 39,7% współżycie było mało satysfakcjonujące. Pacjenci z brzuszным odbytem potrzebują pomocy ze strony wyspecjalizowanych poradni, towarzystw stomijnych oraz ze strony rodziny.

Słowa kluczowe: opieka pielęgnarska, stomia.

Summary There are about 50 thousand people having an artificial intestinal outlet in Poland. It is caused by greater frequency of illness of large intestine. Stoma causes big psychological stress and creates many social and economical problems. The aim of the investigation has been evaluation of the main problems caused by stoma in social and economical fields. The investigation has been carried in the group of 126 patients with artificial intestinal outlet registered in stomas ambulatories and other surgeries in Poznań. The investigation shows that stoma limits socializing stopping of social relationships. Getting stoma creates problems in the professional field also in the families and marital areas. Over 40% patients active before the operation resigned from the continuation of their professional careers, 39,7% has problems in being a wife or husband, 8,1% being a mother or father. There is also the change in the family relationships – 18,6% talked about degradation in the family status. The sexual relationship was destroyed, too. Over 50% patients do not have intercourses, for 39,7% patients the sexual relationship was of little satisfaction. Patients with stomas needs medical support, and Ostomy Associations support and also help from family.

Key words: nursing care, stoma.

Wstęp

Zdrowie naszego społeczeństwa w ciągu ostatnich lat ulega znacznemu pogarszaniu. Statystyki uświadamiają nam, iż drastycznie wzrasta liczba osób z rozpoznanymi chorobami jelita grubego – polipowatość, wrzodziejące zapalenia, choroba Leśniowskiego-Crohna i nowotwory.

Wiąże się to z kolei ze wzrostem liczby chorych ze sztucznym odbytem.

Wytworzenie brzuszного odbytu wywołuje u tych chorych uraz psychiczny, następstwem czego jest zmiana obrazu własnego ciała, doprowadza to do znacznego upośledzenia aktywności fizycznej i społecznej, co w rezultacie prowadzi do pogorszenia jakości życia.

Zatem proces adaptacji chorego do nowych warunków życia jest u zdecydowanej większości chorych bardzo trudny i zależny od wielu czynników. Najważniejszymi z nich to posiadana wiedza, umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych, standard życia, kondycja psychofizyczna, przebieg operacji i powikłania pooperacyjne, a przede wszystkim wsparcie otrzymane ze strony rodziny, wyspecjalizowanych poradni, grup samopomocy.

Cel pracy

Celem pracy jest próba określenia najważniejszych problemów pielęgnacyjnych i społecznych chorych ze stomią.

Materiał i metody

Badaniem objęto 126 osób, w tym 81 mężczyzn w wieku od 27 do 80 lat i 45 kobiet w wieku od 26 do 79 lat objętych opieką poradni chorych przewodu pokarmowego w Poznaniu oraz podczas spotkań członków Towarzystwa Stomijnego. Osoby badane zamieszkiwały zarówno środowiska miejskie, jak i wiejskie, a czas wyłonienia stomii zawierał się w przedziale od 4 miesięcy do 9 lat.

W celu zebrania potrzebnych danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety, składającego się z pytań odnoszących się do danych społeczno-demograficznych, do aspektu medycznego choroby, czasu od wykonania zabiegu i problemów pielęgnacyjnych oraz następstw stomii w odniesieniu do życia społecznego, zawodowego i rodzinnego.

Wyniki badań i ich omówienie

Analiza wyników wykazała, że najliczniejszą grupę stanowili mężczyźni zamieszkujący środowiska wielkomiejskie – powyżej 50 tys. mieszkańców w przedziale wiekowym pomiędzy 51 a 60 lat, legitymujący się wykształceniem zasadniczym zawodowym i pozostającym w związkach małżeńskich. Pośród 45 przebadanych kobiet zdecydowanie przeważały panie z wykształceniem średnim i wyższym, zamężne w wieku od 61 do 70 lat (8,7%) i w wieku od 51 do 60 lat (7,1%).

Przed zabiegiem operacyjnym pracowało łącznie w pełnym wymiarze godzin 82, tj. 65,1% ankietowanych, z czego prawie połowa, 21 kobiet i około 2/3, tj. 61 mężczyzn. Po operacji aż 45 osób nie wróciło do swoich obowiązków zawodowych.

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne badanej grupy

Badana cecha	N	%
Płeć		
Mężczyzna	81	64,3
Kobieta	45	35,7
Przedziały wiekowe		
20–30	3	2,4
31–40	7	5,5
41–50	37	29,4
51–60	49	38,9
61–70	16	12,7
71–80	14	11,1
Stan cywilny		
Kawaler/panna	11	8,7
Zonaty/zamężna	81	64,2
Rozwiedziony/rozwiedziona	9	7,1
Wdowiec/wdowa	25	19,9
Wykształcenie		
podstawowe	21	16,7
zasadnicze zawodowe	45	35,8
średnie	33	26,1
wyższe	27	21,4
Miejsce zamieszkania		
duże miasto	77	61,1
małe miasto	38	29,4
wieś	11	8,7

Respondenci odpowiadali na pytanie, jaki wpływ na codzienne funkcjonowanie – w środowisku pracy, w kontaktach społecznych czy też w środowisku domowym – ma posiadanie stomii. Niezależnie od czasu jej wyłonienia, zarówno mężczyźni, jak i kobiety w większości przypadków odpowiadali, że zdecydowanie utrudnia codzienne i normalne funkcjonowanie. Z wypowiedzi respondentów wyraźnie daje się zauważyć, że posiadanie stomii, a przede wszystkim sprzętu do jej obsługi, jest szczególnie kłopotliwe podczas wykonywania prac domowych wymagających pochylania się, przy ubieraniu się (zawijanie obuwia, zakładanie skarpet, pończoch itd.).

Analizując problemy, z jakimi najczęściej zmagają się chorzy posiadający sztuczny odbył, to uciążliwości związane z pielęgnacją, a szczególnie z trudnościami w wykonywaniu irygacji. Dotyczy to 89% badanych. Znaczący odsetek chorych, tj. 64,3%, twierdzi, że stomia utrudnia kontakty społeczne. Chorzy ci są szczególnie uciążliwi na neutralizację zapachów.

Analiza zebranego materiału w sposób jednoznaczny wskazuje, iż aż 77% ankietowanych ma problemy z samoobsługą sprzętu stomijnego. Dotyczy to w większości starszych samotnych osób. Problemy te to utrzymanie higieny wokół stomii, technika wykonywania irygacji czy też postępowanie w przypadku wystąpienia biegunki.

Tabela 2. Aktywność zawodowa badanych

Badana cecha	N	%
Przed operacją aktywność zawodowa niepracujący	82	65,1
	44	34,9
Po wykonaniu stomii aktywność zawodowa niepracujący	37	29,3
	89	70,7

Tabela 3. Samoocena wpływu stomii na życie pacjentów

Opinia pacjenta	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Nie przeszkadza w codziennym życiu	2	1,6	2	1,6	4	3,2
Utrudnia życie	48	38,1	31	24,6	79	62,7
Uniemożliwia normalne funkcjonowanie	31	24,6	12	9,5	43	34,1
Razem	81	64,3	45	35,7	126	100,0

Dyskusja

Powrót do normalnego życia wraz ze wszystkimi jego przejawami, czyli aktywnością zawodową, życiem rodzinnym czy towarzyskim, jest dla wielu pacjentów z wylonioną stomią bardzo trudny. Zależy to w wielu wypadkach od takich czynników, jak zasób posiadanej przez chorych wiedzy

i umiejętności, czasu, jaki upłynął od wykonania zabiegu, odpowiedniej ilości dobrze dobranego, dopasowanego i odpowiednio dobrego sprzętu stomijnego, pomocy ze strony wykwalifikowanego, przeszkolonego personelu wyspecjalizowanych poradni, grup samopomocy, a przede wszystkim od pomocy i wsparcia rodziny chorego.

Przeprowadzone badania wykazują, że poziom wiedzy i umiejętności pacjentów związanych z pielęgnacją i obsługą sprzętu stomijnego nie był zadowalający. Dało się to zauważyć zwłaszcza u pacjentów w wieku powyżej 70 lat, zamieszkujących środowiska wiejskie, którzy stomię posiadają nie dłużej niż 1 rok.

Niepokojący jest fakt, że nieznanomość irygacji, dzięki której można powrócić do aktywnego życia, jest mało znana wśród pacjentów w wieku średnim i starszym. Wyniki badań znalazły potwierdzenie również w pracach Andrzejewskiego i Paździora [1]. Zdaniem Szczepkowskiego i wsp. [2] niechęć do wymienionej regulacji wypróżnień wynika przede wszystkim z obawy o uszkodzenie jelita oraz bariery psychologicznej pacjentów.

Szwajcarskie doniesienia takich autorów, jak Forster i wsp. [3] mówią, że 21% ankietowanych nie wie, co to jest irygacja.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika ponadto fakt, że wylonienie stomii niesie dla pacjenta szereg trudnych problemów zarówno społecznych, jak i ekonomicznych. Ponad 80% ankietowanych uważa, że posiadanie brzuszno odbytu powoduje wiele ograniczeń w życiu codziennym i zawodowym. Bardzo skrajne poglądy na ten temat wyraziło około 6% badanych, według których posiadanie stomii powoduje izolację

Tabela 4. Problemy pielęgnacyjno-społeczne u badanych

Rodzaj problemu	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Uciążliwości związane z pielęgnacją stomii	65	51,6	24		89	
Problemy w życiu seksualnym	72	57,1	41	32,5	113	89,7
Trudności w kontaktach w pracy zawodowej	53	35,0	28	12,7	81	47,6
Problemy w kontaktach społecznych	49	42,1	19	22,2	68	64,3
Niezrozumienie przez rodzinę	44	38,9	16	15,1	60	54,0
Ograniczenia w uprawianiu sportu	43	34,1	18	14,3	61	48,4

Tabela 5. Problemy psychologiczno-społeczne u badanych

Rodzaj problemu	Mężczyzna		Kobieta		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Samoobsługa sprzętu stomijnego	66	52,4	31	24,6	97	77,0
Neutralizacja zapachów	67	53,2	29	23,0	96	76,2
Postępowanie w przypadku biegunki	73	58,0	31	24,6	104	82,5

i całkowite wyłączenie z życia. Uzyskane wyniki badań potwierdzają ponadto, że posiadanie stomii powoduje ograniczenia w wypełnianiu bardzo ważnych ról zawodowych, małżeńskich i rodzinnych, a nade wszystko społecznych. Zaniechanie wypełniania roli zawodowej powoduje u badanych obniżenie pozycji społecznej, a zwłaszcza ekonomicznej, zarówno jednostki, jak i rodziny.

Badania wykazały, że ponad 40% badanych ze stomią, którzy byli aktywni zawodowo przed operacją, zrezygnowało z pracy po zabiegu. Problem rezygnacji z pracy zawodowej częściej dotyczył kobiet aniżeli mężczyzn. Jako podstawową przyczynę decyzji dotyczącej rezygnacji z pracy zawodowej najczęściej podawano właśnie fakt posiadania stomii – 56,2% badanych, a następnie złe samopoczucie fizyczne – 21,3% i psychiczne – 43,7%. Chętniej do pracy wracali pacjenci w przedziale wiekowym 40–50 lat i 50–56 lat legitymujący się wykształceniem wyższym i średnim o wysokich aspiracjach zawodowych, czyli ci ankietowani, którym – jak się wyrazili – zależy na wysokim statusie ekonomicznym rodziny.

Powyższe badania znalazły potwierdzenie w pracy Kuchtyń [4], która wykazała, że tylko 10% pacjentów podjęło pracę zawodową po operacji. Pozostali badani twierdzili, iż stomia uniemożliwia im kontynuację pracy w wykonywanym wcześniej zawodzie. Zdaniem autorki ani wiek chorych, ani ich płeć nie odgrywała większej roli odnośnie do decyzji podjęcia lub nie pracy zawodowej po operacji. Andrzejewski i wsp. [1] wykazali w swoich doniesieniach, że do pracy zawodowej powróciło około 30% badanych, natomiast zrezygnowało z niej aż 68% respondentów.

Posiadanie stomii wiąże się również z pewnymi ograniczeniami w wypełnianiu niektórych, ważnych ról w środowisku domowym. Zmianie ulega układ stosunków interpersonalnych w rodzinie. Respondenci najczęściej wymieniali problemy w wypełnianiu roli męża czy żony (39,7% osób), rzadziej natomiast problemy w wypełnianiu

niem roli ojca lub matki (8,1% badanych). U wymienionych osób z odbytem brzuszным zaburzeniu ulega rola partnera seksualnego. Jako główną przyczynę niepodejmowania współżycia podają brak zadowolenia oraz małą atrakcyjność.

Forster i wsp. [3] oraz Klimak [5] w swoich pracach donoszą, że 33% mężczyzn i 13% kobiet zgłaszało poważne problemy dotyczące aktywności seksualnej.

Oprócz problemów społecznych i ekonomicznych pacjenci ze stomią napotykać również na problemy związane z funkcjonowaniem ich organizmu oraz problemy natury emocjonalnej. Zaliczyć tu należy przede wszystkim utratę kontroli nad oddawaniem gazów i stolca. Wśród problemów natury emocjonalnej respondenci najczęściej wymieniali lęk przed zabrudzeniem 37,3% i utratę zaufania do własnego organizmu – 11,2%.

Podsumowując należy podkreślić, iż aby przezwyciężyć problemy związane z posiadaniem brzuszno odbytu, pacjenci potrzebują nie tylko wsparcia ze strony wysoko wyspecjalizowanego personelu, posiadania przede wszystkim zrozumienia, wiedzy na temat pielęgnacji stomii, a także akceptacji własnej i rodziny.

Wnioski

Zgromadzony materiał i jego analiza statystyczna pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Stomia powoduje u chorych znaczne ograniczenie aktywności życiowej, przejawiając się wypadaniem ról społecznych.
2. Wytworzenie odbytu brzuszno odbytu stwarza problemy, szczególnie w pełnieniu roli zawodowej, rodzinnej i małżeńskiej. W wielu przypadkach badanych zmianie ulegały interakcje personalne w rodzinie.
3. Choroba oraz posiadanie stomii wywierają niekorzystny wpływ na sytuację ekonomiczną pacjentów i jego najbliższej rodziny.

Piśmiennictwo

1. Andrzejewski A, Paździor M. *Ocena opieki nad chorymi ze stomią w rejonie lubelskim*. [w:] *Pamiętnik 56 Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich*. Lublin; 1993: 1310–1312.
2. Szczepkowski M, Kielecki K. *Wartość irygacji w samokontroli oddawania stolca*. [w:] *Pamiętnik 54 Jubileuszowego Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich*. Kraków; 1989: 134–137.
3. Forster C, Rufenacht R, Varga L, Halter F. Psychosocial adaptation with an artificial intestinal outlet. *Schweiz Med Wochenschr* 1985; 115(29): 987.
4. Kuchtyń K. Posiadanie stomii jako trudny problem życiowy. *Nowiny Psychol* 1990; 6: 139–141.
5. Klimak K. *Czynniki kształtujące obraz siebie i zmiany u chorego ze stomią*. [w:] *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*. I Międzynarodowy Kongres Edukacji w Pielęgniarstwie. Poznań; 1996: 335–336.

Adres Autorki:
Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka AM
ul. Polna 33
60-533 Poznań

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PEDIATRIA I PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE
PEDIATRY AND PEDIATRIC NURSING

Profilaktyka wad postawy powstających w wyniku przeciążeń literalnych

Prophylaxis of posture defects emerging in result of literal overloads

GRZEGORZ KONIECZNY, ZDZISŁAWA WRZOSEK

Z Katedry Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Zdzisława Wrzosek

Streszczenie Prawidłowa postawa rozumiana jako układ lub ukształtowanie ciała w pozycji wyprostnej jest uwarunkowana między innymi: prawidłowym ukształtowaniem układu kostno-więzadłowego, dobrze rozwiniętym i wydolnym układem mięśniowym, sprawnie działającym układem nerwowym. W takiej postawie poszczególne odcinki ciała zachowują harmonię we wzajemnym ułożeniu, zapewniając płynność ruchów i stabilność podporu przy minimalnym wydatku energetycznym. Zmiany w obrębie jednego z odcinków uaktywniają łańcuch biokinematyczny i w ramach dążenia do kompensacji wywołują zmiany w pozostałych odcinkach układu ruchu. Te szkodliwości sumując się prowadzą do przeciążeń wszystkich struktur omawianego układu, tzn. więzadeł, mięśni, stawów i kości. Przeciążenia rozumiane jako poddanie czegoś (struktur) działaniu zbyt dużej siły jest zjawiskiem powszechnie występującym zarówno w życiu codziennym człowieka, jak i w sporcie. Pojawianie się tych niekorzystnych warunków pracy dla narządu ruchu zbyt często w jednostce czasu i trwających stosunkowo długo pozwala mówić o ich ciągłości, co określa się mianem przeciążeń literalnych. Znajomość etiologii przeciążeń umożliwia ich profilaktykę, a tym samym profilaktykę trwałych ich następstw, do jakich zaliczyć można wady postawy. Działania profilaktyczne sprecyzować można na przykładzie sekwencji ruchów wykonywanych w określonych dyscyplinach sportowych. W pracy autorzy analizują możliwości przeciążeń i zapobieganie im w odniesieniu do osiowego układu ruchu oraz kończyn u trenujących dzieci i młodzieży, z uwzględnieniem roli lekarza, trenera i rodziców w tym procesie. Omawiane zagadnienia nie są przypadkowe, gdyż rok 2004 jest Europejskim Rokiem Edukacji poprzez Sport (European Year of Education through Sport – EYES 2004), podczas którego realizowane są liczne inicjatywy edukacyjne, wykorzystujące wartości i środki kultury sportowej dla wspierania rozwoju osobowego dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: urazy sportowe, postawa, prewencja, rehabilitacja.

Summary Correct posture understood as system or forming of body in straight position is predefined between other: correct form of osteoligament system, well develop and efficient muscular system, proficiently acting nervous system. In such posture individual sections of bodies maintain harmony in mutual laying, liquidity of movement providing and stability of support at minimal energy expense. Changes within one of section activate biokinematic chain and within the confines of aspiration for compensation evoke changes in remaining section of motor system. These harmfulness summing led for overloads all structures discussed system i.e. ligaments, muscles, joints and bones. Overloads understand as subjecting of something (structure) operation oversized power is phenomenon generally taking a stand in daily life of people equal as well as in sport. Appearing these adverse condition of work for motor system to often in time unit and lasting relatively long it allows to say about their continuity, that is defined as literal overloads. Acquaintance aetiology of loadings enables their prophylaxis and same prevention of permanent their repercussion it is possible to include for that posture defects. It is possible to specify prophylactic operations for example of sequence of executable movement in definite sports disciplines. Authors analyze possibilities of overloads and their prevention with reference to axial motor system and limbs at training children and young people, with taking into consideration role of physician, trainer and parents in this process. Discussed questions is not accidental, because year 2004 is European Year of Education through Sport (EYES 2004) during which numerous educational initiatives are realized taking advantage values and measures of sports culture for advancement of personal development of children and young people.

Key words: sport injuries, posture, prevention, rehabilitation.

Słowo postawa ma trzy główne znaczenia (Zeyland-Malawka E, Nowakowski M, 2002):

1. ustawienie ciała – swoiste dla danego gatunku,
2. świadomie lub nieświadomie przyjęta pozycja ciała dostosowana do aktualnej czynności lub potrzeb organizmu,
3. stosunek do czegoś lub kogoś.

W odniesieniu do każdego z wymienionych znaczeń można mówić o postawie pozytywnej lub negatywnej, czynnej lub biernej, prawidłowej i nieprawidłowej. W nawiązaniu do znaczenia pierwszego można mówić o postawie ciała.

W licznych definicjach postawy ciała człowieka powtarzają się sformułowania określające, że jest to sposób trzymania się, układ lub ukształtowanie ciała w pozycji wyprostnej, pionowej czy też stojącej. A oto kilka definicji wybranych z literatury specjalistycznej:

- **POSTAWA CIAŁA** to indywidualne ukształtowanie ciała i położenie poszczególnych odcinków tułowia oraz kończyn dolnych w pozycji stojącej.
- **POSTAWĄ CIAŁA** nazywa się sposób trzymania się człowieka w swobodnej pozycji, uwarunkowany podłożem morfologicznym i funkcjonalnym oraz odpowiednim nawykiem ruchowym. Jest to więc wzajemna kompozycja poszczególnych odcinków ciała względem siebie oraz względem środkowej linii ciała, w nawykowo utrzymanej pozycji stojącej, a nie w tzw. pozycji bacznej.
- O **POSTAWIE CIAŁA** mówi się, że jest jednym ze wskaźników prawidłowego rozwoju oraz statycznej i dynamicznej sprawności ciała. Zależy głównie od ukształtowania kręgosłupa, a następnie innych części kośćca i narządów ruchu, jak np. głowy, klatki piersiowej, miednicy i kończyn dolnych, a częściowo i kończyn górnych.
- Mówi się również, że **POSTAWA CIAŁA** jest wskaźnikiem mechanicznej wydolności zmysłu kinestetycznego, równowagi mięśniowej i koordynacji mięśniowo-nerwowej.

W problematyce postawy ciała człowieka należy rozgraniczyć dwa zasadnicze zagadnienia:

1. utrzymywanie w pionowej pozycji bryły ciała o wysokim położeniu środka ciężkości i małej powierzchni podporu,
2. jakość sylwetki.

Do pierwszego z nich nawiązuje definicja Wejsfloga (Wejsflog G, 1958), określającego postawę człowieka jako układ ciała w swobodnej pozycji stojącej, pozostający w najkorzystniejszych dla niego warunkach równowagi. Podobnie Świdorski (Świdorski G, Świdorska K, 1992) odnosi się do pierwszego zagadnienia, widząc uzewnętrznie zjawiska antygravitacji polegające na utrzymywaniu środka ciężkości w optymalnym punkcie w momencie, gdy masa ciała musi się przeciwstawić sile przyciągania ziemskiego.

Zrównoważenie ciała podlega samoregulacji. Ustrój tak steruje odruchowym napięciem mięśniowym, nazywanym przez Scheringtona skurczem posturalnym, aby zapewnić określoną dla gatunku pozycję głowy w przestrzeni i ciała w stosunku do głowy – jest to dla ustroju postawa prawidłowa (Best CH, Taylor NB, 1971). Ocena jakości sylwetki w takiej pozycji jest natomiast kwestią umowną. Utrzymywanie zrównoważenia postawy wymaga minimalnej pracy mięśni, tzw. antygravitacyjnych, ponieważ w przypadku jego zagrożenia ustrój automatycznie przemieszcza poszczególne odcinki ciała tak, aby wspólny środek ciężkości stale oscylował wokół centralnego punktu płaszczyzny podporu. Każda postawa, dobra czy zła, jest optymalnie, tzn. w sposób najbardziej ekonomiczny, równoważona, co może rzutować na jakość postawy. Przykładem jest postawa osób z kręcem szyi, czyli patologicznym, przymusowym bocznym ustawieniem głowy i skręcenia jej w stronę przeciwną do pochylenia. Powoduje to zmianę padania środka ciężkości głowy, co jest wyrównywane przesunięciem części ciała leżących poniżej. Ostatecznie dochodzi do wahania się wspólnego środka ciężkości ciała w granicach uznanych za fizjologiczne. Dyskusyjne staje się przyjmowanie optymalnego zrównoważonego ciała za cechę postawy prawidłowej (Zeyland-Malawka E, Nowakowski M, 2002).

Czym jest i czym charakteryzuje się postawa prawidłowa?

Wielu autorów zgadza się z poglądem Wolańskiego, który uważał, że postawa prawidłowa to taka, jaka występuje najczęściej w populacji osób zdrowych określonego wieku, płci i środowiska. Jest to podejście realne, ale kryterium statystyczne pozwala jedynie poznać powszechność zjawiska, a przyznanie postawie miana prawidłowej powinno oznaczać, że żadna jej cecha nie zagraża ani w danej chwili, ani w przyszłości jej funkcjonowaniu. Uwypuklają to przytoczone fragmenty definicji Świdorskiego, który podkreśla, że postawa prawidłowa to takie uzewnętrznienie zjawiska antygravitacji, jakie nie naraża kręgosłupa, głowy, klatki piersiowej, brzucha i kończyn na nadmierne działanie sił nacisku, ścinania, napięcia i rozciągania oraz nie zagrażają występowaniem chorób z przeciążenia lub pojawieniem się przedwczesnego zużycia układu kostno-stawowo-więzadłowego. Tego optymalne zrównoważenie ciała, bezpieczne, stabilne i wygodne utrzymywanie naturalnej pozycji stojącej samo przez się nie zapewnia, a wręcz przeciwnie – może potęgować negatywne działanie gravitacji (Zeyland-Malawka E, Nowakowski M, 2002). Tym bardziej nie zapewniają tego postawy najczęściej spotykane, czego

przykładem jest uznanie przez Wolańskiego (Wolański N, 1976) postawy z dużą lordozą (LIII) na jedynie prawidłową dla 12-letnich chłopców tylko, dlatego, że jest dla tego wieku typowa.

Aby postawa spełniała wymienione wymogi warunkujące uznanie jej za prawidłową, musi charakteryzować się określonym kształtem poszczególnych części ciała i odpowiednim ich usytuowaniem w stosunku do siebie, do pionu i poziomu. Kształty te i usytuowanie ich przedstawia się następująco:

- w płaszczyźnie strzałkowej – głowa usytuowana prosto nad tułowiem, barki w przedłużeniu zarysu szyi, niewielkie przednio-tylne wygięcia kręgosłupa, wypukłona klatka piersiowa i niewystający przed nią brzuch;
- w płaszczyźnie czołowej – symetria ciała;
- w płaszczyźnie poprzecznej – osie łączące stawy skokowe, kolanowe, biodrowe i ramienne oraz poprzeczna oś głowy są do siebie równoległe i prostopadłe do płaszczyzny pośredkowej.

Habitualna postawa każdego człowieka ma dla niego wieloaspektowe biopsychospołeczne znaczenie. Aspekt biologiczny to związek ze zdrowiem i sprawnością fizyczną. Opisany kształt ciała, określanany jako postawa prawidłowa, niezależnie od jego roli zabezpieczającej zewnętrzne części ciała przed ujemnym działaniem sił ciężkości, zapewnia takie ułożenie narządów wewnętrznych, jakie sprzyja ich poprawnemu funkcjonowaniu. Inne ukształtowanie ciała, np. wysunięcie barków do przodu, deformacje klatki piersiowej czy znaczne wygięcie kręgosłupa w odcinku lędźwiowym związane z nadmiernym przodopochyleniem miednicy, mogą utrudniać pracę układu oddechowego, krążenia i trawienego. W obu tych przykładach na skutek utrzymującego się zbliżenia przyczepów mięśni może dojść do ich przykurczu, a to doprowadzić do ograniczenia ruchów w stawach i upośledzenia sprawności fizycznej. Związek POSTAWA–ZDROWIE–SPRAWNOŚĆ nie jest jednokierunkowy, jest to splot wzajemnych zależności. Niedomagania organizmu i wiele jednostek chorobowych lub uogólniony zły stan zdrowia może stać się przyczyną deformacji ciała, wad postawy lub jej „zapadania się” i jeżeli tych negatywnych czynników nie uda się usunąć postępowaniem lekarskim, to nie uda się też skorygować postawy samym oddziaływaniem na układ ruchu. Z kolei ograniczenie sprawności ruchowej może niekorzystnie wpłynąć na zdrowie i postawę ciała (Zeyland-Malawka E, Nowakowski M, 2002).

Postawa ciała jest poza wspomnianymi warunkowana także innymi czynnikami. Odmienną postawę ciała ma człowiek, gdy jest zdrowy, wypoczęty i zadowolony oraz gdy jest nękanym przez chorobę, zmęczony i zmartwiony. I tu pojawia się

obok somatycznego, aspekt psychologiczny, bo w postawie uzewnętrznia się zarówno obecny stan psychoemocjonalny, jak i temperament, osobowość, podejście do życia. Wiara w siebie, otwartość na świat, pozytywny stosunek do ludzi to wyprostowana sylwetka, podniesiona głowa, a obawa przed życiem, nieufność i introwersja to skulona postawa, chowanie się „w sobie”. I znów wzajemne zależności – jeśli to, co stanowi o stanie ducha odbija się w postawie ciała, to świadome oddziaływanie na postawę, jej skorygowanie, wyprostowanie się, podniesienie głowy i wzroku może zmienić nastrój, poprawić samopoczucie (Zeyland-Malawka E, Nowakowski M, 2002).

Dobra postawa człowieka sugeruje przede wszystkim, że jest on zdrowy, sprawny, przedsiębiorczy i tak oceniają go inni. Społeczeństwo chce, aby młodzież miała dobrą postawę, spodziewa się, że właśnie zorganizowana kultura fizyczna i opieka medyczna zapewnią jej prawidłowe kształtowanie i korygowanie. To myślenie życzeniowe nie zawsze się spełnia, bowiem w medycynie funkcjonuje również pojęcie postawy wadliwej, którą obecnie często widuje się u dzieci i młodzieży. A oto kilka przytoczonych z literatury definicji postawy wadliwej:

- **POSTAWA WADLIWA** – to uzewnętrznienie się nieprawidłowej antygravitacji, tj. takiej, w której utrzymanie ciała w pionie w różnych pozycjach wymaga nadmiernego wysiłku mięśni oraz zagraża przedwczesnym zużyciem narządu ruchu i podporu.
- **POSTAWA NIEPRAWIDŁOWA** (przeciwna postawie prawidłowej) – to wszelkie nieprawidłowości sposobu trzymania się w pozycji stojącej, manifestuje się odmiennym od normalnego układem ciała. Postawy z pogranicza prawidłowych i nieprawidłowych to postawy wadliwe.
- Są propozycje, aby postawie prawidłowej przeciwstawić nie wady postawy, lecz **POSTAWĘ NIEPRAWIDŁOWĄ**, czyli taką, w której kształt ciała, wynikający z budowy i nawykowego lub przymusowego usytuowania poszczególnych części ciała, jest niekorzystny dla organizmu.
- **POSTAWA PATOFIZJOLOGICZNA** – to nieduże, czynnościowe, przeważnie odwracalne, odchylenie zarówno w zrównoważonym ustawieniu, jak i ukształtowaniu ciała. **POSTAWA PATOLOGICZNA** – to anatomiczne, przeważnie nieodwracalne odchylenia w zrównoważonym ustawieniu i kształtowaniu poszczególnych odcinków lub całego ciała. Prawidłowa postawa ciała zależy od:
 - prawidłowego ukształtowania układu kostno-stawowego,
 - dobrze rozwiniętego i wydolnego układu mięśniowego,
 - sprawnie działającego układu nerwowego.

W dobrej postawie poszczególne odcinki ciała zachowują harmonię we wzajemnym ułożeniu, zapewniając płynność ruchów i stabilność podporu przy najmniejszym wydatku energetycznym ze strony mięśni. Każda zmiana układu jednego odcinka względem drugiego wywołuje w ramach kompensacji zmianę ustawienia w innych odcinkach. Zwiększenie się lordozy szyjnej prowadzi do kompensacyjnego powiększenia kifozy piersiowej oraz lordozy lędźwiowej. Wskutek zwiększenia kifozy piersiowej żebra ustawiają się bardziej skośnie, klatka piersiowa spłaszcza się, rozluźnieniu ulegają mięśnie brzucha. Przyczyny zaburzeń postawy i ich skutki w narządzie ruchu wywołują reakcję łańcuchową, a szkodliwości sumują się.

W przebiegu rozwoju wady dają się wyróżnić trzy charakterystyczne okresy (Kasperczyk T, 1998):

- I. Okres zmian czynnościowych. Jedne grupy ulegają osłabieniu i rozciągnięciu, w innych występuje wzmożone napięcie i ich skrócenie. Czas trwania tego okresu może być różny w zależności od czynników, które powodują powstanie wady, i może wynosić od kilku tygodni do kilku miesięcy.
- II. Okres powstawania przykurczy. W tym okresie interwencja ćwiczeniami korekcyjnymi może być jeszcze całkowicie skuteczna. Okres ten może trwać przez kilka tygodni, miesięcy, a nawet lat.
- III. Okres zmian strukturalnych, czyli utrwalonych. Wady postawy w tym okresie określamy jako patologiczne. Ćwiczenia korekcyjne pozwalają zapobiec dalszemu postępowaniu wady, jednakże całkowita jej likwidacja jest już niemożliwa i czasem wymaga połączonego postępowania usprawniającego, czasem nawet operacyjnego i usprawniającego.

Wady postawy mogą być wynikiem przeciążenia wielu struktur narządu ruchu, czyli więzadeł, mięśni, stawów czy kości. Przeciążenie rozumiane jako poddanie czegoś (struktur) działaniu zbyt wielkiej siły jest zjawiskiem powszechnie występującym w życiu człowieka. Jeżeli niekorzystne warunki pracy dla narządu ruchu pojawiają się często w jednostce czasu i trwają stosunkowo długo, możemy mówić o pewnej ciągłości ich pojawiania się. Określamy je mianem przeciążeń literalnych.

Przykładem przeciążeń narządu ruchu występującym w życiu codziennym jest spędzanie większości czasu w pozycji siedzącej: w pracy za biurkiem, przy komputerze, w samochodzie. Nawet, gdy jak każe moda, zdecydujemy się na ćwiczenia w klubie fitness lub siłowni, robimy to bez odpowiedniego przygotowania i porady specjalisty.

Podstawową formą uczestnictwa w kulturze fizycznej jest wychowanie fizyczne, które jest integralną częścią procesu wychowania, a odnosi się do osobowości i ciała. Adresowane jest ono do

młodych pokoleń, a jego celem jest wspomaganie rozwoju fizycznego, motorycznego i zdrowia oraz pomnażania tych wartości w dorosłym życiu. Sport może być rozumiany jako nadbudowa w odniesieniu do wychowania fizycznego, a liczba jego uczestników będzie zdecydowanie mniejsza, niż w przypadku wychowania fizycznego. Nierozłącznym elementem sportu jest trening, który w wielu dyscyplinach rozpoczyna się już w najmłodszym wieku i niejednokrotnie związany jest z wczesną specjalizacją. Wśród dużej liczby dyscyplin sportowych wyróżnić można tzw. sporty asymetryczne, np. szermierka, piłka ręczna, lekkoatletyka – dyscypliny rzutne, które w przypadku intensywnego, systematycznego i długotrwałego treningu prowadzą do daleko idącej lateralizacji. Nie pozostaje ona bez wpływu na budowę ciała zawodnika. Zaobserwować można u tych sportowców znaczne różnice w wielkości masy mięśniowej (do kilku centymetrów różnicy w pomiarze liniowym obwodów), jak również w zakresach ruchów w stawach (od kilku do kilkunastu stopni różnicy w pomiarze kątowym zakresu ruchów w stawach) między wyspecjalizowaną a niewyspecjalizowaną połową ciała. Wysoko rozwinięta adaptacja organizmu do wykonywania określonego zadania ruchowego, która została wypracowana przez lata treningu może doprowadzać do deformacji ciała bądź wad postawy. W wyniku adaptacji mogą powstać wady w obrębie: kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej, kończyn dolnych (stawy kolanowe i stopy), odchylenie w ustawieniu głowy i szyi, różnice w sprawności kończyn (uwarunkowane wielkością masy mięśniowej i zakresem ruchów w stawach).

Na konwersatorium organizowanym przez Polskie Stowarzyszenie Obrony Godności Lekarskiej w dniu 10.03.2004 r., które prowadzone było przez profesora Świderskiego na temat: „Medycyna a kultura fizyczna”, grono obecnych tam lekarzy stwierdziło jednoznacznie, że sport wyczynowy nie wywiera dobrego wpływu na organizm sportowca. W dyskusji bardzo mocno akcentowano obecność przeciążeń nie tylko narządu ruchu, ale i całego organizmu, a także wysokie ryzyko powstania mikrourazów, które sumując się niejednokrotnie doprowadzają do śmierci zawodnika. W podsumowaniu konwersatorium przytoczono też powiedzenie „przez sport do kalectwa”. Istnieją również odmienne opinie na ten temat.

Czy przeciążenia często występują w sporcie?

Etiologia przeciążeń ma swoje źródło przede wszystkim w niewłaściwych metodach treningowych, błędach techniki, nieodpowiednim sprzęcie sportowym, nieodpowiednich nawierzchniach

niach, złych warunkach pogodowych, a także w nieprawidłowej biomechanice ruchu wynikającej z wadliwej budowy anatomicznej ciała zawodnika oraz ze złej równowagi mięśniowej (artykuł redakcyjny *Sport Wyczyn*, 1994; Dziak A, 2002a; Gawroński 2002). Sytuacja jest krytyczna w przypadku nałożenia się tych czynników. Profilaktyka może i musi wykluczać możliwość przeciążenia: poszczególne czynniki patogenne. Przytoczyć tu można następujący przykład biegacza długodystansowego, który przebiega około 100 mil tygodniowo. Jeżeli przyjąć, że jego krok ma długość około 1,5 metra, to na dystansie mili wykonuje on 1175 kroków. Siła reakcji podłoża w chwili zetknięcia się z nim stopy w trakcie biegu odpowiada 250–300% masy ciała, jeśli przyjmiemy dolną granicę (250% masy ciała), to okaże się, że na każdą stopę w trakcie pokonywania jednej mili przypada obciążenie równe 110 tonom. W tej sytuacji nawet drobne nieprawidłowości biomechaniczne w trakcie biegu będą powodować znaczne zwiększenie obciążenia.

Podstawowe znaczenie w zapobieganiu przeciążeniom ma wstępne badanie lekarskie, w którym – jeśli chodzi o narząd ruchu – najważniejsze jest rzetelne badanie ortopedyczne (Dziak A, 2002a; Dziak A, 2002b; Gawroński 2002). Zbagatelizowanie przeciwwskazań ortopedycznych do uprawiania sportu prędzej czy później doprowadzą do częściowego lub całkowitego inwalidztwa. W badaniu należy zwracać uwagę na wady rozwojowe kręgosłupa, klatki piersiowej oraz wady postawy i kończyn. Nawet nieznaczna dysproporcja w długości kończyn, koślawość lub szpotawość kolan czy też pronacja stóp mogą być przyczyną poważnych dolegliwości w przypadku uprawiania niektórych dyscyplin sportowych. W przypadku stwierdzenia odchyłań w budowie ciała jedynym postępowaniem jest eliminowanie ze sportu osób podatnych na przeciążenia.

Kolejnym etapem jest profilaktyka zespołów przeciążeniowych, które są trudne do diagnostyki i leczenia (Dziak A, 2002b). Obecnie są one częstsze z powodu powszechnego uprawiania sportu oraz bardziej intensywnego i zbyt długiego treningu. Wynikają przede wszystkim z nadmiernych obciążeń i sumowania powtarzających się mikro-urazów układu narządu ruchu. Badania lekarskie zwane okresowymi, zazwyczaj prowadzone są przez specjalistę z zakresu medycyny sportowej, mają dużą przydatność w stwierdzeniu zagrażających lub istniejących przeciążeń.

Ważną zasadą zapobiegania przeciążeniom narządu ruchu jest stosowanie przed każdym rodzajem treningu rozgrzewki (warm-up), rozciągania (stretching), a po jego zakończeniu stopniowe, schładzanie tkanek miękkich, połączone z ponownym ich rozciąganiem. Z przeprowadzonych przez Olex-Mierzejewską (Olex-Mierzejew-

ska D, 1996) badaniach 11% uszkodzeń ciała z przeciążenia powstaje podczas rozgrzewki.

Korzyści płynące ze wzrostu temperatury ciała w czasie rozgrzewki mają istotne znaczenie dla usprawnienia wydajności mięśni i tkanek łączących. Przede wszystkim obniża się ich sztywność, co zwiększa rozciągliwość. Na uwagę zasługuje fakt, że nawet pasywnie rozgrzane mięśnie są bardziej rozciągliwe. Ponadto, podwyższenie temperatury usprawnia odruchy, prowadząc do silnych i szybszych skurczów mięśniowych. Obniżenie sztywności jednostki mięśniowo-ścięgnistej zwiększa czas i siłę potrzebną do jej rozerwania, a tym samym zapobiega uszkodzeniom. Wykazano, że nieodpowiednia rozgrzewka i zbyt napięte mięśniowe mają ewidentny związek z uszkodzeniami tkanek miękkich, natomiast 10-minutowa rozgrzewka i statyczne rozciąganie zwiększa elastyczność mięśni i generowanie siły (Gawroński W, 2002).

Metody rozgrzewki mogą być aktywne i pasywne. Aktywna rozgrzewka ogólna dotyczy dużych grup mięśniowych i jest skuteczna w wielu dyscyplinach sportu, ale w niektórych może być niespecyficzna lub niezbyt specyficzna, stąd często rozgrzewka specjalistyczna stanowi jej uzupełnienie. Często w wybranych sportach stosuje się tylko rozgrzewkę specjalistyczną, opartą na dobranych indywidualnie ćwiczeniach i ruchach podobnych do startowych, ale wykonywanych na niższym poziomie aktywności.

Rozgrzewka pasywna polega na dostarczeniu ciepła z zewnętrznego źródła ciepła (metody fizykalne), co zaoszczędza nieco siły. Jest ona także przydatna w czasie przerwy w zawodach i szeroko stosowanej rehabilitacji. Przykładem może być utrzymywanie ciepła mięśni. Zapobiega to ich skurczom i obniża próg bólu. Intensywność i czas rozgrzewki zależą od wielu takich czynników, jak poziom sportowy, temperatura otoczenia, pora dnia itp. Wzrost temperatury ciała i 1–2°C jest odpowiedni i nie może powodować zmęczenia. Istotne jest, czy rozgrzewka jest stosowana przed zawodami czy też treningiem. Dla przykładu, czas rozgrzewki ogólnej, trwającej 5–10 min jest wystarczający dla lekkiej lub rekreacyjnej aktywności sportowej, natomiast w przypadku rozgrzewki sprintera przed zawodami czas ten łącznie ze stretchingiem może znacznie przekraczać 1 godzinę.

Stretching, czyli rozciąganie jest pierwszą czynnością zaniechaną przez licznych zawodników. Jest to ważna faza przygotowawcza przed wysiłkiem fizycznym. Metoda ta zwiększa zakres ruchu w stawach oraz giętkość. Stosowana przed wysiłkiem i po jego zakończeniu zapobiega uszkodzeniom mięśni i poprawia ich sprawność. Wykazano w badaniach, że zwiększony zakres ruchu i elastyczność mogą wpływać zapobiegaw-

czo na uszkodzenia. Rozgrzewka i stretching w 75% przyczyniły się do zmniejszenia uszkodzeń u piłkarzy w porównaniu z grupą kontrolną (Gawroński W, 2002). Stretching ułatwia relaksację mięśni i zmniejsza objawy bólowe, poprawia bilans (równowagę mięśniową), co skutkuje zmniejszeniem liczby uszkodzeń i ich nawrotów.

Techniki stretchingu dzielimy na dynamiczne i statyczne. Dynamiczne, zwane inaczej baliastyczne, są obecnie sporadycznie zalecane, i tylko pod kontrolą, natomiast statyczne – najstarsze – są stosowane najczęściej. Stretching może mieć charakter ogólny i specjalistyczny, dostosowany do wybranych grup mięśniowych angażowanych w poszczególnych rodzajach ruchu.

Coraz częściej w sporcie znajdują zastosowanie techniki PNF (proprioceptive neuromuscular facilitation), jak hold-relax (HR), contract-relax (CR), contract-relax agonist-contract (CRAC), dotychczas stosowane jedynie w rehabilitacji.

W części głównej treningu istotną rolę w profilaktyce przeciążeń narządu ruchu odgrywa odpowiednio dobrana do stopnia przygotowania i poziomu sportowego liczba powtórzeń poszczególnych ćwiczeń oraz wielkość obciążeń. Należy zdać sobie sprawę, że dla trenera jest to najtrudniejsze zadanie. Również ważne jest zastosowanie odpowiednich przerw między poszczególnymi treningami, celem uzupełnienia zasobów energetycznych w mięśniach, a także przeznaczenie odpowiedniej ilości czasu potrzebnego na samonaprawę mikrouszkodzeń w tkankach miękkich narządu i ich adaptację do zwiększonych obciążeń. Jak pisze Pomarnacki *„sytuacja, w jakiej znajduje się trener jest dużo gorsza od sytuacji lekarza, nie ma on bowiem dostępu do instrumentów i metod tak precyzyjnych, które pozwoliłyby na szybką i obiektywną ocenę stanu przeciążenia układów organizmu, by w porę ustrzec przed zgubnymi skutkami środków i metod, które sam stosuje. Musi być ostrożny i bardziej odpowiedzialny”*. Szczególnie w przypadku organizmów młodych sportowców. Wydaje się, że badania okresowe, czyli regularne, ale również nieczęsty kontakt z lekarzem sportowym są niewystarczające do profilaktyki przeciążeń. Olex-Mierzejewska (Olex-Mierzejewska D, 1996) w swych badaniach określa częstości występowania urazu w części głównej jednostki treningowej na poziomie 48%.

W końcowej części treningu należy pamiętać o tzw. schłodzeniu tkanek (warm-down, cooling), polegającym na wykonaniu natychmiast po jego zakończeniu ćwiczeń o coraz mniejszej intensywności, aż do spoczynku, mającym zabezpieczyć zawodnika po ekstremalnym wysiłku przed zapaścią ortostatyczną (Gawroński W, 2002). W cytowanych powyżej badaniach nie odnotowano występowania urazu w końcowej części

treningu (Olex-Mierzejewska D, 1996). W przypadku tkanek miękkich narządu ruchu schłodzenie zapobiega nagromadzeniu się metabolitów, bolesności powysiłkowej mięśni (DOMS) oraz ich sztywności. Wciąż pojawiają się rozbieżności czy stretching należy stosować przed schładzaniem tkanek, w trakcie schładzania czy też na zakończenie tego procesu.

Świadome przyjmowanie pozycji ciała dostosowanej do aktualnej czynności sportowej, wielokrotnie powtarzane podczas jednego treningu, setki razy podczas tygodnia treningów, a tysiące razy podczas miesiąca treningów, jak już wcześniej wspomniano może powodować przeciążenia literalne, które z kolei mogą doprowadzić do wad postawy.

Wśród wad postawy powstających w wyniku adaptacji w obrębie kręgosłupa wyróżnić można: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy okrągło-wklęsłe. Problemem zlokalizowanym w obrębie kręgosłupa może być również skolioza, która ze względu na mniej lub bardziej widoczne następstwa traktowana jest jako jednostka chorobowa. Działania profilaktyczne można sprecyzować na podstawie sekwencji ruchów wykonywanych w danych dyscyplinach sportowych i tak np. u kajakarzy będzie tendencja to zwiększania kifozy piersiowej podobnie jak u pływaków specjalizującego się w stylu klasycznym, u którego dodatkowo może dojść do pogłębionej lordozy lędźwiowej. W przypadku tendencji występujących u kajakarza należy zwrócić uwagę na wzmacnianie struktur, które mogą ulec rozciągnięciu, ostatecznie prowadząc do przykurczów strony przeciwnej. U „żabkarza” postępowanie profilaktyczne będzie miało miejsce na „dwóch poziomach”, tzn. poziomie klatki piersiowej i odcinka lędźwiowego kręgosłupa, a zasada postępowania będzie analogiczna jak w przypadku kajakarza. Zdecydowanie większym problemem jest wystąpienie skoliozy, dlatego też należy dołożyć wszelkich starań poprzez działania profilaktyczne, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo jej wystąpienia. Szczególnie narażeni na występowanie skoliozy są sportowcy, u których występuje dominacja jednej z kończyn górnych, np. szermierze, wioślarze czy szczypiorniści. W tych przypadkach należy dbać o równomierne wzmacnianie mięśni przykręgosłupowych. Lateralizacja w sporcie niezależnie od następstw ze strony kręgosłupa doprowadza również do znacznej różnicy w budowie. Poprzez aktywną pracę kończyny dominującej polegającą na wykonywaniu wybranych i monotypowych ruchów dochodzi do zwiększenia jej masy. Duża różnica w masie kończyn górnych jest kolejnym czynnikiem negatywnie wpływającym na kręgosłup. W celu profilaktyki wydaje się stosowne wykonywanie takiej samej liczby powtórzeń danego ruchu po stronie mniej aktywnej lub selektywne

wzmacnianie grup mięśniowych po stronie niedominującej.

Innym problemem, do którego dochodzi podczas treningu jest nieodpowiednie ustawienie głowy, które dość często związane jest ze zwiększoną kifozą piersiową. W przypadku zauważenia pierwszych symptomów należy wprowadzić ćwiczenia mające na celu wzmocnienie mięśni karku odpowiadających za wyprost głowy i szyi.

Zniekształcenia kończyn dolnych pogarszają w znacznym stopniu statykę ciała i zmieniają postawę, a zaliczyć do nich można: kolano koślawe, kolano szpotawe, stopę płaską, stopę płasko-koślawą. Popularną w naszym kraju dyscypliną, wśród której widoczna jest szpotawość kolan jest piłka nożna. Często przyczyną powstania tej wady jest zła technika biegu, w przeciwieństwie do biegaczy, u których na poziomie elementarnym naucza się prawidłowej techniki. Profilaktyka w przypadku wad w obrębie kolan polega na ćwiczeniach w pozycji wyprostu w stawach kolanowych, co naturalnie ogranicza możliwości ich doboru.

Profilaktyka wad w obrębie stóp związana jest z ćwiczeniami osłabionych grup mięśniowych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na prawidłowe ustawienie stopy w każdym etapie wykonywania tych ćwiczeń. Sporty predysponujące do powstania stopy płaskiej to piłka nożna, łyżwiarstwo. Czynnościami przeciwwskazanymi w przypadku powstającej wady w obrębie stóp są: długotrwałe stanie, dźwiganie dużych ciężarów, zeskoki i skoki bierne na twarde podłoże, duże rozkroki w pozycji stojącej. W sytuacji istnienia wad w obrębie stóp wskazane jest stosowanie wkładek ortopedycznych, które podczas całodziennego aktywności ruchowej utrzymują stopę w skorygowanym prawidłowym ustawieniu.

Profilaktyka jest kluczem do wyeliminowania wielu wad powstających w wyniku przeciążeń literalnych. Istotne jest, aby wraz z rozpoczęciem pierwszych treningów opiekunowie potencjalnych mistrzów pamiętali również o działaniach i czynnikach, które mogą okazać się niekorzystnymi w kształtowaniu postawy i budowy ciała. Domeną wielu dyscyplin jest przyjmowanie niekorzystnych

pozycji lub intensywny rozwój tylko jednej strony czy połowy ciała, dlatego też potrzebne jest świadome działanie trenera uwzględniające element profilaktyki w treningu sportowym, na co niejednokrotnie – niestety – brakuje czasu w procesie treningowym. Powyższą wskazówkę można rozumieć, jako wciąż pojawiający się element ogólnorozwojowy w procesie dochodzenia do mistrzostwa sportowego tak, aby po zakończeniu kariery zawodnik nie okazał się mistrzem zdeformowanej budowy ciała i wadliwej postawy.

Istotne znaczenie w profilaktyce zmian przeciążeniowych i uszkodzeń narządu ruchu ma rozważne stosowanie różnych środków wspomagających. Stwierdzono, że nadużywanie kreatyny sprzyja w niektórych przypadkach rozwinięciu się ciasnoty międzypowięziowej. Szczególnie dotyczy to mięśnia piszczelowego przedniego. Odnotowano, że stosowanie zabronionych środków z grupy steroidów analityczno-androgennych w wielu przypadkach doprowadziło do uszkodzenia jednostki mięśniowo-ścięgnistej w wyniku nadmiernego rozwoju siły mięśniowej. Przypuszcza się ponadto, że steroidy doprowadzają do zaburzeń w syntezie kolagenu.

Jak wynika z powyższego wiele czynników składa się na występowanie zmian przeciążeniowych narządu ruchu u sportowców. Niektóre z nich, jak np. bezkrytycznie zwiększane obciążenia treningowe, są często – niestety – poza kontrolą lekarską. Stosowne wydaje się w tym miejscu przytoczenie słów Mathesona, redaktora naczelnego amerykańskiego czasopisma „The Physican and Sportsmedicine”, który stwierdził, że: „*podejmowanie nadmiernego ryzyka, przekraczanie dopuszczalnych granic, pragnienie zwycięstwa – to czynniki, które często przeważają nad korzyściami, jakie przynoszą środki prewencyjne*”. Powyższe zdanie odnosi się nie tylko do zawodników, ale również trenerów, którzy w dobie komercjalizacji sportu mają z wytrenowania mistrza niemałe profity. Nie sposób nie wspomnieć o rodzicach, którzy we wzajemnym wyścigu o nazwie: co moje dziecko już umie i potrafi, nie dopuszczają nawet najmniejszej myśli, że ich pociechy nie będą mistrzami.

Piśmiennictwo

1. Wejsflog G. *Zniekształcenia statyczne*. [w:] Kasperczyk T. *Higiena szkolna*. Warszawa: PZWL; 1958: 222–247.
2. Świdorski G, Świdorska K. *Kliniczne uwarunkowania wydolności kręgosłupa a postawa ciała*. [w:] Ślężyński J. *Postawa ciała człowieka i metody jej oceny*. Katowice: AWF; 1992: 23–32.
3. Best CH, Taylor NB. *Fizjologiczne podstawy postępowania lekarskiego*. Warszawa: PZWL; 1971: 1, 100–106.
4. Zeyland-Malawka E, Nowakowski M. Drogi, rozdroża i drogowskazy w kierunku prawidłowej postawy ciała. *Adv Clin Ex Med* 2002; 11, 1, suppl. 1: 91–96.
5. Wolański N. *Metody kontroli i normy rozwoju dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 1976.
6. Kasperczyk T. *Wady postawy, diagnostyka i leczenie*. Kraków: Kasper; 1998: 9–70.
7. Artykuł redakcyjny. Urazy z przeciążenia – wielki problem sportu. *Sport Wyczyn* 1994; 3–4: 63–72.

8. Dziak A. Odrębności ortopedyczno-traumatologiczne w sporcie dzieci i młodzieży. *Medicina Sportiva* 2002; 6(1): 25–30.
9. Gawroński W. Sportowo-lekarska profilaktyka zmian przeciążeniowych narządu ruchu u sportowców. *Medicina Sportiva Practica* 2002; 3(1): 1–4.
10. Dziak A. Uszkodzenia sportowe i ich leczenie. *Acta Clinica* 2002; 2, 3: 217–224.
11. Olex-Mierzejewska D. Czynniki ryzyka w powstawaniu urazów sportowych. *Sport Wyczyn* 1996; 9–10: 46–51.

Adres I Autora:

Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu AWF
ul. Rzeźbiarska 4
51-629 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PEDIATRIA I PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE
PEDIATRY AND PEDIATRIC NURSING

Aktywność ruchowa i uprawianie sportu u dzieci z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby (PWZW)

Physical activity in children with chronic viral liver diseases

JAROSŁAW GRUSZKA, LESZEK SZENBORN, IRMA KACPRZAK-BERGMAN

Z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Dzieci Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Irma Kacprzak-Bergman

Streszczenie **Wstęp.** Dzieci chore na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby (PWZW) pozostają bez jasnych zaleceń, co do aktywności ruchowej i uprawiania sportu. **Cel pracy.** Celem pracy było zbadanie, czy PWZW wpływa na aktywność fizyczną i uprawianie sportu oraz jakie są poglądy rodziców na ten temat. **Materiał i metody.** Badanie ankietowe wśród 178 rodziców dzieci chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby. **Wyniki.** PWZW trwało średnio 7,22 lat (od 1 do 16 lat). Z powodu choroby 54 dzieci (30,3%) było zwolnionych z zajęć wychowania fizycznego (w-f) w szkole. 54 poza lekcjami w-f uprawia czynnie gry zespołowe (39), pływanie 7, jazda na rowerze 7, biegi 4, gimnastyka 4, narciarstwo 2, tenis stołowy 2, tekwon-do 1, kulturystyka 1, joga 1, łyżwiarstwo 1. 12 dzieci wpisało do ankiety kilka dziedzin sportu jednocześnie. 44 (24,7%) dzieci chciało uprawiać sport, ale z powodu choroby zrezygnowali z tych zajęć. Ocena wpływu aktywności ruchowej na chorobę wątroby, dokonana przez ich rodziców była różna i niejednoznaczna. 31 (17,43%) badanych uważa ten wpływ za korzystny, a 32 (17,97%) za niekorzystny. 40 (22,47%) jest zdania, że nie ma on znaczenia. 75 (42,13%) odpowiedziało, że nie wie. Wśród rodziców pozwalających swoim dzieciom na sport (54): 13 uważa, że gimnastyka ma korzystny wpływ na dziecko z PWZW, 5 stwierdziło, że jest on niekorzystny (mimo tego pozwolili swoim dzieciom uprawiać sport), 13 uznało, że gimnastyka nie ma żadnego znaczenia, 23 odpowiedziało „nie wiem”. **Wnioski.** 1. Nadal istniejące przekonanie, głównie wśród lekarzy pierwszego kontaktu, o szkodliwości aktywności fizycznej u chorych z PWZW wymaga szerokiego upowszechnienia zmiany poglądów. 2. Wybór uprawianej dziedziny sportu u pacjentów z PWZW nie powinien być przypadkowy, lecz taki, aby następował u nich rozwój masy mięśniowej. 3. Konieczna jest ściślejsza współpraca hepatologów i lekarzy pierwszego kontaktu. **Słowa kluczowe:** aktywność ruchowa, sport, dzieci.

Summary **Introduction.** In Poland children with chronic viral hepatitis (CVH) do not get any clear recommendation concerning physical activity and training sport. **Objectives.** Of study was to examine how CVH affects physical activity and training sport by children and what is the parent's opinion about the influence of physical activity on liver disease. **Material and methods.** The questionnaire among 178 parents and their children suffering from CVH. **Results.** CVH lasted mean 7 years and 2 months (range 1 to 16 years) 54 children were excused from sport classes at school. 54 of examined trains team games (39) and others (29): swimming, cycling, running, gymnastics, skiing, table tennis, tekwon-do, athletics, yoga, ice skating. Twelve children declared training more than one sport. 44 children wanted to train any sport, but because of the illness they had to give it up. Parents evaluate the influence of physical activity on liver disease in different ways and ambiguous. In opinion of 31 physical activity has good influence, 32 bad influence, 40 thinks that it has no meaning. Among parents who allowed their children train sport (54): 13 thinks that gymnastics is of great value for children with CVH, 5 told us that gymnastics is disadvantage (except the fact they allowed their children to train sports), 13 do not think that gymnastics has any value. **Conclusions.** 1. Doktor's lack of interest in physical activity the patients with CVH is the reason of uncertainty the families about value of training sports. 2. The choice of sport train by children with chronic viral hepatitis is accidental and results more from children's will than parent's and doctors interest. Among sports trained by these children the majority makes team games, not the developing muscle mass. **Key works:** physical activity, chronic viral liver diseases, children.

Wstęp

Leczenie pacjenta z chorobą przewlekłą ma sprzyjać jego powrotowi do normalnej, codziennej aktywności w życiu rodzinnym, nauce, pracy i sporcie. Dotyczy to również dzieci chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby (PWZW). Rodzice dzieci chorych na PWZW w trosce o ich zdrowie i kierując się obawą przed zaostrzeniem bądź progresją choroby wprowadzają samodzielnie wiele ograniczeń wpływających negatywnie, w odczuciu dzieci, na ocenę jakości ich życia. Często w działaniach tych „wspierani” są przez lekarzy. Z badań prowadzonych obecnie w naszej klinice wynika, że dotyczy to zwłaszcza aktywności ruchowej i ograniczeń dietetycznych. Z badań naukowych wiadomo, że wskaźniki jakości życia osób zakażonych wirusami hepatotropowymi są wyraźnie gorsze w porównaniu do populacji ogólnej. Dotyczy to przede wszystkim pracy, snu i odpoczynku oraz rekreacji i spędzania wolnego czasu (Davis GL, Balart LA, 1994).

W niektórych przewlekłych chorobach układu oddechowego i chorobach metabolicznych wypracowano powszechnie akceptowany konsensus dotyczący aktywności fizycznej i uprawiania sportu przez pacjentów. W Polsce dzieci chore na przewlekłe zapalenie wątroby pozostają bez jasnych zaleceń co do aktywności ruchowej, uprawiania sportu i rekreacji. Znane są natomiast zalecenia w USA dotyczące uprawiania sportu przez osoby zakażone wirusami hepatotropowymi mające na celu ochronę zawodników i personelu przed zakażeniem (American Academy of Pediatrics, 1999).

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie:

1. Jak przewlekła choroba wpływa na aktywność fizyczną i uprawianie sportu przez dzieci z PWZW?
2. Jaki jest pogląd rodziców na wpływ tej aktywności na chorobę wątroby u ich dzieci?

Materiał i metody

Przeprowadzono badanie ankietowe wśród rodzin 178 dzieci chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby obojga płci. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby zakażeni wirusem HBV (n = 125), pozostali byli zakażeni wirusem HCV lub współistniało u nich zakażenie HBV i HCV (n = 53). Badanie przeprowadzono w czasie wizyt kontrolnych w Poradni Chorób Wątroby. Obecność lekarza przy badaniu sprzyjała rzetelności

wypełniania ankiet przez badanych, którzy każdorazowo mogli wyjaśnić wątpliwości związane z pytaniami, nie sugerując odpowiedzi. W analizie statystycznej posłużono się odsetkami.

Wyniki

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby u ankietowanych trwało średnio 7,22 lat (od 1 do 16 lat).

Z powodu choroby 54 dzieci (30,3%) było zwolnionych z zajęć wychowania fizycznego (w-f) w szkole, a 124 dzieci (69,7%) uczestniczyło w tych lekcjach.

Pięćdziesiąt czworo (30,3%) rodziców podało, że poza lekcjami w-f ich dzieci uprawiają czynnie inne sporty. Wśród dyscyplin najchętniej uprawianych przez dzieci chore na PWZW są głównie gry zespołowe: piłka nożna – 25 dzieci (14,04%), koszykówka – 7 pacjentów (3,03%), siatkówka – 5 osób (2,80%), piłka ręczna – 2 osoby (1,12%). Inne dyscypliny uprawiane przez dzieci z PWZW to: pływanie – 7 dzieci (3,93%), jazda na rowerze – 7 chorych (3,93%), biegi – 4 badanych (2,25%), gimnastyka – 4 pacjentów (2,25%), narciarstwo – 2 dzieci (1,12%), tenis stołowy – 2 osoby (1,12%), tekwon-do, kulturystykę, jogę i łyżwiarstwo uprawiało odpowiednio po jednym pacjencie (0,56%). Dwanaścioro dzieci zadeklarowało uprawianie kilku dyscyplin jednocześnie. Większość, gdyż 123 (69,1%) badanych, nie uprawia żadnego sportu, 1 pacjent (0,56%) wstrzymał się od odpowiedzi.

Czterdzieści czworo (24,7%) ankietowanych dzieci chciało uprawiać sport, ale z powodu samego rozpoznania choroby musiało zrezygnować z tych zajęć. Dla 132 (74,16%) pacjentów rezygnacja z uprawiania sportu nie stanowiła problemu, a 2 pacjentów nie odpowiedziało na pytanie.

Ocena wpływu aktywności ruchowej na chorobę wątroby dzieci, dokonana przez ich rodziców, była różna i niejednoznaczna. Trzydziestu jeden (17,43%) badanych uważa ten wpływ za korzystny, a 32 (17,97%) za niekorzystny; 40 (22,47%) jest zdania, że nie ma on znaczenia; 75 (42,13%) odpowiedziało, że nie wie, jaki jest wpływ gimnastyki na chorobę wątroby u ich dziecka. Wśród rodziców pozwalających swoim dzieciom na sport (n = 54): 13 uważa, że gimnastyka ma korzystny wpływ dla dziecka z PWZW, 5 stwierdziło, że jest on niekorzystny, 13 uznało, że gimnastyka nie ma żadnego znaczenia, 23 odpowiedziało „nie wiem”.

Omówienie wyników i dyskusja

Badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentów doświadczonych, dla których choroba

nie stanowi novum, o czym świadczy długi średni czas trwania choroby. Jest to wystarczający okres, by zasięgnąć opinii specjalistów, wyrobić sobie własny pogląd lub doksztalcić się we własnym zakresie. Otrzymane wyniki w tym kontekście są zaskakujące.

Zwolnienie prawie jednej trzeciej dzieci z lekcji wychowania fizycznego w szkole jest na pewno nieuzasadnione. Badanie nie objęło ani jednego dziecka z objawami przewlekłej niewydolności wątroby. Można przypuszczać, że większość tych decyzji była poparta zaświadczeniem lekarskim. Być może było ono wymuszone przez rodziców, ale również mogło wynikać z przekonania lekarza o szkodliwości wysiłku fizycznego dla chorych z PWZW.

W literaturze nie spotyka się zaleceń ograniczających aktywność fizyczną i uprawiania sportu przez osoby chore na PWZW, wręcz przeciwnie, zaleca się rozsądne uprawianie sportu i aktywność fizyczną z korzyścią dla pacjentów (Ritland S, 1988; Harrington DW, 2000). Wykonywano nawet próby wysiłkowe u chorych z ostrym WZW (Wiese M, Metzner C, 1983). Wykazano np., że submaksymalny wysiłek fizyczny u osób z przewlekłym aktywnym wirusowym zapaleniem wątroby był bardzo dobrze tolerowany i nie wpływał na zmianę parametrów wydolności wątroby i zaostrzenie procesu zapalnego (Ritland S, Foss NE, 1982).

Co ciekawe, dokładnie tyle samo dzieci, ile zwolniono z lekcji w-f, a więc 54, uprawiało poza lekcjami dodatkowo sport lub przejawiało inny rodzaj aktywności ruchowej.

Dobór dyscypliny sportowej wydaje się przypadkowy. Dominowały zdecydowanie gry zespołowe, a więc te dyscypliny, w których mamy do czynienia z dużą urazowością (możliwość krwawienia) i które są związane z bliskim kontaktem cielesnym zawodników. W powszechnej opinii te dyscypliny sportu nie powinny być zalecane osobom z PWZW ze względu na nie same oraz narażanie innych na ewentualne zakażenie. Choć wydawać się może, że bliski kontakt cielesny oraz możliwy kontakt z krwią mogą sprzyjać zakażeniom wśród zawodników, to zaprzeczają temu dane z literatury, z których wynika, że ryzyko takie, choć istnieje, jest znikome i można je skutecznie eliminować (Dorman JM, 2000; Siebert DJ, Lindschau PB, 1995). Niemniej jednak istnieją pojedyncze doniesienia o możliwości zakażenia się wirusami B i/lub C zapalenia wątroby w trakcie treningów gier zespołowych lub walk zapasniczych (Tobe K, Matsuura K, 2000; Bourliere M, Halfon P, 2000; Stacey A, Atkins B, 2000).

Z rozmów z naszymi pacjentami wynikało jednak, że nie względy merytoryczne decydowały o wyborze dyscypliny sportu. Mało pacjentów uprawia sporty ukierunkowane na rozwój masy

mięśniowej. Prawidłowy rozwój masy mięśniowej ma dla nich duże znaczenie, gdyż w późnych okresach choroby może dojść do jej szybkiej utraty. Pacjent, który podał, że uprawia kulturystykę, jednocześnie został zwolniony przez rodziców z lekcji wychowania fizycznego. Pozostaje on pod nadzorem specjalisty z dziedziny kulturystyki, nie stosuje żadnych dodatkowych środków pobudzających rozwój masy mięśni. Ma to bardzo istotne znaczenie, gdyż jak powszechnie wiadomo, nadużywanie sterydów anabolicznych w tej dyscyplinie jest częste i niezwykle niebezpieczne (Pertusi R, Dickerman RD, 2001).

15-latką uprawiającą łyżwiarstwo jest uczennicą Klasy Mistrzostwa Sportowego w Zakopanem, gdzie intensywnie trenuje, ale nie ma opieki hepatologicznej.

Sam fakt zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby wpłynął u jednej czwartej badanych na decyzję o rezygnacji z uprawiania sportu. Gdyby nie zakaz uprawiania sportu, prawdopodobnie dołączyliby oni do grupy uprawiającej aktywnie sport.

Brak rzeczowego spojrzenia rodziców na ten aspekt życia ich chorych dzieci wynika naszym zdaniem z niewiedzy, braku rzetelnej lekarskiej informacji oraz powszechnie rozpowszechnianych opinii niemających podstaw naukowych. Około jedna piąta uczestniczących w ankiecie rodziców jest przekonana o negatywnym wpływie aktywności fizycznej na chorobę ich dziecka i prawie taka sama ich liczba jest przeciwnego zdania. Natomiast zdecydowana większość uważa, że nie ma to żadnego znaczenia, albo przyznaje się do niewiedzy. Powyższą tezę potwierdza również analiza odpowiedzi na to samo pytanie wśród rodziców pozwalających swym chorym dzieciom na uprawianie sportu. Aż 5 wśród nich przyznało, że są przekonani o jego szkodliwości! Zastanawiające są więc motywy takiego postępowania. Dwudziestu trzech rodziców odpowiadając „nie wiem” i 13, dla których „nie ma żadnego znaczenia”, zadeklarowało całkowitą ignorancję tematu.

Jest oczywiste, że wybór dyscypliny sportu, a przede wszystkim dozowanie wysiłku, powinno być dostosowane do aktualnego stanu wydolności wątroby pacjenta z PWZW (Harrington DW, 2000; Ritland S, Foss NE, 1982). Zbyt duże obciążenie wysiłkiem fizycznym nie jest korzystne dla pacjentów z chorobą wątroby (Boubaddi NE, Tissot B, 1996).

W literaturze trudno spotkać badania podobne do naszych. W kręgu zainteresowań naukowców pozostają głównie aspekty możliwości kontaminacji czynnikami zakaźnymi znajdującymi się we krwi, epidemiologia i profilaktyka (Dorman JM, 2000; Mast EE, Goodman RA, 1995; Bowman JF, 1976).

Wnioski

1. Nadal istniejące przekonanie, głównie wśród lekarzy pierwszego kontaktu, o szkodliwości aktywności fizycznej u chorych z PWZW wymaga szerokiego upowszechnienia zmiany poglądów.
2. Wybór uprawianej dziedziny sportu u pacjentów z PWZW nie powinien być przypadkowy, lecz taki, aby następował u nich rozwój masy mięśniowej.
3. Konieczna jest ściślejsza współpraca hepatologów i lekarzy pierwszego kontaktu.

Piśmiennictwo

1. Davis GL, Balart LA, Schiff ER et al. Assessing health-related quality of life in chronic hepatitis C using the Sickness Impact Profile. *Clin Ther* 1994;16: 334–343.
2. No authors listed, Human immunodeficiency virus and other blood-borne viral pathogens in the athletic setting. Committee on Sports Medicine and Fitness. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 1999 Dec; 104(6): 1400–1403.
3. Ritland S. Exercise and liver disease. *Sports Med* 1988 Aug; 6(2): 121–126.
4. Harrington DW. Viral hepatitis and exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2000 Jul; 32(7 Suppl.): S422–430.
5. Wiese M, Metzner C, Ziesenhenn K et al. Effect of a bicycle ergometry training program in the acute phase of viral hepatitis on its late prognosis. *Z Gesamte Inn Med* 1983 May 1; 38(9): 42–44.
6. Ritland S, Foss NE, Skrede S. The effect of a standardized work load on 'liver tests' in patients with chronic active hepatitis. *Scand J Gastroenterol* 1982 Nov; 17(8): 1013–1016.
7. Dorman JM. Contagious diseases in competitive sport: what are the risks? *J Am Coll Health* 2000 Nov; 49(3): 105–109.
8. Siebert DJ, Lindschau PB, Burrell CJ. Lack of evidence for significant hepatitis B transmission in Australian Rules footballers. *Med J Aust* 1995 Mar 20; 162(6): 312–313.
9. Tobe K, Matsuura K, Ogura T et al. Horizontal transmission of hepatitis B virus among players of an American football team. *Arch Intern Med* 2000 Sep 11; 160(16): 2541–1545.
10. Bourliere M, Halfon P, Quentin Y et al. Covert transmission of hepatitis C virus during bloody fistcuffs. *Gastroenterology* 2000 Aug; 119(2): 507–511.
11. Stacey A, Atkins B. Infectious diseases in rugby players: incidence, treatment and prevention. *Sports Med* 2000 Mar; 29(3): 211–220.
12. Pertusi R, Dickerman RD, McConathy WJ. Evaluation of aminotransferase elevations in a bodybuilder using anabolic steroids: hepatitis or rhabdomyolysis? *J Am Osteopath Assoc* 2001 Jul; 101(7): 391–394.
13. Ritland S, Foss NE, Gjone E. Physical activity in liver disease and liver function in sportsmen. *Scand J Soc Med Suppl* 1982; 29: 221–226.
14. Boubaddi NE, Tissot B, Imbert Y et al. Severe hepatic lesion after a long distance running. *Gastroenterol Clin Biol* 1996; 20(4): 403–404.
15. Mast EE, Goodman RA, Bond WW et al. Transmission of blood-borne pathogens during sports: risk and prevention. *Ann Intern Med* 1995 Feb 15; 122(4): 283–285.
16. Bowman JF. Infectious hepatitis in a college football player. *Am J Sports Med* 1976 May-Jun; 4(3): 101–106.

Adres Autorów:

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych Dzieci AM

ul. O. Bujwida 44

50-345 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PEDIATRIA I PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE
PEDIATRY AND PEDIATRIC NURSING

Analiza porównawcza oceny zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku od 16 do 18 lat na podstawie badań własnych oraz przeglądu literatury

Comparative analysis of opinion of wholesome maintenances
of youth in age from 16 to 18 years on basis of own investigations
as well as review of literature

ANNA FELIŃCZAK, GRAŻYNA SIARKIEWICZ, MACIEJ JUZWISZYN, DOMINIK KRZYŻANOWSKI
Z Zakładu Organizacji i Zarządzania Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej
we Wrocławiu
Kierownik: dr Grażyna Siarkiewicz

Streszczenie W pracy podjęto próbę oceny kluczowych elementów stylu życia uczniów klas średnich we Wrocławiu. Badania wykazały wiele negatywnych zachowań w zakresie zdrowia wśród polskiej młodzieży. Różnice te są zdeterminowane przez płeć zwłaszcza w zakresie aktywności fizycznej. Sposób odżywiania się i stosowanie używek jest podobny dla obu płci i wykazuje niewielkie różnicowanie. Aktywność fizyczna jest domeną mężczyzn (70% z nich podejmuje dodatkową aktywność fizyczną pozalekcyjną). Kobiety same gorzej oceniają swój poziom aktywności fizycznej niż mężczyźni. W charakterystyce sposobu odżywiania się młodzieży na uwagę zasługuje fakt, że młodzi ludzie nie kontrolują liczby zjadanych posiłków i ich kaloryczności. Typowe jest podjadanie między posiłkami zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. W żywieniu badani preferują chleb biały, ziemniaki, mięso, wędliny i słodczyce. Natomiast tylko niewielki odsetek spożywa ryby, kasze lub ryż. Jeżeli chodzi o stosowanie używek przez młodzież, to częściej piją oni alkohol niż palą papierosy.

Słowa kluczowe: młodzież, zachowania zdrowotne, aktywność fizyczna, używki, odżywianie.

Summary In work test of opinion of key elements of style of life of pupils of average classes was cut in Wrocław. Investigations showed many negative maintenances in range of health among Polish youth. Differences this are determined through sex especially in range of physical activity. Way of nourishment oneself and applying of condiments is similar for both sex and small differentiation shows. Physical activity is domain of men (70% from them takes additional physical activity beyond teaching). Myself women estimate one's level of physical activity depression men bad. In character of way of nourishment fact deserves youth onto attention, that young people do not control numbers of eaten meals and them of calorcity. Typical gnawing is among meals both among men as women. In nourishment studied prefer white bread, potatoes, meat, pork-butcher 's meats and sweetness. However only small percentage consumes fish, porridges or rice. If it walks about applying of condiments through youth this often it drinks them liquor cigarettes smoke depression.

Key word: youth, wholesome maintenances, physical activity, condiments, nourishment.

Wstęp

Na stan zdrowia każdego człowieka, niezależnie od wieku, istotny wpływ ma styl życia. Kształtuje się on głównie w dzieciństwie oraz w młodości i zostaje utrwalony na wiele lat. Wadliwie pojęty i rozwijany może stać się przyczyną zagrożenia zdrowia aktualnie i w przyszłości

[1]. Wyniki wieloletnich badań epidemiologicznych wskazują niezbicie, że postęp medycyny ma mniejszy wpływ na przeciętną długość ludzkiego życia niż czynniki środowiskowe, a przede wszystkim style życia i zachowania zdrowotne ludzi. Wiemy o tym od dawna, a mimo to o zdrowie troszczymy się głównie wówczas, gdy zaczyna go nam brakować. Wiele schorzeń (np.: oty-

łość, choroba niedokrwienna serca, niektóre nowotwory) jest związanych w dużej mierze z nieprawidłowym stylem życia. Do najistotniejszych elementów zdrowego stylu życia należą: aktywność fizyczna, unikanie palenia tytoniu i picia alkoholu, odpowiednia dieta, umiejętność radzenia sobie ze stresem [2].

W pracy podjęto próbę oceny kluczowych elementów stylu życia uczniów klas średnich we Wrocławiu.

Materiał i metody

Badanie ankietowe przeprowadzono w szkołach średnich na terenie miasta Wrocławia w latach 2003–2004. Badaniami objęto 60 uczniów w wieku 16–18 lat obu płci. Do oceny wybranych elementów stylu życia, takich jak: odżywianie się, stosowanie używek, formy aktywności i wypoczynku, posłużyła ankieta autorska.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica.

Wyniki i omówienie

Raport z V edycji międzynarodowych badań ilościowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, przeprowadzone pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia Biura Regionalnego dla Europy (HBSC), wykazał wiele niedostatków w zakresie zachowań zdrowotnych wśród polskiej młodzieży. Mała aktywność fizyczna w czasie wolnym cechuje prawie co trzeciego chłopca i co drugą dziewczynę. Istnieje wyraźna dysproporcja między czasem przeznaczonym na aktywność ruchową a spędzaniem przed telewizorem [3].

Natomiast z naszych badań wynika (ryc. 1), że wszyscy badani mężczyźni chętnie uczęszczają na lekcje wychowania fizycznego, a 70% z nich uprawia dodatkowo sport i większość z nich uważa (80%), że ma dobrą kondycję fizyczną.

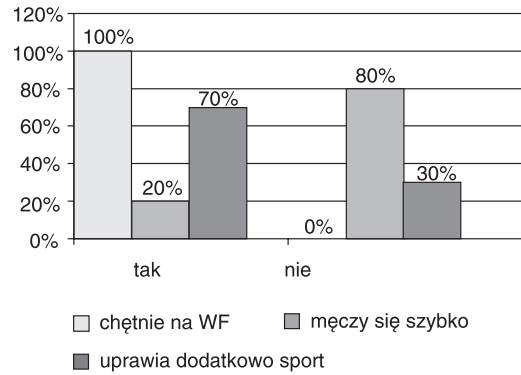
Natomiast wśród badanych kobiet (ryc. 2) prawie połowa (47%) nie lubi tych zajęć, aż 50% nie uprawia dodatkowo sportu, mimo że podobnie jak mężczyźni (77%) uważają, że mają dobrą kondycję fizyczną.

Badani mężczyźni (wykres 3) uważają, że nie męczą się tak szybko jak kobiety. Większość z nich (80%) może przejść dłuższy dystans (powyżej 3 km) bez zmęczenia niż badane kobiety (51,2%).

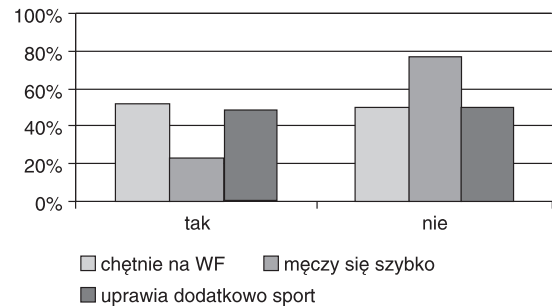
Jak wynika z przeprowadzonych badań (ryc. 4), większość badanej grupy (64% kobiet i 60% mężczyzn) przeznaczają od 7 do 8 godzin snu na dobę.

89,9% badanych mężczyzn i 69% kobiet swój wolny czas spędza w połowie zarówno w formie czynnej, jak i biernej (ryc. 5).

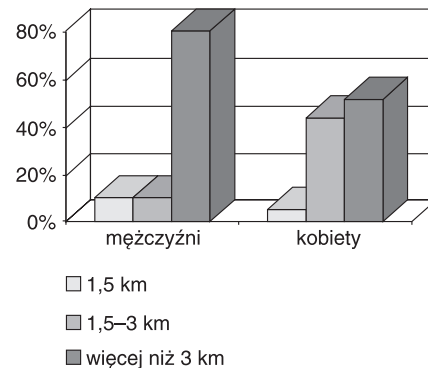
Aż 60% badanych mężczyzn i 55% badanych



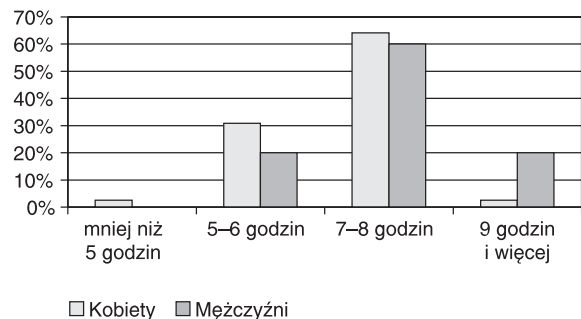
Ryc. 1. Aktywność fizyczna u mężczyzn



Ryc. 2. Aktywność fizyczna u kobiet



Ryc. 3. Kondycja fizyczna



Ryc. 4. Liczba godzin snu

kobiet rzadko zażywa lub wcale dłuższego wypoczynku czynnego w formie długiego spaceru lub jazdy na rowerze (ryc. 6).

Taka sama liczba badanych (ryc. 7) mężczyzn (30%) nie ćwiczy wcale, jak i ćwiczy codziennie. Prawie 1/3 badanych młodych kobiet ćwiczy nieregularnie, a 23% 3–4 razy w tygodniu.

Większość badanych kobiet (64,1%) uważa, że ich poziom aktywności jest przeciętny, natomiast badani mężczyźni oceniają swój poziom aktywności jako wyższy niż przeciętny (30%) lub przeciętny (40%) (ryc. 8).

Stwierdzono dodatnią korelację (0,3) między wykonywaniem ćwiczeń w domu a oceną poziomu aktywności fizycznej.

Charakterystyka odżywiania się

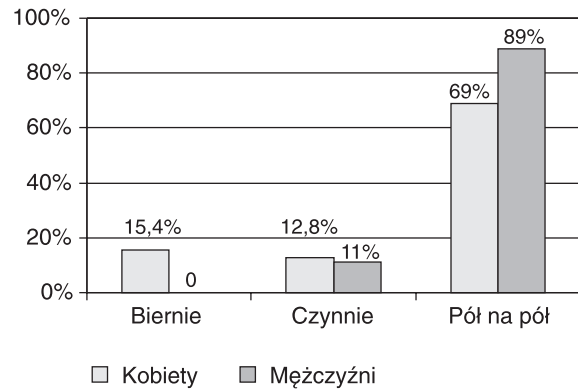
Według badań HBSC niepokojący jest sposób odżywiania nastolatków. W diecie 60–70% nie ma codziennie warzyw i ciemnego pieczywa, równocześnie 41% młodzieży spożywa codziennie słodkie i słodkie napoje gazowane, co 5 nie spożywa drugiego śniadania w szkole.

Z analizy przeprowadzonych przez Zakład badań wynika (tab. 1), że: 40% badanych mężczyzn je 4 posiłki dziennie, są to: śniadanie II, obiad, podwieczorek, kolacja, natomiast po 25% badanych kobiet je 5 (I i II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja) posiłków lub 2 (obiad + kolacja).

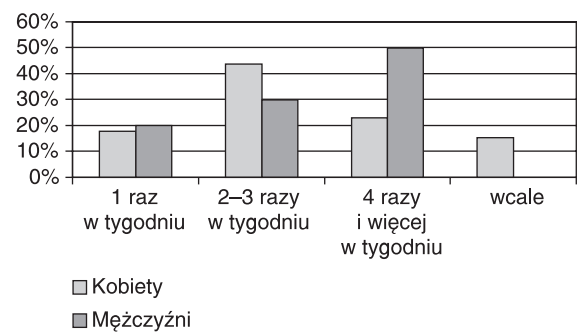
100% mężczyzn i 72% badanych kobiet przyznaje, że nigdy nie kontroluje liczby zjadanych posiłków.

Zarówno 80% badanych mężczyzn, jak i kobiet podjada między posiłkami, są to zarówno tzw. zapychacze, jak i warzywa oraz owoce (64% kobiet; 87,5% mężczyzn). Robią to najczęściej podczas oglądania telewizji. Większość badanych 70% spożywa posiłki w barach szybkiej obsługi. Wszyscy badani mężczyźni najchętniej spożywają zwykły chleb, mięso i wędliny, większość z nich (90%) jada również żółty ser oraz słodkocze. Z obu badanych grup mała liczba spożywa ryby (mężczyźni 33%, kobiety – 20%), kasze (mężczyźni 11%, kobiety – 12%) oraz ryż (mężczyźni 20%, kobiety – 23%). Natomiast większość kobiet preferuje w swoim żywieniu ziemniaki (88,7%) oraz podobnie jak mężczyźni spożywają chleb zwykły (94,3%), ser żółty (94,1%) oraz wędliny (78,4%). Większość z nich jada też słodkocze (73%). Warzywa zarówno surowe, jak i gotowane są składową dietą u co drugiego nastolatka (tab. 2).

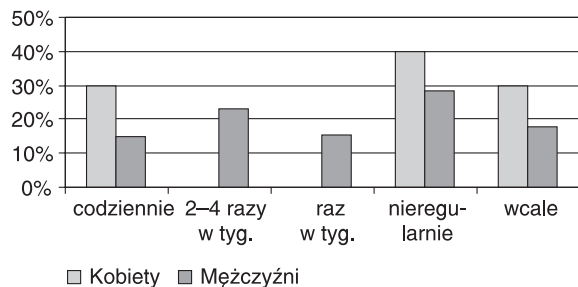
Jeżeli chodzi o próby palenia papierosów, polska młodzież lokuje się w pobliżu „środka” (43%). Z krajów byłego bloku wschodniego wyprzedzają ją Węgry (46%), Litwa (51%) i Czechy (53%). Różnice między chłopcami i dziewczętami pod tym względem zacierają się z wiekiem, wśród 15-latków próbowało palić 70% chłopców i 60% dziewcząt. Są kraje, w których dziewczęta częściej niż chłopcy próbują palić. Należą do nich: Kanada, Anglia i Szkocja. W latach 90. stwierdzo-



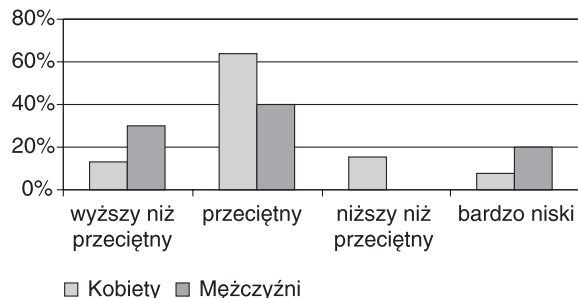
Ryc. 5. Forma spędzania wolnego czasu



Ryc. 6. Częstość wypoczynku czynnego



Ryc. 7. Częstość ćwiczeń fizycznych w domu



Ryc. 8. Poziom aktywności

no w Polsce wzrost częstości palenia, szczególnie wśród dziewcząt. W roku 1990 było to 7% dziewcząt w wieku 11–15 lat, w 1998 już 13%.

W 1998 r. 76% polskiej młodzieży w wieku 11–15 lat próbowało już napojów alkoholowych.

Tabela 1. Dzienna liczba posiłków

	5	4	3	2 (śniadanie + obiad)	2 (obiad + kolacja)
mężczyźni	30%	40%	30%	0%	0%
kobiety	25%	7%	30%	13%	25%

Tabela 2. Spożywanie wybranych produktów od 3 do 5 razy w tygodniu (dane wyrażone w %)

Rodzaj produktu	Mężczyźni	Kobiety
Chleb zwykły	100,0	94,3
Chleb razowy	0,0	43,3
Mleko	50,0	53,0
Jaja	20,0	50,0
Ser biały	10,0	62,8
Ser żółty	90,0	94,1
Ryby	33,0	20,0
Mięso	100,0	57,6
Wędliny	100,0	78,1
Kasze	11,0	12,0
Ryż	20,0	23,0
Ziemniaki	55,0	88,7
Warzywa surowe	53,0	57,0
Warzywa gotowane	67,0	51,0
Słodycze	90,0	73,0

W niektórych krajach nie stwierdzono znaczących różnic między takimi próbami wśród chłopców i dziewcząt. Podobne tendencje daje się zauważyć w Polsce. Z badań własnych wynika (ryc. 9), że 70% młodych mężczyzn nie pali papierosów, ale tyle samo pije alkohol i 74% badanych kobiet nie pali papierosów, ale aż 72% pije alkohol.

Młodzi ludzie preferują picie piwa, z tym że kobiety (39%) częściej niż mężczyźni (25%) piją alkohol wysokoprocentowy.

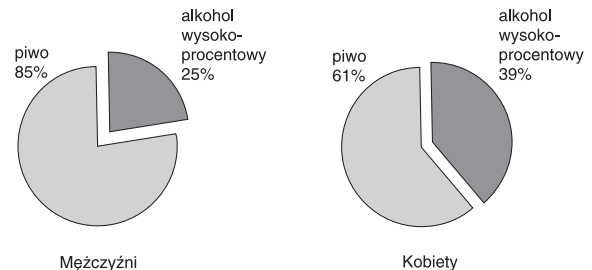
Wnioski

- Większość badanych mężczyzn cechuje wysoka aktywność fizyczna, natomiast większość kobiet cechuje mała aktywność.
- Większość badanej młodzieży swój wolny czas spędza w połowie w formie czynnej i biernej.

Piśmiennictwo

- Ostrowska. Prozdrowotne style życia. Promocja Zdrowia. *Nauki Społeczne i Medycyna* 1997; 10–11.
- Wojnarowska i wsp. (red.). Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce. Warszawa: ImiDz; 1993.
- Macieszek J. Aktywność ruchowa dzieci i młodzieży w wolnym czasie. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* nr 2.

Adres Autorów:
Zakład Organizacji i Zarządzania,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław



Ryc. 9. Picie alkoholu przez młodzież

- Z analizy charakterystyki żywienia wynika, że młodzi ludzie spożywają zbyt wiele tzw. produktów wysokoprzetworzonych (biały chleb, słodycze, żółte ser), natomiast nie uwzględniają takich produktów, jak: ryby, kasze i ryż.
- Pozytywne jest, że młodzież rzadko pali papierosy.
- Niepokojące jest zjawisko spożywania alkoholu przez młodzież. Najbardziej popularnym jest picie napojów niskoprocentowych.

Podsumowanie

Styl życia młodzieży w wieku od 16 do 18 lat, czyli osób wkraczających w dorosłość, samodzielne życie wymaga podjęcia działań mających na celu zmianę niekorzystnych dla zdrowia zachowań. Należy położyć większy nacisk na szeroko pojętą edukację zdrowotną, która powinna obejmować przede wszystkim takie zakresy, jak: aktywność fizyczna, odżywianie, zwalczanie nałogów. Trzeba pamiętać, że nawyki prozdrowotne mogą być kształtowane w każdym okresie życia człowieka, jednak również wiadomo, że im wcześniej prawidłowe zachowania zostaną ukształtowane, tym dadzą lepsze efekty w przyszłości.

Jakość życia dzieci chorych na astmę oskrzelową

Quality of life the childrens sick on bronchial asthma

ANNA KRÓL, WIESŁAW PRUSEK

Z Zakładu Pediatrii Społecznej Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. zw. dr hab. med. Wiesław Prusek

Streszczenie Astma oskrzelowa jest chorobą ingerującą niemal we wszystkie dziedziny życia człowieka. Przewlekły charakter choroby, konieczność stosowanego leczenia oraz pewne ograniczenia nie zawsze powodują zakłócenie spokoju i radości życia małych pacjentów. Zastosowanie optymalnej i racjonalnie prowadzonej terapii farmakologicznej powoduje wzrost zadowolenia, zmniejsza częstość i jakość objawów chorobowych i co jest z tym związane zwiększa jakość życia pacjentów w każdym wieku. W pracy dokonano oceny jakości życia dzieci chorych na astmę oskrzelową. Analiza materiału badawczego pozyskanego od 30 losowo wybranych dzieci z astmą wskazała na obecność różnych doznań psychosomatycznych związanych z chorobą, przykrych stanów emocjonalnych, ale również optymizm przyszłości oraz, co jest najważniejsze, nie wykazała wyraźnego zubożenia jakości życia.

Słowa kluczowe: astma oskrzelowa, jakość życia, dzieci.

Summary The bronchial asthma is the interfering disease in all fields of the man's life almost. Chronic character of disease, necessity of practical treatment as well as sure limitations cause the disturbance of quiet and joy of life small patients it always. The use of optimum and rationally led pharmacological therapy causes the growth of satisfaction, it reduces the frequency and quality of symptoms of sick leaves and which is from this connected quality of patients' life enlarges in every age. The opinions of quality of life children sick in work were executed on bronchial asthma. Gain over since 30 the analysis of investigative material she shew with asthma at random chosen children on presence of different psychosomatic experiences connected with disease, the unpleasant emotional states, but also the optimism of future as well as she, which is the most important, did not it show clear the impoverishment of quality of life.

Key words: asthma, quality of life, children.

Wstęp

Ocena jakości życia (Quality of Life, QOL) ujmuje całościowo kliniczne, psychologiczne i społeczne aspekty życia chorego. Obecnie przyjmuje się, że „jakość życia to poczucie satysfakcji jednostek lub grup społecznych, wynikające ze świadomości zaspokajania własnych potrzeb oraz spostrzegania możliwości osiągnięcia w pełni rozwoju jednostkowego i społecznego” [1, 2]. Tak pojęta jakość życia odnosi się do wszystkich potrzeb i ich zaspokojenia. Podejście to jest zgodne z nurtem promocji zdrowia [1–3].

Ocena jakości życia, obejmując wszystkie dziedziny istotne dla chorego, powinna być oparta na informacjach wskazujących na: stan fizycz-

ny, psychiczny, doznania somatyczne oraz sytuację społeczną [1, 4–6]. Choroby alergiczne stanowią w ostatnich latach narastający problem kliniczny i społeczny [7–9].

Astma oskrzelowa jest to najczęstsza przewlekła choroba układu oddechowego u dzieci. Może rozpocząć się w każdym wieku, ale jej początek przypada zwykle na pierwsze lata życia dziecka. W około 1/3 przypadków objawy kliniczne pojawiają się przed ukończeniem 2 roku życia, a u 80% pacjentów przed ukończeniem 5 roku życia. Przed okresem dojrzewania *astma* występuje około dwa razy częściej u chłopców niż u dziewczynek [7, 10–12].

W przypadku dzieci przedszkolnych i szkolnych określenie astmy zaproponowane w najnow-

szym stanowisku najwybitniejszych ekspertów (Światowa Strategia Zapobiegania, Leczenia i Prewencji Astmy, Global Initiative for Asthma – GINA, luty 2002) niewątpliwie oddaje rzeczywisty jej obraz. Według tej definicji „*Astma jest przewlekłym schorzeniem zapalnym dróg oddechowych, w którym udział biorą liczne komórki i substancje z nich uwalniane. Przewlekłe zapalenie, powodując wzrost nadreaktywności drzewa oskrzelowego, jest przyczyną nawracających epizodów świszczącego oddechu, duszności, ucisku w klatce piersiowej i kaszlu, występujących szczególnie w nocy lub wcześniej rano. Objawom tym zazwyczaj towarzyszy rozległa o zmiennym nasileniu obturacja oskrzeli odwracalna samoistnie lub pod wpływem zastosowanego leczenia*” [7, 11].

W diagnostyce i leczeniu praktycznego znaczenia nabierają dwa zasadnicze podziały astmy: na podstawie kryteriów klinicznych oraz na podstawie kryteriów etiologicznych [1, 10].

W zależności od częstości występowania i nasilenia objawów i stopnia oraz zmienności zaburzeń drożności oskrzeli astmę oskrzelową dzieli się na: astmę lekką – epizodyczną, astmę przewlekłą – łagodną, umiarkowaną, ciężką [3, 8].

Od 1928 r. istnieje wprowadzony przez Racemanna podział astmy na dwie grupy: astmę atopową (zewnątrzpochodną, egzogenną, alergiczną) oraz astmę nieatopową (wewnątrzpochodną, endogenną, niealergiczną). Jest to etiologiczna klasyfikacja astmy [13, 14].

Astma wieku rozwojowego może przybierać różne, często współistniejące lub zmieniające się formy kliniczne. Zalicza się do nich: napad duszności, stan astmatyczny, napady suchego kaszlu (zespół Corrao), napady świszczącego oddechu. Dwie ostatnie formy kliniczne nazywane są często tzw. ekwiwalentami astmy u dzieci [13, 14].

Cel pracy

Praca ma na celu przedstawienie oceny jakości życia dzieci chorych na astmę oskrzelową, a głównie uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

- Jak dzieci oceniają swoje życie oraz swoją aktywność fizyczną i życiową?
- Jakie uczucia wywołało pojawienie się choroby?
- Jakie jest nasilenie objawów psychosomatycznych?
- Jak postrzegają przyszłość?
- Jaki wpływ na jakość życia ma czas trwania choroby i zastosowane metody leczenia?

Materiały i metody

Badania w kierunku oceny jakości życia dzieci z astmą oskrzelową przeprowadzono wśród losowo wybranych dzieci w wieku 7–18 lat będących

pod opieką Poradni Alergologicznej I Kliniki Pediatrii, Kardiologii i Alergologii we Wrocławiu, bądź będących pacjentami oddziałów alergologicznych tejże placówki. Łącznie w badaniach uczestniczyło 30 osób – 15 chłopców i 15 dziewczynek. Zdecydowana większość dzieci objętych badaniami zamieszkuje w środowisku miejskim (23 osoby – 76,7%), 93,3% (28 osób) pochodzi z rodziny pełnej, 24 osoby (80%) ma rodzeństwo, 86,7% (26 osób) jest świadoma swojej choroby, a 66,7% (20 osób) wie, na czym ta choroba polega.

Wyniki badań

Czynnikiem upośledzającym naturalne funkcjonowanie dzieci z astmą oskrzelową negatywnie wpływającym na jakość ich życia są doznania psychosomatyczne. Pacjenci odczuwają różne dolegliwości, które w poszczególnych przypadkach obniżają jakość życia.

Wśród uczuć, jakie wywołało pojawienie się choroby, na pierwsze miejsce wysuwa się strach – czternaście osób (46,7%), na drugie – bezradność – dziewięć osób (30%) i na trzecie – przygnębienie – osiem osób (26,7%). Dwadzieścia jeden osób (70%) uważa, że choroba przeszkadza im w wykonywaniu jakiś czynności i najczęściej dzieci wymieniają bieganie i sport (100%).

Prawie wszystkie dzieci, dwadzieścia dziewięć osób (96,7%) uważa, że choroba i jej objawy nie ograniczają im kontaktu z koleżankami i kolegami.

W ocenie dolegliwości najczęściej pojawia się duszność – 80% badanych, na drugim miejscu – kaszel – u 60% badanych. Inne wymieniane objawy chorobowe to katar (13,3%) oraz łzawienie oczu, zatłoczony nos, wysypka i wymioty. Częstość występowania objawów chorobowych (osiemnaście osób – 60%) szacuje na mniej niż dwa razy w tygodniu, gdzie zaostrzenia są krótkotrwałe o niewielkiej intensywności, a objawy nocne występują mniej niż dwa razy w miesiącu. Dziewięć osób (30%) uważa, że ich dolegliwości występują więcej niż dwa razy w tygodniu, lecz mniej niż jeden raz w ciągu dnia, gdzie zaostrzenia upośledzają normalną aktywność, a objawy nocne występują więcej niż dwa razy w miesiącu. Pozostała trójka dzieci (10%) sądzi, że objawy chorobowe występują u nich codziennie, zaburzając normalną aktywność i sen, a objawy nocne występują więcej niż jeden raz w tygodniu.

Duszność, która występuje mniej niż dwa razy w tygodniu, podaje szesnaścioro dzieci (53,3%); więcej niż dwa razy w tygodniu, ale mniej niż jeden raz w ciągu dnia – osiem osób (26,7%); codziennie, przez pewien czas – sześć osób (20%).

Świszczący oddech występujący mniej niż dwa razy w tygodniu podaje osiemnaście osób

(60%); więcej niż dwa razy w tygodniu, ale mniej niż raz w ciągu dnia ośmioro dzieci (26,7%); codziennie przez pewien czas trzy osoby (10%), a stale jedno dziecko (3,3%).

Uczucie ciężaru w klatce piersiowej objawiające się mniej niż dwa razy w tygodniu podają dwadzieścia dwie osoby (73,4%); więcej niż dwa razy w tygodniu, ale mniej niż raz w ciągu dnia czworo dzieci (13,3%); codziennie przez pewien czas również czworo dzieci (13,3%).

Napadowy kaszel, który występuje mniej niż dwa razy w tygodniu, podaje dwadzieścia jeden osób (70%); więcej niż dwa razy w tygodniu, ale mniej niż raz w ciągu dnia sześćoro dzieci (20%); codziennie przez pewien czas trzy osoby (10%).

Dwadzieścia osiem osób (93,3%) odczuwa duszność, w tym dziewiętnaście osób (63,4%) w czasie dużego wysiłku fizycznego, sześćoro dzieci (20%) w czasie umiarkowanego wysiłku fizycznego, dwie osoby (6,6%) w czasie małego wysiłku, a jedno dziecko (3,3%) w czasie spoczynku. Dwoje dzieci nie odczuwa duszności. U dwunastu osób (40%) czasami występuje również duszność spoczynkowa.

Po jedenaście osób (2 × 36,7%) swoją kondycję fizyczną uważa za dobrą i umiarkowaną, siedmioro dzieci (23,3%) za dobrą, a jedno dziecko (3,3%) sądzi, że nie ma kondycji. Z wypowiedzi badanych dzieci wynika, że zdecydowana większość prowadzi aktywny tryb życia (90%), natomiast w stosunku do 10% dzieci ustalono siedzący tryb życia. Na uwagę zasługuje fakt, że 10% osób (3 dzieci) z pełnoobjawową astmą oskrzelową prowadzi bardzo aktywny tryb życia, który może wpływać na wzrost nasilenia objawów chorobowych. Czas wolny w formie odpoczynku czynnego spędza 19 osób (63,3%), a jedenaście osób (36,7%) w formie odpoczynku biernego.

Z wypowiedzi badanych dzieci wynika, że 96,7% (29 osób) ma sprecyzowane dalsze plany związane z nauką, a 90% (27 osób) wie, kim chciałoby być w przyszłości. Wynika z tego, że sposób postrzegania przyszłości u dzieci z astmą jest bardzo zadowolający.

Badania wykazują, że dobrze kontrolowana choroba mimo kilkuletniego czasu trwania nie powoduje spustoszeń charakterologicznych i emocjonalnych wśród dzieci, nie pozbawia ich optymizmu, na co wskazują plany na przyszłość, oraz nie wpływają negatywnie na kontakty z rówieśnikami i rodziną.

Wnioski

1. U badanych dzieci chorujących na astmę oskrzelową brakuje wyraźnego zubożenia jakości życia.
2. 86,7% badanych osób jest świadoma swojej choroby, ale z optymizmem patrzy w przyszłość.
3. Do czynników obniżających jakość życia chorych dzieci można zaliczyć głównie ograniczenie aktywności fizycznej i związane z tym objawy chorobowe, jak napady kaszlu czy duszności.
4. Czas trwania choroby, stopień nasilenia i częstotliwość występowania objawów nie wpływa negatywnie na kontakty w rodzinie i w grupie rówieśniczej.
5. Przy dobrze ustalonej i racjonalnie prowadzonej terapii farmakologicznej jakość życia chorych dzieci wyraźnie wzrasta.
6. Wykazano, że w badanej grupie dzieci fakt pojawienia się choroby najczęściej wywoływał uczucie strachu.

Podsumowanie

Materiał do pracy stanowił wyselekcjonowany materiał kliniczny dzieci będących pod opieką I Kliniki Pediatrii, Kardiologii i Alergologii i Przychodni Przykliniknej we Wrocławiu. Konsekwencją tego jest stwierdzony dobry stan wiedzy na temat istoty choroby, a przede wszystkim właściwe nowoczesne leczenie z zastosowaniem wszystkich najnowocześniejszych środków farmaceutycznych. Dlatego, jak wynika z większości danych, przebieg choroby jest pod kontrolą. Pozytywny jest stosunek dzieci do choroby, nie unikają one zabaw związanych z wysiłkiem fizycznym, chociaż dane wskazują, że u około 93% powoduje to napady duszności. Z kolei najczęściej reagują dzieci dusznością na zimne powietrze, co jest z jednej strony zrozumiałe w tej chorobie, a z drugiej – pośrednio świadczy o znacznej eliminacji alergenów w środowisku dziecka. Należy zwrócić uwagę, że w większości przypadków rodziny są pełne. Chore dzieci są pozytywnie postrzegane przez rodzinę, otoczenie, kolegów i koleżanki. Same, w zdecydowanej większości, wykazują pozytywny stosunek do życia, przede wszystkim do nauki.

Choć astma oskrzelowa jest ciężką i dokuczliwą chorobą, w obecnych warunkach starannego jej prowadzenia przez zespół leczący, ale we współpracy z rodziną i szeroko pojętym środowiskiem, nie zaburza w wyraźny sposób jakości życia chorych dzieci.

Piśmiennictwo

1. Bawka A, Derbis R. *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*: Wydawnictwo Uniwersyteckie: Poznań; 1994.
2. Dedhiya S, Kony S. Quality of life: an overview of the concept and measures. *Pharmacy Word Sci* 1995; 17: 141–148.
3. Arendarczyk M. *Jakość życia i powrót do pracy chorych w dwa lata po zawale mięśnia sercowego*. Rozprawa doktorska. Wrocław: AM; 1996.
4. Jarema M. Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. *Nowa Medycyna* 1996; 4: 15–16.
5. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia: zakres badań w perspektywie socjologicznej. *Sztuka Leczenia* 1999; V, 3: 9–13.
6. Welc A, Prusek W. *Jakość życia dzieci z cukrzycą typu I*. [w:] *Cukrzyca problem społeczny*. Wrocław: AM; 2002: 94–100.
7. Boznański A. *Wszystko dla zdrowia*. Wrocław–Dolny Śląsk. 2003; 11, 2.
8. Małolepszy J. *Choroby alergiczne i astma*; Wrocław: Volumed; 1996.
9. Płusa T. *Postępy w leczeniu chorych na astmę oskrzelową*. Medipress; 1999.
10. Bielińska E. *Postępowanie w astmie oskrzelowej*. Praca magisterska. Wrocław: AM; 2001.
11. Kubicka K, Kawalec W. *Pediatrics*. Warszawa: PZWL; 1999.
12. Kurzawa R, Jędrus-Klucjasz U. *Astma u niemowląt i małych dzieci: Problemy laryngologiczne w codziennej praktyce*. 2000; 18/II.
13. Kokot F. *Choroby wewnętrzne*: Warszawa: PZWL; 1996.
14. Szczeklik A. Zasady postępowania w astmie oskrzelowej u dzieci. *Med Praktyczna* 1999.

Adres Autorów:

Zakład Pediatrii Społecznej,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Położnictwo i ginekologia w 25-leciu działalności Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Obstetrics and gynecology throughout the 25 years of the activities
of Clinical Nursing Faculty at Wrocław Medical University

IWONNA ANNA KAZIMIERCZAK¹, TADEUSZ HEIMRATH², ZDZIŚŁAWA KNIHINICKA-MERCIK¹,
KRZYSZTOF KAZIMIERCZAK³

¹ Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

² Z Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. med. Marian Gryboś, prof. nadzw. AM

³ Z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Marian Klinger

Streszczenie Tematem pracy jest opis powstania i rozwoju Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Zakładu Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, a także okoliczności towarzyszące przekształceniu ich w Wydział Zdrowia Publicznego i Zakład Dyscyplin Zabiegowych. Podano skład osobowy pierwszej Rady Wydziału, której dziekanem został docent Józef Małolepszy. Podkreślono znaczenie powołania nowego Wydziału dla rozwoju zawodowego kadry dydaktycznej Uczelni. Przedstawiono organizację kadrową Zakładu Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, tryb prowadzenia zajęć ze studentami oraz publikacje opisujące tematy prac magisterskich absolwentów Wydziału. Omówiono także przekształcenie Wydziału Pielęgniarskiego w Wydział Zdrowia Publicznego.

Słowa kluczowe: Akademia Medyczna, Wydział Pielęgniarski, Wydział Zdrowia Publicznego.

Summary This work is a description of the rise and development of the Nursing Faculty of the Medical University in Wrocław as well as the department of nursing and midwifery and the situations accompanying their conversion into Faculty of Public Health and Department of Medical Intervention. A list of the personnel in this faculty was presented at the first meeting when professor Małolepszy was elected dean of the faculty. The importance of forming a new faculty for the development of didactic workers of the University was also highlighted. The organization of the staff, how lectures will be conducted with students and publication topics on masters thesis of graduates of the faculty were presented. The issue of changing the Faculty of nursing into the Faculty of Health was also discussed.

Key words: Wrocław Medical University, Clinical Nursing Faculty, Public Health Faculty.

W 1978 r. powołano we Wrocławiu Wydział Pielęgniarski Akademii Medycznej. Ówczesny Rektor, profesor Eugeniusz Rogalski (1920–1982), zwrócił się pismem z dnia 2 listopada 1978 r. do Dziekana Wydziału Lekarskiego profesora Zbigniewa Knapika o skierowanie 13 docentów AM do Rady Wydziału Pielęgniarskiego. Podkreślił, że wchodzić oni równocześnie w skład Rady Wydziału Lekarskiego. Byli nimi w kolejności wymie-

nienia: Józef Małolepszy, Witold Juzwa, Jan Pellar, Józef Kalemba, Lech Baran, Jerzy Gerber, Marian Wawrzkiwicz, Alfred Gola, Lesław Czarniecki, Tadeusz Czereda, Tadeusz Heimrath oraz Mieczysław Ziółkowski i Wiesław Prusek. Ostatecznie skład Rady Wydziału Pielęgniarskiego uległ pewnej zmianie. Istniała też na początku kontrowersja, czy wymienieni mogą należeć do obu Rad. Przeważało sformułowanie Rektora. Sugerowano

później, że głosy członków nowej Rady były prawdopodobnie decydujące w następnych wyborach rektorskich. Program studiów na Wydziale Pielęgniarskim obejmował od drugiego roku nauczanie położnictwa i ginekologii. Weszło ono jako Pracownia Położniczo-Ginekologiczna w skład Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego, prowadzonego przez docenta Lesława Czarnieckiego. Pierwszym dziekanem Wydziału był docent Józef Małolepszy, który prowadził rozmowy organizacyjne na temat obsady poszczególnych dyscyplin. Ich wynikiem była m.in. decyzja, że na studium zaocznym (bo takie było już na początku istnienia Wydziału) podejmie je doc. Marian Wawrzekiewicz (1924–1996), a na studium stacjonarnym doc. Tadeusz Heimrath. Zajęcia z tego przedmiotu rozpoczęły się w roku akademickim 1979/1980. Należy pamiętać, że powołanie nowego Wydziału stało się dla członków nowej Rady momentem sprzyjającym ich drodze zawodowej przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, wchodzący do Rady otrzymywali stanowiska docentów, których dotychczas nie mieli mimo otrzymania tytułów doktorów habilitowanych i to przez niektórych nawet więcej niż przed czterema laty. Ówczesne przepisy wiązały stanowiska docentów z wykonywaniem pracy kierowniczej, a nie tylko z posiadaniem etatu w Zakładzie lub Klinice. Po drugie, regulamin uczelni wymagał prowadzenia samodzielnych zajęć dydaktycznych, które w nowej sytuacji mogły być realizowane na nowo powołanym Wydziale. Jednocześnie doktorzy habilitowani nieposiadający stanowiska docenta, nie mogli być wtedy promotorami prac doktorskich, co ograniczało ich samodzielność. Po powołaniu do nowej Rady była sposobność do prowadzenia własnych zajęć dydaktycznych. Wprawdzie prowadzili je również z obowiązku w dotychczasowych miejscach pracy, ale na nowo powołanym Wydziale mogli realizować je według własnego planu. Byli także opiekunami prac magisterskich, co dawało pewną satysfakcję wychowawczą. Zajęcia dzienne odbywały się w formie wykładów i ćwiczeń. Wykłady odbywały się przez 20 lat (1979–1998) w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej, a ćwiczenia w Klinikach Położnictwa i Ginekologii przy ul. Chałubińskiego 3 w wymiarze 2 godzin tygodniowo. Ćwiczenia prowadziły dyplomowane położne: mgr Zdzisława Knihinicka-Mercik i mgr Eleonora Mess. W omawianym okresie studentki przedłożyły 103 prace magisterskie z zakresu położnictwa i ginekologii. Zdecydowana ich większość nie była położnymi z wykształcenia zawodowego. Coroczna obrona prac była szczególnie sympatycznym wydarzeniem dla prowadzącego zajęcia z przedmiotu. W pracach odbijały się zainteresowania studentek i na ich podstawie można było wyciągać pewne wnioski co do sposobu prowa-

dzenia dalszych zajęć. Analiza zagadnień poruszanych w pracach stała się podstawą publikacji. Już w 1986 r. na X-lecie powstania Wydziału Pielęgniarskiego AM w Poznaniu na odbytej tam konferencji, można było przedstawić próby optymalizowania pracy pielęgniarskiej przedstawione we wrocławskich pracach magisterskich (Heimrath T, 1987). W publikacji stwierdzono, że jednym z celów studiów na Wydziałach Pielęgniarskich powinno być dążenie do opracowania propozycji lub metod usprawniających pielęgniarstwo. Sposobem sprawdzającym efekty tego działania może być przegląd prac magisterskich. Celem publikacji była ocena powyższego problemu na przykładzie prac z zakresu położnictwa i ginekologii pisanych w latach 1982–1985. Część absolwentek studiowała stacjonarnie, a część zaocznie. Nie wszystkie były położnymi. W większości prac przedstawiono propozycje usprawnienia czynności pielęgniarskich. W 1986 r. miało miejsce we Wrocławiu sympozjum Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Pracownia przedstawiła referat pt. „Znajomość problemów antykoncepcji w ankietach zainteresowanych” (Heimrath T, 1986). Publikacja oparta była na pracach magisterskich zajmujących się tym problemem. Dane pochodziły z lat 1982–1983 i pozwoliły na wyciągnięcie interesujących wniosków. W 1988 r. obchodzono X-lecie Wydziału Pielęgniarskiego we Wrocławiu. Okazję tę odnotował w „Życiu Uczelni” kierownik Pracowni Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego (Heimrath T, 1988). Na konferencję wrocławską zorganizowaną przez Wydział pracownia nie przygotowała referatu, ale jej kierownik został powołany na przewodniczącego Komitetu Naukowego Jubileuszu. W 1994 r. na Jubileusz XV-lecia Wydziału Pracownia przygotowała referat podobny w założeniach do tego z 1986 r. Tym razem dokonano analizy prac magisterskich z lat 1986–1993 pod kątem udziału w nich problemów praktycznego pielęgniarstwa (Heimrath T, Kazimierzczak I, 1995). Na konferencję naukową pt. „Pielęgniarstwo u progu XXI wieku” zorganizowaną na 20-lecie działalności Wydziału w 1998 r. Pracownia przygotowała dwa referaty. Były one wynikiem współpracy z I Katedrą i Kliniką Położnictwa AM w zakresie badań nad cukrzycą matek i noworodków (Wójcik-Żygadło A, Mess E, 1993; Wilczyński A, Knihinicka-Mercik Z, 1993). W roku 1997 asystentka Pracowni, lek. medycyny Iwonna Anna Kazimierzczak, a w roku 2000 asystentka, mgr Zdzisława Knihinicka-Mercik doktoryzowały się w zakresie położnictwa i ginekologii (Kazimierzczak IA, 1997; Knihinicka-Mercik Z, 2000). W 1998 r. po przejściu na emeryturę profesora Tadeusza Heimratha, Pracownię objęła, działająca tam już od 1991 r., dr n. med. Iwonna Anna Kazimierzczak.

W roku akademickim 2000/2001 w struktury Akademii Medycznej włączone zostały Pomaturalne Szkoły Medyczne i na ich bazie utworzono studia licencjackie. Wydział Pielęgniarski został przekształcony w Wydział Zdrowia Publicznego. Pracownia Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego włączona została do nowo powstałej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego kierowanej przez Profesor dr hab. med. Krystynę Łoboz-Grudziń i stanowi część Zakładu Dyscyplin Zabiegowych. W związku z dużą liczbą studentów na wszystkich kierunkach licencjackich, magisterskich (dziennych i zaocznych) oraz uzupełniających magisterskich, została zwiększona kadra nauczycielska. Wiodący temat pracy naukowej zespołu to jakość życia kobiet z chorobami z zakresu ginekologii i położnictwa. Obowiązki

dydaktyczne znacznie się poszerzyły w związku z licznymi kierunkami kształcenia na Wydziale Zdrowia Publicznego. Asystenci Zakładu Dyscyplin Zabiegowych nauczający ginekologii i położnictwa to od roku 6 osób, w tym 4 z tytułami doktorskimi. Studenci Wydziału chętnie wybierają przedmiot jako kierunek swoich prac licencjackich i magisterskich. Od powstania Wydziału Zdrowia Publicznego, tj. od roku akademickiego 2000/2001 z zakresu ginekologii i położnictwa obronionych zostało 20 prac magisterskich i 18 prac licencjackich.

Spojrzenie na przebyte 25-lecie pozwala mieć satysfakcję z osiągnięć dydaktycznych i wychowawczych uzyskanych w ramach pracy na Wydziale.

Piśmiennictwo

1. Heimrath T. *Optymalizacja procesu pielęgnowania w pracach magisterskich absolwentek Wydziału Pielęgniarskiego AM we Wrocławiu. Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa klinicznego*. Poznań 1987; cz. V, 234.
2. Heimrath T. Znajomość problemów antykoncepcji w ankietach zainteresowanych. *Gin Pol* 1986; LVII, supl.: 198–201.
3. Heimrath T. X-lecie Wydziału Pielęgniarskiego. *Życie Uczelni*, Wrocław 1988; 4, 2.
4. Heimrath T, Kazimierczak I. *Pielęgniarstwo położniczo-ginekologiczne w pracach magisterskich absolwentek Wydziału Pielęgniarskiego AM we Wrocławiu*. Materiały Konferencyjne „Rola pielęgniarki i lekarza w opiece medycznej”. Wrocław 1995: 57–59.
5. Wójcik-Żygadło A, Mess E, Knihinicka-Mercik Z. *Ocena stanu noworodków matek chorych na cukrzycę. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa*, cz. VIIIa. Pod red. Laury Wołowickiej. Poznań 1993: 228–235.
6. Wilczyński A, Knihinicka-Mercik Z, Mess E. *Analiza porównawcza przebiegu ciąży i porodu kobiet chorych na cukrzycę klasy A i B z przebiegiem ciąży kobiet chorujących na cukrzycę od wieku dziecięcego*. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa, cz. VIIIa. Pod red. Laury Wołowickiej. Poznań 1993: 223–227.
7. Kazimierczak IA. *Cytokiny IL-1 beta, IL-6, TNF-alfa i białko C-reaktywne (CRP) w surowicy kobiet ciężarnych w okresie okołoporodowym oraz w płynie owodniowym i w surowicy krwi pępowinowej noworodków*. Wrocław: Akademia Medyczna; 1997: 1–88.
8. Knihinicka-Mercik Z. *Występowanie zakażeń u matek w okresie okołoporodowym w zależności od wybranych czynników ryzyka*. Wrocław: Akademia Medyczna; 2000: 1–131.

Adres I Autorki:
Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. Chałubińskiego 3
50-369 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Tematyka prac magisterskich z zakresu ginekologii i położnictwa absolwentek Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2000–2003

The subjects of masters' theses written by the graduates
of public health faculty of Wrocław Medical University
in the area of gynecology and obstetrics in the years 2000–2003

IWONNA ANNA KAZIMIERCZAK¹, ZDZISŁAWA KNIHINICKA-MERCIK¹,
KRZYSZTOF KAZIMIERCZAK², TADEUSZ HEIMRATH³

¹ Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

² Z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Marian Klinger

³ Z Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. med. Marian Gryboś, prof. nadzw. AM

Streszczenie Celem niniejszego opracowania jest ocena tematyki i wyników prac magisterskich pielęgniarek i położnych, absolwentek Kierunku Pielęgniarskiego Wydziału Zdrowia Publicznego z zakresu ginekologii i położnictwa z uwzględnieniem aspektów praktycznego pielęgniarstwa. Promotorami byli adiunkci Zakładu Dyscyplin Zabiegowych. Analizie poddano 16 prac powstałych w latach 2000–2003. Sześć z nich dotyczyło problematyki ginekologii, a dziesięć położnictwa. W zakresie ginekologii poruszono problemy związane z profilaktyką, diagnostyką i leczeniem nowotworów narządów płciowych, jakością życia pacjentek z mięśniakami macicy oraz diagnostyką nietrzymania moczu. W zakresie położnictwa analizowane prace omawiają dwa podstawowe zagadnienia: wpływ czynników socjoekonomicznych i chorobowych na przebieg ciąży i porodu oraz znaczenie przygotowania ciężarnych, odpowiedniej psychoprofilaktyki, a także aktywnego udziału najbliższych w przebiegu porodu. Podsumowując omawiane prace w aspekcie przedstawienia przez magistrantki konkretnych rozwiązań, służących zintensyfikowaniu ich osobistego udziału w realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia, należy uznać, iż tylko niektóre w taki sposób opracowały badany temat. W większości skupiły się na eksponowaniu dostępnych danych literaturowych oraz wyników badań własnych. Wprawdzie odpowiada to koncepcji widzenia pielęgniarki jako pełnoprawnego i równorzędnego uczestnika procesu terapeutycznego, osłabia jednak podstawową ideę pielęgniarstwa. Tak więc, o ile w zdecydowanej większości prac badane problemy zostały przedstawione w oparciu o rzetelną analizę danych literaturowych i wyników własnych badań, tylko w niektórych z nich zostały podkreślone aspekty praktycznego pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, praca magisterska, położnictwo, ginekologia.

Summary The objective of this work was the evaluation of the subjects and results contained within the Master's theses written by nurses and midwives, the graduates of Clinical Nursing Department of Public Health Faculty at Wrocław Medical University in the area of gynecology and midwifery in connection with aspects of practical nursing. The body conferring the degrees consisted of assistant professors at the Institute of Disciplines Related to Medical Procedures of Wrocław Medical University. Nineteen works written in the years 2000–2003 were analyzed of which seven covered the problems of gynecology, whereas twelve dealt with obstetrics. In the area of gynecology, the problems pertained to prophylaxis, diagnostics and treatment of tumors of genitals, the quality of life in female patients with uterine myoma as well as the diagnostics of incontinence. As regards obstetrics the ana-

lyzed papers discuss two main notions: the effects of socioeconomic and disease-related factors on the course of pregnancy and childbirth and the significance of preparing pregnant women, relevant psychoprophylaxis and active participation of the closest family in the process of delivery. Having considered the examined works with regard to the presentation of the concrete solutions aiming at intensifying the personal participation of nurses in realization of tasks connected with health protection by Master degree candidates, one should state that only some qualified nurses-to-be developed the examined subject in such a manner. In most cases, they concentrated on exposing the available data from literature and their own results. Although this approach corresponds with the concept of a nurse as a participant with full rights and of equal importance in the therapeutic process still it weakens the main idea of nursing. Thus, whereas in the vast majority of works the analyzed problems were presented on the basis of a thorough analysis of data based upon literature as well as results of their own analyses, only in some works the aspects of practical nursing were emphasized.

Key words: nursing, Master's thesis, obstetrics, gynecology.

Wstęp

Podstawowym celem kształcenia na Wydziale Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu jest przygotowanie wysoko wykwalifikowanej kadry pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych i rehabilitantów. Zdobyta wiedza pozwala absolwentom na aktywne uczestnictwo w realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia. System kształcenia stwarza możliwość ukończenia uczelni na poziomie licencyjnym lub przygotowania i obrony pracy magisterskiej.

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest ocena tematyki i wyników prac magisterskich pielęgniarek i położnych, absolwentek Kierunku Pielęgniarskiego Wydziału Zdrowia Publicznego z zakresu ginekologii i położnictwa z uwzględnieniem aspektów praktycznego pielęgniarstwa. Promotorami prac byli adiunkci Zakładu Dyscyplin Zabiegowych.

Materiał i metody

Analizie poddano 16 prac powstałych w latach 2000–2003. Sześć z nich dotyczyło problematyki ginekologii, a dziesięć położnictwa.

Wyniki

W zakresie ginekologii poruszono problemy związane z nowotworami narządów płciowych oraz nietrzymaniem moczu. Znaczenie profilaktyki w zapobieganiu chorobie nowotworowej narządu rodno zostało szeroko omówione w jednej z prac, w której doniesienia literaturowe zostały skonfrontowane z wynikami badań własnych (Janiszewska E, 2003). Narzędziem badawczym była ankieta zawierająca pytania zamknięte o alternatywie dwuczłonowej i wielo-

członowej oraz pytania otwarte. Na podstawie uzyskanych wyników autorka formułuje wnioski, które w dużym stopniu wyjaśniają związek efektywności działań profilaktycznych z czynnikami socjoekonomicznymi, intelektualnymi oraz rodzinnymi badanych kobiet. Magistrantka podkreśla rolę, jaką mogą spełnić pracownicy medyczni w promocji zdrowia.

Szeroką znajomością problematyki związanej z rolą pielęgniarki w profilaktyce, diagnostyce oraz leczeniu pacjentek z chorobą nowotworową wykazała się autorka pracy omawiającej postępowanie w nowotworach szyjki macicy (Bartosiewicz A, 2001). Podkreśla ona znaczenie udziału pielęgniarki w szerzeniu oświaty zdrowotnej przez pogadanki, odczyty lub rozmowy indywidualne, szczególnie w ramach otwartej służby zdrowia. Zwraca uwagę, iż jednym z najważniejszych elementów dobrej współpracy z chorą w trakcie procesu terapeutycznego jest, obok próby łagodzenia jej dolegliwości fizycznych, zmniejszanie cierpień emocjonalnych. Ich podłożem może być bezradność, niekorzystna zmiana wyglądu, lęk przed ewentualnymi następstwami choroby, a także troska o najbliższych. Właściwa pielęgnacja w przypadku konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w rozumieniu autorki to zarówno perfekcyjne przeprowadzenie rutynowych czynności związanych z zabiegiem, ale także odpowiednie przygotowanie psychiczne pacjentki. Jego celem jest pełna akceptacja przez chorą przyjętego sposobu leczenia, włączenie z ewentualnym zabiegiem radykalnym.

Wyniki pracy opisane przez kolejną autorkę potwierdzają całkowicie opinię o znaczeniu aktywnego udziału pielęgniarki w propagowaniu oświaty medycznej jako metodzie profilaktyki (Wierzbicka A, 2002). Ankiety wykazały, iż istotna statystycznie większość badanej grupy kobiet nie zna czynników ryzyka raka szyjki macicy, nie stosuje znanych zasad zachowań zdrowotnych oraz nieregularnie zgłasza się na badania kontrolne. Kolejnym zagadnieniem przedstawionym w analizowanych pracach jest bagatelizowany w ubiegłych latach problem jakości życia (Raszka

M, 2003). Medycyna poszukuje lepszych i bardziej obiektywnych sposobów oceny efektów swojej działalności. Ocena jakości życia jest wykładnikiem nowoczesnego podejścia do osób chorych przez analizę nie tylko skuteczności przeprowadzonej terapii, ale także subiektywnej oceny własnego samopoczucia. Problem ten został omówiony na podstawie nielicznych dostępnych doniesień literaturowych oraz badań własnych, przeprowadzonych metodą ankietową w grupie 100 pacjentek z mięśniakami macicy. W badanej populacji 60% kobiet po ustaleniu rozpoznania skarży się na występowanie stanów depresyjnych, wzrostu poziomu lęku oraz zmniejszenia poczucia własnej wartości. Uzyskane wyniki wskazują na rolę optymalizacji procesu pielęgnarskiego, przez zwrócenie uwagi zarówno na stan fizyczny, jak i samopoczucie psychiczne chorej w poprawie jakości jej życia.

Omawiany temat był kontynuowany w pracy badającej jakość życia w grupie pacjentek po chirurgicznym usunięciu macicy (Zalewska J, 2003). Narzędziem badawczym był kwestionariusz oceny jakości życia QL oraz poziomu lęku. Przeprowadzone badania wskazują, iż pomimo przebytego zabiegu operacyjnego istotna statystycznie większość kobiet nie stwierdziła zmiany jakości życia.

W kolejnej pracy autorka w oparciu o analizę doniesień literaturowych przedstawiła dane o schemacie diagnostyki nietrzymania moczu (Terpiłowska M, 2003). Podkreśliła interdyscyplinarny charakter omawianego zagadnienia, które jest przedmiotem zainteresowania zarówno ginekologów, urologów, jak i rehabilitantów. Zwróciła uwagę na rolę, jaką w diagnostyce mogą odegrać absolwentki Wydziału Zdrowia Publicznego. Podkreśliła brak uznanego i powszechnie zaakceptowanego schematu postępowania w diagnostyce nietrzymania moczu u kobiet. Narastająca częstość tych zaburzeń spowodowana starzeniem się społeczeństwa zmusza do wypracowania jednolitego algorytmu postępowania diagnostycznego w tym schorzeniu.

W zakresie położnictwa analizowane prace magisterskie omawiają różnorodne aspekty dwóch podstawowych zagadnień: wpływu czynników socjoekonomicznych i chorobowych na przebieg ciąży i porodu oraz znaczenia przygotowania ciężarnych, odpowiedniej psychoprofilaktyki, a także aktywnego udziału najbliższych w przebiegu porodu.

Wyniki pracy oceniającej wpływ czynników socjalnych i ekonomicznych na przebieg ciąży i porodu zostały przedstawione po omówieniu dostępnych danych literaturowych (Juźwiak A, 2002). Na podstawie badań własnych przeprowadzonych w formie ankiety autorka wykazała związek między przebiegiem ciąży i porodu z jakością opieki medycznej, indywidualnego zaan-

gażowania kobiety i przestrzegania zasad zachowań prozdrowotnych.

Celem pracy omawiającej problematykę nadciśnienia indukowanego ciążą było określenie częstości jego występowania oraz analiza wyboru metody rozwiązania ciąży w badanej grupie (Zawadzka A, 2000). Wyniki zostały przedstawione po obszernym omówieniu definicji, etiopatogenezy, objawów klinicznych oraz postępowania terapeutycznego w przypadku nadciśnienia indukowanego ciążą. Wykazano, iż w badanej grupie poród w większości przypadków następował przed 40 tygodniem ciąży cięciem cesarskim, a średnia masa płodu zawierała się w przedziale 3000–4000 g.

Kolejna autorka zaprezentowała ciekawe podejście do problematyki cukrzycy u ciężarnych w kontekście jakości ich życia (Duczmańska I, 2002). Powyższa tematyka jest stosunkowo mało znana. Niewiele jest publikacji poruszających problem wpływu ciąży na jakość życia ciężarnych. W pracy podkreślono, iż poziom życia warunkuje osobniczy rozwój i miejsce jednostki w społeczeństwie. W przypadku ciąży należy myśleć zarówno o matce, jak i o dziecku. Aby jego rozwój przebiegał prawidłowo, matka musi mieć odpowiedni standard życia i warunki do donoszenia ciąży oraz możliwie bezproblemowe macierzyństwo. Cukrzyca jest czynnikiem wpływającym negatywnie na jakość życia ciężarnej. Negatywne następstwa mogą być minimalizowane przez działania oświatowe oraz polepszenie opieki diabetologicznej i położniczej.

Dużym zainteresowaniem magistrantek cieszyła się problematyka związana z uczestnictwem ciężarnych w zajęciach organizowanych w ramach Szkoły Rodzenia. W pracach trzech autorek przedstawiono różne aspekty wpływu uczestnictwa w zajęciach przyszłych rodziców dziecka na postrzeganie porodu jako czynnika konsolidującego rodzinę, na sam przebieg porodu, a także na stan zdrowia matki i dziecka bezpośrednio po porodzie (Kowalik E, 2001; Kuna A, 2003; Kaczorowska A, 2003). Szkoła Rodzenia jest przedstawiona jako wykładnik zachowań prozdrowotnych realizowanych przez wyjaśnianie fizjologii ciąży i zasad opieki przed- i okołoporodowej oraz udzielania praktycznych porad dotyczących zachowania podczas ciąży. Wspólny udział w zajęciach oddziałuje na tworzenie się i umacnianie więzi między rodzicami i przyszłym dzieckiem, a także przygotowuje kobiety i pary małżeńskie do porodu. W każdej z prac badania były realizowane metodą ankietową. W zajęciach Szkoły Rodzenia brały w większości udział kobiety z wykształceniem średnim lub wyższym, o dobrym lub bardzo dobrym statusie materialnym. Uzyskana w trakcie zajęć wiedza sprawia, iż ciężarne mają dobre samopoczucie oraz

nie odczuwają lęku ani niepokoju przed czekającym je porodem. Prawdłowo przygotowany partner współuczestniczący w zajęciach pomaga kobiecie czuć się bezpiecznie przez wsparcie psychiczne, a jednocześnie jest dobrze przygotowany do świadomego ojcostwa. W trakcie porodu ciężarne są bardziej aktywne i lepiej współpracują z personelem medycznym, powrót po porodzie do pełnej sprawności fizycznej i psychicznej jest szybszy, a ich noworodki otrzymują wyższą punktację w skali Apgar. Podsumowując wyniki przedstawione przez autorki, można stwierdzić, iż generalnie opinia kobiet o zajęciach jest pozytywna. Zarówno przebieg porodu, jak i stan noworodków po porodzie potwierdza tezę, że działalność Szkół Rodzenia realizuje i spełnia programy promocji zdrowia.

Odrębnym zagadnieniem omówionym w kolejnej pracy jest problematyka porodów rodzinnych (Fogt E, 2002). Ta forma porodów jest nawiązaniem do przeszłości. Zanim rodzenie dzieci zostało niejako obligatoryjnie przeniesione z domów do szpitali było w zwyczaju, aby członkowie rodziny aktywnie pomagali matce w porodzie, często z asystą położnej. Wprawdzie pierwszy poród rodzinny w Polsce odbył się przed ponad dwudziestu laty, dopiero teraz rodzenie w obecności najbliższych, po wyrażeniu na to woli przez ciężarną, staje się powoli normą w naszym kraju. Badania wykazują, iż poród jako wspólne przeżycie obu małżonków sprawia, iż czują się oni sobie bliżsi i bardziej związani z sobą. Pojmowanie porodu jako wspólnego oddziaływania dla dobra dziecka jest silnym czynnikiem konsolidującym ich związek.

Rozwinięciem idei porodu rodzinnego, przebiegającego w szpitalu z aktywnym udziałem najbliższych, jest poród naturalny, czyli odbywający się w domu wśród rodziny (Pietras J, 2001). Autorka analizuje dogłębnie zebraną literaturę, przedstawiając często odmienne opinie autorzytów medycznych. Wprawdzie ta forma porodu jest akceptowana przez Światową Organizację Zdrowia, temat jednak budzi wiele kontrowersji. Dowodem może być Pierwszy Europejski Kongres Położnych w 2000 r., którego hasłem przewodnim było pytanie: „Poród poza szpitalem pod opieką położnej – rozwój czy regres?”. Ponieważ najczęstszą przyczyną wyboru przez ciężarne porodu w domu są wcześniejsze złe doświadczenia z pobytu w szpitalu, autorka widzi konieczność rozwinięcia alternatywnych form opieki okołoporodowej i zmiany postaw personelu medycznego. Apeluje o zapewnienie kobietom możliwości postępowania zgodnego z ich potrzebami oraz przyjaznej atmosfery, gdyż te zalety porodu domowego są najcenniejsze dla ciężarnych.

Tematem kolejnej pracy stał się wpływ psychoprofilaktyki na zniesienie bólu porodowego

(Fortunko D, 2003). Problem ten został przedstawiony przez magistrantkę, która omawia go w oparciu o własne doświadczenia uzyskane w toku pracy na bloku porodowym, bogate doniesienia literaturowe oraz badania przeprowadzone w formie ankiety. Badane zagadnienie sprowadza się do oceny możliwości niwelowania lęku ciężarnej oddziaływaniem psychologicznym. Zahamowanie leku przez zmniejszanie napięcia prowadzi do łagodzenia bólu rodzącej. Autorka wykazała znaczący wzrost zainteresowania ciężarnych zagadnieniami psychoprofilaktyki oraz praktyczne możliwości wykorzystania poznanych metod przez rodzące w trakcie porodu.

Przesłanie, iż dziecko potrzebuje nie tylko obecności i ciepła matki, ale także jej pokarmu, którego żadna sztuczna mieszanka nie jest w stanie zastąpić, jest podstawą kolejnej pracy, omawiającej czynniki wpływające na decyzję kobiety o naturalnym karmieniu swojego noworodka (Kukla M, 2002). Celem badania było określenie przyczyn, z powodu których kobiety decydują się lub rezygnują z karmienia piersią. Na podstawie obserwacji własnych poczynionych w trakcie pracy zawodowej oraz badań ankietowych autorka dochodzi do wniosku, iż najczęstszą przyczyną rezygnacji z karmienia piersią jest powrót do pracy zawodowej z obawy o jej utratę. Pewną rolę w podjęciu decyzji odgrywają także czynniki kulturowe, socjoekonomiczne oraz wiedza o karmieniu naturalnym i stopień wykształcenia ogólnego. Wyniki badań wskazują, iż korzystnym czynnikiem mającym wpływ na podjęcie decyzji o karmieniu naturalnym jest wcześniejsze uczęszczanie do Szkoły Rodzenia.

Podsumowując omawiane prace w aspekcie przedstawienia przez magistrantki konkretnych rozwiązań, służących zintensyfikowaniu ich osobistego udziału w realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia, należy uznać, iż tylko niektóre w taki sposób opracowały badany temat. W większości skupiły się na eksponowaniu dostępnych danych literaturowych oraz wyników badań własnych. Wprawdzie odpowiada to koncepcji widzenia pielęgniarki jako pełnoprawnego i równorzędnego uczestnika procesu terapeutycznego, osłabia jednak podstawową ideę pielęgniarstwa. Tak więc, o ile w zdecydowanej większości prac badane problemy zostały przedstawione w oparciu o rzetelną analizę danych literaturowych i wyników własnych badań, o tyle w niektórych z nich zostały podkreślone aspekty praktycznego pielęgniarstwa.

Wnioski

1. W pracach omówiono problematykę profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów narządów płciowych, jakości życia pacjentek

- z mięśniakami macicy oraz diagnostykę nietrzymania moczu, a także wpływ czynników socjoekonomicznych i chorobowych na przebieg ciąży oraz znaczenie przygotowania ciężarnych i aktywnego udziału najbliższych w przebiegu porodu.
2. Badane problemy zostały wyczerpująco przedstawione w oparciu o analizę danych literaturowych i wyników własnych badań.
 3. Aspekty praktycznego pielęgniarstwa i intensyfikacji praktycznego udziału pielęgniarek w realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia zostały omówione jedynie w niektórych pracach magisterskich.

Piśmiennictwo

1. Janiszewska E. *Profilaktyka nowotworów złośliwych sromu, szyjki macicy, błony śluzowej trzonu macicy i jajnika*. Wrocław: Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2003: 1–98.
2. Bartosiewicz A. *Postępowanie w nowotworach szyjki macicy*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2001: 1–62.
3. Raszka M. *Jakość życia kobiet z mięśniakami macicy*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2003: 1–84.
4. Zalewska J. *Ocena jakości życia kobiet po chirurgicznym usunięciu macicy*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2003: 1–106.
5. Terpiłowska M. *Współczesne badania diagnostyczne w nietrzymaniu moczu u kobiet*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2003: 1–48.
6. Wierzbicka A. *Profilaktyka nowotworów szyjki macicy*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2002: 1–81.
7. Zawadzka A. *Nadciśnienie indukowane ciążą we współczesnym położnictwie w oparciu o materiały Kliniki Ginekologii i Położnictwa we Wrocławiu w roku 2000*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2000: 1–96.
8. Duczmańska I. *Ocena jakości życia pacjentek z cukrzycą w czasie ciąży i we wczesnym okresie poporodowym*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2002: 1–109.
9. Kowalik E. *Porównanie przebiegu porodu u rodzących po szkole rodzenia i bez przygotowania merytorycznego*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2001: 1–66.
10. Kuna A. *Przygotowanie kobiety ciężarnej do porodu i macierzyństwa jako promocja zdrowia w Szkołach Rodzenia*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2003: 1–77.
11. Kaczorowska A. *Wpływ uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia na przebieg porodu i stan zdrowia matki i dziecka bezpośrednio po porodzie*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2003: 1–66.
12. Fogt E. *Analiza satysfakcji kobiet po porodach rodzinnych*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2002: 1–72.
13. Pietras J. *Ocena przebiegu porodu u kobiet rodzących w sposób naturalny*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2001: 1–107.
14. Fortunko D. *Wpływ psychoprofilaktyki na zniesienie bólu porodowego*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2003: 1–72.
15. Kukła M. *Czynniki wpływające na decyzję naturalnego karmienia niemowląt*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2002: 1–102.
16. Juźwiak A. *Wpływ czynników socjalno-ekonomicznych na rozwój ciąży i przebieg porodu*. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Zdrowia Publicznego; 2002: 1–66.

Adres I Autorki:

I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. Chałubińskiego 3
50-369 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Preferencje i oczekiwania kobiet w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej

Preferences and expectations of women
concerning gynecologic and obstetric care

JOLANTA PIETRAS¹, ANNA STODOLAK², MARIAN GRYBOŚ¹

¹ Z I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. M. Gryboś, prof. nadzw.

² Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Zakładu Pediatrii Społecznej Akademii Medycznej
we Wrocławiu

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Wiesław Prusek

Streszczenie Ginekologia i położnictwo są działami medycyny, które dotyczą sfery bardzo intymnej w sensie fizycznym i emocjonalnym. Niejednokrotnie nie zdajemy sobie sprawy, jak odbierają je pacjentki i czego oczekują od osób sprawujących nad nimi opiekę. Celem pracy jest ustalenie oczekiwań oraz preferencji kobiet wobec opieki ginekologiczno-położniczej i osób tę opiekę sprawujących. Badaniami ankietowymi objęto 50 kobiet przebywających na oddziale położniczym i patologii ciąży I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu w okresie od marca do kwietnia 2004 roku. Regularne uczęszczanie do lekarza podczas ciąży deklarowało 90% respondentek. Pacjentkami gabinetów prywatnych było 86% kobiet. Głównymi czynnikami mającymi wpływ na wybór lekarza były: stosunek do pacjentek – 80% oraz kompetencje i kwalifikacje specjalisty – 72%. Badanie ginekologiczne było w opinii ankietowanych przede wszystkim krępujące (60%) i stresujące (60%). Zapewnienie poczucia intymności miało dla wszystkich duże znaczenie. Ze strony personelu medycznego ankietowane kobiety oczekiwały głównie zainteresowania (60%) i fachowej opieki (60%).

Słowa kluczowe: preferencje, oczekiwania, opieka ginekologiczno-położnicza, kobiety ciężarne.

Summary Gynecology and obstetrics are the branches of medicine which concern the most intimate physical and emotional female spheres. There are times when we do not realize how seriously women perceive it and what their expectations regarding medical care staff are. This work as a goal is to determine what are expectations and preferences of women concerning gynecologic and obstetric care and their attitude towards caregivers (medical staff). A survey has been conducted among 50 women – patients of obstetric and pathology of pregnancy wards belonging to The First Department and Clinic of Gynecology and Obstetrics, University of Medicine in Wrocław during months of March and April 2004. Attending doctors on a regular basis was declared by 90% respondents. Eighty six percent of women attended doctors' private offices. The main factors influencing the choice of a doctor were: their attitude towards patients (80%) as well as competences and qualifications of specialists (72%). Gynecologic examination was perceived as awkward (60%) and stressful (60%). Creating and establishing the atmosphere of intimacy and respect during examination was very important to every woman. The questioned women expected from the medical staff mainly attention (60%) and expert care (60%).

Key words: preferences, expectations, gynecologic and obstetric care, pregnant women.

Wprowadzenie

Ginekologia i położnictwo są bardzo specyficznymi działami medycyny. Tak samo niezwykle szczególnymi są opieka oraz badanie ginekologiczne i położnicze ze względu na fakt, iż dotyczą one sfery bardzo intymnej w sensie fizycznym

i emocjonalnym [1–5]. Niejednokrotnie nie zdajemy sobie sprawy, jak odbierają je pacjentki. Co czują i jak wpływa to na ich psychikę i zachowania. Często zdarza się, że są one zupełnie rozbieżne z naszymi wyobrażeniami na ten temat. Wielokrotnie nie wiemy, czego oczekują i co wpływa na ich preferencje, a także decyzję wyboru osób spr-

wujących nad nimi opiekę. Dlatego autorzy pracy starali się określić oczekiwania i preferencje kobiet wobec prowadzonej nad nimi opieki ginekologiczno-położniczej i osób tę opiekę sprawujących.

Cele pracy

1. Ustalenie oczekiwań oraz preferencji kobiet wobec prowadzonej nad nimi opieki ginekologiczno-położniczej.
2. Określenie zależności czynników determinujących preferencje i oczekiwania kobiet w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej od wieku kobiet i ich wykształcenia.
3. Ustalenie związków między cechami i zachowaniami personelu a ich wpływem na wybór dokonany przez ciężarne.

Materiał i metody

Anonimowymi badaniami ankietowymi objęto 50 kobiet przebywających na oddziałach: Położniczym i Patologii Ciąży I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa AM we Wrocławiu w okresie od marca do kwietnia 2004 roku.

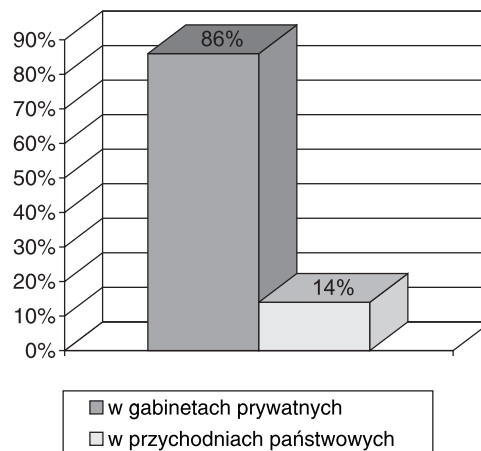
Charakterystyka badanej grupy

Wiek osób objętych badaniami zawierał się w przedziale od 20 do 42 lat. Były one głównie mieszkankami dużych miast 36 (72%), małych miasteczek 10 (20%), a wsi tylko 4 (8%). Znaczna większość ankietowanych kobiet posiadała wykształcenie średnie 20 (40%), wyższe – 15 (30%), pomaturalne 6 (12%) i zawodowe – 9 (18%). W przeważającej części były to mężatki 34 (68%), pozostałą grupę stanowiły panny – 16 (32%). Swoją sytuację materialną 30 (60%) respondentek oceniło jako średnią; 10 (20%) jako dobrą i 10 (20%) jako złą. Ankietowane 32 kobiety (64%) oczekiwały lub były po porodzie pierwszego dziecka, 18 (36%) – oczekiwały lub były po porodzie kolejnego dziecka.

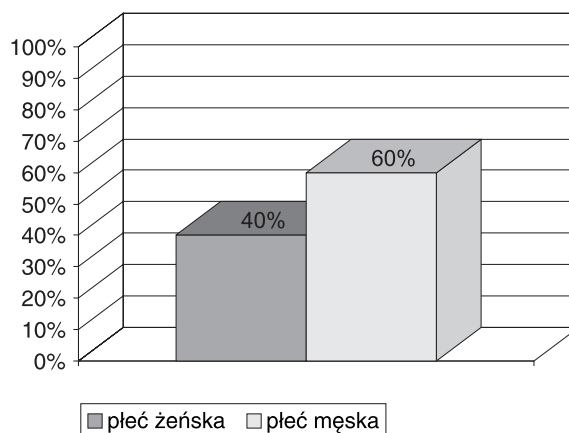
Wyniki badań

Regularne uczęszczanie do lekarza podczas ciąży deklarowało 45 (90%) respondentek. 5 (10%) – nie pozostawało w regularnej kontroli położniczej – były to osoby wyłącznie z wykształceniem zawodowym.

Pacjentkami gabinetów prywatnych były 43 panie (86%). Z opieki lekarza w przychodni Zakładu Opieki Zdrowotnej korzystało 7 pań (14%), 30 respondentek (60%) było podopiecznymi lekarza mężczyzny, 20 (40%) lekarza kobiety. Z po-



Ryc. 1. Rozkład procentowy kobiet korzystających z opieki ginekologiczno-położniczej wg zakładów opieki zdrowotnej



Ryc. 2. Kobiety korzystające z opieki ginekologiczno-położniczej z uwzględnieniem płci lekarza

rad specjalisty określonej płci (nie rozgraniczając męskiej czy żeńskiej) korzystały, ponieważ:

- tak wybrały i tak chciały 40 (80%),
- nie miały możliwości wyboru 4 (8%),
- w okolicy nie było innego specjalisty 4 (8%),
- płeć nie miała znaczenia 2 (4%).

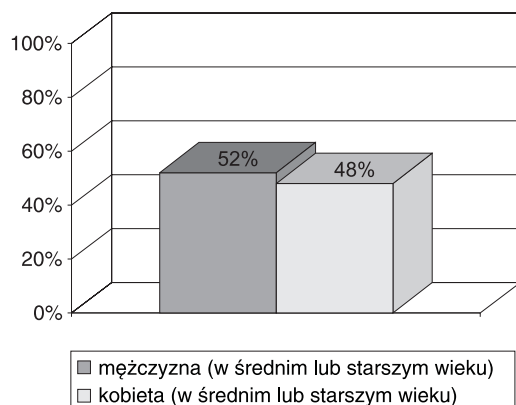
Inne czynniki, które miały wpływ na wybór lekarza to (pacjentki podawały tu więcej niż jedną odpowiedź):

- stosunek do pacjentek – 40 osób ankietowanych (80%),
- kompetencje i kwalifikacje specjalisty – 36 (72%),
- fakt, że lekarz został polecony przez inne osoby – 16 ankietowanych (32%),
- osobowość lekarza 12 (24%),
- bliskość miejsca zamieszkania 12 respondentek (24%),
- czynniki finansowe (koszty wizyt) 12 osób (24%),
- płeć lekarza – 12 (24%),
- prestiż i renoma specjalisty – 8 (16%),

- fakt, iż leczyły się u tego specjalisty już poprzednio – 8 (16%),
- wiek lekarza – 4 (8%).

Na pytanie o to, czy gdyby wybór lekarza prowadzącego ciążę i lekarza w szpitalu zależał całkowicie od nich odpowiedziały, że wybrałyby (ankietowane podawały tu więcej niż jedną odpowiedź):

- 26 respondentek (52%) mężczyznę (w średnim wieku lub ewentualnie starszego),
- 24 ankietowane (48%) kobiety (również w średnim lub starszym wieku).



Ryc. 3. Preferencje kobiet w zakresie wyboru płci lekarza prowadzącego

Badanie ginekologiczne było w opinii ankietowanych przede wszystkim:

- krępujące 30 (60%) i stresujące – również 30 (60%) ankietowanych.

W dalszej kolejności respondentki uznały, że jest ono:

- nieprzyjemne i bardzo denerwują się przed nim lub w trakcie – po 20 osób (40%),
- tylko 9 pacjentek (18%) stwierdziło, że nie wzbudza w nich ono większych emocji i traktują je jak każde inne badanie,
- 4 osoby (8%) przyznały, że odczuwają podczas badania wstyd.

Zapewnienie poczucia intymności dla wszystkich 50 pań (100%) miało duże znaczenie. Wszystkie również deklarowały, że przeszkadza im obecność osób trzecich podczas badania.

Ze strony personelu medycznego 30 respondentek (60%) oczekiwało głównie zainteresowania, fachowej opieki – również 30 (60%).

W 12 przypadkach (24%) ich oczekiwania zostały spełnione. W 38 (76%) zostały spełnione częściowo.

Zadowolone z opieki były 32 pacjentki (64%), częściowo zadowolone – 18 (36%).

Ponownie tego samego specjalistę wybrałyby 32 kobiety (64%), nie wybrałyby go powtórnie 15 (30%), natomiast 3 kobiety (6%) – nie były pewne.

Za dobre w opiece uznały fachowość i skuteczność leczenia. Za złe przedmiotowe trakto-

wanie i brak wyczerpujących informacji dotyczących leczenia i stanu zdrowia.

Na podstawie analizy materiału poczyniono następujące ustalenia:

1. Większość kobiet ciężarnych z reguły dba o swoje zdrowie i dokonuje regularnych kontroli u specjalistów.
2. Wszystkie badane, które nie przestrzegały regularnych kontroli, miały wykształcenie zawodowe.
3. Ciężarne wybierały głównie gabinety prywatne i lekarzy w średnim lub starszym wieku – nieznacznie częściej mężczyzn. Kobiety – lekarki preferowane były przez nieco młodsze pacjentki, pierworódki, a także sporą część pań odbierających badanie jako krępujące i wszystkie, które odczuwały podczas badania wstyd.
4. Oczekiwania w stosunku do lekarzy dotyczyły głównie ich kwalifikacji oraz stosunku i podejścia do kobiet.
5. Mniejszy wpływ na wybór specjalisty miały mieszkanki wsi i małych miasteczek.

Wnioski

Na podstawie ustaleń wyciągnięto następujące wnioski:

1. W badanej grupie stwierdzono zależność między rozumieniem potrzeby regularnych kontroli lekarskich a wykształceniem pacjentek.
2. Wiek, liczba przebytych ciąż i własne odczucia ankietowanych decydowały o wyborze lekarza określonej płci.
3. Kompetencje specjalisty i jego stosunek do pacjentek miały największy wpływ na wybór danego lekarza (60% ankietowanych).
4. Optymalną byłaby możliwość pełnej swobody wyboru lekarza w szpitalach, a także większa sposobność korzystania na miejscu z opieki wybranego specjalisty przez mieszkanki wsi i małych miasteczek.

Tabela 1. Oczekiwania pacjentek wobec personelu medycznego

zainteresowanie	30	60%
fachowa opieka	30	60%
miła obsługa	18	36%
takt	14	28%
zapewnienie poczucia intymności	14	28%
zapewnienie poszanowania godności	14	28%
rozumienie	14	28%
delikatność	9	18%
zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, życzliwości, wsparcia	8	16%
poświęcenie „odrobiny” czasu	6	12%
informacje dotyczące sposobu leczenia	1	2%

* (Respondentki podawały po kilka odpowiedzi).

Piśmiennictwo

1. Gdańska Ż, Klimek K. Badanie ginekologiczne w ocenie kobiet. *Gin Pol* 1982; 53, 674.
2. Holender M. *Psychologia w praktyce lekarza*. Warszawa: PZWL; 1975.
3. Jarosz M. *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL; 1978.
4. Klimek K (red.). *Położnictwo; Psychologiczne aspekty położnictwa; Psychologiczne uwarunkowania badania ginekologicznego*. Warszawa 1988; 651–655.
5. Kondraś O. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1984.

Adres I Autorki:

I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. Chałubińskiego 3
50-369 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Niefarmakologiczne metody analgezji okołoporodowej

Non-pharmacological methods of peri-partum analgesia

ANNA STODOLAK¹, JOLANTA PIETRAS²

¹ Z Zakładu Pediatrii Społecznej Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Wiesław Prusek

² Z I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik Kliniki: dr hab. med. Marian Gryboś, prof. nadzw.

Streszczenie Intensywny rozwój medycyny, w tym niewątpliwie największy postęp w farmakoterapii, oferuje szeroki wachlarz specyfików stosowanych w zwalczaniu rozmaitych dolegliwości [1, 2]. Obecnie zauważa się dużą tendencję kobiet do wyboru rozwiązania porodu drogą cięcia cesarskiego. Fakt ten wynika ze strachu przed bólem związanym z aktem rodzenia. Ból jest uczuciem o nieprzyjemnym charakterze związanym z działaniem bodźców, które pobudzają receptory bólowe. Może też powstać bez uchwytej przyczyny jako zjawisko psychiczne (emocjonalne). Według Reada rodząca może odczuwać ból tak silnie, ponieważ na skutek niewłaściwego nastawienia boi się porodu. Farmakologiczne środki zwalczania bólu stosowane są rzadko i niechętnie, głównie ze względu na powikłania i aspekt finansowy. Dlatego coraz częściej zaczyna się zwracać uwagę na alternatywne formy analgezji okołoporodowej [1, 2, 13–18]. I choć przybywa wciąż doniesień na temat przydatności tych metod, to zwykle są to tylko wzmianki sygnalizujące, że mogą być one pomocne. Z tych względów autorki postanowiły opracować zbiór różnych metod zwalczania bólu z omówieniem ich praktycznego zastosowania.

Słowa kluczowe: analgezja okołoporodowa, ból.

Summary The recent intensive development of medicine including pharmacotherapy unquestionably in the highest degree offers a broad spectrum of curative substances that are applied in the therapy of various ailments. A contemporary overall tendency of women can be reported to choose the cesarean section as a way of parturition. It is due to scare of pain inexorably evoked during childbirth. Pain is an unpleasant sensation caused by the stimuli which irritate the pain receptors (nociceptors). It can arise as well without a tangible reason as a psychic (emotional) phenomenon. According to Read, a woman in the act of parturition perceives the pain so excessively because she is too much anxious owing to the wrong attitude. Pharmacological painkillers are applied rarely and unwillingly for they can bring about complications and are relatively expensive. Therefore, surrogate forms of peri-partum analgesia are mentioned and taken into consideration more and more often [1, 2, 13–18]. Despite the growing evidence corroborating the role and efficacy of above-mentioned methods, they are usually in an anecdotal form suggesting only their possible usefulness. For these reasons, the authors have undertaken to elaborate a collection of various methods of relieving pain discussing their practical implementation.

Key words: peri-partum analgesia, pain.

Wprowadzenie

Ostatnie stulecie stanowi okres niebywałego rozkwitu medycyny. Nie sposób nie docenić jej imponujących osiągnięć: wspaniałych leków, aparatury diagnostycznej czy metod terapeutycznych. Niestety współczesna medycyna ma również i swoje słabe strony. To, co mogło stać się skuteczną bronią w walce wydanej wszelkim

przypadłościom, stało się bronią obusieczną. Chociażby intensywny rozwój farmakoterapii – z jednej strony ogromny wachlarz specyfików niezastąpionych w zwalczaniu rozmaitych dolegliwości, z drugiej nadużywanie wielu preparatów, stale narastające zjawisko antybiotykooporności czy chorób polekowych znacząco określających chorobami z postępu medycyny [1, 2].

Współcześni położnicy również często pod-

chodzą do porodu tak, jakby była to dolegliwość, którą należy leczyć przy użyciu całej dostępnej wiedzy, aparatury i środków farmakologicznych [3]. Jednak traktowanie okresu ciąży i porodu automatycznie jako patologii prowadzi często do niepotrzebnych lub wręcz szkodliwych ingerencji w naturalny proces, do którego kobiece ciało jest przecież stworzone [2, 4]. Obecnie mnóstwo kobiet decyduje się na cięcie cesarskie z własnego wyboru. Głównym powodem takiego postępowania wydaje się chęć uniknięcia bólu [2]. Ból jest uczuciem o nieprzyjemnym charakterze związanym z działaniem bodźców, które pobudzają receptory bólowe. Może też powstać bez uchwytnej przyczyny jako zjawisko psychiczne (emocjonalne). Ból porodowy jest efektem skurczów macicy, a później w II okresie porodu skutkiem ucisku wysuwającej się główki płodu na tkanki krocza [2]. Według Reada, rodząca może odczuwać ból tak silnie, ponieważ na skutek niewłaściwego nastawienia boi się porodu.

Strach powoduje napięcie, a napięcie ból mogąc prowadzić do opóźnienia postępu porodu wraz ze wszystkimi jego konsekwencjami [6]. Dlatego tak ważne jest zapobieganie wystąpieniu tego zespołu przez systematyczne przygotowywanie ciężarnych do porodu [5].

Ogromne znaczenie ma również odpowiednia atmosfera. Im lepsze przygotowanie, tym mniejsza konieczność stosowania środków przeciwbólowych, które nie są przecież pozbawione działań ubocznych. Po podaniu np. petydyny kobieta staje się senna i mniej kontroluje swoje reakcje na ból. Pod wpływem tych środków znajduje się także dziecko, które w dużo mniejszym stopniu niż matka toleruje duże dawki tego rodzaju leków. Połowiczny czas eliminacji petydyny wynosi 23 godziny, a skutki podania tego leku matce obserwowane są u noworodka do 3 dni po porodzie [4]. Jako metody analgezji i anestezji Klimek wymienia oprócz środków farmakologicznych również analgezję wziewną, regionalną i przewodową [7]. Podobne metody podaje Pschyrembel [8]. Są one jednak obarczone możliwymi konsekwencjami w postaci poważnych powikłań, takich jak: wstrząs anafilaktyczny, zaburzenia wstawiania się główki, zaburzenia rytmu serca, paraplegia [2, 9]. Trudno się dziwić, że część świadomych i odpowiedzialnych kobiet poszukuje bardziej naturalnych sposobów łagodzenia bólu. W porodach domowych i dużo rzadziej w szpitalnych stosuje się proste metody łagodzenia odczuć bólowych. Położne wykorzystują w swej praktyce z dobrym skutkiem m.in.: masaże, kąpiele czy muzykoterapię. Pomocna także może okazać się akupunktura lub akupresura [2]. W medycynie naturalnej uznaje się niezliczone siły psychiczne oraz fizjologiczne funkcji organizmu, dlatego na równi ważne

są tu wszelkie działania psychoprofilaktyczne i środki wspomagające naturalne funkcje organizmu [10]. Najważniejsze jest, aby najpierw stworzyć kobiecie odpowiednie warunki i atmosferę oraz pozwolić działać naturze tak, jak to zaplanowała, a dopiero potem uciekać się do naturalnych metod wspomagających – umożliwiających pełne wykorzystanie sił natury. Dopiero na końcu mieć w pogotowiu cały arsenał zdobyczy technicznych i farmakologicznych.

Dlatego coraz częściej zaczyna się zwracać uwagę na alternatywne formy analgezji okołoporodowej [11–18]. I choć przybywa wciąż doniesień na temat przydatności tych metod, to zwykle są to tylko wzmianki sygnalizujące, że mogą być one pomocne. Z tych względów autorki postanowiły opracować zbiór różnych metod z omówieniem, co, jak, kiedy i komu stosować, aby można je było wykorzystać w praktyce.

Masaż

Jest jedną z najstarszych sztuk medycznych. Podgórski definiuje go jako zespół różnych zabiegów manualnych, które w sposób mechaniczny przez powierzchnię ciała działają na skórę, tkankę podskórną, mięśnie, a także w postaci zmian odruchowych na układ krążenia, nerwowy, wewnętrzwydzielniczy, do narządów wewnętrznych włącznie [20]. Jako bodziec mechaniczny wywołuje w organizmie liczne zmiany o charakterze ogólnym i miejscowym [2, 10, 20]. Powoduje odprężenie, zmniejsza napięcie psychiczne, a ponieważ napięcie może powodować lub nasilać odczucia bólowe jego redukcja powinna przynieść efekt przeciwbólowy [2]. Reguluje napięcie mięśniowe, normuje pracę gruczołów dokrewnych, zwiększa podatność podejmowania wysiłku fizycznego, wzmacnia intensywność hamowania w tych miejscach kory mózgowej, które poprzednio brały udział w wysiłku – co przyspiesza wypoczynek [19]. Masaż może być wykonywany za pomocą takich technik, jak: głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, oklepywanie czy wibracje. Masaż można stosować również u ciężarnych w celu łagodzenia wielu dolegliwości tego okresu bez uciekania się do używania środków farmakologicznych, których w czasie ciąży lepiej jest unikać [20]. Może usunąć bóle głowy, bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej czy zlikwidować wzmoczone napięcie mięśni. Podczas samego porodu najbardziej przydatny może okazać się masaż pleców i kręgosłupa, a zwłaszcza okolicy krzyżowej. Można go wykonać u rodzącej w klęku podpartym lub w pozycji leżącej na boku, a także w I fazie porodu w pozycji siedzącej przodem do oparcia krzesła [2, 20]. Masaż zawsze zaczyna się od technik delikatnych, przechodząc stopniowo do

bardziej intensywnych. Ruchy powinny być płynne i rytmiczne, a siła ucisku zwiększana stopniowo. Prawidłowo wykonany masaż tej okolicy nie tylko zmniejsza ból, ale także uczucie zmęczenia. Karpińska zaleca dla rodzących następującą sekwencję technik: dłonie ułożone płasko w dolnym odcinku kręgosłupa przesuwają wzdłuż niego, aż do nasady karku obejmując kolistym ruchem gładzącym mięśnie barków. Powtórzyć 10 razy stopniowo zwiększając siłę ucisku. Następnie kładziemy ręce na pośladkach i uciskając opuszkami obu kciuków przesuwamy je wzdłuż kręgosłupa. Na wysokości talii przesuwamy dłonie na zewnątrz i powtarzamy zwiększając ucisk. Dalej poszukać punktów wrażliwych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym po zewnętrznych stronach kręgosłupa – między 4 a 5 kręgiem lędźwiowym oraz w okolicy kości ogonowej – uciskamy je i rozmasowujemy. Można wykonać również koliste ruchy rozcierania wokół kości biodrowej. Masaż zawsze kończy się głaskaniem [20]. Autorki rozdziału poświęconego walce z bólem w czasie porodu zamieszczonego w *Nowoczesnym położnictwie* A. Heywood i E. Ho polecają także technikę zwaną *Effleurage*, czyli tzw. dotykanie piórkami – lekki masaż brzucha wykonywany opuszkami palców [12]. Palce przesuwają się delikatnie wzdłuż dolnej części brzucha z jednej strony na drugą lub w dół wzdłuż linii środkowej, a następnie ku górze po bocznej części brzucha. Wymieniają także rozcieranie pleców jako zabieg doskonale rozluźniający – niezależnie od masażu mięśni grzbietu, barków i ud. Polega ono na głębokim ugniataniu okolicy nad dolnym odcinkiem kręgosłupa, a następnie przesuwaniu dłoni masującego wraz ze skórą masowanej jako całości ponad głębiej leżącymi tkankami, co szczególnie pomocne jest w czasie skurczów. Metoda, którą Heywood i Ho sugerują jako korzystną u dobrze umotywowanych kobiet to stymulacja brodawek sutkowych przeprowadzana przez samą ciężarną lub jej partnera. Umożliwia to niekiedy, jak twierdzą wspomniane autorki, urodzenie dziecka bez podawania kobiecie środków rozkurczowych i przeciwbólowych [2, 12]. Tego samego zdania jest również S. Kitzinger – autorka książki *Rodzić w domu* [21].

Homeopatia

Jest to (gr. *homoion* – podobny, *patos* – cierpienie) metoda oparta na stosowaniu substancji leczniczych na zasadzie podobieństwa między objawami wywołanymi przez daną substancję i objawami występującymi u chorego (według zasady, że podobne należy leczyć podobnym). Choremu podaje się więc takie preparaty, które u zdrowego wywołałyby objawy, jakie powoduje zwalczana choroba. Środki te podaje się w ma-

łych dawkach otrzymywanych przez kolejne rozcieńczenia. Metoda polega na stymulacji sił obronnych organizmu w oparciu o dogłębne rozpoznanie dolegliwości. Celem stosowania preparatów homeopatycznych jest pobudzenie organizmu, zaalarmowanie go, zmuszenie do podjęcia walki. Podając takie substancje, podpowiadamy mu jak ma walczyć i jakie własne substancje zwalczające daną dolegliwość wytwarzać [2, 13, 15, 22].

W położnictwie przydatne mogą okazać się:

Caulophyllum – roślina z rodziny *Berberidaceae* pomocna w stanach kurczowych bólów pochodzenia cieśniowo-szyjkowego [2, 13, 22]. Heywood i Ho polecają także stosowanie tego preparatu w celu tonizowania mięśnia macicy [12].

Arnica montana – roślina z rodziny *Compositae*. Polecają ją również wspomniane Heywood i Ho do łagodzenia bólów i obrzmień krocza, a po porodzie w przypadku jego nacięcia, także okolicy przyrannej [12].

Do łagodzenia skutków urazów służyć może również *Bellis perennis* – stokrotka należąca do rodziny *Compositae* [2, 13, 22].

Hydroterapia

Do zabiegów wodoleczniczych należą m.in. kąpiele [10]. W czasie kąpieli na ciało zanurzone w wodzie wpływają głównie dwa czynniki o znaczącym działaniu biologicznym: czynnik termiczny (temperatura wody) i ciśnienie hydrostatyczne. Ciepła kąpiel (tj. o temperaturze około 37°C) działa kojąco, relaksująco i pomaga się odprężyć. Zmniejsza napięcie i ból oraz uspokaja. Na mięśnie obwodowe wpływa wzmacniająco i pobudzająco, co ułatwia poród. Ciśnienie hydrostatyczne przez zwiększenie ciśnienia śródbrzucha może być pomocne w trakcie parcia. Podczas kąpieli mięśnie dna miednicy rozluźniają się. Stają się bardziej podatne na rozciąganie, co w pewnym stopniu może minimalizować konieczność nacięcia krocza lub wystąpienia jego samoistnego pęknięcia [2]. Według danych Geisbuhlera, odsetek nacięć krocza w porodach wodnych jest najniższy i wynosi zaledwie 13%. Również odsetek pęknięć krocza II i III° jest najniższy w grupie kobiet rodzących w wodzie, a różnice są tu statystycznie znamienne [23].

Akupunktura, akupresura i inne metody oddziaływania na biologicznie aktywne punkty

Sposobów oddziaływania na biologicznie aktywne punkty jest wiele, jak choćby:

- akupunktura – nakłuwania igłami,

- akupresura – uciskanie palcami lub stymulatorem mechanicznym,
- elektropunktura – pobudzanie prądem,
- laseropunktura – laserem,
- kriopunktura – przymrażanie,
- termopunktura, fitotermopunktura lub po prostu moxa – przygrzewanie przypieczkami lub cygarami wykonanymi z liści rośliny o nazwie *Artemisia moxa* lub *Artemisia chinense* [1, 2, 14, 24, 25].

Chociaż rodowód akupunktury sięga zamierzonej przeszłości, na podkreślenie zasługuje fakt, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała ją za oficjalną metodę leczenia [24]. Doświadczalnie stwierdzono, że akupunktura wywiera obiektywnie stwierdzone działanie analgetyczne, sedatywne i regulujące funkcje autonomicznego układu nerwowego [1, 2, 14, 24, 25], jednak opis neurohormonalnych (wydzielanie endogennych opioidów w przysadce, tj. endorfin i enkefalin) i neurofizjologicznych (odruchowo-warunkowych) mechanizmów jej działania znacznie przekracza ramy tego opracowania.

Według Garnuszewskiego coraz większe zastosowanie znajduje akupunktura w ginekologii i położnictwie [1]. Zalecana jest w przypadkach przedłużającego się porodu, który jest jednym ze wskazań do jej stosowania obowiązującym w Poradni Leczenia Akupunkturą w Warszawie [24]. Podstawowe wskazania opracowane przez Katedrę Igłorefleksoterapii Kazańskiego Państwowego Instytutu Doskonalenia Lekarzy z zakresu położnictwa to: stymulacja akcji porodowej, bezbólowy poród, ogólnie wzmacniająca terapia u rodzącej, niedostateczne zwijanie mięśnia macicy i hipolaktacja [1]. O zastosowaniu tej metody w analgezji wspomina także Cendrowski, natomiast Danley donosi o stosowaniu tej metody od 1977 r. przez położne z Nowej Zelandii i to nie tylko jako środka przeciwbólowego w czasie porodów prowadzonych w domu, ale także przyspieszającego poród, do przeprowadzania obrótów położniczych zewnętrznych, przy zatrzymaniu łożyska, jak również do pobudzenia laktacji i łagodzenia bólów poporodowych [25]. Także Lyrenas i wsp. (1987) stwierdzili, że akupunktura stosowana w ostatnich tygodniach ciąży może skrócić czas trwania porodu u pierworódek i podwyższyć próg bólowy u kobiet tuż przed porodem [25]. Bardzo przydatny może okazać się punkt Hegu (JG.4) – o działaniu analgetycznym, Kunlun (PM.67) – jako punkt przeciwbólowy oraz punkt stosowany w trudnym porodzie [1, 2, 24].

Szczególną odmianą akupunktury lub akupresury jest aurikuloterapia. Polega ona na nakłuwaniu bądź uciskaniu punktów akupunkturowych zlokalizowanych na małżowinie usznej. Użyteczny może okazać się punkt 51 jako bardzo silny punkt przeciwbólowy i punkt 55 jako silny

punkt przeciwbólowy, przeciwzapalny, uspokajający [2, 25].

Refleksoterapia stóp

To rodzaj terapii wykorzystującej strefy refleksyjne (oparte na mechanizmach odruchowych) polegający na masowaniu określonych części podeszwy stóp w celu wpływania na odległe obszary ciała [2, 16, 19]. Tę metodę do zastosowania w położnictwie polecają już wcześniej wspomniane Heywood i Ho [12]. Podgórski uważa, że do zabiegu tego nie ma w zasadzie żadnych przeciwwskazań [19]. Według niego nie może on zaszkodzić, a z pewnością polepszy ogólne samopoczucie [2, 19].

Muzykoterapia

Muzyka odpowiednio dobrana może łagodzić napięcia psychiczne, uspokajać lub aktywizować. Kojarzona z innymi metodami terapeutycznymi zwiększa ich skuteczność [20]. Dzięki prowadzonym doświadczeniom wiadomo, że odpowiednio dobrane melodie powodują zmniejszenie napięcia psychofizycznego, ułatwiają wentylację oddechową, działają antylękowo i antydepresyjnie, redukują napięcie mięśniowe [17, 18, 20]. Utwory o niskiej częstotliwości od 1200 do 1500 Hz uspokajają dziecko. Melodie wysłuchiwane w okresie życia wewnątrzmacicznego odtwarzane po urodzeniu wpływają na małego człowieka w podobny sposób [2, 20]. Muzyka dobrze dobrana wprawia w dobry nastrój, ułatwia i umila wykonywanie ćwiczeń, mobilizuje lub pomaga w koncentracji [2, 17, 18, 20].

U ciężarnych przeciwwskazane jest zbyt głośne (powyżej 70 dB) i zbyt długotrwałe (powyżej 4 godzin) odtwarzanie, a także percepcja bardzo wysokich lub bardzo niskich dźwięków oraz drgań o wysokiej częstotliwości. W zależności od celu jej stosowania (uspokojenie czy aktywizacja) powinna być łagodna lub szybsza w tempie marszowym z wyeksponowanym podkładem rytmicznym [2, 17, 18, 20].

Muzyka to jednak nie tylko posługiwanie się zestawem specjalnie dobranych środków muzycznych i konkretnych melodii, ale także **dźwięki natury**, takie jak np. śpiew ptaków, szum morza [2, 17, 20].

Korzystny wpływ na matkę i dziecko ma **śpiew** podczas ciąży, w trakcie porodu i po nim. Kobiety śpiewające w czasie ciąży są spokojniejsze, pogodniejsze, wyciszone i zrelaksowane. Potrafią łatwiej unikać stresów i napięć [2, 17, 18, 20]. Istotne znaczenie ma fakt, iż śpiewanie uczy rozluźniania mięśni nie tylko ust, krtani oraz twa-

rzy, ale także mięśni brzucha i dna miednicy [17, 18, 20]. Jest to ogromnie ważne podczas porodu, ponieważ rozluźnienie tych właśnie mięśni ułatwia rodzenie dziecka [20].

Przez częste śpiewanie wyrabia się również mięsień przeponowy. Powoduje to zwiększenie amplitudy ruchomości przepony i zwiększenie pojemności płuc, a tym samym ułatwia oddech oraz wentylację, wpływając na prawidłowe dotlenienie rodzącej i płodu [17, 18]. Zwiększa wydolność fizyczną i lepszą tolerancję wzmożonego wysiłku fizycznego. Dlatego śpiew można wykorzystać jako doskonałe ćwiczenie rozluźniające i przygotowujące do porodu [17].

Najlepiej przyjąć wygodną pozycję leżącą, ułożyć ręce na brzuchu, rozluźnić mięśnie twarzy i śpiewać przedłużone głoski Aaa.... lub Ooo.... ciągnąc je przy tym jak najdłużej i mając szeroko otwarte usta [2, 17, 18, 20]. Śpiew rozluźniając mięśnie, zmniejsza odczucia bólowe. Może także w pewnym stopniu minimalizować konieczność nacięcia krocza lub jego samoistnego pęknięcia [17, 18]. Wzrost tempa muzyki nasila czynność skurczową macicy i ruchy płodu [17, 26].

Jest to metoda łatwa, tania i przyjemna. Nie wymaga nakładu dużych kosztów i można ją stosować równolegle z innymi środkami terapeutycznymi [17, 18].

Relaks

Relaks w medycynie klasycznej oznacza zwiotczenie mięśni. W ogólnym znaczeniu: odprężenie, odpoczynek, zmniejszenie napięcia psychofizycznego, czyli wyeliminowanie napię-

cia mięśni przy jednoczesnym świadomym obniżeniu aktywności myśli [2, 10]. Powinno się go stosować w przerwach między skurczami, aby mięśnie mogły wypocząć i regenerować się, a kobieta nabrała sił do dalszego wysiłku. Aby dobrze opanować tę technikę w 2 ostatnich miesiącach ciąży powinno się poświęcić sporo uwagi rozluźnianiu mięśni krocza przy jednoczesnym napięciu tłoczni brzusznej. Ćwicząc to należy położyć się wygodnie, zrobić głęboki wdech – zatrzymać – unieść głowę jednocześnie uświadamiając sobie napięcie mięśni brzucha z rozluźnieniem mięśni krocza. Robiąc wydech położyć głowę i rozluźnić mięśnie. Relaks jest nierozłącznie powiązany z pogłębionym i spokojnym oddechem [20].

Podsumowanie

Współczesna medycyna oferuje wiele środków i metod znieczulających przydatnych w położnictwie. Wybór danej metody powinien zależeć od indywidualnego podejścia do każdej kobiety rodzącej i możliwości personelu medycznego, ponieważ każdy człowiek to niepowtarzalna jednostka. Należy dobrać zatem właściwy sposób analgezji okołoporodowej, który będzie zarówno bezpieczny i skuteczny dla matki i dziecka. Ze względu na zły system zarządzania w służbie zdrowia, ustawiczne braki finansowe oraz traktowanie placówek służby zdrowia, jak zakładu produkcyjnego mającego przynosić jedynie zysk, a nie właściwą pomoc pacjentowi, należałoby rozważyć możliwość skorzystania z niektórych osiągnięć medycyny niekonwencjonalnej.

Piśmiennictwo

- Garnuszewski Z. *Renesans akupunktury*. Warszawa: Wyd. Sport i Turystyka; 1988.
- Pietras J. Ocena przebiegu porodu u kobiet rodzących w sposób naturalny. Wzd. Zdrowia Publicznego AM, Wrocław 2001.
- Pietras J. Poród naturalny. *Pismo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie* 2003; (1): 22–23.
- Krupa M. *Jesteś całym moim światem*. Warszawa: Res Publica Pres; 1997.
- Fijałkowski W (red.). *Przygotowanie do porodu naturalnego*. Warszawa: PZWL; 1987.
- Fijałkowski W. *Dar rodzenia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 1988.
- Klimek R i wsp. *Położnictwo*. Warszawa: PZWL; 1988.
- Pschyrembel W, Dudenhausen J. *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*. Warszawa: PZWL; 1997.
- Kalita J (red.). *Wybrane zagadnienia intensywnego nadzoru położniczego*. Kraków: Wyd. Przegląd Lekarski; 2000.
- Cendrowski Z. *Leksykon medycyny niekonwencjonalnej*. Warszawa: Spółdzielcza Agencja SPAR; 1991.
- Aleksander J. *Nowoczesne położnictwo*. Cz. II. *Opieka okołoporodowa*. Warszawa: PZWL; 1995.
- Aleksander J. *Nowoczesne położnictwo*. Cz. IV. *Praktyka położnicza*. Warszawa: PZWL; 1995.
- Pietras J. Homeopatia w praktyce położniczej. *Pismo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie* 2003; (3): 24–25.
- Pietras J. Naturalne metody leczenia w praktyce medycznej. Część I. Akupunktura, akupresura i inne metody stymulacji biologicznie aktywnych punktów. *W cieniu czepka* 2002 (1)123: 18–19.
- Pietras J. Naturalne metody leczenia w praktyce medycznej. Część II. Homeopatia. *W cieniu czepka* 2002; 3(125): 20–21.
- Pietras J. Naturalne metody leczenia. Część III. Refleksoterapia stóp. *W cieniu czepka* 2002; 5(127) 10–12.
- Pietras J. Muzykoterapia w położnictwie. *W cieniu czepka* 2002; 8(130): 20–21.

18. Pietras J. Muzykoterapia dla kobiet oczekujących dziecka. *Pismo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie* 2002; 6: 11–12.
19. Podgórski T. *Masaż klasyczny (lecniczy, relaksacyjny, sportowy)*. Warszawa: Wyd. ZETDEZET Sp. z o.o. ; 1995.
20. Karpińska B. *Sztuka rodzenia*. Warszawa: Instytut Wyd. Zw. Zawod.; 1990.
21. Kitzinger S. *Rodzić w domu*. Warszawa: Springer PWN; 1995.
22. Jouanny J. *Materia Media – Leki homeopatyczne w praktyce medycznej*. Lublin: Instytut Wydawniczy Daimonion; 1995.
23. Geissbuhler V, Eberhard J. Waterbirths: a comparative study. A prospective study on more than 2000 waterbirths. *J Fetal Diagn Ther* 2000; 15: 291.
24. Garnuszewski Z. *Akupunktura we współczesnej medycynie*. Warszawa: Wyd. Astrum, 2000.
25. Operacz H. *Zasady akupunktury – teoria i praktyka*. Poznań: Kantor Wydawniczy SAWN; 1993.
26. Poręba A i wsp. Reakcje płodu na stymulację wybranymi rodzajami muzyki. *Klin Ginekol i Perinatol Supl.* XXV, Mat. Zjazd. VII Symp. Nauk. Poród nowoczesny, Tychy; 2002.

Adres I Autorki:

Zakład Pediatrii Społecznej,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Analiza porównawcza obrażeń krocza z uwzględnieniem przygotowania do porodu w szkole rodzenia

Comparative analysis of lesions of perineum during delivery with respect to women' education in school of child-bearing

JOLANTA PIETRAS, MARTA MATUSIAK, MARIAN GRYBOŚ

Z I Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. n. med. Marian Gryboś, prof. nadzw. AM

Streszczenie W pracy przedstawiono analizę obrażeń krocza podczas porodu u 100 pacjentek. Połowę z nich stanowiły pacjentki po kursie w szkole rodzenia, w porównaniu z taką samą liczbą pacjentek nie uczęszczających na kurs. Badania prowadzone były w I Klinice Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2003–2004. Materiał zebrano na podstawie badań ankietowych i analizy dokumentacji szpitalnej. Autorzy próbowali ocenić, czy i w jakim stopniu edukacja przedporodowa w szkole rodzenia wpływa na częstość występowania obrażeń krocza.

Słowa kluczowe: uszkodzenia krocza w czasie porodu, szkoła rodzenia, nacięcie krocza.

Summary The aim of work was analysis of lacerations of perineum during delivery at patients educated in school of child-bearing and comparison them with group of patients who are not educated. The 100 cases of women bearing in I Department and Clinic of Gynaecology and Obstetrics in Wrocław in period from 1.06.2003 to 10.04.2004 were analysed. 50 of them took part in lectures and practicals before labour and 50 don't. Material was based on medical documentation and inquiries. Authors tried to estimate if education before labour influences frequency of lesions of perineum during partus and to a what degree.

Key words: lesion of perineum, education before delivery, kinesitherapy before delivery, episiotomy.

Wstęp

Profesjonalną formą przygotowania kobiet do macierzyństwa są szkoły rodzenia [2, 4, 7, 9, 11, 13]. Idea szkół powstała w Wielkiej Brytanii w latach 60. XX w. Jej inicjatorem i pomysłodawcą był położnik – naukowiec G.D. Read [12]. Zgodnie z jego poglądami, kobieta powinna zapoznać się z przebiegiem porodu w szkole rodzenia, ponieważ uczy się tam odpowiedniego oddychania, technik relaksacji [5] i efektywnego parcia [11]. Na zajęciach prowadzonych przez wykwalifikowany personel ciężarne wykonują również ćwiczenia rozluźniające mięśnie krocza i dna miednicy [6–9]. Ma to istotne znaczenie, ponieważ rozluźnione tkanki są elastyczne, bardziej podatne na

rozciąganie, co powinno ułatwiać przebieg II okresu porodu i zmniejszać częstość występowania samoistnych obrażeń krocza oraz konieczność wykonywania episiotomii (nacinania krocza) [10, 13]. Publikacje dotyczące tych zagadnień są jednak nieliczne, dlatego autorzy pracy dokonali porównania częstości występowania urazów krocza u rodzących uczestniczących i nieuczestniczących w zajęciach szkoły rodzenia.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny, w jakim stopniu edukacja przedporodowa w szkole rodzenia wpływa na częstość występowania obrażeń krocza.

Materiał

Za pomocą badań ankietowych kobiet, które rodziły drogami natury w I Klinice Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu w okresie od czerwca 2003 do kwietnia 2004, wyłoniono dwie grupy położnic:

1. deklarujących uczestnictwo w zajęciach przygotowujących do porodu,
2. nieuczęszczających na zajęcia szkoły rodzenia.

Przeanalizowano dokumentację dotyczącą 100 porodów, po 50 w każdej z badanych grup. Wiek kobiet w badanej grupie wynosił 17–34 lata i były to głównie pierworódki – 37 (74%), 12 (24%) rodziło drugie, jedna osoba (2%) trzecie dziecko. Grupę kontrolną stanowiły pacjentki w wieku 20–43 lata, przede wszystkim rodzące drugie lub kolejne dziecko – 31 (62%), pozostałe 19 (38%) stanowiły pierwiastki.

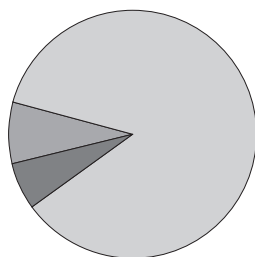
Metody

Analizowano częstość i stopień obrażeń krocza oraz częstość porodów zabiegowych.

Wyniki

W każdej z analizowanych grup brano pod uwagę liczbę nacięć krocza, pęknięć krocza, jednoczesne wystąpienie pęknięcia i nacięcia, a także przypadki braku jakichkolwiek obrażeń.

W grupie kobiet edukowanych w szkole rodzenia nacięcie krocza wykonano u 46 kobiet rodzących (92%), z czego u 1 (2%) dodatkowo wystąpiło pęknięcie krocza I°, u 2 (4%) pęknięcie II°. Izolowane pęknięcie I° wystąpiło u 4 (8%) kobiet rodzących (ryc. 1).

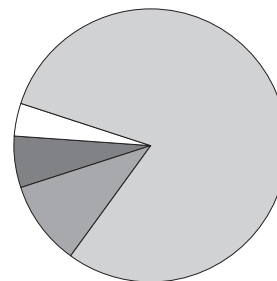


- wyłącznie nacięcie krocza (43)
- wyłącznie pęknięcie krocza (4)
- pęknięcie i nacięcie krocza (3)

Ryc. 1. Analiza porównawcza obrażeń krocza z uwzględnieniem przygotowania do porodu w szkole rodzenia

W grupie kontrolnej nacięcie krocza wykonano u 45 kobiet rodzących (90%), z czego u 3 (6%) dodatkowo wystąpiło pęknięcie krocza I°,

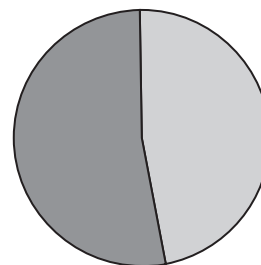
a u 2 (4%) pęknięcie II°. Oba te porody ukończono za pomocą kleszczy położniczych. Izolowane pęknięcie krocza I° wystąpiło u 3 (6%) rodzących. U 2 (4%) rodzących nie doszło do obrażeń krocza (ryc. 2).



- brak obrażeń krocza (2)
- wyłącznie nacięcie krocza (40)
- nacięcie i pęknięcie krocza (5)
- wyłącznie pęknięcie krocza (3)

Ryc. 2. Analiza porównawcza obrażeń krocza z uwzględnieniem przygotowania do porodu w szkole rodzenia

W grupie pacjentek uczęszczających na zajęcia szkoły rodzenia częstość występowania pęknięć krocza podczas porodu wynosiła 14%, a w grupie kontrolnej 16% (ryc. 3).



- bez przygotowania
- po szkole rodzenia

Ryc. 3. Analiza porównawcza obrażeń krocza z uwzględnieniem przygotowania do porodu w szkole rodzenia

W grupie pacjentek uczęszczających do szkoły rodzenia nie wystąpiły porody kleszczowe.

Dyskusja

Doświadczenia ostatnich lat wykazały, że działalność szkół rodzenia zyskuje coraz większe uznanie [1, 7]. Buchacz i Poręba wskazują, że pozytywne efekty prowadzonej w szkołach kine-

zyterapii obserwuje się najczęściej, analizując przebiegi porodów [1, 6]. Powołują się oni na liczne doniesienia wskazujące na rzadsze występowanie urazów tkanek miękkich kanału rodnego u kobiet po kursach przygotowawczych [1]. Podobnego zdania są również inni autorzy [3, 9]. Natomiast E. Kowalik na podstawie prowadzonych przez siebie badań stwierdza, że odsetek nacięć krocza jest w obu grupach taki sam, natomiast pęknięć krocza było więcej w grupie kobiet nieprzygotowanych [4]. Piśmiennictwo dotyczące występowania obrażeń krocza u ciężarnych uczestniczących w kursach szkoły rodzenia jest ubogie. Na podstawie badań własnych autorzy pracy wykazali niewielkie różnice w częstości występowania obrażeń krocza w obu badanych grupach.

Piśmiennictwo

1. Cendrowski K i wsp. *Ocena przebiegu porodu oraz stanu noworodka u pacjentek po kursie w szkole rodzenia*. Ogólnopolskie Symp. Poród Naturalny. Tychy: 1996: 111–115.
2. Kowalik E. Porównanie przebiegu porodu u rodzących po szkole rodzenia i bez przygotowania merytorycznego. Wyd. Zdrowia Publ. AM Wrocław 2001.
3. Fijałkowski W (red.). *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia*. Warszawa: PZWL; 1981.
4. Fijałkowski W (red.). *Przygotowanie do porodu naturalnego*. Warszawa: PZWL; 1987.
5. Kozłowska J, Stanek M. Przebieg porodu i porodu u kobiet po kinezyterapii w szkole rodzenia – próba oceny. *Ginekol Pol* 2002; 73, 5: 439–443.
6. Ziółkowski K, Marianowski L. Szkoła rodzenia przy oddziałach ginekologiczno-położniczych I Kliniki AM w Warszawie – analiza działalności, cele i założenia. *Klin Perinatol i Ginekol* 2002; Supl. XXV: 208–214. Symp. Nauk.-Szkol. pt. Poród Nowoczesny, Tychy 2002.
7. Read GD. *Natural Childbirth*. London: Heinemann; 1933.
8. Cekański A, Poręba R. *Ćwiczenia rozluźniające w ciąży*. Mater. Zjazd. Pam. Symp. Sekcji Psychoprofilaktyki Porodowej i Kinezyterapii PTC, Katowice 18–20 V 1987.
9. Cekański A, Dobosiewicz K, Poręba R. Kinezyterapia w nowoczesnym położnictwie i ginekologii. *Ginekol Pol* 1979; 47: 1067.
10. Epifanow W. *Leczebna fizyczna kultura*. Moskwa: Medicina; 1987.
11. Kardel KR, Kase T. Training in pregnant women: effects on fetal development and birth. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 280–286.
12. Buchacz P, Poręba R. *Wpływ ćwiczeń ruchowych na organizm kobiety ciężarnej i płodu oraz przebieg ciąży, porodu i porodu*. VI Symp. Poród Naturalny, Tychy 1996: 87–91.
13. Kolanko M, Kolanko J. Wybrane metody leczenia i efekty psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu w szkołach rodzenia. *Fizjoterapia* 1997; 5(3): 18–19.

Adres Autorów:

I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. T. Chałubińskiego 3
50-368 Wrocław

Wnioski

1. W obu grupach kobiet liczba nacięć krocza była zbliżona: 46 (92%) u pacjentek po szkole, 45 (90%) u nieedukowanych pacjentek. Na uzyskany wynik może wpływać fakt, że znaczną większość (74%) rodzących po szkole stanowiły pierworódki, zaś w grupie kontrolnej były to głównie wieloródki (62%).
2. Częstość jednoczesnych nacięć i pęknięć krocza I° u kobiet po szkole rodzenia była nieznacznie mniejsza (2%) niż u kobiet w grupie kontrolnej (6%).
3. Nie stwierdzono istotnie znamienych różnic w częstości występowania obrażeń krocza u kobiet edukowanych przed porodem w szkole rodzenia (14%) i w grupie kobiet niebiorących udziału w zajęciach (16%).

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Wpływ palenia tytoniu i spożywania alkoholu przez ciężarną na rozwój płodu

The effects of smoking tobacco and drinking alcohol by pregnant women on the development of the fetus

IWONNA ANNA KAZIMIERCZAK¹, ZDZISŁAWA KNIHINICKA-MERCIK¹, DOROTA SUCHAŃSKA², KRZYSZTOF KAZIMIERCZAK³, MARIAN GRYBOŚ², EDYTA HARYCH⁴

¹ Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

² Z Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. med. Marian Gryboś, prof. nadzw. AM

³ Z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Marian Klinger

⁴ Z Ośrodka Terapii Bioinformacyjnej w Legnicy

Streszczenie Celem pracy było ukazanie wpływu palenia tytoniu i spożywania alkoholu przez ciężarną na rozwój płodu. Na podstawie przeglądu aktualnego piśmiennictwa, starano się przedstawić możliwe mechanizmy oddziaływania składników dymu tytoniowego i alkoholu na płód. W wyniku przeprowadzonych analiz wykazano, że palenie tytoniu zarówno czynne, jak i bierne oraz spożywanie alkoholu przez kobiety w okresie ciąży jest szkodliwe dla rozwoju płodu. Niekorzystny wpływ wyraża się zahamowaniem wewnątrzmacicznego wzrostu płodu z następowym obniżeniem masy ciała, długości i obwodów, zwiększonym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych, uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego oraz układu odpornościowego. Ponadto stwierdzono, że kobiety palące tytoń w sposób czynny i bierny oraz spożywające alkohol podczas ciąży obciążone są wyższym ryzykiem powikłań przebiegu ciąży, co nie pozostaje bez wpływu na rozwój płodu. Wykazano również, że narażenie płodu na działanie składników dymu tytoniowego i alkohol opóźnia jego dalszy rozwój fizyczny i psychomotoryczny. Stwierdzono, że ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju płodu rośnie wraz z liczbą papierosów wypalanych dziennie oraz ilością spożytego alkoholu przez kobietę ciężarną. Zauważono, że niekorzystny wpływ tych używek może być potęgowany przez czynniki środowiskowe i socjoekonomiczne, a w przypadku alkoholu również genetyczne. Udowodniono, że powstrzymanie się od palenia tytoniu i spożywania alkoholu podczas ciąży wpływa na poprawę dobrostanu płodu. Wyniki przeprowadzonych analiz mogą być przydatne w realizacji działań profilaktycznych i oświatowych zmierzających do zmniejszenia liczby palących i spożywających alkohol kobiet, ograniczając tym samym ujemne skutki, jakie wywierają te używki na rozwój płodu.

Słowa kluczowe: ciąża, płód, nikotyna, alkohol.

Summary The objective of the present work was to show the effects of smoking tobacco and drinking alcohol on the development of the fetus. On the basis of current literature, the authors attempted at presenting the possible mechanisms of affecting the fetus by alcohol and ingredients of tobacco smoke. The analyses have indicated that smoking tobacco, both active and passive, as well as drinking alcohol by pregnant women is harmful to the development of the fetus. The negative influence is mirrored in intrauterine growth retardation (IUGR) with the subsequent decrease of the body mass, length, an increased risk of congenital defects and damage of the central nervous and immune systems. Moreover, it has been noted that women smoking tobacco both actively and passively and drinking alcohol during pregnancy are subject to a higher complications index in the course of pregnancy, which may be influential for the development of fetus. Furthermore, the exposure to the ingredients of tobacco smoke and alcohol retards further physical and psychomotor development of the fetus. It has been discovered that the risk of abnormalities in the development of the fetus increases with the number of cigarettes smoked daily by a mother-to-be and the amount of alcohol intake of a pregnant woman. The negative influence of stimulants (tobacco and alcohol)

may be strengthened by environmental and socio-economic factors and in the case of alcohol by genetic factors as well. Our studies provided evidence that restraining oneself from smoking tobacco and drinking alcohol during pregnancy improves the state of the fetus. The results of the analyses may be useful for the purposes of realization of preventive and educational activities targeted at reducing the number of female smokers and women drinking alcohol while limiting the negative effects of these stimulants on the development of the fetus.

Key words: pregnancy, fetus, nicotine, alcohol.

Wstęp

Płód ludzki przebywa w unikatowej niszy ekologicznej. Przez cały okres ciąży pozostaje zależny wyłącznie od matczynej energii oraz substancji odżywczych, co jest uwarunkowane barierą łożyskową oddzielającą go od krwiobiegu matki. W następstwie przepuszczalności tej bariery dla określonych substancji płód jest także narażony na działanie wielu czynników toksycznych występujących we krwi matki (Sikorski R, 1994). Wpływ środowiska, odżywiania, używek i leków na przebieg ciąży i rozwój płodu obserwowano od dawna. Obserwacje te nabrały szczególnego znaczenia, szczególnie po urodzeniu się w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku dzieci ciężko zdeformowanych wskutek zażywania talidomidu przez ich ciężarne matki (Gieruszczak-Białek D, Korniszewski L, 1996). Okres zarodkowy cechuje się dużą podatnością na powstawanie u rozwijającego się płodu wad w następstwie działania czynników toksycznych zwanych teratogenami (Michaelis E, Mary L, 1997). Jednym z najczęstszych czynników teratogenicznych u ludzi jest alkohol (Thackray M, Tift C, 2000). Związek między piciem alkoholu przez kobietę ciężarną a występowaniem wad wrodzonych u jej potomstwa opisywano już w mitologii greckiej i rzymskiej (Kulisiewicz T, 1982; Woynarowska B, 1991). Określenie płodowego zespołu alkoholowego (Fetal Alcohol Syndrome – FAS) obejmującego zmiany u płodów matek pijących alkohol w ciąży zostało zdefiniowane w 1973 r. (Bratton R, 1996; Kupkowski Z, 1992). W skład tego zespołu wchodzi m.in. spowolnienie wzrastania i rozwoju płodu, wady twarzoczaszki i układu krążenia. Stosowanie jednej używki w czasie ciąży jest często powiązane z inną, np. paleniem tytoniu (Chazan B i wsp., 1997). Pomimo wielowiekowej tradycji używania nikotyny świadomość konsekwencji zdrowotnych tego nałogu ma stosunkowo krótką historię (Paszowski T, 1997). W 1985 r. wprowadzono do neonatologii określenie Zespół Nikotynowy Płodu (Fetal Tobacco Syndrome – FTS), mające charakteryzować hipotrofię płodu spowodowaną paleniem tytoniu przez matkę w czasie ciąży (Lach J i wsp., 1998). Nałóg ten prowadzi także do zwiększenia ryzyka występowania samoistnych poronień i porodów przedwczesnych. U kobiet palących częściej tak-

że występuje przedwczesne oddzielenie łożyska i łożysko przodujące (Bodzek P i wsp., 1999; Kalinka J, Hanke W, 1996a; Kalinka J, Hanke W, 1996b). Palenie tytoniu przez kobiety w ciąży ze względu na duży zasięg zjawiska i wynikające z niego potencjalne zagrożenia zdrowotne dla płodu i noworodka nabiera w Polsce coraz większego znaczenia i staje się problemem społecznym (Kalinka J, Hanke W, 1996a).

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wpływu spożywania alkoholu i palenia tytoniu przez kobiety ciężarne na rozwój płodu.

Materiały i metody

Do opracowania zagadnienia wykorzystano piśmiennictwo przedstawione w polskich czasopismach medycznych w latach 1986–2002 oraz w materiałach naukowych Jubileuszowego Kongresu Ginekologii Praktycznej w 1997 r. i II Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej w 1998 r.

Wyniki

Wpływ spożywania alkoholu i palenia tytoniu w czasie ciąży na rozwój płodu jest udokumentowany licznymi badaniami. Działanie alkoholu w okresie prenatalnym na płód może doprowadzić do alkoholowego zespołu płodowego – FAS (Suwała M, Gerstenkorn A, 2001). Podstawowym czynnikiem decydującym o wielkości ryzyka jest dzienna dawka przyjętego alkoholu (Kupkowski Z, 1992). Badacze nadal jednak nie potrafią określić progu toksyczności etanolu dla płodu. Niektórzy sugerują, że najmniejsza dawka powodująca wymierne oddziaływanie na płód odpowiada przyjmowaniu przez dłuższy czas 30 g czystego alkoholu dziennie przez matkę (Thackray M, Tift C, 2000). Różnice w występowaniu powikłań u płodów, pomimo przyjęcia tej samej ilości używki przez matkę, wynikają z odmiennego metabolizmu alkoholu w organizmie ludzkim. Jest to prawdopodobnie spowodowane czynnikami genetycz-

nymi, stanem odżywienia, wiekiem oraz ewentualnymi schorzeniami. Uważa się, iż płody mogą wykazywać genetyczne zróżnicowanie na teratogenne oddziaływanie alkoholu (Wilczyński J i wsp., 1996). Autorzy są zgodni, że jednym z głównych następstw oddziaływania alkoholu na płód jest spowolnienie wzrastania w okresie przed- i pourodzeniowym (Larkby C, Day N, 2000; Suwała M, Gerstenkorn A, 2001). Stwierdzono, że urodzeniowa masa ciała dzieci urodzonych przez kobiety nadużywające alkoholu (spożywające 100–150 g alkoholu na tydzień) jest o około 190 g niższa niż dzieci kobiet niepijących, przy czym spadek urodzeniowej masy ciała jest proporcjonalny do dawki alkoholu spożywanej dziennie przez kobietę ciężarną. Inni autorzy zauważyli, że również czas trwania ekspozycji obok ilości spożytego alkoholu wpływa na wagę noworodka (Larkby C, Day N, 2000). Wpływ niewielkich ilości etanolu na wagę urodzeniową dziecka jest nadal dyskutowany. Niektórzy uważają, że wypijanie raz dziennie nie więcej niż jednego drinka nie wpływa w uchwytny sposób na wagę urodzeniową noworodka (Kupkowski Z, 1992; Wilczyński J i wsp., 1996). Poza obniżeniem masy urodzeniowej picie alkoholu podczas ciąży wiąże się ze zmniejszeniem długości ciała oraz obwodu głowy (Connor P, Streissguth A, 2000). Nie wiadomo dokładnie, jakie dawki alkoholu mogą powodować te zmiany. Stwierdzono wyraźnie mniejszy obwód czaszki i długość ciała noworodka przy spożyciu ponad 120 g alkoholu na tydzień (Past E, 2001). Spowolnienie wzrostu, przyrostu masy ciała oraz obwodu głowy zdaniem niektórych autorów utrzymuje się także po urodzeniu (Suwała M, Gerstenkorn A, 2001). Badacze są zgodni, że oprócz dziennej dawki spożywanego alkoholu, wpływ na wystąpienie ewentualnych nieprawidłowości ma okres rozwoju płodu, w którym narażony on został na działanie teratogenu (Jacobson S, 2000). Uważa się, że dysmorfia twarzy dziecka jest następstwem działania alkoholu w początkowej fazie ciąży (Coles C, 1997). Wady kończyn dolnych powstają w późniejszym jej okresie (Bratton R, 1996). W piśmiennictwie opisywane są inne wady, których częstość występowania wzrasta u dzieci kobiet pijących w porównaniu z dziećmi kobiet niepijących (Boyle R, 2002; Felińska W i wsp., 1990; Gleason Ch, 2002). W porównaniu z populacją ogólną u dzieci obciążonych alkoholowym zespołem płodowym stwierdza się zwiększone ryzyko (od 5 do 60 razy) występowania wad serca, rozszczepu wargi i podniebienia, rozszczepu kręgosłupa, wad układu moczowo-płciowego oraz zaburzeń wzroku i słuchu (Suwała M, Gerstenkorn A, 2001). U noworodków matek pijących alkohol podczas ciąży stwierdzono także niską ocenę w skali Apgar (poniżej 6 punktów) (Connor P, Streissguth A, 2000). W badaniach wyjściowych w trakcie realizacji programów, których

celem było zapobieganie picu alkoholu w czasie ciąży zaobserwowano, że u noworodków kobiet, które przed ciążą i w początkowym jej okresie piły alkohol, a następnie zaprzestały jego przyjmowania było statystycznie mniej wad wrodzonych niż u dzieci, których matki piły alkohol przez cały okres ciąży (Wilczyński J i wsp., 1996). Mózg płodu jest narządem szczególnie wrażliwym na uszkodzenie przez alkohol (Mattson S, Jernigan T, Riley E, 1997; Niemiec T, Stołowska A, 2002). Różne regiony tkanki mózgowej mają odmienną wrażliwość na alkohol w kolejnych etapach rozwoju płodu. Konsekwencjami klinicznymi poalkoholowych zmian w mózgu z okresu płodowego mogą być obserwowane w okresie noworodkowym i niemowlęcym zaburzenia snu i czuwania, niepokój ruchowy, trudności w odżywianiu, a w skrajnych przypadkach opóźnienie rozwoju umysłowego i psychomotorycznego (Goldenberg R, Dolan-Mullen P, 2001). Wielu autorów zwraca uwagę na zwiększoną podatność dziecka z FAS na zakażenia we wczesnym okresie życia (Woynarowska B, 1991). Wynika to z nieprawidłowości w działaniu układu odpornościowego (Becker H, Carrie L, 1997). Ponadto wykazano, że dzieci narażone prenatalnie na kontakt z alkoholem częściej zapadają na nowotwory (Giberson P, Weinberg J, 1996). Niektóre badania umieralności okołoporodowej wskazują na jej wzrost u potomstwa matek pijących alkohol w czasie ciąży (King J, 1998), podczas gdy inne temu zaprzeczają (Kupkowski Z, 1992). Przebieg ciąży u kobiet spożywających alkohol obarczony jest większym ryzykiem wystąpienia poronień oraz porodów przedwczesnych (Wilczyński J i wsp., 1996). Najlepiej udokumentowanym następstwem, zarówno czynnego, jak i biernego palenia w czasie ciąży jest zahamowanie wewnątrzmacicznego rozwoju płodu. W opinii większości autorów kobiety palące rodzą noworodki z mniejszą o 150–250 g masą ciała (Gajewska E, 1991; Łysiak M i wsp., 1993; Nitka A, 1997; Nitka A, 1997b). Według nielicznych doniesień obniżenie masy urodzeniowej może sięgać nawet 470 g (Kalinka J, Hanke W, 1996). Stwierdzono trzykrotnie wyższe ryzyko urodzenia dziecka z małą masą ciała w przypadku narażenia matki na bierne wdychanie dymu tytoniowego. Zmniejszenie masy ciała noworodka wynosi w tych przypadkach średnio 107 g (Florek E, Marszałek A, 2001). Poza obniżeniem masy urodzeniowej noworodki matek palących w czasie ciąży wykazują zmniejszenie obwodu głowy i długości ciała (Nitka A, 1997). Niedobór długości według różnych autorów zawiera się w przedziale od 0,5 cm do kilku centymetrów (Chazan B i wsp., 1997). Autorzy prezentują różne poglądy tłumaczące przyczyny powstawania wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu. Większość jest zgodna, że najważniejszym czynnikiem jest niedotlenienie powstałe

w następstwie wiązania się tlenu węgla z hemoglobina i jednoczesne niedożywienie spowodowane obniżeniem przepływu łożyskowego w wyniku oddziaływania katecholamin indukowanych przez nikotynę (Szamotulska K, Brzeziński Z, 2000). Inni autorzy uważają, że za powstanie hipotrofii płodu odpowiedzialne jest bezpośrednie działanie toksycznych substancji zawartych w dymie papierosowym (Goldenberg R, Dolan-Mullen P, 2001). Prócz dobrze udokumentowanych doniesień potwierdzających związek między paleniem papierosów przez kobiety ciężarne a redukcją wymiarów ciała noworodków istnieją też nieliczne badania, których wyniki są nieco odmienne. Niektórzy badacze przyczynę różnic między masą urodzeniową noworodków matek palących i niepalących upatrują bardziej w niskim statusie społecznym, charakteryzującym większość kobiet palących niż w samym nawyku palenia. Większość autorów podaje, że nawyk palenia papierosów jest częstszy u kobiet młodych lub młodocianych o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (Łysiak M i wsp., 1993). Uważa się, że właściwe odżywianie lub wręcz nadwaga (otłuszczenie) może częściowo zredukować szkodliwy wpływ palenia na przebieg rozwoju prenatalnego (Malewski Z, Klejewski A, 1992). Większość palaczek oczekujących dziecka wywodzi się właśnie z warstw najbiedniejszych, a więc i gorzej odżywionych. Niektórzy autorzy negują jednak wpływ statusu społecznego na rozwój płodu, wskazując, że wpływ palenia papierosów w czasie ciąży na parametry urodzeniowe jest niezależny od czynnika ekonomicznego (Malewski Z, Klejewski A, 1992). Sugeruje się, że płód jest dobrze zabezpieczony przed niedoborami żywieniowymi matki, natomiast opóźnienie jego wzrostu jest spowodowane zmniejszonym maciczo-łożyskowym przepływem krwi. Opinie badaczy na temat dawki nikotyny wywierającej szkodliwe oddziaływanie na płód są rozbieżne. Niektórzy autorzy uważają, że palenie tytoniu jest szkodliwe dla rozwijającego się płodu niezależnie od liczby papierosów wypalanych w ciągu doby przez ciężarną (Badeńska B, Czerwionka-Szaflarska M, 2002). Inni badacze sugerują, iż większa liczba wypalanych w ciąży papierosów nasila ryzyko wystąpienia hipotrofii płodu (Kowalski I, 1994). Zgodne są dane dotyczące związku między zaprzestaniem palenia tytoniu przez kobiety ciężarne przed III trymestrem ciąży a większą masą urodzeniową niż u noworodków matek, które paliły przez całą ciążę. Tłumaczy się to fizjologią wzrostu płodu, który następuje głównie w trzecim trymestrze ciąży (Gajewska E, 1991). Niższa masa urodzeniowa noworodków matek palących może warunkować opóźnienie rozwoju ważnych narządów, takich jak: płuca, mózg i układ sercowo-naczyniowy (Florek E, Marszałek A, 2001). Ponadto wspomina się także o bezpośrednim uszkodzeniu tkanki płucnej

płodów narażonych wewnątrzmacicznie na toksyczne składniki dymu tytoniowego (Krajewski-Siuda K, 2000). Warunkuje to zwiększone ryzyko wystąpienia zespołu ostrej niewydolności oddechowej, która zdaniem wielu autorów występuje znacząco częściej u noworodków matek palących w czasie ciąży (Badeńska B, Czerwionka-Szaflarska M, 2002; Kowalski I, 1994). Wykazano także zależność między paleniem tytoniu podczas ciąży a ryzykiem wystąpienia zespołu nagłej śmierci noworodka (Kowalski I, 1994; Adamek R, Anholcer A, Florek E, 2001). Uważa się, że ryzyko to jest od 2–4 razy wyższe niż w pozostałej populacji (Nitka A, 1997). Śmiertelność okołoporodowa noworodków w grupie matek palących jest według niektórych autorów wyższa, głównie z powodu częściej występujących zespołów zaburzeń oddychania oraz infekcji układu oddechowego (Michaelis E, Mary L, 1997; Paszkowski T, 1997). Inni badacze podkreślają, że ogólny wskaźnik śmiertelności okołoporodowej noworodków urodzonych przez matki palące i niepalące nie różni się, z wyjątkiem grupy noworodków z zespołem wewnątrzmacicznej hipotrofii płodowej (Kubicki J, 1991). Większość autorów zauważa związek pomiędzy paleniem tytoniu a zwiększonym ryzykiem występowania niektórych wad rozwojowych u płodów matek palących (Krajewski-Siuda K, 2000). Przyjmuje się, że ryzyko to jest 3-krotnie większe w porównaniu z noworodkami matek niepalących. Fakt ten tłumaczony jest negatywnym wpływem składników dymu tytoniowego na komórki rozrodcze matki (Gieruszczak-Białek D, Korniszewski L, 1996). W piśmiennictwie analizującym stan noworodka bezpośrednio po porodzie występują znaczne rozbieżności. Niektórzy badacze oceniają stan noworodka według punktacji Apgar jako znamienne niższy, natomiast inni uważają, że palenie tytoniu przez matkę nie wpływa bezpośrednio na jego stan po porodzie (Kubicki J, 1991). Wielu autorów zwraca uwagę, że palenie tytoniu przez matki w ciąży ma wpływ na słabszy lub opóźniony rozwój intelektualny dzieci wyrażony zaburzeniami koncentracji i uczenia się oraz niski wskaźnik inteligencji (Adamek R, 2001). Istnieją również prace, które nie potwierdzają występowania tej współzależności (Paszkowski T, 1997). Wymaga to dalszych, długoletnich obserwacji. Fakt palenia papierosów może mieć bardziej negatywny wpływ na rozwój intelektualny dzieci niż na opóźnienie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu (Gieruszczak-Białek D, Korniszewski L, 1996). Nie bez wpływu na rozwój płodu i stan noworodka jest sam przebieg ciąży, który u kobiet palących oraz narażonych na bierne palenie jest obciążony ryzykiem powikłań. Wyniki badań wskazują, że palenie papierosów oraz bierne inhalowanie dymu tytoniowego przez kobiety ciężarne zwiększa częstość występowania porodów przedwczesnych,

poronień, krwawień, przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, łożyska przodującego lub przedwcześnie oddzielonego (Florek E, Marszałek A, 2001). Przyjmuje się, że ryzyko urodzenia wcześniaka przez kobiety palące jest dwukrotnie większe (Badeńska B, Czerwionka-Szaflarska M, 2002). Wzrasta ono wraz z liczbą papierosów wypalanych dziennie (Chazan B i wsp., 1997). Metaanaliza obejmująca badania dotyczące związku palenia tytoniu w czasie ciąży z powikłaniami w jej przebiegu wykazała 1,58 razy częstsze przodowanie łożyska u palących w czasie ciąży niż u niepalących, 1,62 razy częstsze oddzielenie się łożyska i 1,77 razy częstsze pęknięcie pęcherza płodowego przed terminem porodu (Szamotulska K, Brzeziński Z, 2000). Niekorzystny wpływ, jaki wywierają składniki dymu tytoniowego na przebieg ciąży, rozwój płodu i stan noworodka może być nasilany przez jednoczesne spożywanie alkoholu przez kobietę ciężarną (Florek E, Pisarski T, 1997).

Wnioski

1. Spożywanie alkoholu oraz palenie tytoniu czynne i bierne przez kobiety w okresie ciąży jest szkodliwe dla rozwoju płodu.

2. Niekorzystny wpływ tych używek może wyrazić się zahamowaniem wewnątrzmacicznego wzrostu płodu z następowym zmniejszeniem masy urodzeniowej i długości ciała, zwiększonym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych, uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, obniżenia odporności oraz opóźnionego dalszego rozwoju fizycznego i psychomotorycznego dziecka.
3. Ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju płodu prawdopodobnie rośnie wraz z liczbą papierosów wypalanych dziennie oraz ilością spożytego alkoholu przez kobietę ciężarną.
4. Niekorzystny wpływ używek może być potęgowany przez czynniki środowiskowe, socjoekonomiczne, a w przypadku alkoholu również genetyczne.
5. Zaprzestanie palenia tytoniu i picia alkoholu w czasie ciąży wpływa na poprawę stanu płodu.
6. Działania profilaktyczne i oświatowe podnoszące stan wiedzy ciężarnych o szkodliwości palenia tytoniu i picia alkoholu w czasie ciąży mogą przyczynić się do zmniejszenia przyjmowania tych używek, a tym samym do ograniczenia ujemnych skutków, jakie wywierają one na płód.

Piśmiennictwo

1. Sikorski R. Etiopatogeneza wad wrodzonych. *Medipress Ginekol* 1997; 3, 6: 7–11.
2. Gieruszczak-Białek D, Korniszewski L. Użytki stosowane przez matkę a wady wrodzone i rozwój dziecka. *Klin Pediatr* 1996; 4, 1: 32–35.
3. Michaelis E, Mary L. Komórkowe i molekularne podstawy teratogennych właściwości alkoholu. *Alkohol a Zdrowie* 1997; 17: 1725–1732.
4. Thackray M, Tiffit C. Płodowy zespół alkoholowy. *Pediatr Dypl* 2000; 5, 6: 80–91.
5. Kulisiewicz T. *Uzależnienie alkoholowe*. Warszawa: PZWL; 1982: 11–17.
6. Woynarowska B. Alkohol a nienarodzone jeszcze dziecko. *Probl Alkohol* 1991; 4: 6–9.
7. Bratton R. Alkoholowy zespół płodowy. *Med Dypl* 1996; 5, 5: 149–155.
8. Kupkowski Z. Wpływ alkoholizmu matki na rozwój płodu i dziecka narodzonego. *Pediatr Pol* 1992; LXVII: 1–2, 1–9.
9. Chazan B i wsp. Ocena postaw kobiet w wieku rozrodczym wobec palenia tytoniu. *Med Wieku Rozw* 1997; 1, 2: 163–175.
10. Paszkowski T. Nikotynizm jako czynnik ryzyka perinatalnego. *Medipress Ginekol* 1997; 3, 4: 2–5.
11. Lach J i wsp. *Analiza typologiczna ciężarnych ze względu na palenie podczas ciąży papierosów i picie alkoholu*. Klinika Perinatologii i Ginekologii. Materiał II Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, t. 3, 1998: 342–346.
12. Bodzek P i wsp. Ocena narażenia kobiet na dym tytoniowy i jego wpływu na rozwój płodu. *Med Prakt* 1999; 50, 5: 419–429.
13. Kalinka J, Hanke W. Rola palenia tytoniu jako czynnika ryzyka hipotrofii płodu i porodu przedwczesnego. *Przeg Epidemiol* 1996; 50, 3: 309–313.
14. Kalinka J, Hanke W. Palenie tytoniu – czynnik ryzyka hipotrofii płodu, porodu przedwczesnego i małej masy urodzeniowej. *Ginekol Pol* 1996; 67, 2: 75–81.
15. Kasznia-Kokot J. Palenie papierosów jako czynnik ryzyka porodu przedwczesnego. *Wiad Lek* 1992; XLV: 13–14: 490–493.
16. Gieruszczak-Białek D, Korniszewski L. Użytki stosowane przez matkę a wady wrodzone i rozwój dziecka. *Klin Pediatr* 1996; 4, 1: 32–35.
17. Jacobson S. Ocena skutków działania alkoholu wypijanego przez matkę w czasie ciąży i po urodzeniu dziecka. *Alkohol a Zdrowie* 2000; 26: 45–59.
18. Larkby C, Day N. Skutki działania alkoholu na płód. *Alkohol a Zdrowie* 2000; 26: 26–41.
19. Suwała M, Gerstenkorn A. Alkoholowy zespół płodowy – ustalenie zagrożenia na podstawie testów diagnostycznych przeznaczony dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Med Og* 2001; 7, 2: 93–97.

20. Wilczyński J i wsp. Używki a ciąża: alkohol. *Gin Pol* 1996; 67, 12: 620–625.
21. Connor P, Streissguth A. Występujące na przestrzeni całego życia skutki narażenia na działanie alkoholu w okresie płodowym. *Alkohol a Zdrowie* 2000; 25: 70–80.
22. Past E. Alkohol a ciąża. *Gab Pryw* 2001; 2/3: 28–32.
23. Coles C. Krytyczne okresy narażenia płodu na działanie alkoholu. *Alkohol a Zdrowie* 1997; 17: 35–49.
24. Boyle R. Wpływ niektórych używek i leków na płód i noworodka. *Pediatr Dypl* 2002; 6, 6: 62–68.
25. Felińska W i wsp. Współczesne poglądy na działanie toksyczne ze szczególnym uwzględnieniem wpływu na ośrodkowy układ nerwowy ssaków dorosłych i w okresie rozwoju osobniczego. *Post Hig Med Dośw* 1990; 44, 1–3: 13–129.
26. Gleason Ch. Wpływ alkoholu na rozwijający się mózg płodu. *Pediatr Dypl* 2002; 6, 4: 96–102.
27. Mattson S, Jernigan T, Riley E. Zastosowanie MRI do badania skutków narażenia na wpływ alkoholu w życiu płodowym. *Alkohol a Zdrowie* 1997; 17: 89–95.
28. Niemiec T, Stołowska A. Wpływ alkoholu na płód i organizm matki. *Śłużba Zdr* 2002; 51–56: 24–25.
29. Goldenberg R, Dolan-Mullen P. Motywowanie ciężarnych do rzucenia palenia. *Ginekol Dypl* 2001; 3, 3/1: 3, 8–14.
30. Becker H, Carrie L. Badania prowadzone na zwierzętach, śledzenie przebiegu FAS. *Alkohol a Zdrowie* 1997; 17: 12–24.
31. Giberson P, Weinberg J. Alkoholowy zespół płodowy a aktywność układu odpornościowego. *Alkohol a Zdrowie* 1996; 15: 39–48.
32. King J. Nadużywanie substancji uzależniających w okresie ciąży. *Med Dypl* 1998; 7, 8/37: 90–101.
33. Florek E, Marszałek A. Zdrowotne następstwa narażenia kobiet na środowisko dymu tytoniowego. *Ginekol Prakt* 2001; 9, 62: 28–30.
34. Gajewska E. Szkodliwy wpływ palenia tytoniu na płód i na noworodka. *Pediatr Pol* 1991; 66, 3–4 (supl.): 222–226.
35. Łysiak M i wsp. Palenie papierosów u kobiet ciężarnych. *Zdr Publ* 1993; CIV: 1, 21–22.
36. Nitka A. Stan zdrowia noworodków narażonych wewnątrzmacicznie na czynne i bierne palenie tytoniu. *Nowa Pediatr* 1997; 1: 46–48.
37. Nitka A. Zdrowotne następstwa czynnego i biernego palenia tytoniu przez kobiety w okresie ciąży. *Nowa Pediatr* 1997; 1: 8–20.
38. Szamotulska K, Brzeziński Z. Palenie tytoniu przez kobiety ciężarne a stan biologiczny noworodka w Polsce. *Alkohol Narko* 2000; 13, 3: 389–397.
39. Malewski Z, Klejewski A. Etiologia wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu. *Klin Perinatol Ginekol* 1992; 4: 104–118.
40. Badeńska B, Czerwionka-Szaflarska M. Analiza skutków narażenia na bierne palenie w okresie pre- i postnatalnym u dzieci. Obserwacje własne. *Przeł Pediatr* 2002; 32, 3: 199–202.
41. Czekanowski R. *Wybrane zagadnienia z perinatologii*. Warszawa: PZWL; 1988: 150–157.
42. Kowalski I. Wpływ palenia tytoniu na masę urodzeniową płodu i rozwój noworodka. *Zdr Publ* 1994; 105, 3: 88–89.
43. Krajewski-Siuda K. Płodowe narażenie na dym tytoniowy jako czynnik ryzyka zaburzeń ze strony układu oddechowego we wczesnym dzieciństwie. *Med Śr* 2000; 3, 1: 55–59.
44. Adamek R, Anholcer A, Florek E. Zdrowotne konsekwencje czynnej i biernej ekspozycji kobiet ciężarnych na dym tytoniowy. *Ginekol Prakt* 2001; 3, 56: 30–33.
45. Kubicki J. Wpływ palenia tytoniu na stan płodu. *Ginekol Pol* 1991; 62, 10: 488–491.
46. Adamek R. Palenie tytoniu a zdrowie w świetle badań. *Med Rodz* 2001; 5, 15: 221–223.
47. Gieruszczak-Białek D, Korniszewski L. Używki stosowane przez matkę a wady wrodzone i rozwój dziecka. *Klin Pediatr* 1996; 4, 1: 32–35.
48. Florek E, Pisarski T. *Karboksyhemoglobina i niedotlenienie płodu spowodowane paleniem tytoniu*. Materiały Naukowe Jubileuszowego Kongresu Ginekologii Praktycznej. Poznań 16–20 września 1997: 144–145.

Adres I Autorki:

I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. Chałubińskiego 3
50-369 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Stan wiedzy pacjentek oddziału ginekologii onkologicznej i stowarzyszenia kobiet po mastektomii na temat raka piersi

The knowledge level of breast cancer among female patients of the oncological gynecology ward and members of the association of women after mastectomy

ZDZISŁAWA KNIHINICKA-MERCIK¹, ANNA ROZENSZTRAUCH²,
IWONNA ANNA KAZIMIERCZAK¹

¹ Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

² Studentka I roku studiów magisterskich uzupełniających Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, kierunek – Pielęgniarstwo

Streszczenie Rak sutka jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w wielu krajach europejskich, w tym również w naszym kraju. Mimo ogromnego postępu, jaki dokonał się w rozpoznaniu i leczeniu raka sutka, umieralność spowodowana tym nowotworem nie maleje. Wśród kobiet między 45 a 53 rokiem życia jest to najczęstsza przyczyna zgonów nowotworowych, którą wyprzedza tylko rak płuc. Celem pracy była ocena zakresu wiedzy ankietowanych na temat raka piersi oraz emocjonalnych reakcji w momencie wykrycia zmiany w piersiach. Do zebrania danych posłużono się własnym kwestionariuszem badawczym zawierającym 46 pytań. Badania dla celów pracy przeprowadzono w styczniu 2003 r., wśród pacjentek Oddziału Ginekologii Onkologicznej I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa we Wrocławiu oraz w Stowarzyszeniu Kobiet po Mastektomii „Femina – Feniks” we Wrocławiu. Przeprowadzone badania ukazały zależność między stopniem wykształcenia ankietowanych a posiadaną wiedzą na temat raka piersi. Znaczna większość ankietowanych nie posiadała wiedzy na temat choroby przed zachorowaniem. Mimo iż dla większości ankietowanych zabieg kliniczny przyczynił się do powrotu do zdrowia, większość ankietowanych nadal obawia się przerzutów. Uzyskane wyniki badań wskazują, iż należy dążyć do zwiększenia efektywności działań edukacyjnych w zakresie prewencji raka sutka.

Słowa kluczowe: rak sutka, stan wiedzy na temat raka piersi.

Summary Breast cancer is the most frequently occurring malignant cancer among women in many European countries including our own country. Despite the significant progress in its recognition and treatment the death rate from this cancer doesn't decrease. The disease is the most frequent cause of death from cancer among women between 45 and 53 overtaken only by lung cancer. The aim of this article was the estimation of respondents' knowledge about breast cancer and their emotional reactions at the moment of its diagnosis. A specially prepared questionnaire was used for the data collection. It consisted of 46 questions. The experiment was conducted in January, 2003 among female patients of I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa in Wrocław and members of The Association of Women after Mastectomy "Femina – Feniks" in Wrocław. The experiment showed a relation between respondents' level of education and the knowledge they possess about breast cancer. The great majority of respondents didn't possess much knowledge about the disease before falling ill. Although the clinical operation helped most of the patients to recover their health, they still are afraid of metastasis. The results of the experiment show that the effectiveness of educational activities in the area of breast cancer prevention needs to be improved.

Key words: breast cancer, the knowledge level of breast cancer.

Wstęp

Rak sutka jest w większości rozwiniętych państw świata najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet [1]. Jest jedną z najpoważniejszych chorób kobiecych nie tylko ze względu na częstość występowania, ale również jest powodem stałego niepokoju wśród kobiet. Samo słowo „nowotwór” budzi wśród kobiet dużo obaw [2]. Spowodowane jest to emocjonalnym znaczeniem piersi kobiecych oraz strachem przed leczeniem. Stanowi istotną przyczynę zwlekania kobiet z udaniem się do lekarza w razie wystąpienia niepokojących objawów oraz dodatkowych napięć związanych z rozpoznaniem i leczeniem. Mimo szeroko propagowanej wiedzy na temat raka piersi, nadal wiele kobiet ma ograniczoną wiedzę na ten temat. Wiedza ta wydaje się być większa u kobiet posiadających wykształcenie na poziomie wyższym. Kobiety posiadające wyższe wykształcenie częściej odwiedzają lekarza ginekologa oraz dbają o regularną kontrolę swoich piersi przez samobadanie. Konieczność świadomości znaczenia profilaktyki z włączeniem do niej czujności kobiet, odpowiedzialność lekarzy pierwszego kontaktu i dostęp do badań diagnostycznych ma istotne znaczenie we wczesnym wykrywaniu raka sutka.

Cel pracy

Celem pracy była ocena zakresu wiedzy ankietowanych na temat raka piersi, z uwzględnieniem emocjonalnych reakcji w momencie wykrycia zmiany w piersiach.

Materiał i metody badań

Badania przeprowadzono w styczniu 2003 r. wśród pacjentek Oddziału Ginekologii Onkologicznej I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz w Stowarzyszeniu Kobiet po Mastektomii „Femina– Feniks” we Wrocławiu.

Grupę badaną stanowiło 50 kobiet chorych na raka piersi w wieku od 27 do 77 lat. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 51 lat. Większość ankietowanych posiadała wykształcenie na poziomie średnim (50%), znacznie mniej było kobiet z wykształceniem wyższym (30%) i podstawowym (20%).

Narzędziem badawczym był własny kwestionariusz ankiety, zawierający 46 pytań, wśród których oprócz pytań zamkniętych zastosowano również pytania otwarte. Poziom lęku określano na podstawie 10-stopniowej skali, w której 1 to najniższy poziom lęku, 10 najwyższy poziom lę-

ku. Materiał badawczy poddano analizie statystycznej za pomocą programu Microsoft Excel.

Założono, że za pomocą ankiety uda się określić:

- Zakres wiedzy badanych kobiet na temat raka piersi.
- Związek wykształcenia kobiet z posiadaną przez nich wiedzą na temat raka piersi.
- Czy samobadanie piersi odgrywa istotną rolę w wykrywaniu raka piersi.
- Określenie reakcji emocjonalnych w momencie wykrycia choroby.
- Ustalenie, czy zabieg kliniczny daje poczucie powrotu do zdrowia.
- Czy choroba przyczyniła się do większej troski i odpowiedzialności o zdrowie swoje i swoich najbliższych.

Wyniki badań i ich omówienie

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że 70,73% ankietowanych niewiele wiedziało na temat raka piersi przed zachorowaniem. Tylko 29,27% ankietowanych twierdzi, że posiadało wiedzę na temat raka piersi przed zachorowaniem.

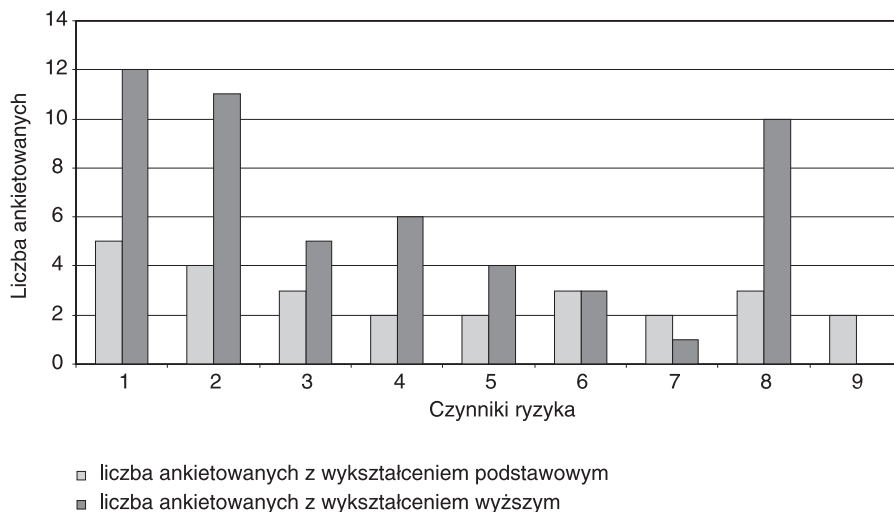
Wśród ankietowanych najbardziej znanymi czynnikami ryzyka raka piersi są czynniki genetyczne, 70% badanych oraz wiek 46% ankietowanych.

Osoby, które posiadały wyższe wykształcenie potrafiły wskazać średnio prawie 4 czynniki ryzyka raka piersi spośród 9 sugerowanych. Natomiast osoby posiadające wykształcenie na poziomie podstawowym potrafiły wskazać średnio nieco ponad 2 czynniki ryzyka. Powyższe dane mogą wskazywać na istnienie pewnej zależności między poziomem wykształcenia a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka.

Badania ukazały również, że osoby posiadające wyższe wykształcenie częściej wskazywały na zmiany łagodne w piersiach, wysoki poziom i aktywność biologiczną estrogenów jako czynniki ryzyka niż osoby, które posiadały wykształcenie na poziomie podstawowym. Analizę czynników ryzyka w rozbiciu na wykształcenia ilustruje rycina 1.

Samobadanie piersi odgrywa kluczową rolę we wczesnym wykrywaniu raka piersi. Świadomość konieczności tego badania wśród ankietowanych wydaje się być ograniczona. Badania wskazują, że 58% kobiet wykonuje samobadanie piersi czasami, aż 34% ankietowanych nigdy nie wykonywała tego badania, 6% wykonuje badanie raz w miesiącu (są to osoby z wyższym wykształceniem), 2% osób nie udzieliło odpowiedzi (ryc. 2).

Dane uzyskane w wyniku przeprowadzonej ankiety wskazują, że 70% badanych twierdzi, że potrafi wykonać samobadanie piersi, natomiast tylko 14% ankietowanych tego badania nie potrafi wykonać (ryc. 3).



Ryc. 1. Wskazywane czynniki ryzyka w rozbiciu na wykształcenie: 1 – czynniki genetyczne, 2 – wiek, 3 – kraje wysoko uprzemysłowione, 4 – wysoki poziom i aktywność biologiczna estrogenów, 5 – spożywanie dużej ilości tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, 6 – otyłość, 7 – nadużywanie alkoholu, 8 – zmiany łagodne w piersiach, 9 – częste prześwietlenia klatki piersiowej

Dodatkowo można zauważyć pewną zależność między poziomem wykształcenia a częstością wykonywania tego badania przez ankietowane (tab. 1).

Jak wynika z tabeli, żadna z osób z wykształceniem na poziomie podstawowym nie wykonywała badań systematycznie (raz w miesiącu). Połowa badanych z tej grupy wykonywała badanie czasami, a druga połowa nigdy. Spośród badanych z wykształceniem wyższym 6,67% ankietowanych wykonywało samobadanie piersi raz w miesiącu, 73,33% ankietowanych wykonywa-

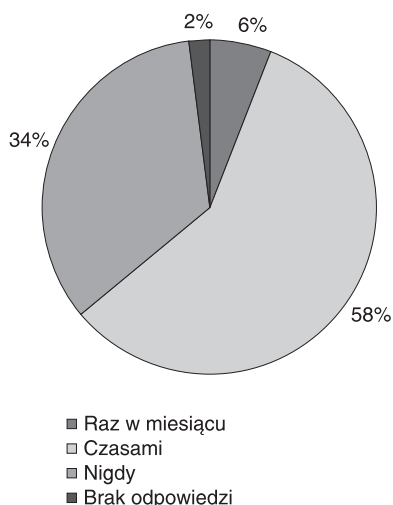
ło to badanie czasami. Tylko 20% osób z tej grupy nigdy nie wykonywało samobadania piersi, czyli znacznie mniej niż w grupie ankietowanych z wykształceniem podstawowym.

Odpowiadając na pytanie „W jakich okolicznościach wykryto u Pani zmianę w piersiach”, większość, bo 48% ankietowanych, zakreśliła odpowiedź „podczas samobadania piersi”. Tylko w 8% przypadków zmianę wykryto podczas wizyty u lekarza ginekologa. Dalsze 8% przypadków zostało wykrytych podczas badania USG, a 36% przypadków w innych okolicznościach. Zestawienie tych danych ilustruje rycina 4.

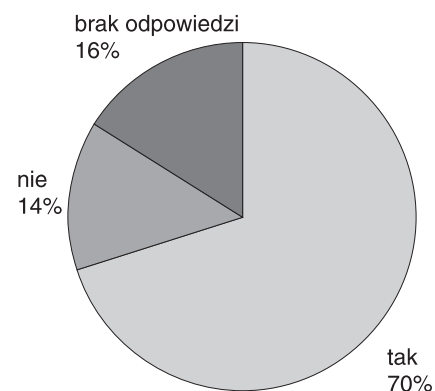
Nowotwór piersi dla większości ankietowanych budzi niepokojące odczucia.

Z analizy wypowiedzi ankietowanych wynika, że znaczna większość, 82,5% kobiet, twierdzi, że odczuwała lęk w momencie wykrycia zmiany w piersiach, natomiast tylko 17,5% badanych tego lęku nie odczuwało. Biorąc pod uwagę poziom lęku w skali od 1–10 w badanej grupie dominował bardzo wysoki poziom lęku u 82% kobiet, określane na 10. U pozostałej części ankietowanych lęk ten był określane na poziomie średnim. Tylko 8% badanych twierdzi, że w momencie wykrycia zmiany towarzyszyły im uczu-

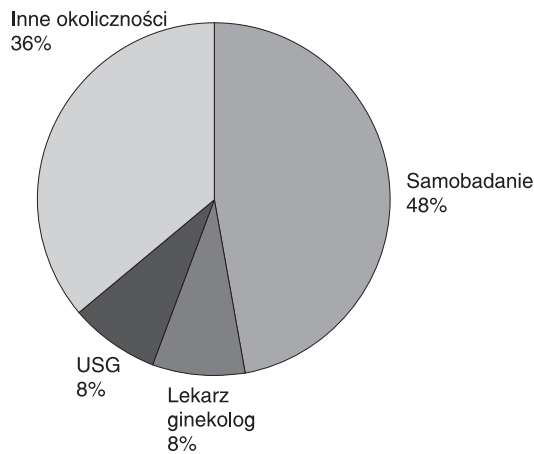
% wskazań	Podstawowe	Średnie	Wyższe
Raz w miesiącu	0,0	8,3	6,7
Czasami	50,0	54,2	73,3
Nigdy	50,0	37,5	20,0



Ryc. 2. Częstość samobadania piersi



Ryc. 3. Umiejętność samobadania piersi



Ryc. 4. Okoliczności wykrycia zmian w piersiach

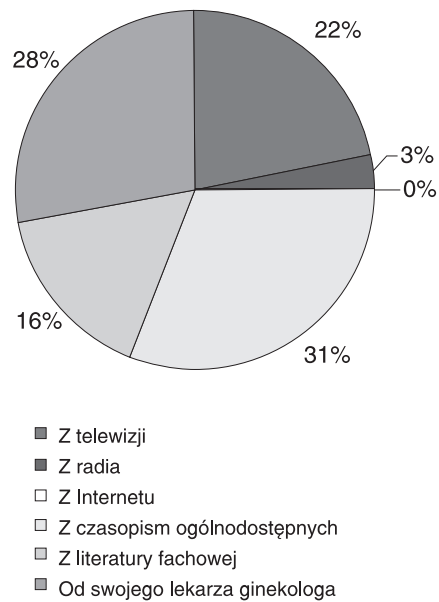
cia bierności i obojętności. Powyższe stwierdzenia prezentuje rycina 5.

Analiza przeprowadzonych wyników wskazuje na poczucie odpowiedzialności i troski o swoje zdrowie wśród ankietowanych. Większość z nich bo 86,05% nie opóźniła terminu badania lekarskiego. Tylko 13,95% kobiet w obawie przed zmianą nowotworową to badanie opóźniło.

Powrót do normalnego życia jest wyzwaniem dla zaniepokojonych kobiet, które już przeżyły lęk związany z rozpoznaniem raka. Dla większości 78,5% ankietowanych zabieg kliniczny przyczynił się do powrotu do zdrowia. Tylko 21,95% kobiet twierdzi, że nic im nie pomógł. Wśród badanych dominują odpowiedzi nacechowane negatywnymi emocjami. Jedna z Pań twierdzi, że „raka się nie wyleczy”, inna z kolei „czuje się okaleczona i zagrożona nawrotem choroby”. Pojawiły się również odpowiedzi dotyczące dolegliwości bólowych w okolicach wyciętych węzłów chłonnych pachowych, jedna z ankietowanych twierdzi, że „zabieg kliniczny dał jej poczucie powrotu do zdrowia dopiero po 6 latach”.

Pomimo tego, że dla większości ankietowanych zabieg kliniczny dał poczucie powrotu do zdrowia, to i tak 80,95% z nich nadal boi się przerzutów.

Tylko 16% ankietowanych czerpało wiedzę



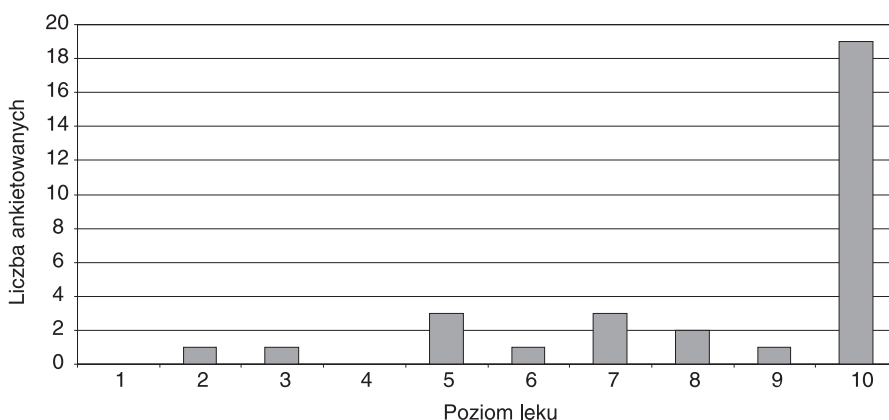
Ryc. 6. Źródła wiedzy na temat choroby

z literatury medycznej, 28% uzyskało wyjaśnienia od swojego lekarza ginekologa. Większość (31%) badanych opierała swoją wiedzę na czasopismach kobiecych dostępnych na naszym rynku (ryc. 6).

Badania wykazały, że wśród ankietowanych dominuje troska o zdrowie swoich najbliższych. Udzielając odpowiedzi na pytanie: „Czy z perspektywy swojej choroby namawiałaby Pani swoje koleżanki na regularną kontrolę piersi u lekarza ginekologa, samobadanie piersi”, 100% ankietowanych udzieliło odpowiedzi tak. Natomiast troska o swoje własne zdrowie wśród ankietowanych przedstawia się trochę inaczej. Tylko 85,37% badanych częściej chodziłaby na badania kontrolne, aż 14,63% nie widzi potrzeby regularnych badań kontrolnych.

Wnioski

1. Stwierdzono znaczącą korelację między stopniem wykształcenia a posiadaną wiedzą na temat raka piersi.



Ryc. 5. Poziom lęku w momencie wykrycia zmian w piersi

2. Znaczna większość ankietowanych nie posiadała wiedzy na temat choroby przed zachorowaniem.
3. Ponad 30% badanych nigdy nie wykonywała samobadania piersi.
4. Stwierdzono pewną zależność, że poziom wykształcenia ma wpływ na większą świadomość konieczności systematycznych badań piersi.
5. Przeprowadzona analiza wykazała, że w grupie badanych dominował wysoki poziom lęku w momencie wykrycia zmiany w piersiach.
6. Mimo przebytego leczenia większość ankietowanych odczuwa silny lęk przed nawrotem choroby i przerzutami.
7. Perspektywa choroby wśród badanych kobiet wzbudza w nich poczucie troski i odpowiedzialności za zdrowie swoich najbliższych.
8. Znaczna większość badanych czerpała swoją wiedzę na temat choroby z czasopism ogólnodostępnych.
9. Analiza badań może nam sugerować, że wiedza zdobyta w ten sposób jest niewystarczająca.
10. Przeprowadzona analiza badań wskazuje, że należy dążyć do zwiększenia efektywności działań edukacyjnych w zakresie prewencji raka sutka.

Podsumowanie

Obecnie rak sutka w Polsce jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. Umieralność z powodu raka sutka u Polek wyprzedziła już umieralność z powodu raka żołądka [3].

Podstawą podejrzenia raka sutka może być ob-

jaw podmiotowy, przedmiotowy lub nieprawidłowość wykryta w mammografii. Powstawanie raka nie jest do końca wyjaśnione. Podobnie jak w wielu nowotworach złośliwych przyjmuje się teorię wieloczynnikową. Istnieją trzy grupy czynników odpowiedzialnych za rozwój choroby: czynniki środowiskowe, genetyczne i hormonalne [4].

Chociaż w ostatnich latach wiedza o raku sutka była szeroko rozpropagowana, nadal wiele kobiet ma ograniczoną wiedzę na ten temat. Wiedza ta wydaje się bogatsza u osób, które posiadają wykształcenie na poziomie wyższym. Ponadto częściej odwiedzają lekarza ginekologa, dbają o regularną kontrolę piersi przez samo-badanie.

Często pacjentki nie rozumieją znaczenia używanych terminów medycznych, takich jak: zmodyfikowana radykalna mastektomia czy usunięcie węzłów pachowych. Wyjaśnienie kobiecie niejasności dotyczących jej choroby przynosi w późniejszym okresie znaczne korzyści. Chora wie, co jej dolega, akceptuje swój stan i pomaga w leczeniu.

Dbając o poprawę jakości życia chorych należy uwzględnić współpracę z psychologiem zaraz po wykryciu zmiany nowotworowej oraz w bezpośrednim okresie po zabiegu klinicznym.

Świadomość znaczenia aktywnej profilaktyki oraz dostęp do badań diagnostycznych ma istotne znaczenie we wczesnym rozpoznaniu raka sutka. Walka z rakiem to walka z czasem. Im wcześniej wykryjemy najmniejszą zmianę, tym większe są szanse na całkowite wyleczenie nowotworu.

Piśmiennictwo

1. Powłęga J. *Podręcznik onkologii klinicznej*. 2001.
2. Lambley P. *Psychologia raka, Jak zapobiegać, Jak przeżyć*. 1995.
3. Błaszczak J, Pudełko M. *Nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w roku 2001*. Wrocław; 2003.
4. Jassem J. *Rak sutka*. 1998.

Adres I Autorki:
Zakład Specjalności Zabiegowych,
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Wiedza kobiet na temat zachowań prozdrowotnych w ciąży

Women and their knowledge about health promotion during pregnancy

A. JÓŹWIAK¹, K. KRAJEWSKA², E. KRAJEWSKA-KUŁAK², B. JANKOWIAK², H. ROLKA²,
M. KULIKOWSKI³, A. SZYSZKO-PERŁOWSKA²

¹ Z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łapach

² Z Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

Kierownik: dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułąk

³ Z Zakładu Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Akademii Medycznej w Białymstoku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Marek Kulikowski

Streszczenie Perspektywa rodzicielstwa to jedno z najbardziej znaczących i unikatowych zdarzeń w życiu każdej rodziny, zarówno posiadającej już potomstwo, jak i planującej pierwszą ciążę. Należy więc starać się, aby być do tego wydarzenia odpowiednio przygotowanym, w jak najszerszym znaczeniu tego słowa. Podstawową rolę w tym zakresie powinna spełniać właściwa edukacja zdrowotna, uświadamiająca przyszłym rodzicom liczne potrzeby i uwarunkowania optymalnego przebiegu ciąży. **Cel pracy.** Celem pracy było znalezienie odpowiedzi na pytanie: czy i na ile zaistnienie ciąży u kobiety ma wpływ na zmianę jej dotychczasowego stylu życia oraz w czym się to przejawia? Badania zostały przeprowadzone na 100 losowo wybranych pacjentkach hospitalizowanych na oddziałach patologii ciąży i położniczym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łapach i Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Średni wiek badanych pacjentek wynosił 27,4 lata, większość z nich to mieszkanki miasta (64%), będące po raz pierwszy w ciąży (51%). **Wyniki.** Zdecydowana większość respondentek (95%) wiedziała, jaki jest prawidłowy czas trwania ciąży, prawie wszystkie zgodnie uznały, że wizyty u lekarza są obowiązkowe, nawet w ciąży przebiegającej prawidłowo. 81% kobiet uznało, że ich sposób odżywiania zmienił się w czasie trwania ciąży, zwiększyły one głównie spożycie owoców i warzyw (68%). Prawie połowa respondentek (46%) uznała, że przyjmowanie witaminy A w bardzo dużych ilościach może być szkodliwe dla rozwoju dziecka. Wykazano też, że w ciąży znacznie zmniejszyło się spożycie kawy, palenie papierosów oraz picie alkoholu. **Wnioski.** 1. Większość kobiet korzystała w czasie ciąży z opieki lekarza ginekologa, chociaż niektóre z nich zbyt rzadko zgłaszało się na wizyty kontrolne. 2. W ocenie ankietowanych kobiet, ich sposób odżywiania zmienił się. 3. Większość kobiet zrezygnowała lub ograniczyła używki.

Słowa kluczowe: zachowania prozdrowotne, ciąża, edukacja zdrowotna.

Perspektywa rodzicielstwa to jedno z najbardziej znaczących i unikatowych zdarzeń w życiu każdej rodziny, zarówno posiadającej już potomstwo, jak i planującej pierwszą ciążę. Należy więc starać się, aby być do tego wydarzenia odpowiednio przygotowanym, w jak najszerszym znaczeniu tego słowa. Podstawową rolę w tym zakresie powinna spełniać właściwa edukacja zdrowotna, uświadamiająca przyszłym rodzicom liczne potrzeby i uwarunkowania optymalnego przebiegu ciąży. Aby całkowicie świadomie przeżyć radość związaną z urodzeniem zdrowego dziecka, warto jeszcze przed zajściem w ciążę uzyskać wiarygodne i fachowe odpowiedzi na wszystkie nurtujące wątpliwości i pytania.

Nie ma na świecie dwóch istot bardziej ze sobą związanych niż matka i płód. Organizm kobiety jest środowiskiem, w którym dziecko rośnie i rozwija się przed urodzeniem. Jego własne organy są niedojrzałe, korzysta więc z organów matki. W związku z tym każda zmiana w organizmie kobiety – zarówno korzystna, jak i niekorzystna – ma wpływ na jego rozwój. Tylko zdrowa kobieta może stworzyć swojemu przyszłemu dziecku optymalne warunki do rozwoju. W związku z tym istotne staje się prowadzenie systematycznych badań wśród kobiet ciężarnych i planujących ciążę, mające na celu ocenę stanu ich wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz podnoszenie tej wiedzy.

Celem pracy było znalezienie odpowiedzi na pytanie: czy i na ile ciąża ma wpływ na zmianę dotychczasowego stylu życia kobiety oraz w czym się ta zmiana przejawia. W pracy postawiono następujące pytania problemowe:

1. Jaka jest wiedza kobiet na temat zachowań prozdrowotnych w ciąży?
2. Czy kobiety w okresie ciąży posiadają wiedzę na temat prawidłowego odżywiania się?
3. Czy ciąża ma wpływ na zmianę niektórych zachowań kobiet, tj. stosowania używek, palenia papierosów, picia alkoholu, przyjmowania leków?
4. Jakie są postawy kobiet wobec istniejących możliwości korzystania z opieki położniczej i stomatologicznej w czasie ciąży?
5. Czy ciąża ma wpływ na zwiększenie dbałości o kondycję fizyczną?
6. Jakie są źródła wiedzy na temat pożądanych zachowań w okresie ciąży?
7. Czy kobiety mają poczucie zadowolenia z posiadanej wiedzy?

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone na oddziałach patologii ciąży i położniczym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łapach oraz Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Do zebrania opinii pacjentek na temat wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych w ciąży zastosowano specjalnie skonstruowane narzędzie badawcze – kwestionariusz ankiety, który skierowano do 100 losowo wybranych kobiet. Każda z nich została poinformowana o dobrowolności i anonimowości badań. Respondentki dowiedziały się, że zebrany materiał będzie wykorzystany wyłącznie do celów naukowych. Udzielono tam także informacji o sposobie wypełnienia kwestionariusza. Zebrany materiał poddano analizie opisowej.

Badaniem ankietowym objęto 41 kobiet ciężarnych i 59 położnic. Wiek hospitalizowanych pacjentek wahał się w granicach: 17–42 lata. W najmłodszej grupie wiekowej do 17 lat znalazła się jedna osoba (1%), w wieku 26–30 lat było 40 kobiet, w grupie wiekowej 26–30 lat – 36 osób, natomiast w grupie 31–35 lat – 13 badanych. Osoby powyżej 35 roku życia stanowiły 10% ogółu ankietowanych. Średnia wieku wynosiła 27,4 lat (tab. 1). Większość ankietowanych kobiet (64%) pochodziła ze środowiska miejskiego. W trakcie badania uzyskano informacje o poziomie wykształcenia respondentek. Ponad połowa grupy, 58 pacjentek, legitymowała się wykształceniem średnim. Odsetek osób posiadających wykształcenie wyższe wyniósł – 17%, zawodowe – 21%. Najmniejszą grupę stanowiły ko-

Tabela 1. Struktura pacjentek według wieku

Wiek	Liczba pacjentek
Do 17 r.ż.	1
18–25	40
26–30	36
31–35	13
Powyżej 35 r.ż.	10
Razem	100
Średni wiek pacjentek	27,4 lat

biety z wykształceniem podstawowym – 4 osoby (ryc. 1). Większość respondentek – 97 osób, stanowiły mężatki. Średnia stażu małżeńskiego wynosiła – 4 lata. Pannami były 3 osoby. Prawie połowa badanych deklarowała swoje warunki materialne jako dobre – 47 osób, niewiele mniej jako średnie – 46 kobiet, złe – 1 osoba, bardzo dobre – 6 osób.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najwięcej osób było po raz pierwszy w ciąży (51%) (ryc. 2).

Kobiety mają do dyspozycji wiele metod antykoncepcyjnych. Są świadome swojej płodności i skutków, jakie ona za sobą pociąga. Potrafią wybrać najlepszy moment do zajścia w ciążę. Wśród badanych pacjentek – 66% swoją obecną ciążę planowało, a tylko u 34% ciąża była wynikiem przypadku.

Wyniki

Wiedza kobiet na temat czasu trwania prawidłowej ciąży jest dobra. 95% respondentek podało, że ciąża trwa 40 tygodni, licząc od pierwszego dnia ostatniego krwawienia miesięcznego, a tylko 5% twierdziło, że ciąża trwa dłużej lub krócej niż podano wcześniej. Aż 73% ciężarnych odwiedziła lekarza tuż po spodziewanym terminie krwawienia miesięcznego, aby potwierdzić ciążę, a tylko 26% osób zwlekało z udaniem się do ginekologa. Regułą jest to, że najwcześniej szukają potwierdzenia ciąży te osoby, które w nią zaszły po raz pierwszy i te które planowały poród dziecka.

Zdecydowana większość pacjentek (82%) potrafiła trafnie podać, jak często powinny zgłaszać się do lekarza, a 99% twierdziła, że wizyty są potrzebne nawet wtedy, gdy kobieta w ciąży nie odczuwa żadnych dolegliwości, znaczna większość (76%) korzystała w ciąży z wizyt kontrolnych u ginekologa regularnie.

Jeżeli chodzi o zgłaszanie się do lekarza w przypadku wystąpienia dolegliwości opinii były różne. Wszystkie pacjentki deklarowały, że krwawienie lub plamienie z dróg rodnych jest natychmiastowym wskazaniem do udania się do specjali-

sty, lecz już tylko 35% respondentek podawało, że trzeba zgłosić się do lekarza w przypadku wystąpienia stałego silnego bólu głowy, 47% – zaburzeń widzenia (tzw. mroczków), 15% – nudności.

Wystarczającą wiedzę na temat badania USG w ciąży posiadało 99% respondentek. Osoby z wykształceniem wyższym w 100% są zdania, że badanie to najlepiej wykonywać trzy razy. Natomiast porównując wiek kobiet do wiedzy o badaniu USG najkorzystniej wypadła grupa wiekowa 26–30 lat (91%), najgorzej 31–35 lat (61%).

Właściwie dobrane odżywianie jest sprawą priorytetową. Wiele nieprawidłowości w rozwoju ciąży występuje z powodu złego odżywiania. 58% kobiet podawało, że nieprawidłowe odżywianie jest przyczyną występowania poronień i porodów przedwczesnych. 22% twierdziło, że wpływ odżywiania nie jest aż tak istotny, a 17% uważało, że odżywianie nie ma żadnego wpływu na przebieg ciąży (ryc. 3).

81 kobiet uznało, że ich sposób odżywiania w ciąży zmienił się. Ankietowane pacjentki w okresie ciąży zwiększyły podaż następujących produktów żywnościowych: produktów zbożowych (33%), owoców (93%), warzyw (84%), produktów mlecznych (72%) (ryc. 4).

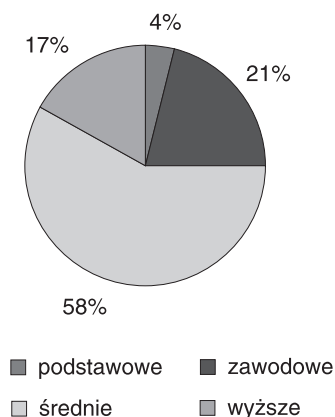
Uzyskane dane dotyczące stosowania używek przedstawiają się następująco: przed ciążą poło-

wa ankietowanych piła 2–3 szklanki kawy dziennie, a 20% pacjentek więcej niż 3 szklanki. Po zajściu w ciążę 1–2 szklanki nadal piło 30% pacjentek, reszta zrezygnowała z niej zupełnie. Do regularnego palenia papierosów przed ciążą przyznało się 29% respondentek, natomiast po zajściu w ciążę paliło 15% z nich. Zdecydowana większość kobiet widziała zasadność całkowitej rezygnacji z picia alkoholu w ciąży. Przed ciążą alkohol spożywało sporadycznie około 22% ogółu respondentek, a po zajściu w ciążę tylko 4% (ryc. 5).

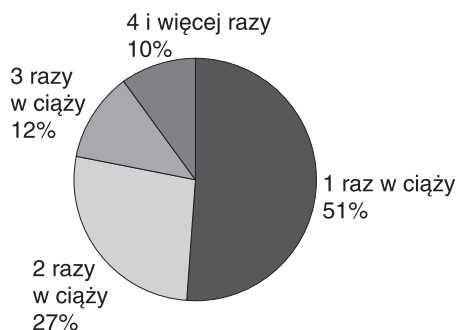
Przyjmowanie witaminy A w dużych ilościach w okresie ciąży jest w opinii 45% kobiet niekorzystne dla rozwoju dziecka, natomiast 23% respondentek twierdzi, że nie ma ono żadnego wpływu na rozwój płodu (ryc. 6).

Według ponad połowy respondentek (60%) sen nocny kobiety ciężarnej nie powinien trwać krócej niż 8–9 godzin, 29% kobiet było zdania, że powinien on być dłuższy niż 9 godzin.

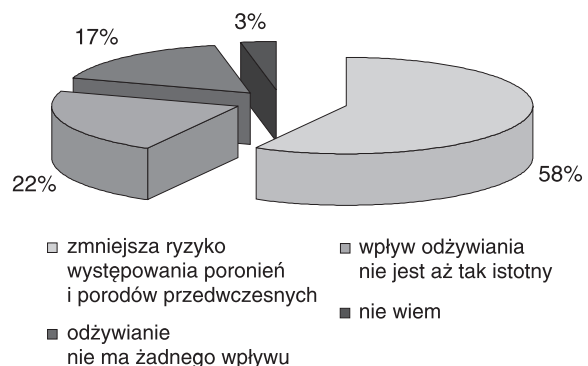
Wykonywanie ćwiczeń przeznaczonych dla kobiet ciężarnych jest korzystne według 75% pacjentek. Ich zdaniem ułatwiają one poród, rozluźniają, relaksują, poprawiają kondycję i samopoczucie. Pływanie i kąpiele w różnego rodzaju zbiornikach wodnych (rzeki, jeziora, morze) są



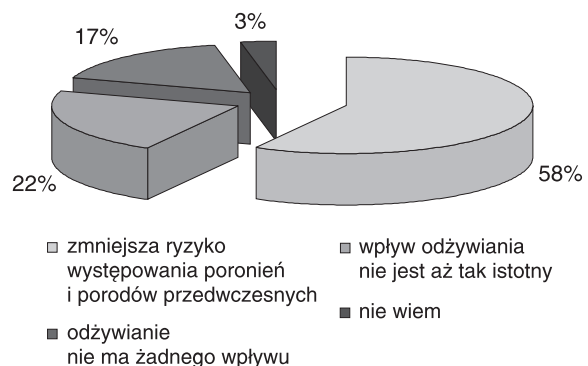
Ryc. 1. Struktura pacjentek według wykształcenia



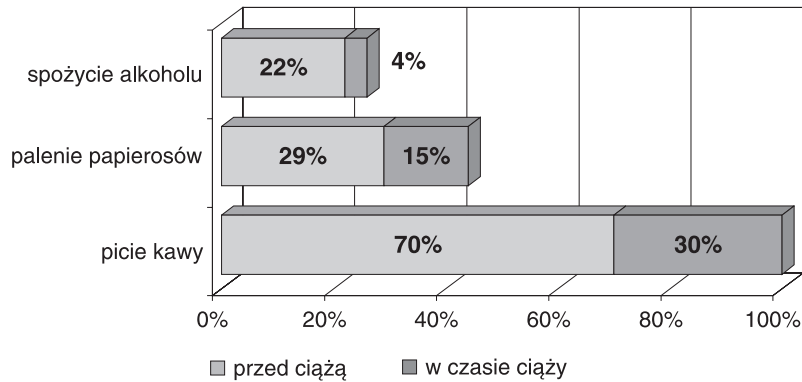
Ryc. 2. Struktura ankietowanych według liczby ciąży



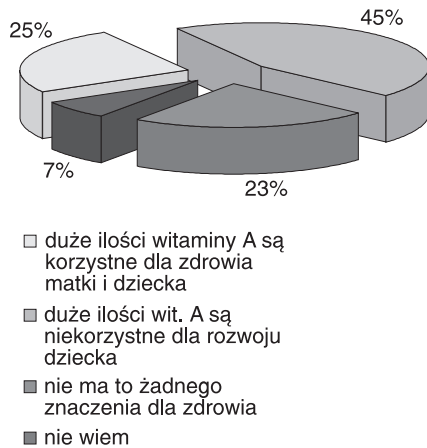
Ryc. 3. Wpływ prawidłowego odżywiania na przebieg ciąży według ankietowanych



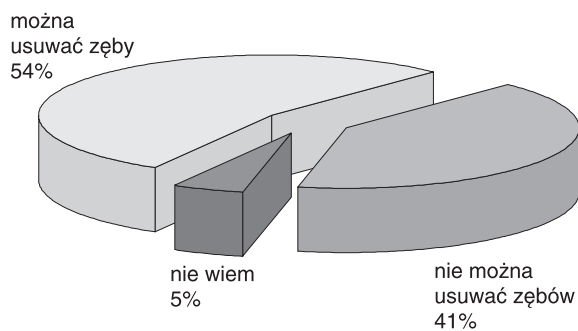
Ryc. 4. Wzrost spożycia produktów w ciąży



Ryc. 5. Porównanie stosowania używek przed i w trakcie ciąży



Ryc. 6. Wpływ spożycia witaminy A w dużych ilościach na rozwój dziecka



Ryc. 7. Usuwanie zębów w ciąży według respondentek

dopuszczalne w opinii 74 kobiet, pod warunkiem że ciąża przebiega prawidłowo i woda jest dostatecznie ciepła.

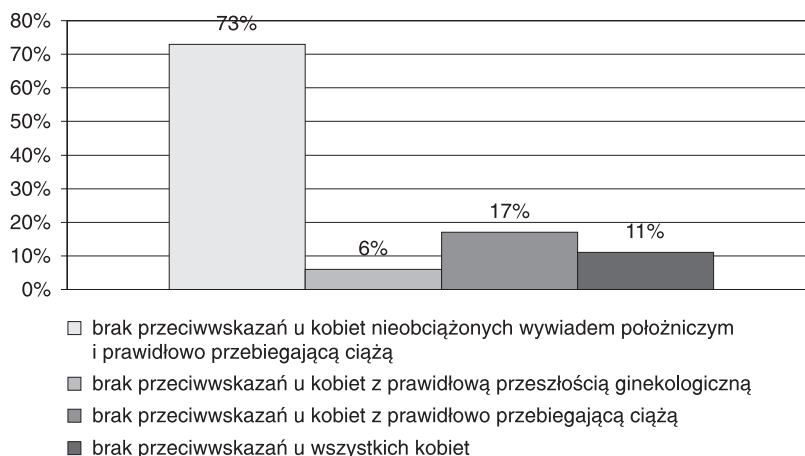
96% pacjentek uznało, że kobiety w ciąży powinny korzystać z opieki stomatologa. Ponad połowa ankietowanych (54%) uważała, że w ciąży można usuwać zęby, 41% uznała, że jest to niedozwolone (ryc. 7).

73 respondentki uważały, że u kobiet nieobciążonych wywiadem położniczym i z prawidłowo przebiegającą ciążą nie ma żadnych przeciwwskazań dotyczących współżycia płciowego (ryc. 8).

Głównym źródłem informacji dla respondentek na temat zachowań prozdrowotnych w ciąży był głównie personel medyczny: lekarze – 63%, pielęgniarki i położne – 58% oraz prasa – 60% i literatura fachowa – 57%. Ponad połowa kobiet (65%) jest zadowolona z posiadanej wiedzy na ten temat.

Wnioski

1. Z opieki położniczej korzystały wszystkie respondentki, chociaż niektóre z nich zbyt rzadko zgłaszały się na wizyty kontrolne, a niektóre uczyniły to po raz pierwszy dopiero w trzecim miesiącu ciąży.
2. Z badanej populacji większość pań korzystała z opieki stomatologicznej, ale niewiele ponad



Ryc. 8. Współżycie płciowe a ciąża

- połowa uważała, że w ciąży można usuwać zęby.
3. W ocenie ankietowanych kobiet, ich styl życia zmienił się pod wpływem ciąży, przy czym najczęściej dotyczyło to sposobu odżywiania się oraz rezygnacji lub ograniczenia stosowania używek.
 4. Zdecydowana większość respondentek sądziła, że współżycie płciowe w okresie ciąży nie jest przeciwwskazane, ale widziała zasadność jego ograniczenia ze wskazań lekarskich.
 5. Respondentki miały poczucie zadowolenia z posiadanej wiedzy.
 6. Najczęściej wymienianym źródłem wiadomości na temat właściwego postępowania i zachowania się kobiet w czasie ciąży był personel medyczny.
 7. Istnieje ciągła konieczność popularyzacji wiedzy dotyczącej ciąży.

Adres II Autorki:
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AM
ul. Skłodowskiej 7a
15-096 Białystok

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Motywy wyboru porodu domowego przez współczesne kobiety

Motives of choice of delivery at home by modern women

JOLANTA PIETRAS¹, BERNICE AKINPELUMI^{1,2}, MARIAN GRYBOŚ¹

¹ Z I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. n. med. Marian Gryboś, prof. nadzw. AM

² Z Studium Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Ludmiła Waszkiewicz

Streszczenie Badaniami ankietowymi objęto 40 kobiet, które rodziły w domu w latach 1987–2001. Celem pracy jest odpowiedź na pytanie, jakie motywy i czynniki wpływają na podjęcie decyzji o odbyciu porodu w warunkach domowych. Niemal wszystkie respondentki decyzję taką dokładnie przemyślały i podjęły ją świadomie. 75% z nich przygotowywało się wcześniej do porodu w szkole rodzenia. Głównymi motywami, które skłoniły badane do podjęcia decyzji o porodzie w domu, były przede wszystkim złe doświadczenia z poprzednich porodów szpitalnych i chęć uniknięcia powszechnie przyjętych procedur prowadzenia porodu w warunkach szpitalnych.
Słowa kluczowe: poród w domu, motywy wyboru.

Summary An analysis of 40 women who delivered at home between 1987 and 2001 was carried out. The aim of this paper is to give an answer to what motives and factors affected the decision making of these women whether to deliver at home or not. Almost all the women who took part in this analysis programme took their decisions consciously after careful thought. 75% of the women attended a school for expecting mothers. The main aims which made these women decide to give birth at home are mainly because of the following: Bad experience from previous deliveries in hospitals and a desire to avoid the generally accepted procedure of giving birth in hospitals.

Key words: delivery at home, motives of choice.

Wstęp

Poród naturalny w domu jest jedną z możliwości, jaką akceptuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) [1–3]. Taka forma porodu budzi jednak liczne kontrowersje wśród większości profesjonalistów [2, 3–7, 18]. Z rozmaitych publikacji wynika jednak, że mimo wszystko część współczesnych kobiet decyduje się na odbycie tego aktu w warunkach domowych [2, 3, 9–11]. O tym, że jest to zagadnienie ważne i zasługujące na szczególną uwagę świadczy coraz liczniejsze grono badaczy tego tematu [3, 4, 7, 9–12]. W dobie ciągłego postępu w naukach medycznych i metodach terapeutycznych, w dobie klinik i szpitali wyposażonych w doskonałą aparaturę diagnostyczną, interesujące wydają się powody

i czynniki skłaniające przyszłe matki do takiego alternatywnego rozwiązania ciąży.

Celem pracy jest odpowiedź na pytanie, jakie motywy wpływają na podjęcie decyzji o odbyciu porodu w domu przez współczesne kobiety.

Materiał i metody

Badaniami ankietowymi objęto 40 kobiet z Warszawy i Wrocławia oraz ich okolic, które urodziły w domu w latach 1987–2001. Niewielka liczebność badanej grupy wynika z faktu, że obecnie zdecydowana większość porodów odbywa się w szpitalach, w związku z czym bardzo dużym problemem okazało się dotarcie do osób, które urodziły w domu. Wiek badanych w czasie

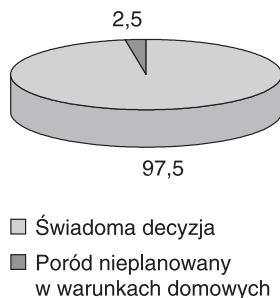
rozwiązania zawierał się w przedziale 21–38 lat. Wśród nich 37 (92,5%) było zamężnych, niezamężnych 3 (7,5%). Były one głównie mieszkankami dużych miast – 21 (52,5%). 34 (85%) osoby posiadały wykształcenie wyższe. Ponadto 12 z nich (30%) deklarowało posiadanie wykształcenia medycznego. 27 (67%) oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą i bardzo dobrą.

Wyniki

W domu pierwsze dziecko urodziło 17 (42,5%) kobiet, pozostałe 23 ankietowane (57,5%) rodziły drugie lub kolejne dziecko, głównie dlatego, ponieważ były niezadowolone z poprzednich porodów w szpitalu. Dla 39 kobiet (97,5%) decyzja o porodzie w domu była świadoma i przemyślana, a sam poród dokładnie wcześniej zaplanowany.

Respondentki odpowiadały, że tak właśnie zdecydowały i takie było ich życzenie. Tylko w jednym przypadku rodzica nie zdążyła dojechać do szpitala. Odpowiednie proporcje przedstawia rycina 1.

Istnieje przekonanie, że do porodu naturalnego w domu należy się przygotować [4, 9, 10, 13]. W związku z faktem, iż poród w domu został wcześniej zaplanowany, aż 30 respondentek (75%) przygotowywało się w szkole rodzenia, w tym 25 kobiet (62,5%) wraz z partnerem. Wszystkie porody odbyły się o czasie, tj. między 38 a 41 tygodniem ciąży. W 38 przypadkach (95%) nie były one w żaden sposób prowokowane. Również w 38 porodach (95%) obyło się bez golenia krocza i robienia lewatywy. U 35 rodzających (87,5%) nie zaistniała konieczność wykonania nacięcia krocza. W 39 porodach (97,5%) uczestniczył ojciec dziecka, w tym w 2 także inna osoba bliska. 37 kobiet (92,5%) oświadczyło, że do porodu asystowała położna. Przy jednym porodzie obecna była położna wraz z lekarzem. Przy 2 nie było fachowego personelu medycznego, obecny był tylko mąż. Wszystkie rodzające (100%) miały możliwość swobody zachowania, zmiany pozycji



Ryc. 1. Motywy wyboru porodu domowego przez współczesne kobiety

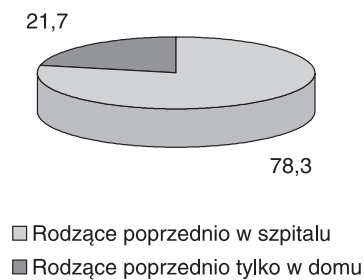
zgodnie ze swoimi odczuciami i potrzebami oraz podejmowania aktywności fizycznej (mogły chodzić, pić, brać kąpiel lub prysznic).

Podczas 33 (82,5%) z analizowanych porodów podejmowano działania zmierzające do łagodzenia odczuć bólowych, ale stosowano tylko i wyłącznie metody naturalne (masaż, kąpiel, muzykoterapię, oddychanie, relaks i inne). Środków farmakologicznych podczas porodu nie stosowano (0%). W 36 przypadkach (90%) kobiety oceniły swoje samopoczucie jako dobre. Jako złe – żadna. We wszystkich porodach zaplanowanych jako porody domowe nie wystąpiły żadne powikłania. Tylko w jednym przypadku – porodu nieplanowanego wcześniej w warunkach domowych – doszło do pęknięcia krocza i szyjki macicy.

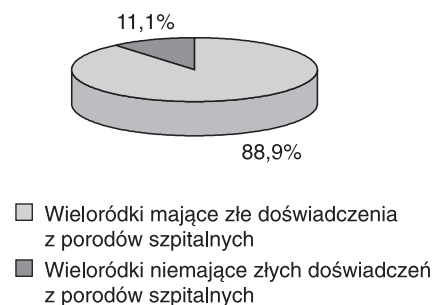
Motywami decydującymi o odbyciu porodu w domu były:

Przede wszystkim złe doświadczenia z poprzednich porodów szpitalnych – brak zapewnienia poczucia intymności i poszanowania godności rodzających i ich dzieci, brak ciepłej, rodzinnej atmosfery, przedmiotowe i niemiłe traktowanie oraz instrumentalne podejście ze strony personelu medycznego – 16 przypadków (40%) (ryc. 2 i 3).

Także chęć uniknięcia powszechnie przyjętych procedur prowadzenia porodu w warunkach szpitalnych – za dużo „chemii”, leków, ingerencji zabiegowych, pozycja leżąca, „sterowanie porodem wbrew ciału”, wbrew potrzebom i odczuciom rodzających, „unieruchomienie” w łóżku, ru-



Ryc. 2. Motywy wyboru porodu domowego przez współczesne kobiety



Ryc. 3. Motywy wyboru porodu domowego przez współczesne kobiety

tynowe i niezindywidualizowane postępowanie, przyspieszanie naturalnego biegu porodu, złe doświadczenia, jeśli chodzi o karmienie dziecka. Takie powody podało 9 kobiet (22,5%).

Inne powody podawane przez badaną grupę respondentek przedstawia tabela 1.

Podsumowanie

Ciąża i poród są zjawiskami fizjologicznymi i naturalnymi w życiu kobiety i pary małżeńskiej. Posiadają one jednak niebagatelne aspekty emocjonalne. Dla przyszłych rodziców jest to wydarzenie ogromnie istotne, a rodzące są bardzo wrażliwe w tym specyficznym i szczególnym okresie ich życia. Obecnie coraz większa liczba kobiet wyraża chęć urodzenia swojego dziecka w sposób łagodny, a wyniki badań sugerują, że zasadniczą przyczyną decyzji o odbyciu porodu w domu są głównie przykre doświadczenia i wspomnienia z poprzednich porodów w szpitalu. Nie można zmienić panującego systemu, jeśli tylko ten uważa się za jedyny, słuszny i możliwy. Można jednak znacząco poprawić kulturę narodzin i całą otoczkę związaną z tym wyjątkowym dla naszych podopiecznych aktem. Dla ich satysfakcji warto jest popracować nad polepszeniem funkcjonowania naszych szpitali położniczych. Nad tym, by stały się one bardziej przyjazne, a warunki w nich panujące bardziej zbliżone do domowych.

Położnictwo to bowiem taka gałąź wiedzy i praktyki medycznej, która powinna być szczególnie nacechowana wysoką kulturą, taktem, delikatnością i zrozumieniem, gdyż dotyka tak bardzo intymnej sfery zarówno w sensie fizycznym, jak i emocjonalnym.

Wnioski

1. Prawie wszystkie respondentki 39 (97,5%) podjęły decyzję odbycia porodu w domu w sposób świadomy i przemyślany.
2. Znaczna część z nich 30 (75%) przygotowywała się wcześniej w szkole rodzenia.

Piśmiennictwo

1. Ciszek V i wsp. *Ann Acad Med Bydg Supl Żnin* 1992: 39–47.
2. Pietras J. *Ocena przebiegu porodu u kobiet rodzących w sposób naturalny*. Praca magisterska. Wyd. Zdrowia Publ. AM Wrocław, 2001.
3. Sendek A, Borysewicz J. *Klin Perinatol Ginek* 1996; supl. 13: 43–46.
4. Chazan B i wsp. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1994; 3–4, 127–133.
5. Kiltel I. *International Confederation of Midwives Congress, The Netherlands*, 1987: 57–59.
6. Schroth U. *International Confederation of Midwives Congress, The Netherlands*, 1987: 75–78.
7. Słomko Z. *Wokół narodzin człowieka. Prob Dyd Med i Wych* AM Poznań, 1998: 251–260.
8. Borysewicz J. Praca magisterska. Wydział Pielęgniarstwa AM w Lublinie 1995.
9. Chołuj I. *Poród w domu*. Warszawa: Wyd. Salezjańskie; 1992.

Tabela 1. Czynniki i motywy mające wpływ na podjęcie decyzji o odbyciu porodu w warunkach domowych

Motywy wyboru	Liczba	Procent
Złe doświadczenia z poprzednich porodów szpitalnych	16	40
Chęć uniknięcia powszechnie przyjętych procedur prowadzenia porodu w warunkach szpitalnych	9	22,5
Lektury książek – I. Chołuj, E. Niteckiej, J. Balaskas lub rozmaitych artykułów	5	12,5
Odbyty uprzednio poród w domu	5	12,5
Niechęć do szpitala i złe z nim skojarzenia	5	12,5
Rozmowy z koleżankami, które urodziły w domu	4	10
Relacje znajomych rodzących w szpitalach	3	7,5
Brak zaufania do personelu	3	7,5
Chęć uniknięcia presji personelu	2,5	5
Strach przed samotnością, brakiem wsparcia oraz nowym, nieznanym środowiskiem	2,5	5
Razem:	55*	135 *

* Ankietowane udzielały więcej niż jednej odpowiedzi.

3. W badanej grupie stwierdzono, że istotny wpływ na podjęcie decyzji o odbyciu porodu w domu miały złe doświadczenia z pobytu w szpitalu oraz chęć uniknięcia powszechnie przyjętych procedur prowadzenia porodu w warunkach szpitalnych.
4. Celowe jest więc zapewnienie kobietom możliwości postępowania zgodnego z ich oczekiwaniami i potrzebami.
5. Istnieje znaczące zapotrzebowanie na alternatywne formy opieki okołoporodowej i śródporodowej oraz zmianę podstaw personelu medycznego.

10. Krupa M. *Jestem całym moim światem*. Warszawa: Res Publica Press; 1997.
11. Kitzinger S. *Rodzić w domu*. Warszawa: PWN; 1995.
12. Szymański W i wsp. *Ann Acad Med Bydg Supl Żnin*. 1992: 273–277.

Adres | Autora:

I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. T. Chałubińskiego 3
50-369 Wrocław

Hydroterapia w położnictwie

Hydrotherapy in obstetric

JOLANTA PIETRAS, BERNICE AKINPELUMI, MARIAN GRYBÓŚ

Z I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. n. med. Marian Gryboś, prof. nadzw. AM

Streszczenie Poród jest w życiu kobiety zjawiskiem naturalnym [16]. Jest również sporym wysiłkiem dla jej organizmu. W ostatnich latach rodzice coraz częściej wyrażają chęć odbycia porodu swego dziecka w sposób jak najbardziej łagodny i naturalny, a jednym ze sposobów może być immersja wodna i/lub poród w wodzie [1, 3, 5, 11, 14, 16]. Istnieje jednak wiele mitów i nieudowodnionych narosłych wokół porodów wodnych, dlatego autorzy pracy postanowili dokładnie omówić to zagadnienie, przedstawiając zasady prowadzenia porodu w wodzie, przeciwwskazania do porodu w wodzie, rolę czynników o znaczeniu biologicznym oraz liczne zalety porodu podwodnego.

Słowa kluczowe: poród w wodzie.

Summary Child delivery is a natural phenomena in the life of a woman. It is also quite a strenuous exercise for the organism of the woman requiring a lot of energy input. Within the last few years, increasing number of parents have shown a greater desire to have their baby delivered in a much more delicate and natural way. One of the methods employed to realize this goal is water immersion and or hydrotherapy [1, 3, 5, 11, 14, 16]. However, there are a lot of myths and controversies around this topic, this is reason why the authors of this paper have decided to precisely address the issue by presenting the contra indications to hydrotherapy and water immersion, principles guiding delivery by these methods, roles of biological factors in water births as well as the numerous advantages gained by delivering in water or through water immersion.

Key words: water birth.

Wodolecznictwo (inaczej hydroterapia) to leczenie za pomocą wody z wykorzystaniem takich jej czynników, jak: temperatura, ciśnienie, masa, a czasami także specyficznych właściwości chemicznych (np. składu wód zdrojowych) [1].

Wodolecznictwo znane było od początku dziejów ludzkości. Już starohinduskie święte księgi Wedy zalecały obmywanie ciała po kilka razy dziennie. W starożytnej Grecji Pitagoras, którego wszyscy znamy z zupełnie innej strony – jako wybitnego matematyka, wprowadził cały system zimnych kąpiele w celu hartowania ciała. Na szerszą skalę i w usystematyzowany sposób wprowadzili hydroterapię do medycyny dopiero w XIX wieku Sebastian Kneipp i Vincent Priesnitz. Od nazwiska tego ostatniego pochodzi do dziś powszechnie stosowana nazwa prysznic.

Podstawowymi zabiegami w tego rodzaju terapii są rozmaite kąpiele, obmywania ciała czy

zabiegi hartujące, a także działanie zmienną temperaturą, strumieniem wody pod ciśnieniem, natryskami, biczami wodnymi itp.

Działanie wody może wywierać znaczący i korzystny wpływ na funkcje ustroju ludzkiego.

Woda jest środowiskiem, które naturalnie przyciąga człowieka. Jest dla niego źródłem odnowy i radości [2]. Jest niezbędna do utrzymania życia oraz do utrzymania odpowiedniej higieny. Jest również składnikiem ciała ludzkiego, a podczas ciąży płód rozwija się we wnętrzu macicy właśnie w przyjaznych mu wodach płodowych [2–4].

Hydroterapia może być z powodzeniem stosowana w różnych dziedzinach medycyny, w tym także i w położnictwie. Ponieważ w ostatnich latach rodzice coraz częściej wyrażają chęć urodzenia swego dziecka w sposób łagodny i naturalny, to jednym ze sposobów może być tu immersja wodna i/lub poród w wodzie [2, 5–10].

Spośród kompleksowo działających na organizm poddany hydroterapii bodźców najważniejszą rolę odgrywają dwa czynniki mające działanie o znaczeniu biologicznym, tj. **czynnik termiczny** (temperatura wody) oraz **ciśnienie hydrostatyczne** [2, 10]. Ponieważ człowiek należy do organizmów stałocieplnych, oznacza to, że niezależnie od temperatury otoczenia, w którym się znajduje, powinien zachować stałą temperaturę ciała wynoszącą nieco poniżej 37°C. Regulacja ciepłoty ciała znajdującego się w wodzie przebiega nieco odmiennie niż w warunkach powietrza atmosferycznego. Woda bardzo szybko dostarcza skórze ciepło, ale także bardzo szybko je odbiera. W regulacji temperatury ciała zanurzonego w wodzie utrzymywane są mechanizmy konwekcji i przewodnictwa, ale nie może już tu następować oddawanie ciepła przez promieniowanie i odparowywanie wydzielanego potu.

Ze względów praktycznych kąpiele można podzielić na chłodne, obojętne, ciepłe, bardzo ciepłe i gorące. Ciepła kąpiel to kąpiel w wodzie o temperaturze 36–37°C, w temperaturze 38–39°C bardzo ciepła, a kąpiel w temperaturze 40–45°C gorąca. Absolutna granica tolerancji wynosi 45–46°C i to tylko w odniesieniu do bardzo krótkich ekspozycji poszczególnych części ciała [2]. Kobiety rodzące mogą w celu łagodzenia odczuć bólowych korzystać zarówno z prysznicza, jak i z kąpeli w wannie. Znajomość tych faktów jest szczególnie istotna, gdyż kąpiel wodna kobiety rodzącej musi uwzględniać zasady homeostazy zarówno u matki, jak i płodu.

W wannie kobieta może przebywać zarówno w I okresie porodu (tj. w okresie rozwierania się szyjki macicy), łagodząc w ten sposób spowodowane rozwieraniem dolegliwości, jak i w II okresie – rodząc do wody.

Ciepła kąpiel o temperaturze około 36–37°C uspokaja, pomaga się odprężyć, zmniejsza napięcie, a tym samym i odczucia bólowe [2, 10]. Działa kojąco, wspaniale relaksuje, a ponieważ poród jest wysiłkiem zarówno dla ciała, jak i dla psychiki, dlatego może być w przebiegu tego aktu bardzo pomocna. Kąpiel zmniejsza także odczuwanie bólu i dyskomfort podczas skurczów partych, a dzieje się tak po części za sprawą zmniejszonego działania siły ciężenia, zmniejszonego uwalniania amin katecholowych i zwiększonego wydzielania endorfin. Na mięśnie obwodowe wpływa wzmacniająco i pobudzająco, toteż skurcze stają się mniej bolesne i bardziej efektywne, co znacznie przyspiesza poród i skracza czas jego trwania. Podczas kąpeli mięśnie dna miednicy rozluźniają się i stają się bardziej podatne na rozciąganie, co w znacznej mierze może zmniejszać lub eliminować konieczność nacięcia krocza oraz minimalizować występowanie jego samoistnych pęknięć [10]. Podczas Sympo-

zjum Sekcji Psychosomatycznej PTG w 2002 roku donoszono, że nacięcie krocza bywa wykonywane w około 10% porodów wodnych. Według danych Geissbuhlera i jego wsp., odsetek nacięć krocza u rodzących w wodzie jest najniższy i wynosi 13%, a odsetek pęknięć krocza II i III° jest również najniższy właśnie w grupie kobiet rodzących w wodzie, przy czym różnice są tu według tego autora statystycznie znamienne [11, 12].

Kolejnym ważnym czynnikiem jest ciśnienie hydrostatyczne i hydrodynamiczne. Ciśnienie hydrostatyczne to ciśnienie wody działające na organizm zanurzonego w niej człowieka. W praktyce możemy wyróżnić 3 podstawowe rodzaje zanurzenia, a mianowicie zanurzenie, tzw. 1/2, czyli do wysokości pępka, zanurzenie 3/4 do wysokości brodawek sutkowych i zanurzenie całkowite do wysokości szyi. Należy pamiętać o tym, że ciśnienie wzrasta wraz z głębokością zanurzenia rodzącej [2, 10]. Stosowane przez niektórych autorów zanurzenie 3/4 [6] lub 1/2 [13] w I fazie porodu powoduje mniejsze ciśnienie hydrostatyczne niż zanurzenie do wysokości szyi.

Ciśnienie hydrostatyczne, powodując ucisk na powierzchnię ciała zanurzonego w wodzie, zwiększa także ciśnienie śródbrzusza, co może być bardzo przydatne w II okresie porodu – podczas parcia [10]. Opisane zjawiska przyczyniają się także do mniejszego zużycia energii podczas wysiłku związanego z parciem.

Istnieją obliczenia i dane mówiące o tym, że w kąpeli całkowitej w wodzie o temperaturze obojętnej wskutek ucisku wywieranego na brzuch jego obwód zmniejsza się o 2,5–6 centymetrów [2, 14].

Właściwością niezmiernie korzystną może okazać się także wypór wody. Jest on określany przez prawo Archimedesesa. Zgodnie z tym prawem, ciało o masie 70 kg zanurzone w wodzie zachowuje się tak, jak gdyby po odliczeniu głowy i szyi ważyło zaledwie 6,5 kg.

Mięśnie szkieletowe ulegają wówczas rozluźnieniu, a ciało staje się lekkie. Rozluźnienie jest ogromnie istotne, choćby już tylko ze względu na fakt, że zgodnie z powszechnie uznaną teorią G.D. Reada napięcie może powodować lub nasilać odczucia bólowe. Zanurzenie w wodzie sprzyja również równomiernemu rozprowadzaniu krwi po całym ustroju. Zwiększa się objętość wyrzutowa serca [2]. W następstwie działania ciśnienia hydrostatycznego dochodzi także do wyciśnięcia krwi żyłnej z obszarów, na które silniej działa to ciśnienie, do tych na które działa ono słabiej, a także z żył obwodowych do prawego przedsionka [15]. Dotyczy to głównie zanurzenia 3/4 przez około 1–2 godziny. Ten rodzaj immersji wodnej można stosować u ciężarnych z nadciśnieniem indukowanym ciążą i z obrzękami, ponieważ wzmacnia się wówczas wydalanie mo-

czu, a wraz z nim wydalanie wody i sodu [2]. Działanie wysokiego ciśnienia hydrostatycznego przeciwwskazane jest natomiast u osób z niewydolnością krążenia. Przeciwwskazaniami do porodu w wodzie są ponadto wszelkie stany mogące utrudniać prawidłowy przebieg porodu, jak: nieprawidłowe położenie płodu, dysproporcja maczyno-płodowa, łożysko przodujące, objawy wskazujące na wewnątrzmaciczne zagrożenie płodu niedotlenieniem, odejście zielonych wód płodowych, przewlekłe choroby ogólnoustrojowe matki, cholestaza ciążowa, istnienie lub udokumentowane przebycie choroby zakaźnej lub przenoszonej drogą płciową, zaburzenia krzepnięcia oraz ropne zmiany skórne.

Należy podkreślić fakt, że relaksujące działanie wody na mięsień macicy może wpływać także na jego obkurczanie powodując wydłużenie czasu inwolucji tego mięśnia, co również i autorzy zaobserwowali w swojej praktyce klinicznej. Z tych względów po porodzie wodnym podaje się najczęściej preparaty obkurczające mięsień macicy typu oksytocyna czy methergina.

W przypadku zamiaru pełnego porodu w wodzie jej temperatura musi wynosić 37°C. Należy bowiem pamiętać, że ciepła kąpiel wpływa na rozszerzenie naczyń obwodowych, powodując spadek ciśnienia krwi, a tym samym obniżenie przepływu maciczno-łożyskowego. Temperatura dziecka w łonie matki jest ponadto wyższa o około 0,05–0,1°C. Zużycie tlenu przez organizm wzrasta wyraźnie w kąpeli o temperaturze 38°C. Należy pamiętać, że zgodnie z prawem van Hoffa, wzrost ciepłoty o 1°C powoduje zwiększenie przemiany materii o 17%. Ważnym zagadnieniem jest też moment wejścia rodzącej do wody. Aby nie opóźniać postępu porodu, większość autorów skłania się do poglądu, że powinno to nastąpić przy około 5 cm rozwarciu ujścia zewnętrznego kanału szyjki macicy. W wannie rodzące przebywają przez około 30 minut, po czym następuje 15–30 minutowa przerwa przed ponownym wejściem do wody. Z takich półgodzinnych kąpeli w wannie kobieta rodząca korzysta z reguły kilkakrotnie przed właściwym momentem porodu, jeśli jest to immersja wodna lub rodzi do wody, gdy ma być to pełny poród wodny. Z chwilą stwierdzenia objawów świadczących o odklejeniu się łożyska, woda z wanny zostaje upuszczona, a wydalanie łożyska następuje już poza wodą.

Lekarze zajmujący się tymi zagadnieniami zwracają także uwagę na fakt, iż poród w wodzie łągodzi dziecko szok, jakim jest jego zetknięcie się z nowym i nieznanym środowiskiem.

Noworodki urodzone w wodzie są spokojne i nie krzyczą. Dziecko z łona swej mamy trafia bezpośrednio do miejsca o podobnej temperaturze, a światła i dźwięki pozostają nadal przytłumione [10].

Wiele osób niepokoi jednak problem rozpoczęcia oddychania dziecka pod wodą. Dlatego bardzo istotne jest tu przedstawienie mechanizmów prowadzących do zainicjowania pierwszego wdechu.

Mechanizm prowadzący do zainicjowania pierwszego wdechu charakteryzuje się przestawieniem wymiany gazowej z łożyskowej na płucną. Podczas porodu pęcherzyki płucne płodu wypełnione są płynem płucnym. Czynność porodowa macicy oraz ściśnięcie klatki piersiowej płodu podczas jego przechodzenia przez kanał rodny (ciśnienie wynoszące 30–160 mm H₂O) powoduje wyciśnięcie z dróg oddechowych około 30 ml tego płynu. Pozostała reszta płynu przechodzi z przestrzeni oddechowej do okołonacyniowej i zostaje zaabsorbowana do krwi i naczyń chłonnych. Uwalniające się podczas stresu porodowego hormony kory nadnerczy powodują uwalnianie się substancji powierzchniowo czynnej, tzw. surfaktantu, do światła pęcherzyków płucnych, co ma decydujące znaczenie w późniejszym utrzymaniu prawidłowej czynnościowej objętości zalegającej [16]. Bezpośrednio po urodzeniu pierwsze wdechy stymulowane są przez wiele czynników zewnętrznych, takich jak: zimno, światło, hałas, grawitacja, oraz wewnętrznych, jak: ból i narastające w organizmie dziecka po zaciśnięciu pępowiny ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla i obniżenie się ciśnienia parcjalnego tlenu. Ze względu na niedojrzałość u noworodka łuku odruchowego obwodowych chemoreceptorów tętnicy szyjnej bez bodźców zewnętrznych może nie dojść do efektywnego skurczu przepony wywołującego pierwszy wdech. Wykazano doświadczalnie, że ciepła woda może wpływać na depresję ośrodka oddechowego [2]. W bardzo ciekawych badaniach prowadzonych na małych owcach urodzonych pod wodą stwierdzono, że nawet po odpępowaniu nie wykonywały one pierwszych wdechów [17]. Dopiero po wydobyciu ich ponad powierzchnię wody i po owianiu ich nozdrzy zimnym powietrzem noworodki zwierzęce inicjowały swój pierwszy oddech. Dlatego tak ważne jest, aby dziecko urodzone pod wodą utrzymywało całą główkę pod jej powierzchnią, aż do momentu całkowitego wyjęcia go z tej wody.

Przy przestrzeganiu tej podstawowej zasady nic złego noworodkowi nie może się stać. Dla inicjacji i ustabilizowania prawidłowej akcji oddechowej i krążeniowej duże znaczenie ma także moment zaciśnięcia pępowiny [2]. Znajomość tych mechanizmów pozwala według Laudańskiego na stwierdzenie, że poród podwodny spełnia wszelkie wymogi i kryteria bezpieczeństwa, dając możliwość wyzwolenia fizjologicznych mechanizmów przygotowujących dziecko do samodzielnego oddychania [2].

Opóźnione działanie stresowych czynników zewnętrznych, jak ból czy zimno dają pewność, że inicjacja pierwszych wdechów nastąpi dopiero po wydobyciu noworodka z wody i po przerwaniu krążenia łożyskowego [2]. Część neonatologów uważa, że pierwszy wdech powinien nastąpić po około 30 sekundach od urodzenia [18]. Jednakże istotną kwestią jest rozpoczęcie oddychania przez dziecko jeszcze przed przerwaniem krążenia łożyskowego. Noworodki „oddychające na pępowinie” wykazują bowiem lepszy przebieg okresu adaptacji, ponieważ następuje prawidłowa erekcja naczyń w płucach i rozprężenie pęcherzyków płucnych [18]. W sytuacjach dobrostanu pło-

du czas przebywania noworodka pod wodą powinien wynosić około 30 sekund, a odstępnie powinno nastąpić po dalszych 10–20 sekundach [2].

Znakomity położnik, prof. T. Ludański stwierdza z całym przekonaniem, że poród w wodzie to metoda skuteczna – zmniejszająca konieczność i częstość wykonywania interwencji zabiegowych oraz potrzebę stosowania leków [2]. Zatem ogromnie cieszy fakt, że coraz większa liczba szpitali w naszym kraju, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom kobiet, zaczyna wprowadzać porody w wodzie. Wrocławska I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa stosuje immersję wodną i porody w wodzie od września 2002 roku.

Piśmiennictwo

1. Cendrowski Z. *Leksykon medycyny niekonwencjonalnej*. Warszawa: Spółdz. Agencja Reklamowa SPAR; 1991.
2. Ludański T. Hydroterapia w perinatologii. *Klin Ginekol Perinatol Supl. XXV, Mat. Zjazd. VII Symp. Poród Nowoczesny*, Tychy 2002.
3. Bachman R, Schleinkofer G. *Die Kneipp-Wassertherapie*. G. Thieme Verlag (Trias); 1992.
4. Zimmerman H, Huch A, Huch R. *Perinat Med* 1993; 21: 5–11.
5. Atalla R, Weaver J. *BMJ* 1995; 311: 390–391.
6. Balaskas J, Gordon Y. *Water birth*. London: Univ. Hyman Ltd.; 1995: 5–13.
7. Cammu H. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 469–472.
8. Chołuj I. *Poród w domu*. Warszawa: Wyd. Salezjańskie; 1992.
9. Geissbuhler V, Ebehard J. Waterbirths: a comparative study. A prospective study on more than 2000 waterbirths. *J Fetal Diagn Ther* 2000; 15: 291.
10. Pietras J. Ocena przebiegu porodu u kobiet rodzących w sposób naturalny. Wyd. Zdrowia Publ. AM, Wrocław; 2001.
11. Hurley P. Water birth. *Diplomate* 1994; 1: 110–113.
12. Korczyński J. Nacięcie krocza w nowoczesnym położnictwie – konieczność czy przyzwyczajenie? *Przegl Lek* 2002; 59, 2: 95–97.
13. Daniels K. *The water baby. Information book*. Point of view productions. San Francisco; 1990: 7–12.
14. Krauss H. *Hydrotherapie*. Stuttgart-New York: G Fisher Verlag; 1990.
15. Walker J. *J Obstet Gynecol* 1994; 101: 467–468.
16. Bloom R, Cropley C. *Resuscytacja noworodków*. Poznań; 1993.
17. Hamed H, Fereiro J. *Pediatrics* 1970; 40, 598–602.
18. Łozińska D, Tworowska J. *Neonatologia*. Warszawa; 1993: 39–41.

Adres Autorów:

I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa AM
ul. T. Chałubińskiego 3
50-369 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY OPIEKI KLINICZNEJ W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII
CLINIC CARE PROBLEMS IN MIDWIFERY AND GYNECOLOGY

Muzykoterapia w położnictwie

Music therapy in obstetrics

ANNA STODOLAK¹, JOLANTA PIETRAS²

¹ Z Zakładu Pediatrii Społecznej Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Wiesław Prusek

² Z I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Marian Gryboś prof. nadzw. AM

Streszczenie Związki muzyki z medycyną są tak stare, jak historia ludzkości. W tradycjach niektórych plemion ludów pierwotnych do czasów dzisiejszych zachowały się przekazy o korzystnym wpływie muzyki na kobiety oczekujące dziecka. Ponownie o właściwościach uspokajających i harmonizujących muzyki przypomniano sobie na początku XX wieku [5]. Przyczyniło się do tego gwałtowne narastanie sytuacji stresujących, szybsze tempo życia oraz coraz częstsze nadużywanie rozmaitych leków i środków farmakologicznych [4]. Obecnie dzięki prowadzonym doświadczeniom oraz pracom naukowym wiadomo, że odpowiednio dobrane melodie powodują zmniejszenie napięcia psychofizycznego, ułatwiają wentylację oddechową, działają antylekowo i antydepresyjne, redukują napięcie mięśniowe, a także uprzyjemniają czas oczekiwania [1, 4]. Kobiety oczekujące dziecka są szczególnie wrażliwe na miłe dźwięki, a działanie muzyki na człowieka rozpoczyna się jeszcze podczas jego pobytu w łonie matki [4, 5]. Równie korzystny wpływ na matkę i jej dziecko ma także śpiew, który jest kolejnym z możliwych środków do zastosowania w muzykoterapii i to zarówno podczas ciąży, w trakcie porodu i po nim [2–5]. Niewątpliwie kobiety śpiewające w czasie ciąży są spokojniejsze, pogodniejsze, bardziej zrównoważone, wyciszone i zrelaksowane, a tym samym także dużo bardziej radosne. Potrafią łatwiej unikać stresów i napięć. Jest to metoda łatwa, tania i przyjemna. Nie wymaga nakładu dużych kosztów. Można ją stosować równoległe z innymi środkami terapeutycznymi [2, 3, 5]. Nadająca się do zastosowania przy nakładach minimum chęci i odrobinie dobrej woli.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, położnictwo.

Summary Connections of music with medicine are as old as the history of humanity. In some primitive tribes' traditions reports about the good influence of music on pregnant women have been preserved up to now. Tranquilizing and harmonizing features of music were taken into consideration again in the beginning of the 20th century [5]. It was due to rapidly increasing stressful situations, faster mode of life and common abusing of various drugs and pharmacological substances [4]. Nowadays, thanks to experiments and conducted scientific researches it is known that properly chosen tunes decrease psychophysical tension, facilitate respiratory ventilation, have anxiolytic and antidepressive properties, reduce muscular tonicity and make anticipation time pleasant [1, 4]. Pregnant women are especially sensitive to nice tunes, thus music begins to get attached to a human being already in the prenatal period [4, 5]. Mothers and their children may benefit also from singing which is the next possible way of implementation of music therapy during the pregnancy, parturition and even after the labor [2–5]. Unquestionably, the pregnant women who are used to singing feel easier, are more serene, mentally-balanced, becalmed and relaxed, therefore much happier. They can freely avoid stresses and tensions. Music therapy is an easy, cheap and pleasant method. It does not require much financial resources. It can be applied simultaneously with other therapeutic devices [2, 3, 5]. It is also ready to be implemented with a minimum of good will and effort.

Key words: Music therapy, obstetrics.

Muzykoterapia jest to metoda leczenia za pomocą środków muzycznych [1–4]. Odpowiednio dobrane może łagodzić napięcia psychiczne, uspokajać lub aktywizować. Zdaniem specjali-

stów, kojarzona z innymi metodami terapeutycznymi, zwiększa znacznie ich skuteczność [1–3]. Wpływ rozmaitych dźwięków muzycznych na organizm człowieka fascynował świat od tysiąc-

leci. Już z 1000 roku przed naszą erą pochodzą wiadomości o antydepresyjnym działaniu dźwięków harfy [5]. W V wieku przed naszą erą Konfucjusz przypisywał muzyce „moc rządzenia ludzką duszą”, a kolejni mędracy antycznej Grecji wskazywali również na możliwość jej wpływu na dziecko znajdujące się w łonie matki. Obecnie badania ostatnich dziesięcioleci niezbiecnie potwierdzają poglądy starożytnych geniuszy [6].

Związki muzyki z medycyną są tak stare, jak historia ludzkości. W tradycjach niektórych plemion ludów pierwotnych do czasów dzisiejszych zachowały się przekazy o korzystnym wpływie muzyki na kobiety oczekujące dziecka. Odpowiednią muzykę – rytmiczną i w szybkim tempie, zwykle wystukiwaną na instrumentach perkusyjnych, która doskonale aktywizowała rodziców, wykorzystywano tam podczas akcji porodowej [2, 3, 5]. Praktykuje się to u nich również w czasach obecnych. Kobiety afrykańskie śpiewają bardzo dużo podczas ciąży, a także tańczą i ruszają biodrami w takt gorących rytmów [2, 3]. W XVIII wieku brzemiennym zalecano melodie o nieco spokojniejszej tonacji, a mianowicie grę na lutni. Polecano im także kurant oraz parangę. W XIX wieku traktowano ją głównie jako czynnik zabawowy, ale również dostrzegano jej niektóre zalety. Ponownie o właściwościach uspokajających i harmonizujących muzyki przypomniano sobie na początku XX wieku [5]. Przyczyniło się do tego gwałtowne narastanie sytuacji stresujących, szybsze tempo życia oraz coraz częstsze nadużywanie rozmaitych leków i środków farmakologicznych [4]. Obecnie dzięki prowadzonym doświadczeniom oraz pracom naukowym wiadomo, że odpowiednio dobrane melodie powodują zmniejszenie napięcia psychofizycznego, ułatwiają wentylację oddechową, działają antylękowo i antydepresyjnie, redukują napięcie mięśniowe, a także uprzyjemniają czas oczekiwania [1, 4]. Podatność na muzykę jest wybitnie indywidualizowana i zależy od bardzo wielu czynników, takich jak: płeć, wiek, wychowanie, wykształcenie, upodobania, sytuacja i panujące okoliczności [1, 3]. Kobiety oczekujące dziecka są szczególnie wrażliwe na miłe dźwięki, a działanie muzyki na człowieka rozpoczyna się jeszcze podczas jego pobytu w łonie matki [4, 5].

Wody płodowe otaczające dziecko wraz z napiętymi ścianami macicy i powłokami brzucha stanowią bardzo dobre akustycznie ośrodki przenoszące dźwięki, a zwłaszcza drgania o wysokiej częstotliwości [2–6]. Fizjologia rozwoju płodu wskazuje, że słyszy on już od IV miesiąca ciąży [3, 6]. Można, a wręcz należy, wówczas do niego przemawiać. Dziecko jest bardzo wrażliwe na wibracje. Utwory o niskiej częstotliwości od 1200 do 1500 Hz zwykle uspokajają dziecko [2, 3, 5]. Melodie te wysłuchiwane jeszcze w okresie

życia wewnątrzmacicznego, odtwarzane po urodzeniu wpływają na małego człowieka w podobny sposób. Muzyka dobrze dobrana wprawia w dobry nastrój, ułatwia i umila wykonywanie ćwiczeń, mobilizuje lub pomaga w koncentracji [1–3]. Jest integralnym składnikiem praktycznie wszystkich znanych technik relaksacyjno-koncentracyjnych oraz medytacji. Uważa się, że działa głównie na zasadzie rezonansu, który wywołuje wiele znanych, ale także szereg niepoznanych jeszcze zjawisk w narządach ciała, jego strukturach molekularnych, a być może sięga nawet jeszcze niższych piętér integracji materii [1].

Pamiętać należy, że u ciężarnych przeciwskazane jest zbyt głośne (powyżej 70 dB) i zbyt długotrwałe (powyżej 4 godzin) odtwarzanie, a także percepcja bardzo wysokich lub bardzo niskich dźwięków oraz drgań o wysokiej częstotliwości [2–5]. W zależności od celu jej stosowania (uspokojenie czy aktywizacja) powinna być łagodna lub szybsza w tempie marszowym z wyeksponowanym podkładem rytmicznym [5].

Terapia muzyką to jednak nie tylko samo posługiwanie się zestawem specjalnie dobranych środków muzycznych i konkretnych melodii, przy których należy uwzględniać indywidualne upodobania poszczególnych osób, ale także rozmaite dźwięki natury, takie jak: śpiew ptaków, szum drzew, traw, morza lub wodospadu [2–5]. Uważa się także, że wiele dźwięków o częstotliwościach niesłyszalnych przez człowieka może również wywierać działanie na jego organizm [1–3].

Równie korzystny wpływ na matkę i jej dziecko ma także śpiew, który jest kolejnym z możliwych środków do zastosowania w muzykoterapii i to zarówno podczas ciąży, w trakcie porodu, a także już po nim [2–5]. Niewątpliwie kobiety śpiewające w czasie ciąży są spokojniejsze, pogodniejsze, bardziej zrównoważone, wyciszone i zrelaksowane, a tym samym także dużo bardziej radosne. Potrafią łatwiej unikać stresów i napięć. Takie same są wówczas ich dzieci, które doskonale odbierają stany emocjonalne swych matek [2–5]. Najbardziej istotne znaczenie ma tu jednak fakt, iż śpiewanie uczy rozluźniania mięśni nie tylko ust, krtani oraz twarzy, ale także mięśni brzucha i dna miednicy.

Jest to ogromnie ważne podczas porodu, ponieważ rozluźnienie tych właśnie mięśni ułatwia rodzenie dziecka [2–5].

Przez częste śpiewanie wyrabia się również mięsień przeponowy, który jest jednym z mięśni oddechowych. To powoduje zwiększenie amplitudy ruchomości przepony i zwiększenie pojemności płuc, a tym samym ułatwia oddech oraz wentylację wpływając również na prawidłowe dotlenienie rodzącej i jej dziecka. Amplituda ruchomości przepony u przeciętnego człowieka

waha się zwykle w granicach 1–2 cm. Przez odpowiednie ćwiczenia (oddychanie przeponowe – oddychanie torem brzuszny) można ją zwiększyć do 6–8 cm. Zwiększenie amplitudy ruchomości przepony o 1 cm powoduje zwiększenie pojemności płuc aż o około 250 ml. Powoduje więc to również polepszenie wydolności fizycznej i lepszą tolerancję dla większego wysiłku fizycznego. Dlatego śpiew można potraktować i wykorzystać jako doskonałe ćwiczenie przygotowujące i rozluźniające do porodu [2–5]. Przyjąć wygodną, relaksową pozycję leżącą, ułożyć ręce na brzuchu, rozluźnić mięśnie twarzy, wyciszyć się i śpiewać przedłużone głoski Aaa... lub Ooo... ciągnąc je jak najdłużej się da i mając szeroko otwarte usta [2–5].

Śpiew podczas samego porodu przyspiesza przebieg akcji skracając w ten sposób czas jego trwania [2–4].

Rozluźniając mięśnie śpiew wpływa także na ułatwienie osiągnięcia relaksu, odprężenia, ułatwia i przyspiesza wypoczynek [2–5]. Ponadto zmniejsza odczucia bólowe. Może także w pewnym stopniu minimalizować konieczność nacięcia krocza lub jego samoistnego pęknięcia, gdyż rozluźnione tkanki są bardziej elastyczne i tym samym bardziej podatne na rozciąganie [2–4].

Dowiedziano, iż różne rodzaje dźwięków mają wpływ na różne reakcje dziecka. Wzrost tempa muzyki (dźwięki aktywizujące – szybkie, rytmiczne) nasila czynność skurczową macicy i ruchy płodu [5, 6]. Jest więc to dobra metoda na stymulację i wzmocnienie skurczów, gdy w trakcie porodu są one za słabe czy mało efektywne. Co zresztą z dużym powodzeniem do dziś wykorzystywane jest w rozmaitych plemionach, żyjących z dala od naszej zachodniej cywilizacji [2, 3]. Jest to metoda łatwa, tania i przyjemna. Nie wymaga nakładu dużych kosztów. Można ją stosować równolegle z innymi środkami terapeutycznymi [2, 3, 5]. Nadająca się do zastosowania przy nakładach minimum chęci i odrobinie dobrej woli zarówno w domu, jak i w szpitalu. Niektóre szpitale w naszym kraju wprowadziły tę metodę i z powodzeniem ją stosują.

Podczas Sympozjum Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zorganizowanego w Tychach w maju 2002 roku zaprezentowano wyniki bardzo interesujących badań, które potwierdziły wpływ stymulacji płodu muzyką na zachowanie się czynności jego serca oraz na ruchy dziecka [6]. Wykazują one, że prawidłowo rozwijający się płód reaguje na bodźce akustyczne w charakterystyczny sposób. Dziecko znajdujące się w warunkach wewnątrzmacicznego niedotlenienia wykazuje słabą reakcję na dźwięki, a niekiedy nawet jej całkowity brak. Dlatego wprowadzono do diagnostyki perinatalnej tzw. test wibroakustyczny, który w ostat-

nich latach wykazał dużą przydatność kliniczną. Pozytywne doświadczenia z jego zastosowaniem do oceny dobrostanu dziecka skłoniły do podjęcia próby oceny reakcji płodu nie tylko na pojedyncze dźwięki, lecz także na muzykę badaczy z Katedry i Oddziału Klinicznego Położnictwa i Ginekologii Śląskiej Akademii Medycznej w Tychach. Badania takie w 2000 roku podjęli A. Poręba, D. Dudkiewicz i M. Drygalski wykazując charakterystyczne zmiany w zapisie KTG w zależności od rodzaju odtwarzanych melodii. Kontynuacją tego były także badania nad bezpośrednimi reakcjami płodu na różne rodzaje muzyki z wyłączeniem percepcji tych dźwięków przez matkę. Stwierdzili oni, że proporcjonalnie do wzrastającego tempa muzyki rośnie także częstość skurczów macicy. Dowiedli również, że działanie muzyki na płód wpływa na podstawową czynność serca płodu (FHR).

Uzyskane przez nich wyniki wykazały, że melodie aktywizujące i pobudzające istotnie zwiększają częstość ruchów płodu. Ponadto ustalili, iż dźwięki muzyczne działające na płód znacząco zwiększają częstość akceleracji serca dziecka w porównaniu do okresu bez muzyki, jak i w zależności od tempa odtwarzanej muzyki. Nie stwierdzono żadnych deceleracji w czasie stymulacji muzyką relaksacyjną, aktywizującą czy pobudzającą. Udowodniono statystycznie znamienne różnicę w wartości średniej oscylacji serca płodu zarejestrowanej pod wpływem muzyki aktywizującej. Dokładna analiza przeprowadzona testem znaków wskazała, że muzyka aktywizująca istotnie zwiększa wartości zmienności krótkoterminowej (STV) płodu [6].

Trzy główne wnioski wyprowadzone z tych badań były następujące:

1. Stymulacja płodu muzyką wpływa na zachowanie się czynności serca i ruchów płodu.
2. Różne rodzaje dźwięków mają wpływ na odmienne reakcje dziecka.
3. Wraz ze wzrostem tempa muzyki nasila się czynność skurczowa macicy i ruchy płodu [6].
Dobierając muzykę dla pań w okresie ciąży należy pamiętać o trzech istotnych sprawach, tj.:

1. Wzmocnionym napięciu emocjonalnym kobiet w zależności od okresu ciąży.
 2. Wpływie dźwięków i muzyki na płód.
 3. Zmienionej wrażliwości muzycznej ciężarnych na dźwięki zbyt niskie lub wysokie, nieharmonijne i bardzo szybkie tempo utworów oraz duże natężenie dźwięków [4, 5].
- Z zakresu muzyki uspokajającej – instrumentalnej (której celem stosowania jest ułatwienie odpoczynku, relaksu, zasypiania, odprężenia oraz wykonywania ćwiczeń oddechowych) – muzyki o tempie zbliżonym do normalnej akcji serca dorosłego człowieka o brzmieniu delikatnym, miękkim i małej dynamice poleca się utwory grane na

harfie, lutni, fletni Pana, gitarze, a także fortepianie.

Przykłady konkretnych utworów to m.in.: nagrania J.S Bacha, np. *Siciliana*, L. von Beethovena – *Dla Elizy*, C. Debussy – *Światło księżycy* czy R. Schumanna – *Marzenie*. W tym celu można także stosować współczesne przeboje w zależności od zainteresowań i upodobań konkretnej osoby.

Kolejnym rodzajem muzyki stosowanym w położnictwie jest muzyka łagodnie aktywizująca – instrumentalna lub wokalna. Celem jej odtworzenia jest zastosowanie przy gorszym samopoczuciu, wykonywaniu ćwiczeń ruchowych, po relaksie, po odpoczynku, do pobudzenia aktywności, przy spotkaniach towarzyskich i prostych pracach, a także przy umiarkowanym wysiłku. Jest to muzyka melodyjna, pogodna i przyjemna. W tempie umiarkowanym, marszowym. Nieco szybszym niż normalna akcja serca dorosłego

człowieka i z bardziej wyeksponowanym podkładem rytmicznym oraz większą dynamiką. W przypadku utworów wokalnych brzmienie głosu powinno być miękkie i niskie. Słowa pogodne i przyjemne. Instrumentarium różnorodne.

Propozycje muzyki łagodnie aktywizującej to np. z zakresu muzyki poważnej Menuet G – dur L. von Beethovena czy Menuet L. Boccheriniego, z muzyki rozrywkowej Zorba – N. Theodorakisa i inne podobne melodie. Z przebojów romantycznych utwory, np. J. Iglesiasa. Mogą to być także aktualne, melodyjne przeboje muzyki pop, rock czy jazz w zależności od upodobań [5].

Należy zatem polecać ciężarnym i rodzącym muzykoterapię jako jedną z alternatywnych form łagodzenia różnych dolegliwości okresu ciąży i porodu, ułatwiających jego przebieg, a także zmniejszających konieczność interwencji farmakologicznych lub zabiegowych podczas porodu.

Piśmiennictwo

1. Cendrowski Z. *Leksykon medycyny niekonwencjonalnej*. Warszawa: Spółdzielcza Agencja Wydawnicza SPAR; 1991.
2. Pietras J. *Muzykoterapia dla kobiet oczekujących dziecka*. Pismo Okręg Izby Piel i Położnych w Lublinie 2002; 6: 11–12.
3. Pietras J. *Muzykoterapia w położnictwie*. *W cieniu czepka* – Niezależny Miesięcznik Piel i Położnych Okręgu Wrocławskiego i Legnickiego 2002; 8 (130): 20–21.
4. Pietras J. *Ocena przebiegu porodu u kobiet rodzących w sposób naturalny*. Rozdz. IV. *Techniki medycyny naturalnej i dalekowschodniej mogące być przydatnymi w ułatwieniu przebiegu porodu*. Wrocław: Wyd. Zdrowia Publ. AM; 2001.
5. Karpińska B. *Sztuka rodzenia*. Warszawa: Instytut Wyd. Związków Zawod; 1990.
6. Poręba A i wsp. *Reakcje płodu na stymulację wybranymi rodzajami muzyki*. *Klin Ginekol Perinatol* 2002; Supl. XXV, Mat. Zjazd. VII Symp. Nauk.-Szkol. pt. *Poród nowoczesny*, Tychy 2002.
7. Galińska E. *Muzykoterapia grupowa – Psychoterapia*. Warszawa: PWM; 1979.
8. Maranto Ch. *Research in music and medicine: The state of art*. Boston; 1992.
9. Rider M. *Music Medicine* 1990; 5: 135–139.

Adres I Autorki:

Zakład Pediatrii Społecznej,
Wydział Zdrowia Publicznego
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Ocena jakości życia chorych po operacyjnym usunięciu guzów mózgu – doniesienia wstępne

Assessments of quality of life in patients after cerebral tumour surgery – preliminary report

ANETA ZREDA¹, ANETA OSOWICKA¹, KATARZYNA WILK¹, MAGDALENA MARCINIAK¹, ROBERT ŚLUSARZ¹, WOJCIECH BEUTH¹, HELIODOR A. KASPRZAK², MACIEJ ŚNIEGOCKI³

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

² Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Heliodor A. Kasprzak

³ Z Zakładu Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Maciej Śniegocki

Streszczenie Problematyka jakości życia chorych po zabiegu operacyjnym jest znacząca ze względu na subiektywną ocenę efektów leczenia. Niejednokrotnie to, co wydaje się sukcesem w oczach lekarzy, jest porażką w ocenie pacjentów. Przeprowadzanie badań związanych z jakością życia pozwala na zgromadzenie informacji na temat ewentualnych dolegliwości występujących u chorych leczonych w ten sam sposób. Poza tym uzyskujemy tym sposobem dane na temat różnicy w jakości życia przed i po zabiegu operacyjnym, co pozwala na bardziej precyzyjną ocenę efektów podjętego leczenia. Celem niniejszej pracy jest ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia HRQOL chorych po operacyjnym usunięciu guzów mózgu. Do celów szczegółowych zaliczyć można: 1. poznanie czynników obniżających jakość życia chorych po zabiegu operacyjnym, 2. ocena częstotliwości występowania objawów niepożądanych, które są wynikiem leczenia chirurgicznego. Badaniami objęto do dnia 16.04.2004 r. 22 chorych (10 kobiet, 12 mężczyzn) leczonych operacyjnie w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii AM w Bydgoszczy. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Bydgoszczy (KB/275/2003). W badaniu zastosowano standaryzowany kwestionariusz do pomiaru wpływu leczenia na jakość życia – The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL). Ocena jakości życia przeprowadzona została trzy miesiące po zabiegu operacyjnym. Wstępne wnioski przedstawiają się następująco: 1. Do czynników obniżających jakość życia chorych po zabiegu należą: zmęczenie, brak energii, drżenie, mrowienie rąk i nóg, utrata włosów, drażliwość, martwienie się, depresyjny nastrój, nerwowość, poczucie beznadziejności oraz brak zdolności do pracy. 2. Trzy miesiące po zabiegu pacjenci są w większości przypadków zdolni do samoobsługi oraz poruszania się po domu bez pomocy. 3. Ogólna jakość życia oceniana jest jako przeciętna przez 60% kobiet i 32% mężczyzn. Dobrze ocenia swą jakość życia 32% mężczyzn, a 30% kobiet mówi, że jest ona raczej dobra.

Słowa kluczowe: jakość życia, guz mózgu.

Summary Issues related to the quality of life of patients after an operative procedure are significant due to a subjective assessment of the results of treatment. On many occasions what appears to be a success in the eyes of doctors, is perceived as a failure in the eyes of patients. Tests related to the quality of life enable to collect information on possible ailments experienced by patients treated in the same way. Additionally we gain data on the variation in the quality of life prior to after an operative procedure, which enables to assess more precisely results of provided treatment. The aim of this study consists in the assessment of the quality of life dependent on the state of health HRQOL in patients who had cerebral tumors removed. Particular aims consist in: 1. Establishing factors decreasing quality of life in patients after an operative procedure. 2. Assessment of the rate of adverse effects result-

ing from a surgical treatment. Twenty to patients from the Department of Neurosurgery and Neurotraumatology of the Academy of Bydgoszcz as of April 16, 2004, have been included into the test group. The Bioethical Committee attached to the L. Rydygier Medical Academy of Bydgoszcz has expressed its consent (KB/275/2003). During the test a standard questionnaire to measure the effect of the treatment on the quality of life has been applied – The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL). Quality of life was assessed three months postoperatively. Initial conclusions are as follows: 1. Factors decreasing the quality of life postoperatively include: fatigue, lack of energy, trembling, formication of hands and legs, hair loss, irritability, worrying, depressive mood, nervousness, sense of hopelessness and inability to work. 2. In the majority of cases three months postoperatively patients are able to take care of themselves and move around the house without any assistance. 3. General standard of living has been assessed as average by 60% of women and 32% of men; 32% of men assessed their standard of living as good whereas 30% of women said that it was rather good.

Key words: quality of life, cerebral tumor.

Wstęp

Pojęcie jakości życia (Quality of Life – QL) pojawiło się w słowniku amerykańskim po II wojnie światowej i przechodziło stopniową ewaluację. Oznaczało ono początkowo dobre życie w sensie konsumpcyjnym (np. posiadanie własnego mieszkania, samochodu itp.). Później zostało rozciągnięte na obszary „być” (zamiast „mieć”), co stało się przyczyną wprowadzenia nowych kryteriów: edukacji, wolności, zdrowia, szczęścia [1–4].

Jakość życia jest przedmiotem zainteresowania medycyny, psychologii, socjologii oraz innych nauk. Pomimo że wciąż rośnie zainteresowanie problematyką jakości życia, nie uzgodniono do tej pory jednej, powszechnie akceptowanej definicji.

Badacze problemu jakości życia są zgodni natomiast, iż na jakość życia pacjenta składają się cztery podstawowe elementy: stan somatyczny, samopoczucie psychiczne, relacje społeczne i sprawność fizyczna. Podkreślić należy, iż jakość życia jest wynikiem subiektywnej oceny jednostki oraz że nie ma ona charakteru statycznego. Zmienia się z upływem czasu, jest poddana wpływom różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych, jest procesem zmieniającym się w czasie [5].

Guz śródczaszkowy to wewnątrzczaszkowe procesy ekspansywno-uciskowe [6], które są skutkiem niekontrolowanego, patologicznego wzrostu komórek [7]. Dawniej każde powiększenie narządu niezależnie od przyczyny określano mianem „tumor”. Z biegiem lat to pojęcie stało się synonimem nowotworu. W przypadku guzów wewnątrzczaszkowych jest to w pewnym stopniu uzasadnione, ponieważ nowotwory mózgu są najczęstszą, choć nie jedyną, przyczyną, która powoduje przyrost masy wewnątrzczaszkowej. Do ciasnoty wewnątrzczaszkowej może doprowadzić też: ropień mózgu, ziarniak, krwiniak, obrzęk mózgu, choroby zapalne oraz pasożytnicze [3].

Nie wszystkie guzy mózgu są wykrywane, nie wszystkie są też kwalifikowane do leczenia chi-

rurgicznego. Jest to powód uniemożliwiający ścisłą ocenę występowania guzów śródczaszkowych. Prawie 3% wszystkich zgonów z powodu nowotworów jest spowodowanych guzem śródczaszkowym. Występują one we wszystkich grupach wiekowych, najczęściej jednak występują w wieku średnim [7].

Z uwagi na fakt, iż leczeniem podstawowym guzów mózgu jest operacyjne ich usunięcie, istotna wydaje się znajomość subiektywnej oceny wyników leczenia ze strony pacjenta. Niejednokrotnie to, co wydaje się sukcesem w oczach lekarzy, jest porażką w ocenie pacjentów. Przeprowadzanie badań związanych z jakością życia pozwala na zgromadzenie informacji na temat ewentualnych dolegliwości występujących u chorych leczonych w ten sam sposób. Poza tym uzyskujemy w ten sposób dane na temat różnicy w jakości życia przed i po zabiegu operacyjnym, co pozwala na bardziej precyzyjną ocenę efektów podjętego leczenia.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia HRQOL chorych po operacyjnym usunięciu guzów mózgu. Do celów szczegółowych zaliczyć można:

- Poznanie czynników obniżających jakość życia chorych po zabiegu operacyjnym.
- Ocena częstotliwości występowania objawów niepożądanych, które są wynikiem leczenia chirurgicznego.

Materiał i metody

Badaniami objęto do dnia 16.04.2004 r. 22 chorych (10 kobiet, 12 mężczyzn) leczonych operacyjnie w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii AM w Bydgoszczy, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniach. Charakterystyka badanej grupy przedstawiona została w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Charakterystyka	N	%
Płeć		
Mężczyźni	12	54,54
Kobiety	10	45,45
Wiek (w latach)		
Średnia	43,82	
Zakres	16–66	
Poniżej 20 r.ż.	2	9,09
Powyżej 60 r.ż.	2	9,09
Wykształcenie		
Podstawowe	5	22,72
Zawodowe	7	31,81
Średnie	9	40,90
Wyższe	1	4,55
Stan cywilny		
Panna/kawaler	4	18,18
Mężatka/zonaty	17	77,27
Wdowieństwo	1	4,55
Status zawodowy		
Praca zawodowa	4	18,18
Nauka	1	4,55
Renta	9	40,90
Emerytura	4	18,18
Bezrobocie	4	18,18
Zamieszkanie		
Wspólne	21	95,45
Samotne	1	4,55

W badaniu zastosowano standaryzowany kwestionariusz do pomiaru wpływu leczenia na jakość życia – The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL). Ostateczna wersja testu zawiera 30 pozycji dotyczących symptomów i 8 itemów, dotyczących codziennej aktywności pacjentów. RSCL obejmuje cztery dziedziny: skalę objawów fizycznych, skalę objawów psychicznych, poziom aktywności oraz ogólną jakość życia. Pytania, które dotyczą objawów psychicznych, są umieszczone pomiędzy pozycjami dotyczącymi innych obszarów. Ma to zniwelować u badanych powstawanie skojarzeń, że podejrzewani są o jakieś nieprawidłowości psychiczne.

Skala objawów fizycznych

Składa się z 23 pozycji, które odnoszą się do różnego rodzaju objawów fizycznych. Należy tu wymienić (obok objawu został podany numer objawu w formularzu badania): brak apetytu – 1, zmęczenie, znużenie – 3, ból mięśni – 5, brak energii – 7, bóle krzyża, pleców – 8, nudności – 10, trudności ze snem – 12, bóle głowy – 13, wymioty – 14, zawroty głowy – 15, spadek zainteresowania seksem – 16, bóle brzucha – 18, zaparcia – 20, biegunka – 21, zgaga – 22, drżenie – 23, mrowienie rąk i nóg – 24, trudności w koncentracji – 25, zmiany w jamie ustnej, bóle przy przełykaniu – 26, utra-

ta włosów – 27, pieczenie, ból oczu – 28, duszność, krótki oddech – 29, suchość w ustach – 30.

Skala objawów psychicznych

Składa się z 7 pozycji dotyczących objawów psychicznych: drażliwość, irytacja – 2, martwienie się – 4, depresyjny nastrój – 6, nerwowość – 9, poczucie beznadziejności – 11, napięcie – 17, lęk – 19.

Skala poziomu aktywności

Składa się z 8 pozycji, które dotyczą stanu funkcjonalnego badanych osób. Znajduje się subiektywna ocena: zdolności do samoobsługi, chodzenia po domu, zajmowania się pracami domowymi, wchodzenia po schodach, dorywczej pracy, wychodzenia z domu, robienia zakupów, chodzenia do pracy.

Ogólna ocena jakości życia

Pacjent ocenia swoją jakość życia na podstawie jednego pytania [9].

Wyniki badań

Ocena występowania objawów fizycznych trzy miesiące po zabiegu

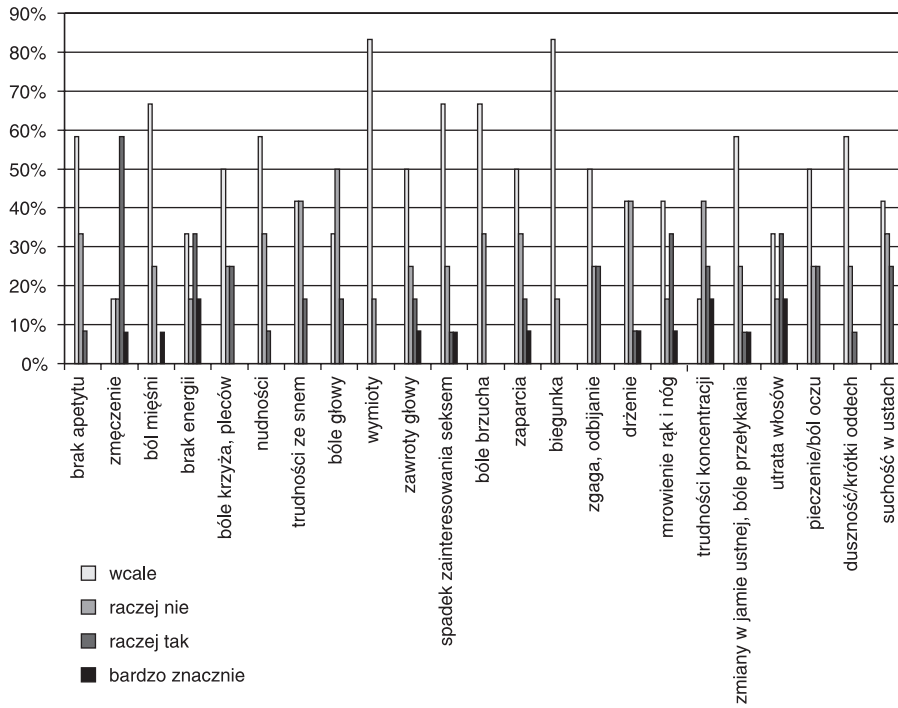
Wśród mężczyzn z największym natężeniem występowały: brak energii (17%) oraz trudności w koncentracji (17%). Wśród kobiet najbardziej uciążliwy okazał się brak energii (50%), drżenie (40%), zawroty głowy (30%), mrowienie rąk i nóg (30%) oraz utrata włosów (30%) i nudności (30%).

Jako objawy „raczej” występujące mężczyźni wymienili: zmęczenie (57%), brak energii (33%), mrowienie rąk i nóg (33%) oraz utratę włosów (33%). Kobiety zaś wskazały na: zmęczenie (60%), pieczenie oczu (40%) oraz suchość w ustach (40%).

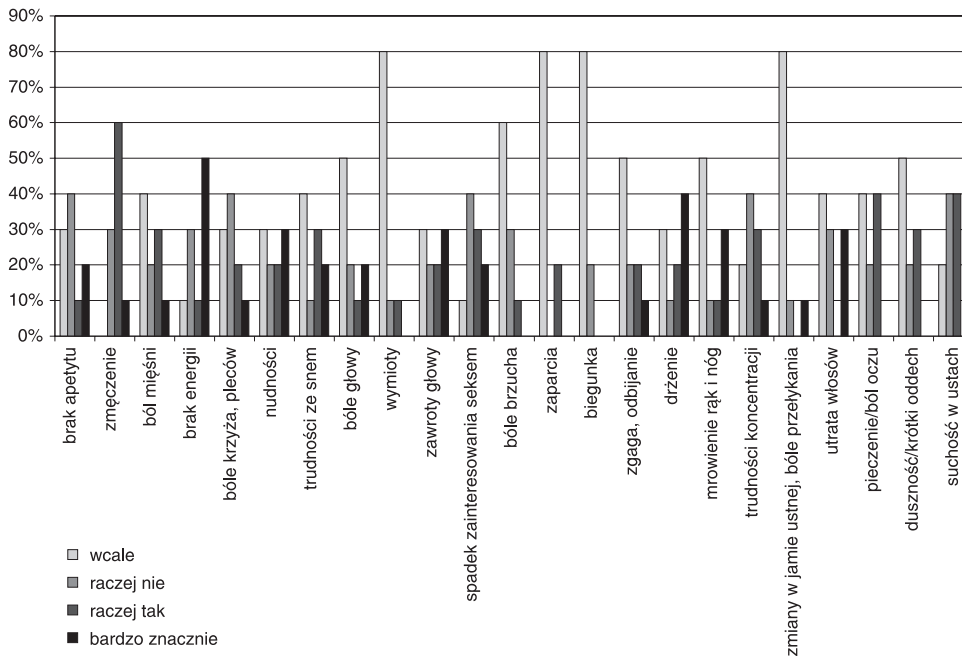
Najbardziej występujące objawy fizyczne wśród mężczyzn to: wymioty, biegunka, ból mięśni, spadek zainteresowania seksem oraz bóle brzucha. Kobiety wskazują natomiast na: bóle głowy, zaparcia, biegunki oraz zmiany w jamie ustnej i trudności w przełykaniu, a także spadek zainteresowania seksem (ryc. 1,2).

Ocena występowania objawów psychicznych trzy miesiące po zabiegu

Objawem występującym w „stopniu znacznym” u mężczyzn jest depresyjny nastrój (33%). Kobiety nie wskazują na żaden z wymienionych objawów jako występujący w stopniu znacznym.



Ryc. 1. Częstość występowania objawów fizycznych u mężczyzn



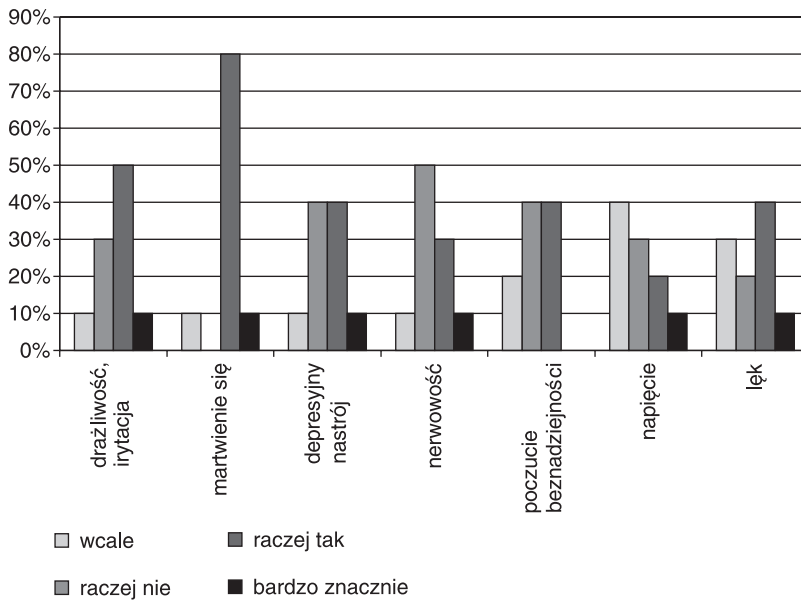
Ryc. 2. Częstość występowania objawów fizycznych u kobiet

Jedna na dziesięć badanych wymienia drażliwość, martwienie się, depresyjny nastrój, nerwość, napięcie oraz lęk.

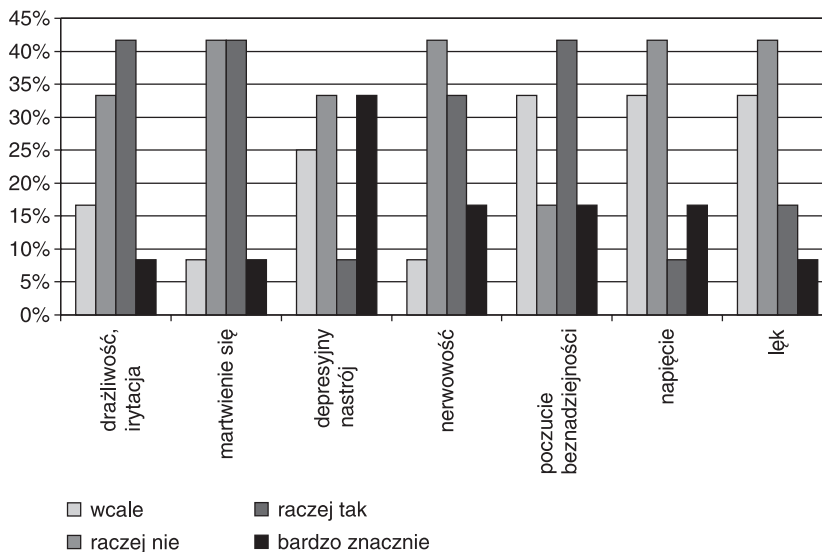
Objawy wskazane jako „raczej” występujące w przypadku mężczyzn to: drażliwość (42%), martwienie się (42%) i poczucie beznadziejności (42%). Kobiety zaś wymieniają: martwienie się (80%), drażliwość (50%), depresyjny nastrój (40%), poczucie beznadziejności (40%) oraz lęk (40%) (ryc. 3, 4).

Obszary aktywności i funkcjonowania trzy miesiące po zabiegu

Większość badanych mężczyzn jest samowystarczalna w zakresie: samoobsługi (82%), poruszania się po domu (82%), wychodzenia z domu (72%) i wchodzenia po schodach (59%). Połowa deklaruje samodzielność w wykonywaniu prac domowych oraz robieniu zakupów. Duży odsetek wskazuje niezdolność w zakresie chodzenia do pracy (67%) i pracy dorywczej (59%).



Ryc. 3. Częstość występowania objawów psychicznych u kobiet



Ryc. 4. Częstość występowania objawów psychicznych u mężczyzn

Kobiety samowystarczalne są w obszarze poruszania się po domu (80%) i samoobsługi (70%). Połowa z nich deklaruje samodzielność we wchodzeniu po schodach. Niezdolność do pracy wskazuje 70% badanych (ryc. 5, 6).

Ocena ogólnej jakości życia trzy miesiące po zabiegu

Ogólna jakość życia oceniana jest w większości przypadków jako przeciętna (ani dobra, ani zła). Tak wskazuje 60% badanych kobiet i 33% badanych mężczyzn. Jako bardzo dobrą ocenia swą jakość życia 8% mężczyzn. 33% mężczyzn uważa ją za dobrą. Raczej dobra jakość życia jest dla 30% kobiet i 8% mężczyzn. Raczej zła dla 10% kobiet i 8% mężczyzn, zaś bardzo zła dla 8% mężczyzn (ryc. 7).

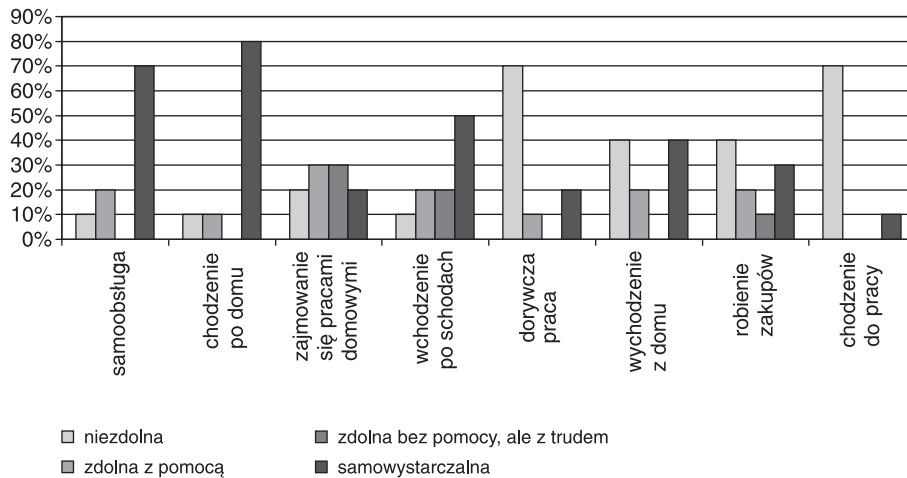
Czynnikami, które wpływają w znaczny sposób na obniżenie jakości życia chorych po zabie-

gu operacyjnym są objawy psychiczne, które występują z różnym nasileniem. Niejednokrotnie są one niedostrzegane przez lekarzy prowadzących. Ocenie zaś podlega wyłącznie sprawność funkcjonalna (fizyczna) chorego.

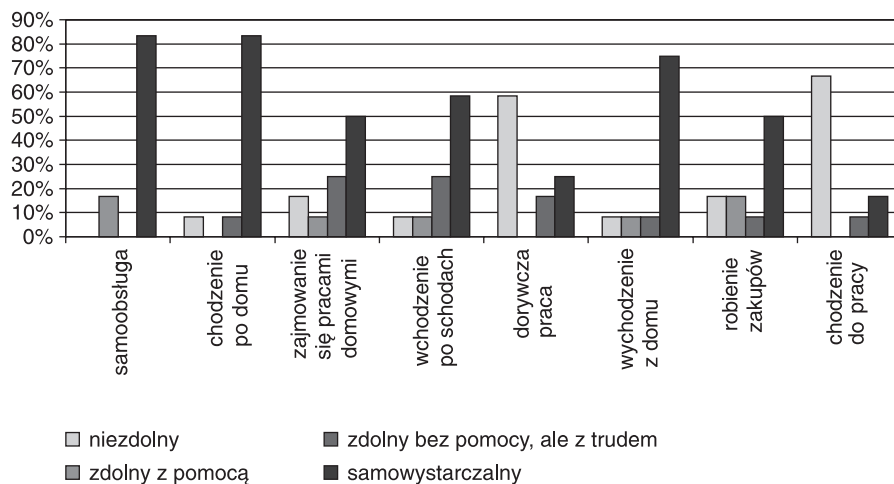
Trzy miesiące po zabiegu operacyjnym pacjenci skarżą się na uczucie zmęczenia oraz brak energii, które to wpływają na codzienne funkcjonowanie chorego.

Pomiędzy objawy typowo fizyczne wplata się drażliwość, martwienie się, poczucie beznadziejności oraz depresyjny nastrój. Pacjenci dość często mówią o lęku, który im towarzyszy w życiu codziennym. Dotyczy on niepewnej przyszłości własnej i przyszłości całej rodziny.

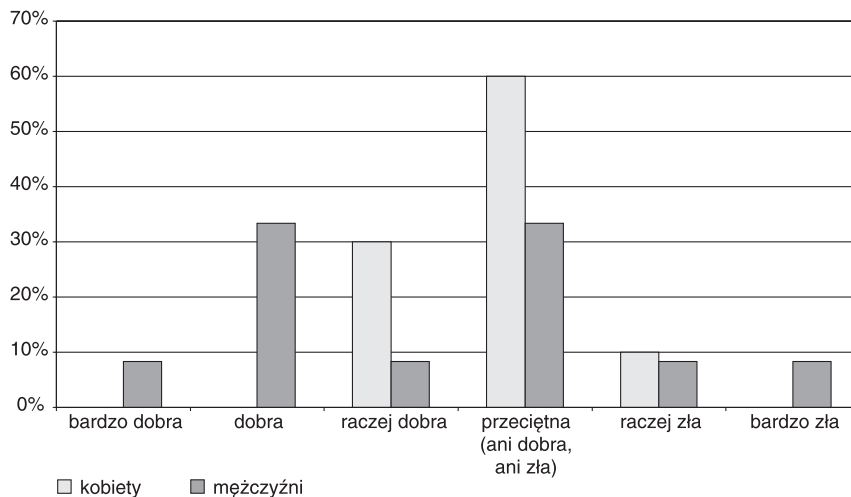
Czynnikiem w znaczny sposób determinującym życie codzienne jest brak zdolności do pracy. Pacjenci czują się odseparowani od społeczeństwa. Wypadają z pełnionych do tej pory ról. Czują się niepotrzebni oraz niespełnieni.



Ryc. 5. Obszary aktywności i funkcjonowania kobiet



Ryc. 6. Obszary aktywności i funkcjonowania mężczyzn



Ryc. 7. Ocena ogólnej jakości życia

Ogólna jakość życia jest postrzegana w większości przypadków jako przeciętna.

Wnioski

- Do czynników obniżających jakość życia chorych po zabiegu należą: zmęczenie, brak energii, drżenie, mrowienie rąk i nóg, utrata włosów, drażliwość, martwienie się, depresyj-

ny nastrój, nerwowość, poczucie beznadziejności oraz brak zdolności do pracy.

- Trzy miesiące po zabiegu pacjenci są w większości przypadków zdolni do samoobsługi oraz poruszania się po domu bez pomocy.
- Ogólna jakość życia oceniana jest jako przeciętna przez 60% kobiet i 32% mężczyzn. Dobrze ocenia swą jakość życia 32% mężczyzn, a 30% kobiet mówi, że jest ona raczej dobra.

Piśmiennictwo

1. Broła W, Czernicki J, Szafraniec L. Ocena jakości życia chorych po udarze mózgu. *Pol Merk Lek* 1999; VI, 36: 332–335.
2. Walden-Gałuszko K, Majkovicz M. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk; 2000.
3. Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000: 233–251.
4. Wierzbicka M, Kuśnierkiewicz M, Wójtowicz J. Jakość życia u chorych z nowotworami głowy i szyi – wstęp do randomizowanych badań opartych na standaryzowanych kwestionariuszach EORTC QLQ C-30, EORTC QLQ-H&N35 i Kwestionariuszu Kilońskim. *Otolaryngol Pol* 2001; 55(3): 287–291.
5. Łaszczewska V. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową. *Prz Urol* 2002; 2: 74–77.
6. Mazur R, Kozubski W, Prusiński A. *Podstawy kliniczne neurologii dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999: 182–200.
7. Schirmer M. *Neurochirurgia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1998.
8. Bidziński J. *Neurochirurgia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1981.
9. Walden-Gałuszko K, Majkovicz M. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk; 2000.

Adres I Autorki:

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego

ul. Techników 3

85-801 Bydgoszcz

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIELĘGNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Wczesne wyniki leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym

Early post-operative outcomes in patients with brain tumours
and intracranial aneurysms

ROBERT ŚLUSARZ¹, WOJCIECH BEUTH¹, HELIODOR A. KASPRZAK², MACIEJ ŚNIEGOCKI³

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego
Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

² Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Heliodor A. Kasprzak

³ Z Zakładu Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. n. med. Maciej Śniegocki

Streszczenie Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dra A. Jurasza Akademii Medycznej w Bydgoszczy na grupie 94 chorych operowanych z powodu guza mózgu i tętniaka śródczaszkowego. W badaniach zastosowano obserwację bezpośrednią, dokonując pomiaru za pomocą skal klinicznych i pielęgniarzkich (skali Glasgow – GCS, skali Hunta-Hessa – H-H, skali Karnofsky'ego – KPS, skali Glasgow wyników końcowych – GOS oraz Skali Wydolności Funkcjonalnej – SWF). Celem pracy było określenie, czy istnieje korelacja w ocenie wyników leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym z punktu widzenia klinicznego i pielęgniarzkiego. W tym celu analizie poddano następujące parametry: płeć, wiek, czas od momentu hospitalizacji do operacji, stan kliniczny przy przyjęciu (wg skal: GCS, H-H, KPS, SWF) oraz występowanie dolegliwości bólowych. Określono, czy wyżej wymienione czynniki mają wpływ na końcowy wynik leczenia operacyjnego oraz dokonano oceny przydatności wyżej wymienionych skal w monitorowaniu stanu klinicznego i planowaniu opieki w neurochirurgii. Wyniki leczenia oceniono za pomocą skali GOS oraz SWF.

Słowa kluczowe: guz mózgu, tętniak śródczaszkowy.

Summary The study was carried out in Neurosurgery and Neurology Department of Jurasz Clinical Hospital in Bydgoszcz. It included 94 patients operated on for brain tumour and intracranial aneurysm. Direct observation was applied and patients were assessed by clinical and nursing grading scales (GCS, HH, KPS, GOS and FCS). The aim of the work was to find out if there was a correlation between assessments of post-operative results in patients with brain tumours and intracranial aneurysms from the clinical and nursing point of view. Among analysed parameters were: gender, age, time from admission to operation, clinical condition at admission (assessed by the GCS, HH, KPS and FCS) and pain intensity. It was established whether the abovementioned factors influenced the final post-operative outcome and whether the grading scales were useful for monitoring patient's condition and neurosurgical care planning. Outcome was measured by the GOS and FCS.

Key words: brain tumour, intracranial aneurysm.

Wstęp

Guzy ośrodkowego układu nerwowego i tętniaki śródczaszkowe to patologie, które rozwijają

się w obrębie jamy czaszki. Guzy wewnątrzczaszkowe stanowią odrębną grupę nowotworów w porównaniu z guzami spoza układu nerwowego. Rzadko są to przerzuty. Rozległa operacja

zgodnie z zasadami czystości onkologicznej nie jest możliwa. Guzy najczęściej nie powodują przerzutów. Stanowią duży problem terapeutyczny, ponieważ najczęściej powodują zaburzenia podstawowych dla życia funkcji nerwowych oraz różnego stopnia kalectwo [1, 2].

Tętniaki śródczaszkowe są najczęściej spotykaną wadą naczyniową mózgu [3–5]. Pękając, najczęściej prowadzą do krwotoku podpajęczynówkowego, którego wystąpienie obarczone jest zawsze znaczną śmiertelnością. Dostępne źródła podają, że śmiertelność pacjentów w wyniku krwotoku wynosi od 15 do 45%, z czego 25% dotyczy pierwszych 24 godzin [2, 3]. Konieczność wczesnego chirurgicznego leczenia pękniętych tętniaków mózgu wydaje się obecnie bezsporna. Odroczenie operacji tętniaków wiąże się z ryzykiem nawrotowego krwawienia, wystąpieniem skurczu naczyniowego lub wodogłowia pokrwo-tocznego, co w efekcie pogarsza wyniki leczenia operacyjnego [4–6]. Pomimo postępów w leczeniu krwotoku podpajęczynówkowego, znaczna liczba pacjentów, którzy przeżyli, cierpi na stałe zmiany poznawcze, emocjonalne i w zachowaniu, które wpływają na ich codzienne życie [7, 8].

Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego, podobnie jak tętniaki śródczaszkowe, również obniżają sprawność chorego [9]. Dla oszacowania stopnia neurologicznego i stopnia wydolności chorego z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym wprowadzono skale kliniczne [7]. Wczesna ocena wyników leczenia operacyjnego chorych z guzem czy tętniakiem jest tematem wielu doniesień.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie wczesnych wyników leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym z punktu widzenia klinicznego i pielęgniarstwa. Szczegółowe problemy badawcze sformułowano następująco:

1. Czy istnieje różnica w końcowych wynikach leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym?
2. Czy wybrane czynniki, takie jak: płeć, wiek, czas od chwili hospitalizacji do operacji oraz dolegliwości bólowe wpływają na końcowy wynik leczenia operacyjnego?
3. Czy istnieje korelacja między poszczególnymi skalami służącymi do oceny stanu chorego?

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodziel-

nego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dra A. Jurasza Akademii Medycznej w Bydgoszczy na grupie 94 chorych operowanych z powodu guza mózgu i tętniaka śródczaszkowego. Charakterystykę grupy badanej przedstawia tabela 1. Warunkiem realizacji badań było uzyskanie pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Bydgoszczy; dotyczącej koncepcji przedstawionej pracy (KB/326/2002).

W badaniach zastosowano obserwację bezpośrednią, dokonując pomiaru za pomocą skal klinicznych i pielęgniarstwa (Skali Glasgow – GCS [10], Skali Hunta-Hessa – H-H [11], Skali Karnofsky'ego – KPS [12], Skali Glasgow wyników końcowych – GOS [13] oraz Skali Wydolności Funkcjonalnej – SWF [14, 15]). Pomiaru za pomocą skal dokonywane były w dniu przyjęcia chorego do Kliniki i w dniu wypisu do domu.

W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności χ^2 (dla porównywania rozkładów zmiennych jakościowych). Wynik testu χ^2 wyrażono w następujący sposób, np. χ^2 ($n = 94$, $df = 4$) = 10,50, $p < 0,001$, gdzie wartość w nawiasie wyraża liczbę uwzględnionych przypadków ($n = 94$) i liczbę stopni swobody ($df = 4$). Oceny siły powiązania pomiędzy analizowanymi zmiennymi dokonano za pomocą testu V Cramera. Do weryfikacji hipotezy, że dwie analizowane próby pochodzą z różnych populacji zastosowano Test U Manna-Whitneya. Korelację obliczono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Do sprawdzenia, czy istnieją istotne statystycznie różnice między średnimi w porównywanych grupach wykorzystano test Kruskala-Wallisa. Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p \leq 0,05$, a także $p \leq 0,01$ oraz $p \leq 0,001$.

Wyniki i ich omówienie

Wyniki końcowe leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym

Tabela 2 przedstawia wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w GOS, w zależności od rozpoznania klinicznego. Najlepsze wyniki leczenia (5 grupa GOS) uzyskano u chorych z rozpoznaniem guzem mózgu (52,2%), a nieco gorsze u chorych z rozpoznaniem tętniakiem śródczaszkowym (43,8%). Stan wegetatywny (2 grupa GOS) przejawiała tylko 1 osoba (2,1%) z tętniakiem śródczaszkowym. Różnice te okazały się jednak nieistotne statystycznie.

W tabeli 3 przedstawiono wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w SWF w zależności od rozpoznania klinicznego. Zdecydowanie lepsze wyniki uzyskano u chorych z rozpoznaniem guzem mózgu (87% wyników zadowolających). Tyl-

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy				
Charakterystyka badanych	Guź mózgu		Tętniak śródczaszkowy	
	n	%	n	%
Płeć				
mężczyźni	23	50,0	14	29,2
kobiety	23	50,0	34	70,8
Wiek				
	50,4±16,8 lat		49,5±13,8 lat	
0–20 r.ż.	4	8,7	0	0
21–40 r.ż.	8	17,4	11	22,9
41–60 r.ż.	19	41,3	25	52,1
powyżej 60 r.ż.	15	32,6	12	25,0
Czas od chwili hospitalizacji do operacji¹⁾				
< 72 godzin	16	36,8	31	64,6
> 72 godzin	30	65,2	17	35,4
Dolegliwości bólowe²⁾				
obecne	33	71,7	45	93,8
nieobecne	13	28,3	3	6,2
Stan chorego przy przyjęciu				
GCS ³⁾				
15–13 pkt	46	100	39	81,3
12–9 pkt	0	0	5	10,4
8–3 pkt	0	0	4	8,3
H-H				
0	–	–	5	10,4
I	–	–	11	22,9
II	–	–	8	16,7
III	–	–	9	18,8
IV	–	–	15	31,2
KPS ⁴⁾				
I (100–80)	28	60,9	12	25
II (70)	7	15,2	12	25
III (60–50)	11	23,9	24	50
IV (40–0)	–	–	–	–
SWF ⁵⁾				
I (48–40)	40	87,0	7	14,6
II (39–31)	6	13,0	31	64,6
III (30–21)	0	0	10	20,8
IV (20–12)	–	–	–	–
Razem	46	100	48	100
	n = 94		100%	

¹⁾ χ^2 (n = 94, df = 1) = 8,34, p = 0,004 – osoby z tętniakiem są operowane częściej do 72 godzin, w porównaniu z osobami z guzem mózgu;

²⁾ χ^2 (n = 94, df = 1) = 8,06, p = 0,004 – osoby z tętniakiem częściej doświadczają dolegliwości bólowych w porównaniu z osobami z guzem;

³⁾ χ^2 (n = 94, df = 2) = 9,54, p = 0,008; test U Manna-Whitneya Z (n = 94) = -4,86, p < 0,0001 – osoby z guzem mózgu częściej otrzymywały w dniu przyjęcia 15 pkt GCS w porównaniu z osobami z tętniakiem;

⁴⁾ χ^2 (n = 94, df = 2) = 12,51, p = 0,002; test U Manna-Whitneya Z (n = 94) = -3,31, p = 0,001 – osoby z guzem mózgu otrzymywały w dniu przyjęcia więcej pkt (100–80) w KPS w porównaniu z osobami z tętniakiem;

⁵⁾ χ^2 (n = 94, df = 2) = 50,04, p < 0,001; test U Manna-Whitneya Z (n = 94) = -6,95, p < 0,001 – osoby z guzem mózgu otrzymywały w dniu przyjęcia więcej pkt (48–40) w SWF w porównaniu z osobami z tętniakiem.

Tabela 2. Wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w GOS w zależności od rozpoznania klinicznego

GOS	Guź		Tętniak		Razem
	n	%	n	%	
1*	–	–	–	–	–
2	0	0	1	2,1	1
3	5	10,9	14	29,2	19
4	17	37,0	12	25,0	29
5	24	52,2	21	43,8	45
Razem	46	100	48	100	94

* Wartość pominięta w obliczeniach ze względu na brak przypadków.

χ^2 (n = 94, df = 3) = 6,28, p = 0,10 (n.s.).

Test U Manna-Whitneya Z (n = 94) = 1,58, p = 0,11 (n.s.).

Tabela 3. Wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w SWF w zależności od rozpoznania klinicznego

SWF	Guź		Tętniak		Razem
	n	%	n	%	
I	40	87,0	22	45,8	62
II	5	10,9	19	39,6	24
III	1	2,2	7	14,6	8
IV*	–	–	–	–	–
Razem	46	100	48	100	94

* Wartość pominięta w obliczeniach ze względu na brak przypadków.

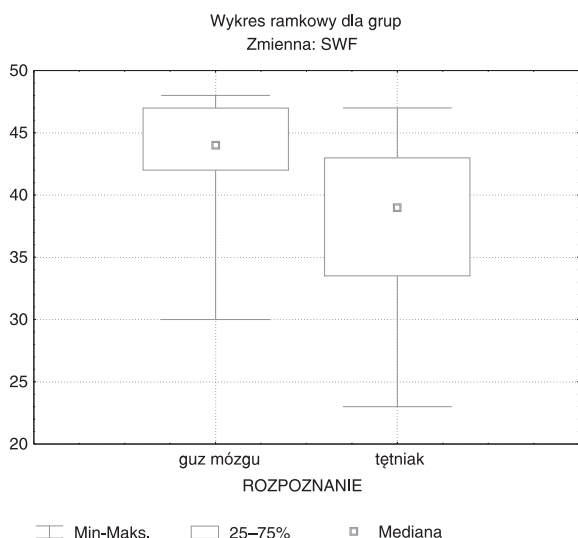
χ^2 (n = 94, df = 2) = 17,86, p = 0,00013, V = 0,44.

Test U Manna-Whitneya Z (n = 94) = 4,97, p < 0,0001; rang Spearmana R (n = 94, t(n – 2) = 5,77) = 0,52, p < 0,001.

ko 2,2% chorych klasyfikowało się do grupy III SWF. W porównaniu z grupą chorych z tętniakiem śródczaszkowym wyniki leczenia chorych z guzem mózgu okazały się lepsze, co uzyskało statystyczną istotność (p = 0,00013). Oznacza to, że pacjenci z guzem mózgu po leczeniu operacyjnym mają lepsze wyniki w SWF niż pacjenci z tętniakiem. Częściej otrzymują grupę opieki I niż II (ryc. 1). Pacjenci z rozpoznaniem tętniakiem otrzymują średnio mniej punktów w SWF, niż pacjenci z rozpoznaniem guzem (ryc. 2).

Wyniki końcowe leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym w zależności od płci, wieku, czasu od chwili hospitalizacji do operacji oraz od dolegliwości bólowych

Tabela 4 przedstawia wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w GOS w zależności od płci. Pomimo przewagi kobiet (57 osób – 60,6%), wynik zadowalający (grupa 5 GOS) uzyskano



Ryc. 1. Analiza stanu chorego (mediana ilości punktów) oceniana za pomocą SWF w dniu wypisu a rozpoznanie kliniczne

u obojga płci (po 54% badanych osób). Nie wykazano jednak różnicy istotnej statystycznie.

Również ocena końcowa dokonana za pomocą SWF nie wykazuje różnic istotnych statystycznie w otrzymanych wynikach (tab. 5).

Poddając analizie wiek badanych (tab. 6), zauważyć można, że najlepsze wyniki w ocenie GOS uzyskano u chorych do 20 roku życia (75% wyników zadowolających i 25% wyników dobrych). Najgorsze wyniki przejawiają chorzy > 60 roku życia, gdzie występuje tylko 37% wyników zadowolających i 3,7% wyników złych (2 grupa GOS). Różnice w otrzymanych wynikach okazały się nieistotne statystycznie.

Podobne wyniki przedstawia tabela 7. Pełną wydolność funkcjonalną (I grupa SWF) wykazuje 100% chorych w wieku do 20 roku życia. Tylko 60% chorych w wieku > 60 roku życia jest w pełni wydolna funkcjonalnie (I grupa SWF). W grupie tej 18,5% chorych kwalifikuje się do znacznej

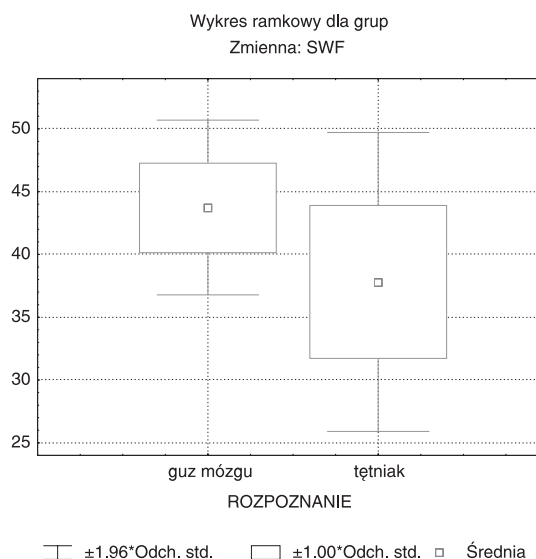
Tabela 4. Wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w GOS w zależności od płci

GOS	Mężczyzna		Kobieta		Razem
	n	%	n	%	
1*	–	–	–	–	–
2	1	2,7	0	0	1
3	5	13,5	14	24,6	19
4	11	29,7	18	31,6	29
5	20	54,1	25	53,9	45
Razem	37	100	57	100	94

* Wartość pominięta w obliczeniach ze względu na brak przypadków.

χ^2 (n = 94, df = 3) = 3,41, p = 0,33 (n.s.).

Test U Manna-Whitneya Z (n = 94) = 1,04, p = 0,30 (n.s.).



Ryc. 2. Analiza stanu chorego (średnia ilości punktów) oceniana za pomocą SWF w dniu wypisu a rozpoznanie kliniczne

opieki (III grupa SWF). Również i w tym przypadku uzyskana różnica w wynikach okazała się nieistotna statystycznie.

Czas, jaki upłynął od przyjęcia chorego na oddział do zabiegu operacyjnego także nie jest czynnikiem mającym zasadniczy wpływ na wyniki końcowe wyrażone w GOS (tab. 8) i w SWF (tab. 9). Uzyskane wyniki były statystycznie nieistotne.

Analizując wpływ bólu na wyniki końcowe leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym, można stwierdzić, że:

- stopień nasilenia dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym był mniejszy w porównaniu z okresem przed zabiegiem (p = 0,0004) (ryc. 3),
- częstość występowania dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym była mniejsza

Tabela 5. Wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w SWF w zależności od płci

SWF	Mężczyzna		Kobieta		Razem
	n	%	n	%	
I	27	73,0	35	61,4	62
II	6	16,2	18	31,6	24
III	4	10,8	4	7,0	8
IV*	–	–	–	–	–
Razem	37	100	57	100	94
Średnia liczba punktów w skali ± odchylenie standardowe					
	41,6 ± 6,6		40,2 ± 5,2		40,7 ± 5,8

* Wartość pominięta w obliczeniach ze względu na brak przypadków.

χ^2 (n = 94, df = 3) = 2,91, p = 0,23 (n.s.).

Test U Manna-Whitneya Z (n = 94) = 1,93, p = 0,054 (n.s.).

Tabela 6. Wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w GOS w zależności od wieku

GOS	Wiek								Razem
	0–20 r.ż.		21–40 r.ż.		41–60 r.ż.		> 60 r.ż.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1*	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2	0	0	0	0	0	0	1	3,7	1
3	0	0	2	10,5	12	27,3	5	18,5	19
4	1	25,0	4	21,0	13	29,6	11	40,7	29
5	3	75,0	13	68,5	19	43,2	10	37,0	45
Razem	4	100	19	100	44	100	27	100	94

* Wartość pominięta w obliczeniach ze względu na brak przypadków.

χ^2 (n = 94, df = 9) = 9,97, p = 0,35 (n.s.);

test Kruskala-Wallis H (3, n = 94) = 6,15, p = 0,10 (n.s.).

Tabela 7. Wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w SWF w zależności od wieku

SWF	Wiek								Razem
	0–20 r.ż.		21–40 r.ż.		41–60 r.ż.		> 60 r.ż.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
I	4	100	12	63,2	30	68,2	16	59,3	62
II	0	0	7	36,8	11	25,0	6	22,2	24
III	0	0	0	0	3	6,8	5	18,5	8
IV*	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Razem	4	100	19	100	44	100	27	100	94
Średnia liczba punktów w skali ± odchylenie standardowe									
	45,2 ± 1,0		42,3 ± 5,4		40,6 ± 5,5		39,1 ± 6,5		40,7 ± 5,8

* Wartość pominięta w obliczeniach ze względu na brak przypadków.

χ^2 (n = 94, df = 6) = 8,32, p = 0,22 (n.s.);

test Kruskala-Wallis H (3, n = 94) = 7,43, p = 0,06 (n.s.).

Tabela 8. Wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w GOS w zależności od czasu hospitalizacji do zabiegu operacyjnego

GOS	< 72 godz.		> 72 godz.		Razem
	n	%	n	%	
1*	–	–	–	–	–
2	0	0	1	2,1	1
3	11	23,4	8	17,0	19
4	17	36,2	12	25,5	29
5	19	40,4	26	55,3	45
Razem	47	100	47	100	94

* Wartość pominięta w obliczeniach ze względu na brak przypadków.

χ^2 (n = 94, df = 3) = 3,42, p = 0,33 (n.s.);

test U Manna-Whitneya Z(n = 94) = -1,22, p = 0,22 (n.s.).

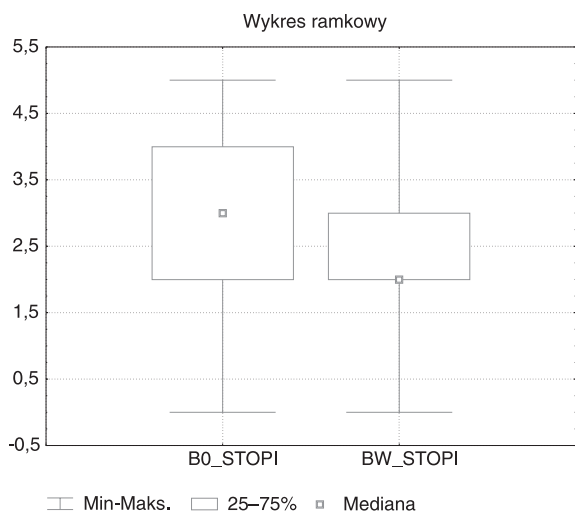
Tabela 9. Wyniki leczenia operacyjnego wyrażone w SWF w zależności od czasu hospitalizacji do zabiegu operacyjnego

SWF	< 72 godz.		> 72 godz.		Razem
	n	%	n	%	
I	27	57,4	35	74,5	62
II	15	31,9	9	19,2	24
III	5	10,6	3	6,4	8
IV*	–	–	–	–	–
Razem	47	100	47	100	94
Średnia liczba punktów w skali ± odchylenie standardowe					
	39,8 ± 5,7		41,6 ± 5,8		40,7 ± 5,8

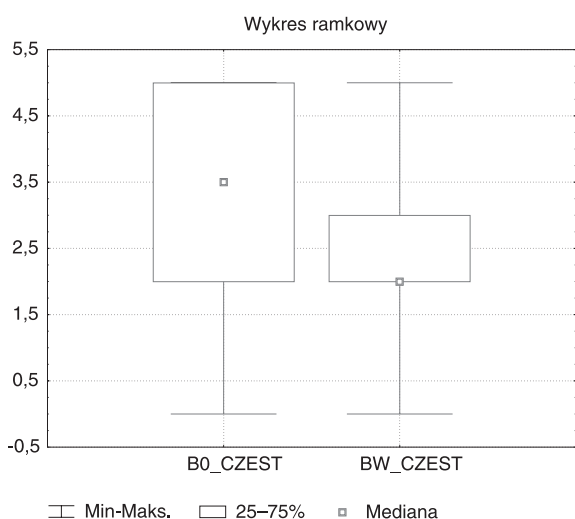
* Wartość pominięta w obliczeniach ze względu na brak przypadków.

χ^2 (n = 94, df = 2) = 3,03, p = 0,22 (n.s.);

test U Manna-Whitneya Z(n = 94) = -1,88, p = 0,060 (n.s.).



Ryc. 3. Analiza stopnia nasilenia bólu (przed i po zabiegu) $p = 0,0004$



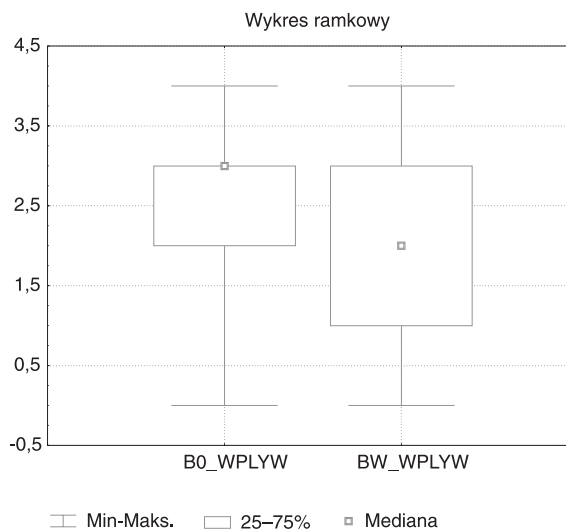
Ryc. 4. Analiza częstości występowania bólu (przed i po zabiegu) $p < 0,0001$

- w porównaniu z okresem przed zabiegiem ($p < 0,0001$) (ryc. 4),
- wpływ dolegliwości bólowych na wydolność funkcjonalną chorego po zabiegu operacyjnym był mniejszy w porównaniu z okresem przed zabiegiem ($p = 0,003$) (ryc. 5).

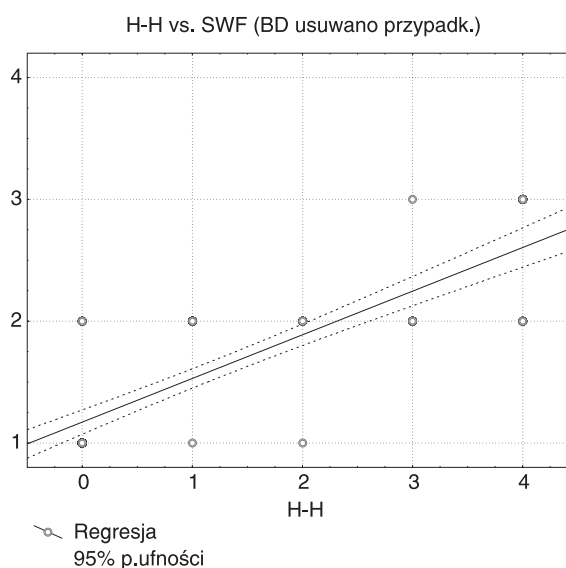
Ból, jaki odczuwali pacjenci po zabiegu (stopień, częstość, wpływ na wydolność funkcjonalną), nie miał istotnego wpływu na wyniki końcowe wyrażone w GOS i w SWF.

Korelacje między skalami służącymi do oceny stanu chorego

Analizie poddano pielęgniarskie i lekarskie (neurologiczne) skale służące do oceny stanu chorego (ryc. 6–9). Tabela 10 przedstawia podsumowanie korelacji między użytymi w pracy ska-



Ryc. 5. Analiza wpływu bólu na wydolność funkcjonalną chorego $p = 0,003$



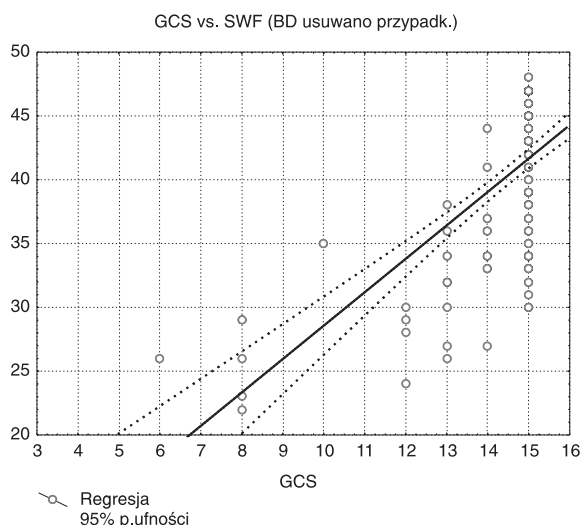
Ryc. 6. Analiza rozkładu (korelacji) w ocenie stanu chorego za pomocą SWF i H-H

Tabela 10. Korelacje między skalami służącymi do oceny stanu chorego

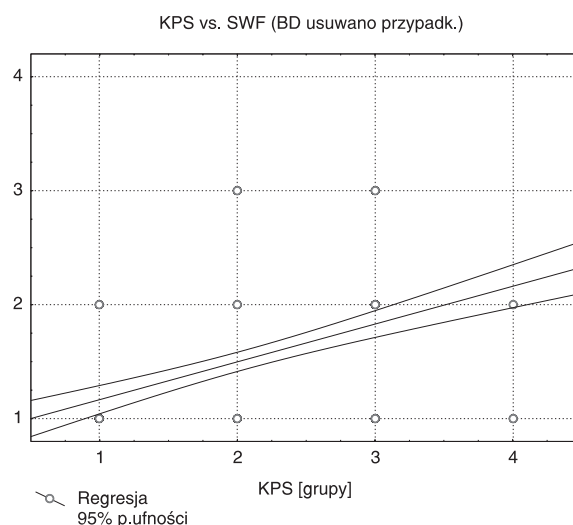
	SWF			
	r_s	p	stopień	ryc.
H-H	0,85 ¹⁾	< 0,001	silna	6
GCS	0,61 ²⁾	< 0,001	średnia	7
GOS	-0,38 ¹⁾	= 0,001	średnia	8
KPS	0,53 ²⁾	< 0,001	średnia	9

¹⁾ $n = 94$ ²⁾ $n = 188$

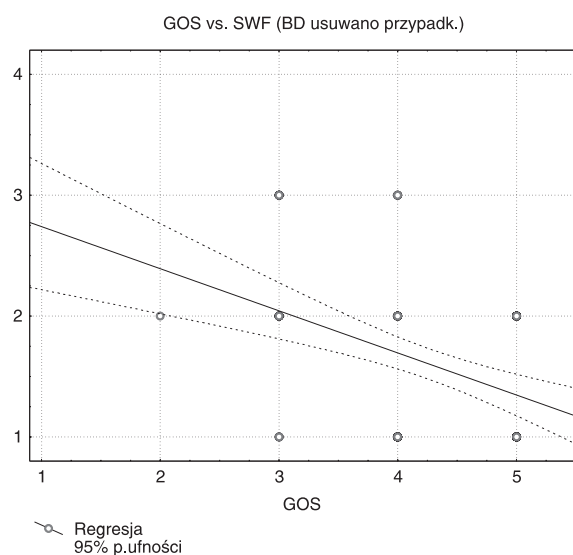
łami służącymi do oceny stanu chorego. Korelację obliczono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. W przypadku porównywania SWF ze skalą H-H, GOS i KPS wykorzystano przynależność do grup opieki SWF. Natomiast



Ryc. 7. Analiza rozkładu (korelacji) w ocenie stanu chorego za pomocą SWF i GCS



Ryc. 9. Analiza rozkładu (korelacji) w ocenie stanu chorego za pomocą SWF i KPS



Ryc. 8. Analiza rozkładu (korelacji) w ocenie stanu chorego za pomocą SWF i GOS

w przypadku porównywania SWF ze skalą GCS posłużono się oceną punktową SWF.

Dla dokładniejszego określenia korelacji pomiędzy poszczególnymi skalami wykorzystano wszystkie przeprowadzone pomiary podczas okresu hospitalizacji 94 chorych, tzn. pomiary przed zabiegiem operacyjnym oraz w dniu wypisu.

Przy określaniu korelacji SWF z GCS i KPS wykorzystano wyniki łączne z wszystkich przeprowadzonych pomiarów, tzn. pomiar przed za-

biegiem (94 chorych) oraz pomiar w dniu wypisu (94 chorych) – łącznie 188 pomiary.

Wnioski

1. Stwierdzono statystycznie istotną różnicę w końcowych wynikach leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym. Pacjenci z guzem mózgu uzyskują lepsze wyniki w zakresie wydolności funkcjonalnej.
2. Nie stwierdzono istotnego wpływu wybranych czynników (płci, wieku, czasu od momentu hospitalizacji do operacji oraz dolegliwości bólowych) na końcowy wynik leczenia operacyjnego chorych z guzem mózgu i tętniakiem śródczaszkowym. Przypuszczać można, że występowanie dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym może niekorzystnie wpływać na wydolność funkcjonalną chorego we wczesnym okresie.
3. Zaprezentowane w pracy skale (H-H, GCS, GOS, KPS, SWF) w sposób znaczący korelują z sobą. Proponuje się zastosowanie powyższych skal w planowaniu opieki pielęgniarskiej na oddziale neurochirurgii.

Niniejsza praca wykonana została w ramach grantu badawczego (BW 59/2004) Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Piśmiennictwo

1. Ząbek M. *Zarys neurochirurgii*. Warszawa: PZWL; 1999.
2. Mazur R, Kozubski W, Prusiński A. *Podstawy kliniczne neurologii*. Warszawa: PZWL; 1998.
3. Imieliński BL. *Neurochirurgia kliniczna*. AM Gdańsk 1998.
4. Newton T, Krawczyk J. *Subarachnoid Hemorrhage*. <http://www.e-Medicine.com> (2003)
5. Soliman E, Kader A. *Cerebral Aneurysm*. <http://www.e-Medicine.com> (2003)

6. Vinas FC, Wilner H. *Brain Aneurysm*. <http://www.e-Medicine.com> (2003)
7. Cavanagh SJ, Gordon VL. Grading scales used in the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a critical review. *J Neurosc Nursing* 2002; 6: 288–295.
8. Kirkness CJ, Thompson JM, Ricker BA, Buzaitis A, Newell DW, Dikmen S, Mitchell PH. The impact of aneurysmal subarachnoid hemorrhage on functional outcome. *J Neurosc Nursing* 2002; 3: 134–141.
9. Rola J, Turowski K. Ocena stanu klinicznego i wydolności w zakresie samoopieki chorych z nowotworami mózgu. *Annales UMCS Sectio D Medicina*. Lublin 2002; Supl. XI: 317–325.
10. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet* 1974; 2: 81–83.
11. Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. *J Neurosurg* 1968; 28: 14–20.
12. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The Karnofsky performance status scale. *Cancer* 1984; 9: 2002–2007.
13. Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage: a practical scale. *Lancet* 1975; 1: 480–484.
14. Kaniewska B, Jędrys B, Stadnicka G, Turowski K. *Wartość kliniczna Skali Wydolności Chorych w Zakresie Samoopieki. Organizacja opieki pielęgniarskiej a zmiany w systemie ochrony zdrowia*. Materiały Konferencyjne. Warszawa: Wydawnictwo Edukacji Medycznej; 1994: 142–145.
15. Ślusarz R, Michalska A, Beuth W, Jachimowicz-Wołoszynek D. Arkusz Kategoryzacji Chorych jako praktyczne narzędzie w neurochirurgicznej pielęgniarstwie ocenie stanu chorego. *Valetudinaria Post Med Klin Wojsk* 2003; 1–2: 78–83.

Adres I Autora:

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego AM
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Wpływ choroby Parkinsona na funkcjonowanie rodziny

The influence of Parkinson's disease on the family functioning

JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS¹, JANUSZ MIERZWA¹, ROBERT ŚLUSARZ²,
BOGDAN CZAPIGA³, ARTUR WEISER³

¹ Z Zakładu Chorób Układu Nerwowego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Janusz Mierzwa

² Z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

³ Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Włodzimierz Jarmundowicz

Streszczenie Chorzy na chorobę Parkinsona i ich rodziny często wymagają pomocy w przystosowaniu się do przewlekłej i postępującej choroby. Ocena aktualnych potrzeb emocjonalnych chorego i jego rodziny oraz ich zdolność radzenia sobie z chorobą powinna stanowić element opieki medycznej. Zdrowy i odpowiednio przygotowany opiekun odgrywa nieocenioną rolę w opiece nad chorym z chorobą Parkinsona. Opiekun powinien mieć możliwość odpoczynku lub krótkiej przerwy w wykonywaniu codziennej pracy, jaką jest opieka nad chorym. Próba utrzymania się w roli niezastąpionego i niezniszczalnego opiekuna jest nierealna. Niedobór snu, zmęczenie fizyczne i codzienny stres powodują z biegiem czasu zmniejszenie się wytrzymałości fizycznej i psychicznej, dlatego nawet najwytrzymalszy opiekun po pewnym czasie ma okresy drażliwości, nerwowości i wybuchów gniewu. Rośnie też ilość obowiązków, jakie spadają na barki opiekuna. Niezastąpiona jest tutaj pomoc oraz wsparcie rodziny i przyjaciół chorego. Jakość życia chorego zależy w dużej mierze od siły, sprawności i zdrowia opiekuna.
Słowa kluczowe: choroba Parkinsona, rola opiekuna.

Summary People who suffer from Parkinson's disease and their families have tremendous needs to adjust to this chronic and progressive disorder. The emotional burden that is placed on the family of a patient is enormous. Support and education of caregivers is essential components of care. Caregivers must have the possibility to rest and sleep well. Feelings of guilt, nervousness, and worry contribute to caregiver fatigue, depression, and family dysfunction. The biggest role in taking care of patients with this disease plays family members. The quality of life of patients depends on the caregivers' strength, physical ability, and health.

Key words: Parkinson disease, role of the caregiver.

Wstęp

Ocenia się, że jeden do dwóch promili całkowitej populacji ludzkiej dotkniętych jest chorobą Parkinsona. Według ostatnich badań epidemiologicznych w Polsce żyje około 60 tysięcy osób cierpiących z powodu choroby Parkinsona. Rocznie rozpoznaje się około 4–6 tysięcy nowych przypadków parkinsonizmu. Choroba ta dotyka

prawie 1,5% populacji powyżej 65 roku życia, jest więc bardzo ważnym problemem nie tylko medycznym, ale także społecznym [1–3].

Pielęgniarka odgrywa bardzo ważną rolę w procesie leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji chorego z chorobą Parkinsona. Jest ona często pierwszą osobą, do której pacjent zwraca się ze swoimi wątpliwościami i problemami. Istotne jest, aby pielęgniarka zwróciła uwagę chorego na nie-

farmakologiczne metody leczenia oraz aby umiała zachęcić go do aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia. Rolą pielęgniarki jest również nauczenie pacjenta i jego rodziny, jak radzić sobie z codziennymi trudnościami pojawiającymi się w miarę postępu choroby. Pielęgniarka powinna zaproponować choremu wykonywanie prostych ćwiczeń, które pozwolą mu dłużej pozostać samodzielnym oraz zachęcać go do aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym i towarzyskim. Istotne jest, aby przekazała rodzinie szereg wskazówek pozwalających przystosować dom tak, aby był on bezpieczny dla chorego. Ważne jest również, aby pielęgniarka zachęcała pacjenta i opiekunów do uczestnictwa w grupach samopomocy, skupiających chorych i ich opiekunów.

Długotrwała choroba Parkinsona w miarę nasilania się objawów chorobowych stopniowo zaczyna wywierać wpływ na tryb życia zarówno pacjenta, jak i najbliższej rodziny, głównie współmałżonka. Rośnie też ilość obowiązków, jakie spadają na barki opiekuna. Niezastąpiona jest tutaj pomoc oraz wsparcie rodziny i przyjaciół chorego.

Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie zadań pielęgniarki wobec chorego z chorobą Parkinsona i jego opiekunów. Wskazówki jakich powinna udzielić pielęgniarka, mają na celu ułatwienie choremu wykonywania funkcjonalnych zadań ruchowych i czynności codziennych. Zaproponowanie prostych rozwiązań ułatwiających funkcjonowanie chorego w środowisku domowym. Uwagi i pytania, na które powinna odpowiedzieć. Kilka praktycznych rad dla opiekunów mających na celu regenerację siły u każdego opiekuna. Kilka rad, jak się porozumieć z parkinsonikiem.

Istotne jest aktywne uczestnictwo członków rodziny w pielęgnacji i rehabilitacji chorego. Opiekun powinien interesować się ćwiczeniami, które wykonuje chory, starać się mu pomagać, by wykonywane ruchy były prawidłowe. Rola opiekuna sprowadza się również do zachęcania chorego, aby utrzymywał kontakty towarzyskie. Opiekun nie może wyręczać osoby chorej w wykonywaniu codziennych czynności i obowiązków, jeśli pacjent jest w stanie sam je wykonać. Pomoc opiekuna jest wskazana w sytuacjach, w których chory nie może wykonać danej czynności lub wymaga częściowego udziału opiekuna. Opiekun musi unikać nadopiekuńczości, która prowadzi do całkowitego odseparowania chorego od życia rodzinnego i wykonywania obowiązków domowych w miarę jego możliwości. W takich sytuacjach chory czuje się niepotrzebny i bezwartościowy, drobne obowiązki do-

mowe dają mu poczucie wartości, a jednocześnie zmuszają go do ruchu, który ma dla niego nieocenione znaczenie. Opiekun musi umieć rozplanować przebieg każdego dnia tak, aby odwieść myśli chorego od jego choroby. W przebiegu dnia należy uwzględnić odpoczynek, regularne spożywanie posiłków oraz gimnastykę. Opiekuna powinna cechować cierpliwość i spokój, gdyż popędzanie chorego odnosi odwrotny skutek – u chorego wystąpi większe drżenie, napięcie mięśniowe, a w konsekwencji niemożność wykonania ruchu. Są to bardzo istotne elementy, o których nie może zapomnieć żaden opiekun.

Chorzy na chorobę Parkinsona i ich rodziny często wymagają pomocy w przystosowaniu się do przewlekłej i postępującej choroby. Ocena aktualnych potrzeb emocjonalnych chorego i jego rodziny, oraz ich zdolność radzenia sobie z chorobą powinna stanowić element opieki medycznej. Rozmawiając z chorym i członkami jego rodziny, należy przede wszystkim ustalić, czy odczuwają oni depresję, lęk, napięcie nerwowe, złość lub niepokój. Ocenę taką trzeba nieustannie powtarzać, ponieważ potrzeby emocjonalne i sposoby radzenia sobie z chorobą zmieniają się w miarę jej postępu. Potrzeby chorego i członków jego rodziny mogą się znacznie różnić i dlatego wymagają osobnej oceny. Pomoc dla członków rodziny chorego jest zwykle bardzo niewielka, a przecież nieraz się zdarza, że skutki choroby Parkinsona tak bardzo wpływają na życie pozostałych domowników, że potrzebują oni naprawdę ogromnego wsparcia. Wśród potencjalnych problemów można wymienić niedostatek snu, depresję, stres wynikający z konieczności zapewnienia choremu pomocy w czynnościach życiowych, dodatkowe wydatki i rozterki dotyczące kwestii umieszczenia chorego w zakładzie opiekuńczym.

Chorzy w IV i V stadium choroby (wg klasyfikacji Hoehn-Yahra) wymagają prawie stałej obecności opiekuna. Obciążenia związane z niemal 24-godzinnym czuwaniem, niekiedy bez prawdziwego odpoczynku, są bardzo znaczne. Chorzy z parkinsonizmem często mają niespokojny i przerywany sen, czasem proszą o pomoc przy zmianie pozycji w łóżku czy wstaniu do ubikacji, co sprawia, że opiekun śpi dość czujnie, a rano może być zmęczony i niewyspany. Jakość życia chorego zależy w dużej mierze od siły, sprawności i zdrowia opiekuna.

Powinien mieć możliwość odpoczynku lub krótkiej przerwy w wykonywaniu codziennej pracy. Potrzebuje też miłego słowa czy gestu ze strony samego chorego oraz wyrazów wdzięczności za spełnianie wielorakich, trudnych, a czasem niewdzięcznych obowiązków.

Próba utrzymania się w roli niezastąpionego i niezniszczalnego opiekuna jest nierealna. Niedo-

bór snu, zmęczenie fizyczne i codzienny stres powodują z biegiem czasu zmniejszenie się wytrzymałości fizycznej i psychicznej, dlatego nawet najwytrzymalszy opiekun po pewnym czasie ma okresy drażliwości, nerwowości, wybuchów gniewu.

W chwili, gdy opiekun czuje się bardzo zmęczony, przytłoczony wszystkimi problemami, zmartwieniami i odpowiedzialnością, jaka na nim spoczywa, konieczne jest okazanie mu daleko idącej pomocy, czasem będzie to wyciągnięcie przyjacielskiej dłoni, odciążenie czy zastępstwo przy niektórych obowiązkach. Niekiedy potrzebna jest pomoc profesjonalna psychoterapeuty, psychiatry lub pracownika socjalnego.

Opiekun sam musi uświadomić sobie konieczność zadbania o własne potrzeby fizyczne i psychiczne. Bardzo niedobrze jest, gdy opiekun wpada w rolę „męczennika za sprawę”. Jego siły wcześniej czy później się wyczerpią. Zdrowy i odpowiednio przygotowany opiekun odgrywa nieocenioną rolę w opiece nad chorym z chorobą Parkinsona. Zrozumienie potrzeb opiekuna pozwala na podjęcie odpowiednich środków zaradczych.

Kilka praktycznych rad mających na celu regenerację siły u każdego opiekuna:

- Nie wahaj się czasem poprosić o pomoc innych członków rodziny, przyjaciół czy nawet sąsiadów. Ten wolny czas wykorzystaj dla siebie.
- Staraj się prowadzić zdrowy i higieniczny tryb życia. Regularnie gimnastykować się i właściwie odżywiać. Warto znaleźć czas na krótki spacer kilka razy w tygodniu.
- W razie choroby, dolegliwości czy nawet wątpliwości co do stanu swojego zdrowia, nie wahaj się szybko zasięgnąć porady lekarskiej. Pamiętaj, że twoja ciężka choroba odbije się niekorzystnie na jakości życia twojego podopiecznego.
- Nie rezygnuj z własnych zamiłowań czy hobby. Podtrzymuj kontakty towarzyskie i rodzinne, choćby za pomocą telefonu czy poczty elektronicznej.
- Zorganizuj sobie raz czy dwa razy w tygodniu „wyjście” tylko dla własnej przyjemności czy odprężenia. Odpoczniesz od chorego, a chory od ciebie.
- Staraj się zachować równowagę ducha nawet w trudnych sytuacjach. Nie pozwól, aby denerwowały cię drobne lub nieistotne sprawy. Zachowaj poczucie humoru [6].

Jak się porozumieć z parkinsonikiem – porady dla opiekuna

1. Poświęć mu czas.
2. Nie śpiesz się mówiąc do niego.
3. Poświęć mu dodatkowy czas na odpowiedź.
4. Bądź z nim w kontakcie wzrokowym.

5. Nie udawaj, że go rozumiałeś, skoro nie rozumiałeś.
6. Poproś o powtórzenie słowa lub zdania, ale w inny sposób.
7. Nie kończ za niego zdania.
8. Nie oddalaj się, kiedy mówi do ciebie.
9. Nie przekrzykuj hałasem.
10. Nie rywalizuj z TV lub radiem.
11. Zachęcaj, stwarzaj możliwość rozmowy.
12. Rozmawiaj normalnie.
13. Słuchaj uważnie.
14. Używaj krótkich zdań i akcentuj istotne słowa.
15. Upewnij się, że cię widzi i słyszy.
16. Posługuj się językiem ciała i wyrazem twarzy.
17. Różnicuj ton twego głosu – on często tego nie potrafi.
18. Nie krzycz.
19. Spożywaj razem z nim posiłki i rozmawiaj (niektórzy chorzy na chorobę Parkinsona krępują się jeść w towarzystwie).

Aby chory mógł bezpiecznie poruszać się po domu, ważne jest, żeby był on odpowiednio do tego przystosowany. Zadaniem pielęgniarstwa jest rozmowa z rodziną chorego i zwrócenie ich uwagi na kilka istotnych elementów, a mianowicie:

- należy z domu usunąć wszelkie chodniki, które nie są przymocowane do podłogi i które przesuwają się, przez co mogą utrudniać chodzenie i być przyczyną upadków,
- rogi dywanów i wykładzin, które mogą się zaginać, powinny być przytwierdzone do podłogi tak, aby chory nie potykał się o nie,
- w łazience powinny znajdować się maty antypoślizgowe oraz uchwyty i poręcze ułatwiające choremu korzystanie z wanny oraz toalety,
- obuwie, w którym chory porusza się po domu, również powinno być odpowiednio dobrane (dobrze trzymające stopę i wygodne).

Grupy samopomocy mogą mieć korzystny psychologiczny i społeczny wpływ na chorego i jego rodzinę. Znaczenie wsparcia, jakie mogą udzielić inni chorzy oraz grupy samopomocy, jest niewątpliwe. Badania wykazały, że kontakt z osobami, które cierpią na tę samą chorobę i mają podobne problemy, poprawiają ogólne samopoczucie i mogą zmniejszyć napięcie w kontaktach międzyludzkich. Dodatkową korzyścią, jaką chory może wynieść z takich spotkań, są praktyczne wskazówki, jak radzić sobie z niektórymi problemami. Na uwagę zasługuje fakt, że u opiekunów, którzy zetknęli się w grupach samopomocy z większą liczbą innych osób podobnie zajmujących się chorym członkiem rodziny, nasilenie depresji oceniane za pomocą testów psychologicznych było najmniejsze.

Rodzina, w której żyje parkinsonik musi przystosować i zmodyfikować codzienną dietę do jego wymagań. Odpowiednie odżywianie ma duże znaczenie dla ogólnego stanu zdrowia i dobrego

samopoczucia wszystkich chorych na chorobę Parkinsona, niezależnie od zaawansowania choroby. W porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami chorzy na chorobę Parkinsona są zagrożeni niedożywieniem, utratą masy ciała i zmniejszeniem masy mięśniowej. Chociaż nie zaleca się stosowania specjalnej diety, wskazane jest spożywanie pokarmów o zrównoważonej zawartości różnych składników, z odpowiednią ilością włókien roślinnych i płynów, by zapobiegać zaparciom, i taką ilością wapnia, która pozwala zachować dotychczasową strukturę kości [8].

Chorzy często pytają o dietę z ograniczeniem białka. Zastosowanie diety niskobiałkowej w leczeniu choroby Parkinsona było przedmiotem wielu badań i dyskusji. Stosowano ją u chorych w zaawansowanej fazie choroby, gdy pojawiają się fluktuacje ruchowe. Celowość stosowania tej diety wynika z następujących przyczyn. L-dopa jest aminokwasem, który wchłania się w jelicie cienkim. Ma ona krótki okres półtrwania w surowicy krwi: około 60–120 minut. Oznacza to, że jej stężenie wzrasta dość szybko, ale i szybko się obniża. Zależy to od szybkości wchłaniania się L-dopy ze światła jelita do krwi. Białko, w tym białko spożywane z pokarmem, również składa się z aminokwasów należących, podobnie jak L-dopa, do grupy dużych obojętnych aminokwasów. Jeżeli w jelicie cienkim znajduje się bardzo dużo aminokwasów pochodzących z obfitego, wysokobiałkowego posiłku, to konkurują one z L-dopą i nie dopuszczają jej do krwi, a więc nie może ona dotrzeć do mózgu. W związku z tym niektórzy dietetycy i lekarze zalecali chorym dietę niskobiałkową, np. 56 g białka dziennie, z tym że główny posiłek białkowy miał być zjadany wieczorem. W praktyce okazało się, że korzyści terapeutyczne są niezbyt wielkie. Dieta niskobiałkowa przy niezmiennych dawkach L-dopy powodowała nadmiernie wysokie stężenie lewodopy, co wywoływało dyskinezy „szczytu dawki”. Jednocześnie pacjent wyrównywał niedobory energetyczne, wynikające z małych ilości białka, spożywając węglowodany i tłuszcze, co jest niekorzystne ze względu na konieczność profilaktyki miażdżycy i cukrzycy. Okazało się też, że podobny efekt leczniczy uzyskuje się, stosując zarówno dietę niskobiałkową i mniejsze dawki lewodopy, jak i normalną dietę z odpowiednio dobranymi dawkami leku. Pielęgniarka powinna uświadomić choremu i/lub opiekunowi, że zażycie lekarstwa po obfitym posiłku białkowym, przez zmniejszenie wchłaniania L-dopy z jelita do krwi, spowoduje albo opóźnienie w działaniu leku (objaw *delayed-on*), albo brak działania tej dawki leku (objaw *no-on*). Sytuacje te dotyczą jednak tylko chorych z fluktuacjami ruchowymi, we wczesnej fazie choroby, gdy działanie lewodopy jest wyrównane, spożycie białka nie ma większego klinicznego znaczenia. Pielęgniarka powinna również

zwrócić uwagę na fakt, że lewodopę należy przyjmować kilkanaście minut przed posiłkiem, jeśli chcemy, aby lek zadziałał szybko. Można też, i często tak czynią pacjenci w godzinach rannych, zastosować jako pierwszą dawkę lewodopy preparat rozpuszczalny, który szybciej przechodzi z żołądka do jelita cienkiego i szybciej się wchłania.

Generalna zasada obowiązująca pacjentów z chorobą Parkinsona to prawidłowe odżywianie się, z ograniczeniem pokarmów zawierających nasycone kwasy tłuszczowe oraz węglowodany, a mówiąc językiem potocznym, ograniczenie pokarmów tłustych, cukru i słodczy. Dieta natomiast powinna zawierać odpowiednią ilość owoców, warzyw i innych produktów, w których występuje błonnik. Zalecenia ograniczenia pokarmów tłustych i słodkich wynika z kilku przyczyn:

- pokarmy te nasilają skłonność do zaparć, które są z reguły dość dużym problemem dla pacjentów z chorobą Parkinsona,
- chorzy z reguły są w wieku 50–70 i więcej lat, gdy z natury rzeczy występują u nich zmiany miażdżycowe w naczyniach krwionośnych; dieta niskotłuszczowa i niskowęglowodanowa zapobiega rozwojowi miażdżycy,
- otyłość lub nadwaga u pacjenta z parkinsonizmem bardzo utrudnia uzyskanie dobrych wyników terapeutycznych i przy zmniejszonej sprawności ruchowej dodatkowo nasila trudności w poruszaniu się.

Bardzo ważne jest dostarczenie odpowiedniej ilości płynów: około 1,5–2 litrów, tj. 6–8 szklanek dziennie. Może to być woda mineralna niegazowana, soki owocowe (niskosłodzone), herbata, zwłaszcza zielona, mleko, herbatki ziołowe i owocowe.

Masa (waga) ciała powinna być dość regularnie kontrolowana. Przy ocenie jej prawidłowości często stosuje się tzw. wskaźnik masy ciała – BMI (Body Mass Index). Wskaźnik ten oblicza się, dzieląc masę ciała (w kilogramach) przez wzrost (w metrach) podniesiony do kwadratu. Wartości wskaźnika BMI wynoszące 15–20 oznaczają niedowagę, 20–25 wagę prawidłową, 25–30 nadwagę, 30 i więcej to otyłość. Bardzo ważne jest wyrobienie i utrwalenie odpowiednich nawyków żywieniowych u chorych we wczesnym stadium choroby Parkinsona [3].

Wybrane elementy ułatwiające choremu wykonywanie funkcjonalnych zadań ruchowych

Chodzenie. U większości osób cierpiących na chorobę Parkinsona na pewnym etapie trwania choroby pojawiają się trudności w chodzeniu, które nie zawsze reagują na leczenie przeciwparkinsonowskie [4]. Zasadniczym problemem jest zaburzenie regulacji długości stawianych kroków.

Chód parkinsonika jest powolny, z tendencją

do unoszenia pięt. Powyższe objawy i zaburzenia mogą prowadzić do zaburzeń równowagi, a w konsekwencji, w późniejszym okresie, do upadków. Dlatego też chorzy w czasie chodu powinni pamiętać o [12]:

- stałej kontroli ułożenia głowy – należy ją unosić stale do góry, gdyż pochylenie jej do przodu zmienia położenie środka ciężkości ciała, a w konsekwencji prowadzi do utraty równowagi,
- stawianiu stóp lekko rozstawionych, co zwiększa punkt podparcia,
- wyprostowaniu się, wypinając lekko biodra w przód, co ułatwia utrzymanie równowagi w czasie chodu,
- unoszeniu wyżej kolan i stóp, i nie szuraniu nogami,
- przenoszeniu równowagi z jednej na drugą nogę, by móc oderwać stopy od podłoża,
- obracaniu się na szeroko rozstawionych nogach, tak aby czubek nosa wskazywał ten sam kierunek co czubki butów,
- zmienianiu kierunku marszu chodząc po łuku koła, co pozwala uniknąć upadku.

W przypadku hipokinezy główną opcją treningową terapeuty jest wykorzystywanie zewnętrznych sygnałów i strategii poznawczych. Piśmiennictwo naukowe dostarcza znaczących dowodów na to, że sygnały wzrokowe (np. białe linie na podłodze z przerwami równymi długości kroków odpowiedniej dla wieku i wzrostu chorego) normalizują przestrzenne i czasowe zmiany chodu. Doświadczenia udowodniły, że unikanie wykonywania dwóch zadań jednocześnie podczas chodzenia pomaga osobom z chorobą Parkinsona utrzymać odpowiednią długość kroków [4].

Bardzo istotnym czynnikiem wspomagającym ruch jest odpowiednio dobrana muzyka. Jeżeli jest rytmiczna (jak marsze), to wyrabia rytm chodu, jego sprężystość i siłę. Poprawia również długość kroku i ułatwia zmianę kierunku chodu [12]. Ważne jest, aby pielęgniarka zwróciła uwagę na obuwie chorego. Powinno ono być wygodne, dobrze trzymające stopę i na niskich obcasach. Odpowiednio dobrane obuwie nie tylko ułatwia chodzenie, ale również w znacznym stopniu zapobiega upadkom. Jeżeli chory ma duże trudności z chodzeniem, powinniśmy zaproponować mu spacer z osobą towarzyszącą, która trzymając chorego lekko pod pachę, będzie nadawała i regulowała tempo spaceru i długość stawianych kroków. Aby uniknąć upadku, chory powinien kontrolować i utrzymywać wyprostowaną postawę ciała. Można poradzić choremu, aby w tym celu skrzyżował ręce z tyłu na pośladkach (skrzyżowane ręce pchają miednicę do przodu i odchylają głowę do tyłu). Natomiast w przypadku gdy występują częste upadki lub duże przodopochylenie pielęgniarka powinna porozmawiać z cho-

rym na temat używania laski z szerokim gumowym zakończeniem lub nawet trójnoga.

Pracując z pacjentem, pielęgniarka musi pamiętać o tym, aby przekazać mu kilka istotnych wskazówek na temat, jak zachować się w chwili zatrzymania (przymrożenia, „freezing”). Pozwoli to ustrzec chorego przed nieprzyjemnymi i stresującymi sytuacjami.

Chory powinien wiedzieć, że:

- w chwili, gdy nie może zrobić kroku naprzód, nie należy się pochyłać do przodu, szarpać się ani denerwować,
- należy wyprostować się, postawić mocno i równo stopy na ziemi, nie przechylać się do tyłu, patrzeć prosto przed siebie,
- po chwili zacząć spokojnie maszerować w miejscu, unosząc wysoko kolana i stawiając najpierw na ziemi pięty, nie palce; po chwili maszerowania w miejscu można ruszyć do przodu,
- patrzeć prosto przed siebie, wybrać sobie określony punkt lub obiekt i iść w jego kierunku,
- można spróbować nieco rozkołysać się na boki i dopiero ruszyć do przodu.

Wstawanie i siadanie. Częstym problemem podczas wstawania u osób z chorobą Parkinsona jest trudność w pochyleniu się do przodu w wystarczającym stopniu. Skutkiem tego linia środka ciężkości znajduje się zbyt daleko w stosunku do stóp. Ten problem czyni podnoszenie się bardzo trudnym. Ponadto, patrzenie w dół i niemożność wykonania zamachu z powodu akinezy zwiększają trudność w wykonaniu tego zadania. U osób z hipokinezą wykorzystanie sygnałów słownych, takich jak liczenie lub głośne wymawianie czynności, może ułatwić wykonanie tego zadania. U pacjentów z akinezą pomocne są sygnały dźwiękowe, takie jak powiedzenie „idź” lub lekkie rozkołysanie ciała w tył i do przodu przed wykonaniem ruchu. Ważne jest, aby chory wiedział, że aby wstać z pozycji siedzącej musi:

- przesunąć ciało do przodu tak, aby pośladki znajdowały się blisko brzegu krzesła,
- cofnąć stopy nieco do tyłu, aby znalazły się pod tułowiem, postawić je równo na podłodze, nieco oddalone od siebie,
- oprzeć ręce na poręczach fotela czy siedzeniu krzesła,
- pochylić się energicznie do przodu i w tej samej chwili odepchnąć rękoma od poręczy lub siedzenia, prostując tułów.

Obracanie się i wstawanie z łóżka. Częstym problemem zgłaszanym przez pacjentów jest trudność w obracaniu się w łóżku i wstawaniu z niego. W takich sytuacjach należy polecić pacjentowi, aby:

- odrzucił nakrycie,
- przeniósł miednicę w kierunku środka łóżka, tak aby po obróceniu się ciało nie było zbyt

blisko brzegu łóżka, następnie obrócił głowę, przeniósł ramię w poprzek ciała w kierunku obrotu oraz przeniósł nogi nad krawędzią i podniósł się,

- jeżeli leży na plecach, powinien położyć ręce wzdłuż ciała, następnie unieść głowę, pochylić ją do przodu, przyciskając brodę do piersi i usiąść opierając się na łokciach, następnie pochylić się jeszcze bardziej do przodu, oprzeć na wyprostowanych z tyłu rękach, skrócić się, spuścić jedną nogę, a potem drugą nogę i usiąść na łóżku.

Do istotnych elementów, które mogą pomagać w obracaniu się i wstawaniu z łóżka, na które pielęgniarka powinna zwrócić uwagę chorego i jego rodziny, zaliczamy:

- utrzymywanie w nocy włączonego światła, ponieważ wzrok może pomóc w wykonywaniu ruchów,
- używanie lekkiej kołdry, która jest łatwiejsza do odrzucenia niż ciężkie koce i poszwy, a także poszewek satynowych lub jedwabnych pidżam, aby zmniejszyć tarcie,
- upewnienie się, że wysokość łóżka nie jest zbyt mała i nie powoduje przez to trudności przy wstawaniu.

Wskazówki ułatwiające choremu wykonywanie czynności codziennych

Bardzo ważne jest, aby chory jak najdłużej pozostawał samodzielny. Pozwala mu to zachować wiarę we własne siły i jest „źródłem energii” niezbędnej do walki z chorobą. Pielęgniarka powinna udzielić pacjentom cierpiącym na chorobę Parkinsona kilku prostych wskazówek, które pozwolą im uniknąć codziennych trudności związanych z wykonywaniem toalety porannej, ubieraniem się i jedzeniem.

1. Aby pokonać trudności, które mogą pojawić się podczas wykonywania toalety porannej, chory powinien:
 - postawić przed umywalką krzesło, co pozwoli mu ogolić się czy umyć zęby siedząc,
 - używać elektrycznej maszynki do golenia, aby uniknąć skaleczeń,
 - używać elektrycznej szczoteczki do zębów, jeżeli ma trudności z umyciem,
 - używać do mycia frotowej rękawicy z kieszonką na mydło, jeśli nie może utrzymać śliskiego mydła,
 - używać szczotki do mycia ciała na długiej rączce, ponieważ wygodniej ją utrzymać i wszędzie dosięgnąć,
 - usunąć z łazienki śliskie maty i dywaniki i zastąpić je gumowymi matami na podłogę i antypoślizgowymi do wanny.

2. Żeby poradzić sobie z ubieraniem, chory powinien pamiętać, aby:
 - unikać strojów zakładanych przez głowę lub z zapięciem z tyłu,
 - stroje nie były zbyt napięte, gdyż mogą tamować krążenie i ograniczać ruchy,
 - unikać guzików, dobrze byłoby zastąpić je zatrzaskami, a jeśli chory przy ubraniach ma guziki i nie może sobie poradzić z ich zapinaniem, to bardzo dobrym rozwiązaniem może okazać się wykonana z drutu pętka ułatwiająca przeciąganie guzika przez dziurkę,
 - buty były miękkie i wygodne. Chory nie powinien nosić butów na obcasach, bez pięty czy kłapek, ponieważ nie zabezpieczają one stabilności i równowagi. Przy wkładaniu butów z pewnością pomocna okaże się długa łyżka do butów.

3. Aby poradzić sobie z trudnościami przy jedzeniu chory powinien:
 - używać słomki do picia. Jeżeli drżą mu ręce i nie może unieść kubka, używać lekkich kubków o dobrze wyprofilowanym uszku (unikać śliskich szklanek),
 - używać kubki z przykrywką uniemożliwiający wylanie napoju i oblanie się,
 - spożywać pokarmy nie wymagające krojenia,
 - zaadaptować sztucce przez pogrubienie uchwytów,
 - używać lekkich talerzy, np. plastikowych, z uniesionym brzegiem, aby jedzenie nie spadało poza obręb talerza,
 - używać gumowych podkładek, aby talerz nie ślizgał się,
 - do obierania warzyw używać skrobaczek,
 - spożywać posiłki łatwe do gryzienia i przełykania (np. zmiksowane),
 - często popijać pokarm, co pozwoli łatwiej go przełykać,
 - pamiętać, aby przełknąć nadmiar śliny, zanim weźmie jedzenie do ust.

Zakończenie

Długotrwała choroba Parkinsona w miarę nasilania się objawów chorobowych stopniowo zaczyna wywierać wpływ na tryb życia zarówno pacjenta, jak i jego najbliższej rodziny. Po wielu latach trwania choroby, gdy nasilają się trudności motoryczne, występują zaburzenia chodu, fluktuacje ruchowe z fazą „wylączenia”, zaburzenia snu, a u niektórych pacjentów zaburzenia psychiczne czy otępienie, rola opiekuna staje się coraz większa, natomiast chory coraz bardziej uzależniony.

Pielęgniarka pracująca z chorym i jego rodziną powinna udzielić im rad i wskazówek mogą-

cych w znacznym stopniu ułatwić funkcjonowanie chorego w środowisku rodzinnym. Rodzinie chorego należy poświęcić odpowiednią ilość czasu, o ile to możliwe rozwiać ich wątpliwości i obawy oraz zachęcić ich do aktywnego uczestnictwa w pielęgnacji i rehabilitacji chorego. Opiekuna powinna cechować cierpliwość i spokój, gdyż popędzanie chorego odnosi odwrotny

skutek – u chorego wystąpi większe drżenie, napięcie mięśniowe, a w konsekwencji niemożność wykonania ruchu. Są to bardzo istotne elementy, o których nie może zapomnieć żaden opiekun. Istotne jest, aby pielęgniarka zwróciła uwagę chorego na nefarmakologiczne metody leczenia oraz aby umiała zachęcić go do aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia [6, 12].

Piśmiennictwo

1. Czynniki środowiskowe powodujące wystąpienie choroby Parkinsona i pokrewnych schorzeń neurodegeneracyjnych, Vetulani J. (www.olimpiol.uw.edu.pl/parkinson).
2. Olanow W, Koller W. Algorytm postępowania w chorobie Parkinsona. *Med Praktyczna* 1999; 6: 167–194.
3. Mumenthaler M, Mattle H. *Neurologia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2001: 296–303.
4. Friedman A. Zdaniem specjalisty – choroba Parkinsona. *Rehabil Med* 2001; 5, 2.
5. Petit H, Allain H, Vermersch P. *Choroba Parkinsona. Klinika i leczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Sanmedia; 1997.
6. Kuran W. *Żyję z chorobą Parkinsona*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2002.
7. Kuhn W, Müller T. *Choroba Parkinsona. Objawy kliniczne, diagnostyka i leczenie farmakologiczne*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 1998.
8. Martin N. *Neuropsychologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 250–255.
9. Prusiński A. *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 280–283.
10. Weiner H, Levitt L. *Neurologia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1997: 106–110.
11. Jankovic J. Nowe i pojawiające się metody leczenia choroby Parkinsona. *JAMA-PL* 2001; 3, 2.
12. Obrzydowska A. *Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona. Rehabilitacja*. Warszawa: Stołeczne Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona; 1999.

Adres I Autorki:
Zakład Chorób Układu Nerwowego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIELEŃNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Subiektywna ocena wyników leczenia operacyjnego przepukliny jądra miazdżystego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa

The subjective evaluation of surgical treatment of lumbar herniated discs

BOGDAN CZAPIGA¹, MONIKA HORANIN¹, WŁODZIMIERZ JARMUNDOWICZ¹,
JANUSZ MIERZWA², JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS², ARTUR WEISER¹

¹ Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Włodzimierz Jarmundowicz

² Z Zakładu Chorób Układu Nerwowego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej
we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Janusz Mierzwa

Streszczenie Bóle lędźwiowego odcinka kręgosłupa to poważny problem społeczny. Pacjenci z ostrymi zespołami bólowymi spowodowanymi spondylozą należą do najliczniej hospitalizowanych na oddziałach neurochirurgicznych. Celem pracy była ocena odległych wyników leczenia operacyjnego pacjentów z powodu przepukliny jądra miazdżystego lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Badaniem objęto 102, losowo wybranych, pacjentów leczonych operacyjnie w Klinice Neurochirurgii AM we Wrocławiu w ciągu jednego roku z powodu ostrej rwy kulszowej wywołanej przepukliną jądra miazdżystego. U wszystkich pacjentów wykonano discektomię techniką mikrochirurgiczną. Zastosowano dwuczęściową ankietę przed operacją i rok po zabiegu. Pierwsza część zawierała pytania na temat płci, wieku, masy ciała, wzrostu, zawodu wykonywanego, korzystanie z alternatywnych metod leczenia, a także: kiedy pojawił się ból kręgosłupa. Część pierwszą ankiety wysłaną po operacji uzupełniono o pytania: czy i w jakim czasie nastąpiła poprawa po operacji. Drugą część stanowił kwestionariusz wzorowany na Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) oraz skala bólu Visual Analogue Scale (VAS). Analizę statystyczną oparto na teście Chi^2 oraz na teście t -Studenta, wartości $p < 0,05$ uznawano za istotne statystycznie. Ankietę pooperacyjną odesłało 69,8% osób. Średni czas trwania bólu przed zabiegiem wynosił 7,5 lat. Ponad 83% pacjentów stwierdziło poprawę po leczeniu. Najczęściej dolegliwości ustępowały bezpośrednio po operacji (31%). Średni procent niepełnosprawności przed zabiegiem, mierzony za pomocą ODQ, był wyższy (52%) niż po zabiegu (29%) ($p < 0,05$). Podobnie średni stopień nasilenia bólu w skali VAS przed operacją był wyższy i wynosił 8 niż po zabiegu – 4,69 ($p < 0,05$). Pomimo wykazanej w ankiecie subiektywnej poprawy po leczeniu w grupie tej przyznano aż 42,3% nowych rent. Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowili pracownicy fizyczni (36,6%). Alternatywne metody leczenia stosowało więcej osób przed operacją 44,2% niż po operacji 11% ($p < 0,05$). Wnioski: 1. Poprawa jakości życia nastąpiła u większości pacjentów operowanych z powodu wypukliny jądra miazdżystego odcinka lędźwiowego kręgosłupa najczęściej bezpośrednio po operacji. 2. Średni stopień niepełnosprawności oraz natężenia bólu był wyraźnie niższy po zabiegu operacyjnym. 3. Pomimo subiektywnej poprawy prawie jedna trzecia ankietowanych przeszła na rentę. 4. Alternatywne metody leczenia były częściej stosowane przed operacją niż po zabiegu.

Słowa kluczowe: spondyloza, leczenie chirurgiczne, jakość życia.

Summary Low back pain is a serious social problem. It is one of the most common cause of hospitalization in the Neurosurgery Unit. Aim of the paper: to evaluate the efficiency of operation on herniated lumbar discs. Material and method: The prospective follow-up was done by self-reported questionnaire which was filled in before the operation and one year after surgical treatment. It contained two parts. The first one included items about gender, age, occupation, having the use of rehabilitation and alternative medicine methods, when the low back pain began. One year later this part was completed by the question of whether there was an improvement and how

long after operation it turned up. The second part included questions patterned after The Oswestry Disability Questionnaire, it also contained Visual Analogue Scale. Results: Two hundred and twelve patients were operated because of herniated disc in The Department of Neurosurgery from March 2002 to February 2003. 102 questionnaires were sent, 71 returned. There were 43 males and 28 females. The mean age of patients was 46.5 years. The mean period of the pain lasting was 7.53 years. There was an improvement in 83.1%, in 31% it appeared just after the operation. The mean Oswestry Disability Index was significantly higher before the operation (52%) in comparison to IDQ after the treatment (29%) ($p < 0.05$), the same considering VAS: 8 before and 4.67 after the surgical treatment ($p < 0.05$). 36.6% were manual workers. 28.2% of all questioned people got a disability payment. The alternative medicine methods were used in 44.2% before and only in 11% after the operation ($p < 0.05$). Conclusions: 1. The majority of people operated because of herniated disc felt an improvement just after the surgical treatment. 2. The mean ODI and VAS values were higher before the operation. 3. The alternative medicine methods were used more often before than after treatment.

Key words: spondylosis, surgical treatment, quality of life.

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa (spondyloza) może przebiegać pod postacią przepukliny jądra miażdżystego, stenozy kanału kręgowego, kręgozmyku zwyrodnieniowego oraz zwyrodnieniowej skoliozy. Najczęściej (w 60%) dotyczy odcinka lędźwiowego kręgosłupa ze względu na jego obciążenie i ruchomość. Ból w dole pleców, jako główny objaw spondylozy lędźwiowej, stanowi poważny problem społeczny. Blisko 90% osób dorosłych cierpi na tę dolegliwość w pewnym okresie swojego życia, a u 35% rozwija się obraz kliniczny ostrej rwy kulszowej [1]. Zmiany degeneracyjne prowadzą także do ograniczenia fizjologicznej ruchomości kręgosłupa, a nawet wystąpienia neurologicznych objawów ubytkowych. Głównymi czynnikami sprzyjającymi rozwojowi spondylozy są: nadwaga, ciężka praca fizyczna i palenie papierosów [2]. W większości przypadków ból ustępuje po leczeniu zachowawczym, tylko w 2 do 4% wymaga leczenia operacyjnego. Mimo tego pacjenci z tą dolegliwością należą do najliczniej hospitalizowanych na oddziałach neurochirurgicznych [1].

Cel pracy

Celem pracy była ocena odległych wyników leczenia operacyjnego pacjentów z przepukliną jądra miażdżystego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, a w szczególności jakości życia, aktywności zawodowej oraz metod dalszego leczenia.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 102 losowo wybranych pacjentów leczonych operacyjnie w Klinice Neurochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu w okresie od marca 2002 do lutego 2003 r. z powodu ostrej rwy kulszowej wywołanej przepukli-

ną jądra miażdżystego. Wiek pacjentów 22–71 lat, średnio 46,5 lat, 65 mężczyzn (63,7%), 37 kobiet (36,3%). U wszystkich pacjentów wykonano w znieczuleniu ogólnym discektomię techniką mikrochirurgiczną. Zabiegi przeprowadzało 6 różnych neurochirurgów.

Pacjenci wypełniali dwukrotnie taką samą ankietę, po raz pierwszy przed operacją i po raz drugi po zabiegu. Pierwsza część ankiety obejmowała pytania na temat płci, wieku, masy ciała, wzrostu, wykonywanego zawodu, okresu trwania bólu kręgosłupa. Pytano również o choroby przewlekłe, pobyt w sanatorium, palenie papierosów, korzystanie z zabiegów rehabilitacyjnych i alternatywnych metod leczenia. Po operacji część pierwszą uzupełniono o pytania: czy i w jakim czasie nastąpiła poprawa. Drugą część stanowił kwestionariusz wzorowany na Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) [3]. Kwestionariusz zawiera 10 sekcji dotyczących każdej dziedziny życia (tab. 1). Na jego podstawie wyliczano procent niepełnosprawności zwany współczynnikiem niepełnosprawności – Oswestry Disability Index (ODI). Wartości ODI: od 0 do 20% oznaczają niepełnosprawność minimalną, 21–40% umiarkowaną, 41–60% ciężką, 61–80% inwalidztwo oraz 81–100% obłożnie chory. Stopień nasilenia bólu oceniano za pomocą skali VAS – Visual Analogue Scale. Jest to subiektywna ocena bólu w skali od 0 do 10, przy czym 0 oznacza, że ból nie występuje, a 10 oznacza najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić. Analizę statystyczną oparto na teście Chi^2 oraz na teście t -Studenta. Wartości mniejsze od $p < 0,05$ uznawano za istotne statystycznie.

Wyniki i omówienie

Od marca 2002 do lutego 2003 r. w Klinice Neurochirurgii we Wrocławiu z powodu spondylozy lędźwiowego odcinka kręgosłupa operowano łącznie 212 pacjentów. Przed operacją ankietę wypełniło 102 losowo wybranych chorych. Po

Tabela 1. Kwestionariusz wzorowany na Oswestry Disability Questionnaire

1. Intensywność bólu:

- A. Mój ból jest łagodny, nie muszę zażywać leków przeciwbólowych.
- B. Ból jest silny, ale radzę sobie bez leków.
- C. Leki całkowicie likwidują ból.
- D. Leki jedynie łagodzą ból.
- E. Leki niewiele pomagają w pozbyciu się bólu.
- F. Leki w ogóle mi nie pomagają.

2. Samoobsługa (mycie, jedzenie, ubieranie itp.):

- A. Mogę się sobą zajmować bez wywoływania dodatkowego bólu.
- B. Mogę się sobą zajmować normalnie, ale to powoduje dodatkowy ból.
- C. Zajmowanie się sobą jest bolesne przez cały czas, jestem powolny(a) i uważam na każdy ruch.
- D. Potrzebuję pomocy drugiej osoby, ale większość czynności wykonuję sam(a).
- E. Potrzebuję pomocy drugiej osoby każdego dnia, ale radzę sobie z wykonywaniem większości czynności.
- F. Nie potrafię się samodzielnie oporządzić, myję się z trudnością, nie wstaję z łóżka.

3. Podnoszenie:

- A. Podnoszę ciężkie przedmioty bez odczuwania dodatkowego bólu.
- B. Podnoszę ciężkie przedmioty, ale to wywołuje dodatkowy ból.
- C. Ból uniemożliwia mi podnoszenie ciężkich przedmiotów z podłogi, ale podnoszę je bez problemu, jeżeli są ustawione na stole.
- D. Mogę podnosić jedynie lekkie przedmioty ustawione na stole.
- E. Mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty.
- F. Nie mogę w ogóle niczego podnieść ani nosić.

4. Chodzenie:

- A. Chodzenie nie wywołuje u mnie bólu.
- B. Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 2 km.
- C. Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 1 km.
- D. Ból uniemożliwia mi przejście więcej niż 0,5 km.
- E. Mogę chodzić tylko za pomocą kul lub laski.
- F. Większość czasu siedzę lub leżę.

5. Siedzenie:

- A. Siedzenie nie sprawia mi bólu.
- B. Siedzenie nie sprawia mi bólu, jeżeli siedzę na wygodnym miejscu.
- C. Z powodu bólu nie mogę siedzieć dłużej niż 1 godzinę.
- D. Z powodu bólu nie mogę siedzieć dłużej niż pół godziny.
- E. Z powodu bólu nie mogę siedzieć dłużej niż 10 minut.
- F. Nie mogę w ogóle siedzieć.

6. Stanie:

- A. Kiedy stoję, nie odczuwam bólu.
- B. Mogę stać tak długo jak chcę, ale to wywołuje dodatkowy ból.

- C. Z powodu bólu nie mogę stać dłużej niż 1 godzinę.

- D. Z powodu bólu nie mogę stać dłużej niż pół godziny.

- E. Z powodu bólu nie mogę stać dłużej niż 10 minut.

- F. Nie mogę w ogóle stać.

7. Spanie:

- A. Ból nie przeszkadza mi w zaśnięciu.

- B. Mogę zasnąć tylko wtedy, gdy wezmę leki.

- C. Nawet, gdy wezmę leki, śpię krócej niż 6 godzin.

- D. Nawet, gdy wezmę leki, śpię krócej niż 4 godziny.

- E. Nawet, gdy wezmę leki, śpię krócej niż 2 godziny.

- F. Nie mogę w ogóle spać z powodu bólu.

8. Życie w społeczeństwie (robienie zakupów, spotkania ze znajomymi itp.)

- A. Moje życie w społeczeństwie jest normalne i nie wywołuje dodatkowego bólu.

- B. Moje życie w społeczeństwie jest normalne, ale wzmaga ból.

- C. Ból ogranicza tylko bardziej energiczne działania, np. tańczenie, uprawianie sportu.

- D. Z powodu bólu, trudno mi normalnie żyć w społeczeństwie, więc rzadko wychodzę z domu.

- E. W ogóle nie wychodzę z domu, z powodu bólu.

- F. Z powodu bólu, w ogóle nie spotykam się ze znajomymi.

9. Aktywność seksualna:

- A. Moja aktywność seksualna jest normalna, nie wywołuje dodatkowego bólu.

- B. Moja aktywność seksualna jest normalna, ale wywołuje dodatkowy ból.

- C. Moja aktywność seksualna jest prawie normalna, ale wywołuje bardzo silny ból.

- D. Moja aktywność seksualna jest mocno ograniczona, z powodu bólu.

- E. Moja aktywność seksualna jest prawie nieobecna, z powodu bólu.

- F. Z powodu bólu nie jestem w ogóle aktywny(a) seksualnie.

10. Podróżowanie:

- A. Podróżowanie nie wywołuje u mnie dodatkowego bólu.

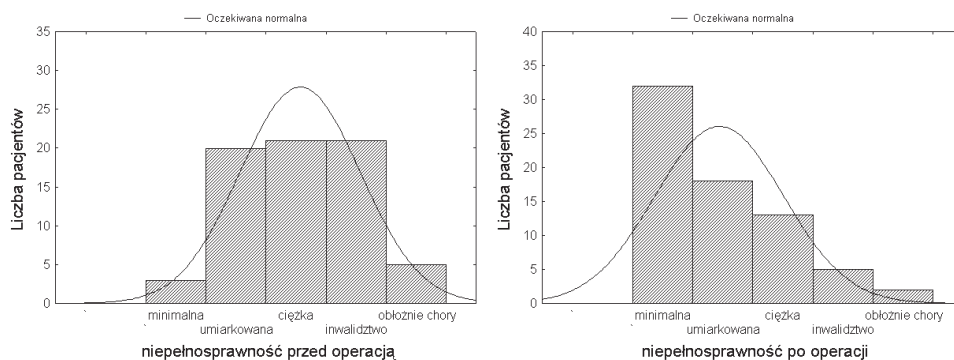
- B. Podróżowanie wywołuje u mnie dodatkowy ból.

- C. Ból jest uciążliwy, ale mogę podróżować przez ponad 2 godziny.

- D. Z powodu bólu nie mogę podróżować dłużej niż 1 godzinę.

- E. Z powodu bólu nie mogę podróżować dłużej niż pół godziny.

- F. Z powodu bólu nie mogę w ogóle podróżować.



Ryc. 1. Stopień niepełnosprawności przed i po operacji

upływie roku do wszystkich tych osób wysłano kwestionariusze pooperacyjne w celu oceny wyników leczenia. Ankiety otrzymano od 71 osób (69,6%).

Wśród ankietowanych było 43 mężczyzn (60,6%) oraz 28 kobiet (39,4%) w wieku od 22 do 71 lat (średni wiek: 46,5 lat). Większość operowanych osób miała nadwagę, średni wskaźnik masy ciała (BMI – Body Mass Index) wynosił 25,37 kg/m² (norma 20–24,9 kg/m²). Po zabiegu średni wskaźnik BMI dla całej grupy nie zmienił się, pomimo wyraźnych zaleceń redukcji nadwagi w okresie pooperacyjnym.

Operacja przepukliny jądra miazdzystego jest skuteczną metodą leczenia. Na pytanie, czy nastąpiła poprawa po operacji, większość pacjentów (83,1%) odpowiedziało twierdząco; nie zauważyło zmiany stanu zdrowia 9,9%; pogorszenie odczuwało 7% ankietowanych. Inni autorzy podają dość rozbieżne wyniki poprawy od 64 do 90% [4–7]. Najczęściej poprawa występowała bezpośrednio po zabiegu (w 31% przypadków), do 1 miesiąca w 14,1% przypadków, między 2 a 6 miesiącem poprawa wystąpiła u 16,9% osób, powyżej 6 miesięcy w 21,1% przypadków. W piśmiennictwie ocenę odległych wyników leczenia analizuje się w różnym czasie, jaki upłynął od operacji (od 1 do 7 lat) [4–7]. Ponieważ poprawa występuje najczęściej bezpośrednio po zabiegu, ocena wyników do 12 miesięcy wydaje się najbardziej związana z przeprowadzoną operacją.

Stan chorych po operacji oceniany był wskaźnikiem ODI (Oswestry Disability Index). Wskaźnik ten został po raz pierwszy opublikowany w 1980 r. na łamach czasopisma „Physiotherapy” przez Fairbank JC i wsp. [3]. Jest on sprawdzony i szeroko rozpowszechniony w piśmiennictwie. Służy ocenie stopnia niepełnosprawności osób cierpiących na schorzenia kręgosłupa [4, 8–13]. Wskaźnik ODI wyraźnie poprawił się, zarówno liczony jako średni procent niepełnosprawności, jak i w poszczególnych grupach. Średni stopień niepełnosprawności był wyższy przed (51%) niż po zabiegu (29%), zależność znamiennej statystycznie ($p < 0,05$). Ustąpienie dolegliwości lub minimalną niepełnosprawność po zabiegu stwierdzono u 45,2% operowanych, dla porównania

przed leczeniem ten stopień niepełnosprawności wykazano w zaledwie 4,2% ($p < 0,05$). Ponadto wyraźnie zmniejszył się odsetek pacjentów w 3 najcięższych kategoriach niepełnosprawności. Pełne dane przedstawiono na rycinie 1. Nasilenie bólu w skali VAS (Visual Analogue Scale) było istotnie wyższe przed operacją, wartość średnia: 8, w porównaniu ze stanem po leczeniu, wartość średnia 4,69. Jest to zależność statystycznie znamiennej ($p < 0,05$).

W grupie badanej dominowali pracownicy fizyczni 36,6% i bezrobotni 23,9%, emeryci i renciści stanowili 22,6%, najmniej było pracowników umysłowych 16,9%. Potwierdza to znany fakt, że ciężka praca fizyczna jest czynnikiem ryzyka wystąpienia objawów spondylozy lędźwiowej. Ciekawą obserwacją jest, że pomimo subiektywnej poprawy wyrażonej w ankiecie, w 83,1% przypadków liczba rencistów zwiększyła się o prawie jedną trzecią (28,2%). Dotyczy to zwłaszcza pracowników fizycznych: 42,3% z nich otrzymało świadczenia rentowe oraz bezrobotnych odpowiednio 47%. Natomiast tylko 1 osoba spośród pracowników umysłowych przeszła na rentę.

W okresie przedoperacyjnym popularne jest stosowanie tzw. alternatywnych metod leczenia [14]. Wśród naszych pacjentów przed operacją metody tego typu stosował prawie co drugi chory (44,2%). Najczęściej były to zabiegi kręgarskie (20,8%). Wszystkie stosowane metody leczenia niekonwencjonalnego zebrano w tabeli 2. W wyniku poprawy po leczeniu operacyjnym z alternatywnych metod leczenia korzystało tylko 11% osób.

Tabela 2. Alternatywne metody leczenia

	Przed operacją	Po operacji	Istotność statystyczna
kręgarstwo	20,8%	2,7%	$p < 0,05$
akupunktura	13%	5,5%	n.s.
ziołolecznictwo	6,5%	1,4%	n.s.
inne	3,9%	1,4%	n.s.
nie stosowano	55,8%	89%	$p < 0,05$

Wnioski

1. Poprawa jakości życia nastąpiła u większości pacjentów operowanych z powodu przepukliny jądra miazdżystego odcinka lędźwiowego kręgosłupa najczęściej bezpośrednio po operacji.
2. Średni stopień niepełnosprawności oraz natężenia bólu był wyraźnie niższy po zabiegu operacyjnym.
3. Pomimo subiektywnej poprawy prawie jedna trzecia ankietowanych przeszła na rentę.
4. Alternatywne metody leczenia były częściej stosowane przed operacją niż po zabiegu.

Piśmiennictwo

1. Kloc W. *Analiza skuteczności mikrochirurgicznego leczenia lędźwiowych przepuklin jądra miazdżystego*. Rozprawa habilitacyjna. AM Gdańsk; 1998.
2. de Loboef Charlotte Y, Luritsen Jens M, Lauritzen Torsten. Why has the search for causes of low back pain largely been nonconclusive? *Spine* 1997; 22: 877–881.
3. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1980; 8: 271–273.
4. Loupasis George A, Stamos K, Katonis PG, Sapkas G, Korres DS, Hartofilakidis G. Seven-to 20-year outcome of lumbar discectomy. *Spine* 1999; 22: 2313–2317.
5. Hanley EN, Shapiro DE. The development of low back pain after excision of lumbar disc. *J Bone Surg [Am]* 1989; 71: 719–721.
6. Spengler DM. Results with limited excision and selective foraminotomy. *Spine* 1982; 7: 604–607.
7. Davis RA. A long term outcome analysis of 984 surgically treated herniated lumbar discs. *J Neurosurg* 1994; 80: 415–421.
8. Roland M, Fairbank JC. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine* 2000; 24: 3115–3124.
9. Ohnmesis DD, Vanharanta H, Estlander AM, Jamsen A. The relationship of disability (Oswestry) and pain drawings to functional testing. *Eur Spine J* 2000; 9: 208–212.
10. Beurskens JHM, de Vet HCW, Koke AJA. Responsiveness of functional status in low back pain: a comparison of different instruments. *Pain* 1996; 65: 71–76.
11. Fairbank JC. Use of Oswestry Disability Index (ODI). *Spine* 1995; 20(13): 1535–1537.
12. Peterson CK, Bolton JE, Wood AR. A cross-sectional study correlating lumbar spine degeneration with disability and pain. *Spine* 2000; 2: 218–223.
13. Poitras S, Loisel P, Prince F, Lemaire J. Disability measurement in persons with back pain: a validity study of spinal range of motion and velocity. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 10: 1394–1400.
14. Rutkowska E, Kamiński S, Kucharczyk A. Sposoby medycyny alternatywnej stosowane przez chorych przed leczeniem operacyjnym dyskopatii lędźwiowej. *Neurol Neurochir Pol* 1999; 1: 1–10.

Adres I Autora:

Katedra i Klinika Neurochirurgii AM
ul. Traugutta 116
50-420 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIELĘGNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Problemy diagnostyczne i rokownicze w wodogłowie normotensyjnym

Diagnostic and prognostic problems in normal pressure hydrocephalus

ARTUR WEISER¹, WŁADYSŁAW BERNY¹, JANUSZ MIERZWA²,
JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS², RAFAŁ ZAŁUSKI¹

¹ Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Włodzimierz Jarmundowicz

² Z Zakładu Chorób Układu Nerwowego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Janusz Mierzwa

Streszczenie Otępienie jest przyczyną zaburzenia funkcjonowania osobniczego i społecznego człowieka. Wraz z wydłużaniem się średniej długości życia problematyka ta pojawia się coraz częściej i coraz większa liczba pacjentów wymaga różnych form opieki. Postęp w dziedzinie diagnostyki stanów otępiennych stwarza lepsze możliwości różnicowania i leczenia tych chorych. Celem pracy jest przedstawienie i ocena możliwości diagnostyki i różnicowania chorób otępiennych, ze szczególnym uwzględnieniem wodogłowie normotensyjnego oraz ocena rokownicza zespołu Hakima. Autorzy przedstawiają metodykę wykonywanego w Klinice Neurochirurgii AM we Wrocławiu testu dopełnieniowego z wykorzystaniem infuzji stałoprzepływowej. **Materiał i metody:** Ocenie podlegają kliniczne cechy zespołu Hakima i innych chorób otępiennych oraz badania neuroobrazujące, testy psychometryczne i inwazyjne testy dopełnieniowe i upustowe. Szczególna uwaga zostaje zwrócona na kliniczną przydatność testu infuzyjnego w różnicowaniu wodogłowie normotensyjnego od innych przyczyn otępienia. **Wnioski:** Największe znaczenie diagnostyczne i rokownicze w rozpoznawaniu wodogłowie normotensyjnego mają zaburzenia chodu, pojawiające się stosunkowo najwcześniej. Podstawą do ustalania wskazań do leczenia zastawkowego są wysokie wartości oporu resorpcji, otrzymywanego w wyniku testu infuzyjnego oraz badania neuroobrazujące różnicujące przyczyny morfologiczne stanów otępiennych, przebiegających z poszerzeniem układu komorowego.

Słowa kluczowe: otępienie, demencja, wodogłowie normotensyjne, zespół Hakima, test infuzyjny.

Summary Because of more frequent appearance of dementia and impairment of social functioning of dementive patient this disorder is taken under consideration in many studies. Advance of diagnostics make possible recognizing and differentiating dementive of disorders, with better defined prognostic factors. The aim of the study is evaluation of diagnostics and differentiation disorders undergoing with dementia. Special interest is put on normal pressure hydrocephalus and prognostic symptomatology of Hakim's syndrome. The authors present methodology of infusion test, performed in Department of Neurosurgery, University of Medicine in Wrocław. **Material and method:** Clinical features of Hakim's syndrome, psychometric tests, neuroimaging examinations and invasive infusion tests are evaluated. Special accent is put on clinical usefulness of infusion test in differential diagnostics of Hakim's syndrome and other dementias. **Conclusions:** Differential diagnostics of Hakim's syndrome is based on complex of findings with special value of gait disturbances, appearing relatively early. Basic factors are resorption resistance evaluated during infusion test and neuroimaging evaluation, useful in morphologic differentiating dementive disorders, undergoing with ventricular enlargement.

Key words: dementia, normal-pressure hydrocephalus, Hakim syndrome, infusion test.

Otępienie jest przyczyną zaburzenia funkcjonowania osobniczego i społecznego człowieka. Wraz z wydłużaniem się średniej długości życia problematyka ta pojawia się coraz częściej i coraz większa liczba pacjentów wymaga różnych form opieki. Postęp w dziedzinie diagnostyki stanów otępiennych stwarza lepsze możliwości różnicowania i leczenia tych chorób.

Celem pracy jest przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego diagnostyki i różnicowania wodogłowie normotensyjnego z innymi zespołami otępiennymi oraz skuteczności leczenia operacyjnego. Autorzy przedstawiają metodykę wykonywanego w Klinice Neurochirurgii AM we Wrocławiu testu dopełnieniowego z wykorzystaniem infuzji stałoprzepływowej.

Otępienie może być objawem wielu zespołów chorobowych. Definiuje się je jako postępujące upośledzenie funkcji intelektualnych (pamięci, osobowości, myślenia abstrakcyjnego, zdolności oceny, mowy, praktyki, percepcji, rozpoznawania i spostrzegania), które mają zasadniczy wpływ na zdolność człowieka do działania i pracy oraz odpowiednich zachowań społecznych (Weiner HL, Levitt LP, 1997). Klasyczny podział wyróżnia otępienie przedstarcze, pojawiające się przed 65 rokiem życia oraz, uznawane częściowo za proces naturalnego starzenia, otępienie starcze, mogące się pojawiać po 65 roku życia. Granicy tej nie należy jednak uznawać za stałą ze względu na różnice osobnicze. Ponadto inne procesy chorobowe o charakterze otępiennym, niezależne od zmian starczych, mogą pojawiać się w każdym wieku, nakładając się bądź imitując otępienie starcze. Konieczna staje się więc dokładna diagnostyka i zastosowanie dobrego leczenia, które w większości przypadków może spowolnić postępowanie procesu, a w niektórych przypadkach nawet wycofanie się jego objawów.

Zespół Hakima jest jedną z chorób przebiegających z objawami postępującego otępienia, w przypadku którego zastosowanie leczenia operacyjnego, polegającego na normalizacji bądź obniżeniu ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, przynosi ustąpienie objawów. Przyczyną zespołu jest wodogłowie normotensyjne, po raz pierwszy opisane przez Adamsa i Hakima w 1965 roku (Adams RD, Fisher CM, 1965; Hakim S, Adams RD, 1965). Na zespół ten składa się triada objawów w postaci postępującego pogorszenia zdolności umysłowych, niepewności chodu i zaburzeń kontroli mikcji. Ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego mierzone podczas nakłucia lędźwiowego nie wykraczają poza wartości prawidłowe, natomiast w badaniach obrazowych mózgowia widoczny jest poszerzony układ komorowy. Przyczyny poszerzonego układu komorowego upatruje się w zaburzeniach wchłaniania płynu mózgowo-rdzeniowego. Resorpcja płynu

mózgowo-rdzeniowego w wodogłowie normotensyjnym, jak wykazują to testy dopełnieniowe, jest znacznie obniżona. W stanie fizjologii wchłanianie płynu zachodzi głównie w kosmkach i ziarnistościach pajęczynówki, a także przez tkankę mózgową oraz bezpośrednio do naczyń włosowatych i małych żył (Portnoy HD, Branch C, 1994; Greitz D, Greitz T, 1997). Patomechanizm zespołu jest przedmiotem ciągłych badań. Pod uwagę bierze się zmniejszenie metabolizmu i przepływu krwi przez rozciągnięcie okołokomorowej istoty białej (Fisher CM, 1982; Waldemar G, Schmidt JF, 1993) oraz zwiększenie pulsacji ciśnienia wewnątrzkomorowego mózgu przy zmniejszonej podatności ścian komór bocznych powodujące dodatkowy uraz ciśnieniowy okołokomorowej istoty białej (Hakim S, Vengas JG, 1970; Bradley WG, Whittmore AR, 1991). W zespole wodogłowie normotensyjnego wyróżnia się wodogłowie idiopatyczne i wtórne. Wodogłowie wtórne może pojawić się w każdym wieku, podczas gdy wodogłowie samoistne pojawia się najczęściej w 6 i 7 dekadzie życia. Wodogłowie wtórne najczęściej występuje po wcześniejszych epizodach krwotoku podpajęczynówkowego lub zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i związane jest z zaburzeniami absorpcji płynu mózgowo-rdzeniowego przez ziarnistości pajęczynówki.

Diagnostyka

Rozpoznanie wodogłowie normotensyjnego jest trudne ze względu na duże podobieństwa niepełnoobjawowego zespołu Hakima do innych zespołów otępiennych. Szczegółowy wywiad z rodziną pacjenta i pacjentem pozwala w dużym stopniu zawęzić możliwe rozpoznania. Pod uwagę bierze się wiek pojawienia się pierwszych objawów, dynamikę progresji choroby, domniamaną przyczynę, występowanie zaburzeń mowy, pamięci, orientacji, myślenia abstrakcyjnego, nastroju i stanu świadomości.

Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera. Postęp choroby jest powolny, objawy narastają w ciągu lat, występują zaburzenia pamięci, dezorientacja, dysfagia, parafazje, agnozja wzrokowa i apraksja ruchowa. Innych ogniskowych objawów neurologicznych w zasadzie nie stwierdza się. Otępienie wielozawałowe występuje u chorych po przebytych incydentach niedokrwiennych mózgu, stwierdza się objawy ogniskowego uszkodzenia mózgu, w tym objawy piramidowe i rzekomoopuszkowe. Najczęściej towarzyszy wieloletnie nadciśnienie tętnicze, zwykle nieunormowane. Choroba Creutzfeldta i Jakoba ma zwykle kilkumiesięczny przebieg, kończący się śmiercią. Oprócz demencji rozwija się objawy piramidowe, pozapiramidowe

i mózdkowe, mioklonie, nadwrażliwość na dźwięki i światło. Charakterystyczne są zmiany w EEG, w postaci napadowych wyładowań wysokonapięciowych (Weiner HL, Levitt LP, 1997).

Otępienie w zespole Hakima ma charakter podkorowy i cechuje się inercją, zmniejszeniem uwagi, spowolnieniem umysłowym, zaburzeniami pamięci (Corkill RG, Cadoux-Hudson TAD, 1999; Gustafson L, Hagberg B, 1978; Thomsen AM, Borgesen SE, 1986). Brak występowania ubytków funkcji korowych pozwala na kliniczne odróżnienie otępienia w zespole Hakima od choroby Alzheimera. Testy psychometryczne są pomocne w różnicowaniu zaburzeń podkorowych od korowych deficytów poznawczych, zdefiniowanych jako zespół afazja–apraksja–agnozja (Bret P, Guyotat J, 2002).

Zaburzenia chodu występujące w zespole Hakima charakteryzują się zmianą schematu chodu, upośledzeniem odruchowego utrzymania prostej postawy, chód jest powolny, drobnymi krokami, na szerokiej podstawie. Jednocześnie przy prawidłowej sile mięśniowej i koordynacji kończyn dolnych napięcie mięśniowe jest wzmożone, a odruchy wygórowane (Corkill RG, Cadoux-Hudson TAD, 1999; Estanol BV, 1981; Nut JG, Marsden CD, 1993). Ze względu na przebieg włókien piramidowych w bezpośrednim sąsiedztwie komór bocznych zaburzenia chodu pojawiają się zwykle jako pierwsze spośród objawów przewlekłego wodogłowia i jako pierwsze też ustępują po skutecznym leczeniu zastawkowym (Graff-Ranford NR, Godersky JC, 1986). Zaburzenia zwieraczy w większości przypadków mają charakter zaburzeń kontroli mikcji.

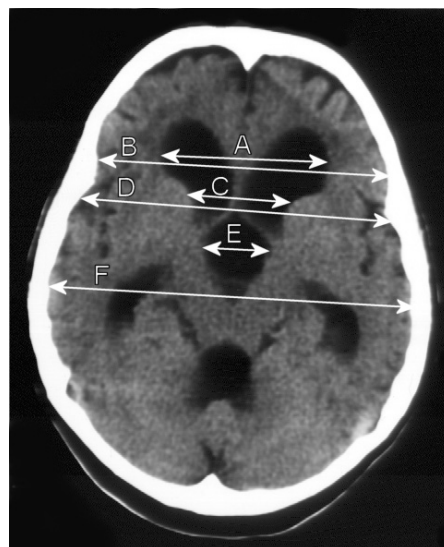
Demencja występuje w około 80% przypadków wodogłowia normotensyjnego. Nagłe jej pojawienie się jest bardziej charakterystyczne dla późnych stadiów zespołu Hakima. Zaburzenia chodu pojawiają się w około 86% przypadków i są kluczowym objawem różnicującym ten zespół od innych chorób demencyjnych. Stosunkowo rzadkie są zaburzenia kontroli mikcji, we wczesnych etapach wodogłowia normotensyjnego pojawiają się zaledwie w 24% przypadków, z tendencją wzrastającą do 54% w zaawansowanej formie (Gustafson L, Hagberg B, 1978; Fisher CM, 1982; Black PMcL, Ojemann RG, 1985; Meier U, Miethke C, 2003).

W zespole Hakima badania obrazowe tomografii komputerowej (TK) i magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI) przedstawiają poszerzony układ komorowy. Istotnymi wartościami są współczynniki: komorowy Evansa, definiowany jako: proporcja szerokości zewnętrznego zarysu rogów czołowych komór bocznych do największego wymiaru poprzecznego czaszki, mierzonego między blaszkami wewnętrznymi kości czaszki, dwuczołowy: określony jako proporcja naj-

większej rozpiętości rogów czołowych komór bocznych do wymiaru wewnętrznego czaszki na tym poziomie oraz dwuogoniasty (bikaudalny): wyznaczany jako proporcja odległości pomiędzy głowami jąder ogoniastych do wewnętrznego wymiaru czaszki na poziomie głów jąder ogoniastych (ryc. 1).

Wartości współczynnika Evansa przekraczające 30%, dwuczołowego powyżej 50% i dwuogoniastego powyżej 30% przemawiają za wodogłowiem.

Ocena mózgowia metodą MRI pozwala na rozpoznanie niedokrwienia głębokiej istoty białej, widocznego w postaci wzrostu intensywności sygnału T2 zależnego. Stan ten jest związany ze zwężeniem światła drobnych naczyń i spadkiem lokalnego mózgowego przepływu krwi (Walde-mar G, Schmidt JF, 1993; Tanaka A, Kimura M, 1997; Kimura M, Tanaka A, 1992). Ocena przepływu mózgowego istoty białej okołokomorowej jest możliwa z wykorzystaniem techniki SPECT (*single photon emission computed tomography*) po inhalacji ksenonu 133. Zmniejszenie wielkości komór po leczeniu operacyjnym skutkuje zwiększeniem przepływu krwi przez istotę białą i poprawą stanu neurologicznego pacjentów (Vorstrup S, Chistensen J, 1987). W badaniu metodą cysternografii radioizotopowej potwierdzeniem wodogłowia normotensyjnego jest przetrwanie aktywności znacznika w układzie komo-



Ryc. 1. Graficzne przedstawienie współczynnika Evansa (iloraz A/F), dwuczołowego (iloraz A/B) i dwuogoniastego (iloraz C/D). A – szerokość zewnętrznego zarysu rogów czołowych komór bocznych; B – wymiar wewnętrzny czaszki na poziomie rogów czołowych komór bocznych; C – odległość między głowami jąder ogoniastych; D – wewnętrzny wymiar czaszki na poziomie głów jąder ogoniastych; E – szerokość komory trzeciej; F – największy wymiar poprzeczny czaszki, mierzony między blaszkami wewnętrznymi kości czaszki

rowym po 48–72 godzinach od chwili jego podania. Chorzy tacy w około 75% reagują poprawą stanu po leczeniu operacyjnym (Gleason PL, Black PM, 1993; Sato O, Takei F, 1994).

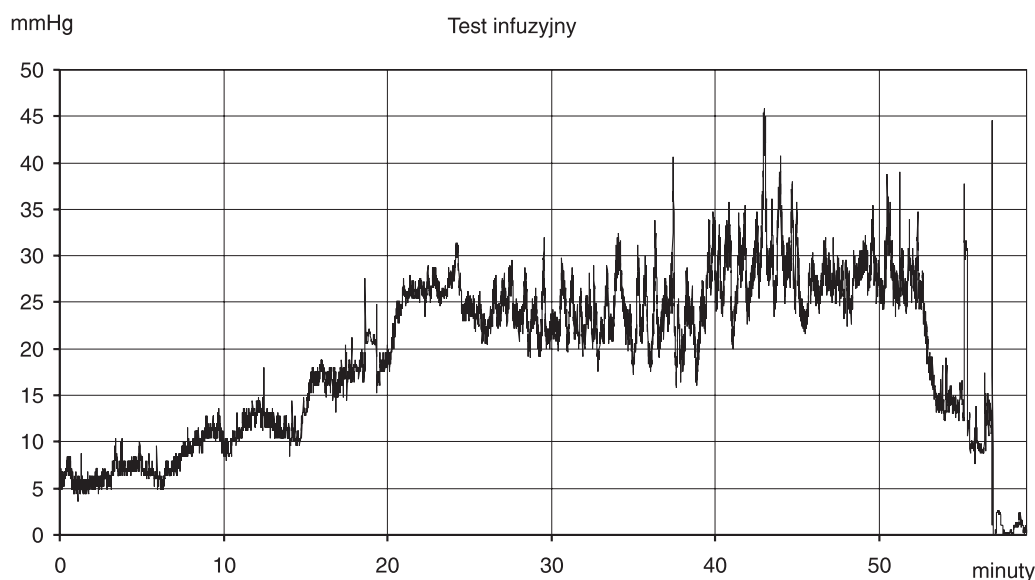
Poszerzony układ komorowy mózgu nie jest wystarczającym objawem do postawienia rozpoznania wodogłowie. Stan ten występuje także w procesach involucyjnych mózgu, pojawiających się zwykle w wieku starczym i niewywołujących objawów klinicznych bądź związanych z chorobą Alzheimer. Wtedy zwykle oprócz poszerzonych komór obserwuje się pogłębienie bruzd kory mózgu, ze zmniejszeniem grubości zarówno istoty szarej, jak i białej.

Inwazyjne metody diagnostyczne polegają na ocenie parametrów ciśnieniowo-objętościowych płynu mózgowo-rdzeniowego oraz wpływu zmian tych parametrów na stan neurologiczny chorego. Obecnie stosowane testy dynamiczne obejmują długotrwałe monitorowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego lub wewnątrzkanałowego, różne postacie testów dopełnieniowych oraz testy upustowe.

Testy dopełnieniowe tworzą grupę metod diagnostycznych będących jedynym źródłem ilościowej informacji o dynamice płynu mózgowo-rdzeniowego. Na mechanizmy kompensacji ciśnieniowo-objętościowej składają się dwie składowe: opornościowa (powolna), reprezentująca proces resorpcji CSF, oraz składowa pojemnościowa (szybka), oznaczająca proces przemieszczania płynu z przestrzeni wewnątrzczaszkowej do kanału kręgowego. W hydrodynamicznych testach dopełnieniowych dokonuje się kontrolowanego wlewu (infuzji) do wewnątrzczaszkowych lub kręgowych przestrzeni płynowych, płynu izotonicz-

nego z różnym natężeniem i dynamiką w zależności od rodzaju testu. W diagnostyce wodogłowie stosowane są: 1. test perfuzyjny polegający na wlewie ze stałym natężeniem w ciągu od 2 do 8 godzin (Pawłowski G, Milach-Uchman G, 1990), pozwalający na wyznaczenie natężenia resorpcji, natężenia produkcji oraz rezystancji resorpcji; 2. test bolusowy polegający na szybkim podaniu małej ilości soli fizjologicznej (ok. 1 do 3 ml) w czasie kilku sekund, umożliwiając wyznaczenie oporu resorpcji płynu oraz elastancji wewnątrzczaszkowej; 3. test stałociśnieniowy, wykorzystujący wlew płynu, który stabilizuje poziom ciśnienia wewnątrzczaszkowego i pozwalający na wyznaczenie rezystancji resorpcji płynu (Cieśllicki K, 2001; Traczewski W, Moskała M, 2001) oraz 4. test infuzyjny ze stałym natężeniem wlewu polegający na podaniu, drogą nakłucia lędźwiowego, dodatkowej objętości płynu ze stałym natężeniem i ocenie dynamiki ciśnienia wewnątrzczaszkowego, na podstawie skomputeryzowanego pomiaru ciśnienia w kanale kręgowym (ryc. 2).

Infuzja płynu prowadzona jest do chwili ustalenia się nowego stanu równowagi (faza plateau) lub do momentu osiągnięcia przez ciśnienie granicy bezpieczeństwa, przyjętej za 40 mm Hg i wymagającego zaprzestania infuzji. Wartość oporu resorpcji jest równa różnicy ciśnienia plateau i ciśnienia wyjściowego podzielonej przez natężenie infuzji. Wartości poniżej 10 mm Hg/ml/min uznawane są za fizjologiczne, pomiędzy 10 a 13 mm Hg/ml/min stanowią wartości graniczne, natomiast przekraczające 13 mm Hg/ml/min uznawane są za patologiczne (Czapiga B, Zub W, 2000; Meier U, Miethke C, 2003). Bieżącej ocenie podlega również stan neurologiczny pacjenta, zarówno podczas poszczegół-



Ryc. 2. Wykres przebiegu ciśnienia w czasie dopełnieniowego testu infuzyjnego. Widoczne jest ustalone plateau ciśnienia, z nasilonymi falami typu B. Po zakończonym teście dokonano upustu płynu mózgowo-rdzeniowego

nych etapów badania, jak i w okresie bezpośrednio następującym po badaniu. Po zaprzestaniu infuzji istotna jest ocena tempa spadku wartości ciśnienia i nowa ustalająca się jego wartość. Każdorazowo test kończony jest upustem płynu do wartości prawidłowego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Wysokie wartości oporu wchłaniania płynu, przekraczające 12,5 mm Hg/ml/min mają w wodogłowie normotensyjnym czułość 98,5% i swoistość 62% (Dauch WA, Zimmermann R, 1990).

Występowanie w zapisie ciśnienia płynu fal typu B, charakteryzujących się czasem trwania od 20 do 120 sekund oraz amplitudą powyżej 5 mm, świadczy o zmniejszonej wewnątrzczaszkowej rezerwie kompensacyjnej i aktywnej autoregulacji krążenia mózgowego. Fale B pojawiające się, przez co najmniej 50% czasu monitorowania, świadczą ponadto o większym prawdopodobieństwie pomyślniej odpowiedzi na leczenie zastawkowe (Pickard JD, Teasdale G, 1980; DiRocco C, 1984). Fale B pojawiają się także przy zastosowaniu wielogodzinnego pomiaru ciśnienia wewnątrzczaszkowego o wartościach powyżej 25 mm Hg, na bazie wyjściowych wartości prawidłowych, szczególnie podczas snu. Obserwowane w czasie snu wyższe ciśnienia wewnątrzczaszkowego związane są z fazą snu REM i przekrwieniem mózgu (Nagaratnam N, 1994).

Przewidywanie skuteczności leczenia zastawkowego przeprowadzane jest także na podstawie testów upustowych (ang. *tap-test*). Ocena kliniczna stanu neurologicznego pacjenta jest dokonywana po kolejnych upustach około 50 ml płynu mózgowo-rdzeniowego lub drogą drenażu ciągłego w ciągu kolejnych dni, drogą nakłucia lędźwiowego lub bezpośredniego drenażu komorowego (Wikkelsø C, Andersson H, 1982; Wikkelsø C, Andersson H, 1986).

Celem leczenia zastawkowego wodogłowie normotensyjnego jest zwiększenie objętości układu płynowego mózgu oraz zwiększenie perfuzji płynu mózgowo-rdzeniowego. Ponadto układ zastawkowy ma zabezpieczać przed wzrostami ciśnienia wewnątrzczaszkowego, np. podczas snu, natomiast nie zmniejszać ciśnienia wewnątrzczaszkowego, które zwykle jest prawidłowe (Sklar FH, Lindler ML, 1984; Greitz TV, Greppe AO, 1969). Mimo stałego postępu technologii wyniki leczenia pozostają wciąż niesatysfakcjonujące (Meier U, Miethke C, 2003). Ogólna poprawa po leczeniu wynosi (zależnie od źródła) od 31 do 96% (Gustafson L, Hagberg B, 1978; Raftopoulos C, Massager

N, 1996; Vila F, Ferrer E, 1980). Porównanie wyników leczenia z użyciem różnych typów zastawek dokomorowych wykazało, że układy nisko- i średniociśnieniowe w podobnym stopniu powodują poprawę stanu pacjentów, natomiast częstość pojawiania się krwiałaków podtwardówkowych, będących skutkiem zespołu przedrenowania, była znacząco większa w przypadku zastawek niskociśnieniowych (71%), w porównaniu z 34% w przypadku średniociśnieniowych (Hebb AO, Cusimano MD, 2001). Poprawa stanu neurologicznego nastąpiła zarówno, gdy układ komorowy ulegał zwężeniu, jak i gdy nie dochodziło do zmniejszenia wielkości układu komorowego. Ocena wyników leczenia zastawkowego różni się także dla postaci wodogłowie normotensyjnego. W typie wodogłowie samoistnego średnio 59% pacjentów uzyskuje poprawę po leczeniu, lecz tylko u 29% utrzymuje się ona długotrwale. W przypadku wodogłowie wtórnego trwałą poprawę uzyskuje się u 64% operowanych. Leczenie zastawkowe związane jest z występowaniem powikłań w 38% przypadków, powtórnego zabiegu wymaga średnio 22% chorych. U 6% dochodzi do ciężkich ubytków neurologicznych lub śmierci (Hebb AO, Cusimano MD, 2001). Znacząco lepsze wyniki uzyskuje się w pełnoobjawowych zespołach wodogłowie normotensyjnego, z dominującymi zaburzeniami chodu. Wysoka czułość testu infuzyjnego oraz możliwość oceny klinicznej po teście upustowym po zakończeniu infuzji pozwala na stosunkowo precyzyjne określenie wskazań do leczenia zastawkowego przy przyjęciu wartości oporu resorpcji równego 13 mm Hg/ml/min.

Wnioski

Największe znaczenie diagnostyczne i rokownicze mają stwierdzone zaburzenia chodu, pojawiające się stosunkowo najwcześniej w przebiegu choroby. Podstawą do ustalania wskazań do leczenia zastawkowego są wysokie wartości oporu resorpcji, otrzymywanego w wyniku testu infuzyjnego oraz badania neuroobrazujące (TK, MRI, badania radioizotopowe) różnicujące przyczyny morfologiczne stanów otępiennych, przebiegających z poszerzeniem układu komorowego, w tym atrofii mózgu, zwężenia wodociągu mózgu i okołokomorowego upośledzenia przepływu krwi. Pomocne i uzupełniające znaczenie mają testy psychometryczne.

Piśmiennictwo

1. Weiner HL, Levitt LP, *Neurologia*. Red. wyd. pol. R. Podemski, Wrocław: Urban & Partner; 1997: 58–66.
2. Adams RD, Fisher CM, Hakim S, Ojemann RG, Sweet WH. Symptomatic occult hydrocephalus with „normal” cerebrospinal fluid pressure: a treatable syndrome. *N Engl J Med* 1965; 273: 117–126.

3. Hakim S, Adams RD. The special clinical problem of symptomatic hydrocephalus with normal cerebrospinal fluid pressure. *J Neurosci* 1965; 2: 307–327.
4. Portnoy HD, Branch C, Castro ME. The relationship of intracranial venous pressure to hydrocephalus. *Childs Nerv Syst* 1994; 10: 29–35.
5. Greitz D, Greitz T, Hindmarsh T. A new view on the CSF-circulation with the potential for pharmacological treatment of childhood hydrocephalus. *Acta Paediatr* 1997; 86: 125–132.
6. Fisher CM. Hydrocephalus as a cause of disturbances of gait in the elderly. *Neurology* 1982; 32: 1358–1363.
7. Waldemar G, Schmidt JF, Delecluse F, Andersen AR, Gjerris F, Paulson OB. High resolution SPECT with (99m Tc)-d,l-HMPAO in normal pressure hydrocephalus before and after shunt operation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 655–664.
8. Hakim S, Vengas JG, Burton JD. The physics of the cranial cavity, hydrocephalus and normal pressure hydrocephalus: mechanical interpretation and mathematical model. *Surg Neurol* 1970; 5: 187.
9. Bradley WG, Whittemore AR, Watanabe AS i wsp. Association of deep white matter infarction with chronic communicating hydrocephalus: implications regarding the possible origin of normal pressure hydrocephalus. *Am J Neuroradiol* 1991; 12: 31–39.
10. Corkill RG, Cadoux-Hudson TAD. Normal pressure hydrocephalus: developments in determining surgical prognosis. *Curr Opin Neurol* 1999; 12: 671–677.
11. Gustafson L, Hagberg B. Recovery in hydrocephalic dementia after shunt operation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1978; 41: 940–947.
12. Thomsen AM, Borgeesen SE, Bruhn P i wsp. Prognosis of dementia in normal pressure hydrocephalus after a shunt operation. *Ann Neurol* 1986; 20: 304–310.
13. Bret P, Guyotat J, Chazal J. Is normal pressure hydrocephalus a valid concept in 2002? A reappraisal in five questions and proposal for a new designation of syndrome as „chronic hydrocephalus”. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 9–12.
14. Estanol BV. Gait apraxia in communicating hydrocephalus. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1981; 44: 305–308.
15. Nut JG, Marsden CD, Thompson PD. Human walking and higher-level gait disorders particularly in the elderly. *Neurology* 1993; 43: 268–279.
16. Graff-Ranford NR, Godersky JC. Normal pressure hydrocephalus. Onset of gait abnormality before dementia predicts good surgical outcome. *Arch Neurol* 1986; 43: 940–942.
17. Black PMcL, Ojemann RG, Tzouras A. CSF shunts for dementia, incontinence and gait disturbance. *Clin Neurosurg* 1985; 32: 632–651.
18. Meier U, Miethke C. Predictors of outcome in patients with normal-pressure hydrocephalus. *J Clin Neurosci* 2003; 10(4): 453–459.
19. Tanaka A, Kimura M, Nakayama Y i wsp. Cerebral blood flow and autoregulation in normal pressure hydrocephalus syndrome. *Neurosurgery* 1997; 40: 1161–1168.
20. Kimura M, Tanaka A, Yoshinaga S. Significance of periventricular hemodynamics in normal pressure hydrocephalus. *Neurosurgery* 1992; 30: 701–704.
21. Vorstrup S, Chistensen J, Gjerris F i wsp. Cerebral blood flow in patients with normal pressure hydrocephalus before and after shunting. *J Neurosurg* 1987; 66: 379–387.
22. Gleason PL, Black PM, Matsumae M. The neurobiology of normal pressure hydrocephalus. *Neurosurg Clin N Am* 1993; 4: 667–675.
23. Sato O, Takei F, Yamada S. Hydrocephalus: is impaired cerebrospinal fluid circulation only one problem involved? *Childs Nerv Syst* 1994; 10: 151–155.
24. Pawłowski G, Milach-Uchman G. Diagnostyczne testy dopełnieniowe w ocenie mechanizmów kompensacji objętościowo-ciśnieniowej wewnątrzczaszkowych przestrzeni płynowych. *Neur Neurochir Pol* 1990; 24: 77–82.
25. Cieśllicki K. *Hydrodynamiczne uwarunkowania krążenia mózgowego*. Warszawa: Akademicka Oficyna Wydawnicza EXIT; 2001.
26. Traczewski W, Moskała M, Chruściel M i wsp. Rozwój badań nad mechanizmami wewnątrzczaszkowej kompensacji objętościowo-ciśnieniowej. *Neurotraumatologia* 2001; 1: 54–62.
27. Czapiga B, Zub W, Mierzwa J i wsp. Test infuzyjny w kwalifikacji chorych z wodogłowiem do założenia zastawki. *Neur Neurochir Pol* 2000; 34: 103–113.
28. Dauch WA, Zimmermann R. Der Normaldruck – Hydrozephalus. Eine Bilanz 25 Jahre nach der Erstbeschreibung. *Fortschr Neurol Psychiatry* 1990; 58: 178–190.
29. Pickard JD, Teasdale G, Matheson M i wsp. *Intraventricular pressure waves: the best predictive test for shunting in normal pressure hydrocephalus*. [w:] Shulman K, Marmarou A, Miller JD i wsp. *Intracranial Pressure*. Berlin: Springer; 1980: 498–500.
30. DiRocco C. *Hydrocephalus and cerebrospinal fluid pulses*. [w:] Shapiro K, Marmarou A, Portnoy H. *Hydrocephalus*. New York: Raven Press; 1984: 231–250.
31. Nagaratnam N. Psychiatric and behavioural manifestations of normal pressure hydrocephalus. *Br J Clin Pract* 1994; 48: 122–124.
32. Wikkelso C, Andersson H, Blomstrand C i wsp. The clinical effect of lumbar puncture in normal pressure hydrocephalus. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982; 45: 64–69.
33. Wikkelso C, Andersson H, Blomstrand C i wsp. Normal pressure hydrocephalus: predictive value of the cerebrospinal fluid tap-test. *Acta Neurol Scand* 1986; 3: 566–573.

34. Sklar FH, Lindler ML. *The role of the pressure volume relationship of the brain elasticity in the mechanics and treatment of hydrocephalus*. [w:] Szapiro K, Marmarou A, Portnoy H i wsp. *Hydrocephalus*. New York: Raven Press; 1984.
35. Greitz TV, Grepe AO, Kalmer MS i wsp. Pre- and postoperative evaluation of cerebral blood flow in low pressure hydrocephalus. *J Neurosurg* 1969; 31: 644–651.
36. Raftopoulos C, Massager N, Baleriaux D i wsp. Prospective analysis by computed tomography and long-term outcomes of 23 adult patients with chronic idiopathic hydrocephalus. *Neurosurgery* 1996; 38: 51–59.
37. Vila F, Ferrer E, Isamaat F. *Icp monitoring in benign transcranial hypertension*. [w:] Shulman K, Marmarou A, Miller JD i wsp. *Intracranial pressure*, vol. IV. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1980: 549–552.
38. Hebb AO, Cusimano MD. Idiopathic normal pressure hydrocephalus: a systematic review of diagnosis and outcome. *Neurosurgery* 2001; 49(5): 1166–1186.
39. Borgesen SE. Conductance to out flow of CSF in normal pressure hydrocephalus. *Acta Neurochir (Wien)* 1984; 71: 1–45.
40. Dzik M. *Analiza zmian ciśnienia wewnątrzczaszkowego podczas próby dopełnieniowej*. Praca magisterska. Wrocław: Politechnika Wroclawska; 2003.
41. Mathew NT, Meyer JS, Hartmann A, Ott EC. Abnormal cerebrospinal fluid blood flow dynamics. Implications in diagnosis, treatment and prognosis in normal pressure hydrocephalus. *Arch Neurol* 1975; 32: 657–664.

Adres I Autora:

Katedra i Klinika Neurochirurgii AM

ul. Traugutta 116

50-420 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIELEŃNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Aktualne dokonania wrocławskiej spondyliatrii (patologia, diagnostyka, profilaktyka i leczenie chorób i urazów kręgosłupa)

Current achievements of the Wrocław spondyliatry (patology, diagnostics,
prophylaxis and the treatment of illnesses and injuries of spine)

GERWAZY ŚWIDERSKI, FRANCISZEK CHMIELAK, KRYSZYNA ŚWIDERSKA,
STEFAN OKUROWSKI, DARIUSZ TUCHOWSKI, SEBASTIAN PIETRUSZKA

¹ Z Kliniki Spondyliatrii we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr. med. Gerwazy Świderski

² Z Zakładu Rehabilitacji Leczniczej Chorób i Urazów Kręgosłupa we Wrocławiu

Kierownik: mgr rehab. Stefan Okurowski

³ Z Oddziału Chirurgii Kręgosłupa Szpitala Górniczego w Jastrzębiu Zdroju

Kierownik: dr Franciszek Chmielak

⁴ Z Pracowni Psychologicznej MON we Wrocławiu

Kierownik: mgr psych. Dariusz Tuchowski

Streszczenie W wykładzie przedstawiamy najbardziej istotne dokonania naszego zespołu. Dotyczą one: 1. Znaczenia gabarytu tkankowego w strukturach kręgosłupa. 2. Ziarniny odczynowej jako głównej przyczyny uporczywych bólów spondylogennych. 3. Cyfrowe badania RTG w obiektywizacji chybotliwości łączy międzykręgowych. 4. Najnowsze zewnętrzne stabilizatory kręgosłupa w ratownictwie i transporcie osób z porażeniami. 5. Technika operacji kręgosłupa z zastosowaniem tzw. nawigatora – skalpela elektromagnetycznego i kontroli w monitorze komputerowym. 6. Dokonanie pełnej rekonstrukcji łącza międzykręgowego (usunięcie zmian patologicznych oraz międzyczłonowa spondylodeza z dostępu grzbietowego). Celem pracy jest informacja o najnowszych metodach leczenia stosowanych od 1991 r. u osób z porażeniami po urazach kręgosłupa. Program naszej terapii opiera się przede wszystkim na natychmiastowej interwencji chirurgicznej, terapii całego ustroju (leki itp.) oraz specjalistycznej fizjoterapii. Z najważniejszych metod zachowawczych, jakie obecnie stosujemy, przedstawiamy dwie metody. A. Pierwsza metoda polega na przywracaniu lub poprawie czynności układu nerwowego za pomocą ćwiczeń wykonywanych na specjalnym stanowisku aparatomym, umożliwiającym precyzyjne dawkowanie podprogowej wielkości obciążeń. Ćwiczenia te uzupełniamy zabiegami antygravitacyjnymi. B. Druga metoda stosowana od 2002 roku polega na optymalnym wyregulowaniu czynności bioelektrycznych centralnego układu nerwowego. Opiera się ona na diagnostyce fal mózgowych (alfa, beta, theta, SMR). Dzięki tym zabiegom uzyskujemy rozluźnienie mięśni, obniżenie napięcia spastycznego, „wyciszenie” pacjenta, lepszą koncentrację oraz zapobiegamy zaburzeniom psychicznym (np. depresji) u tetraplegików.

Summary The Clinical Institution for Institute Spine “AKSON” Wrocław Bierutowa str. 23. The lecture includes the most essential achievements of our team (1993–2004). They concern: 1. The meaning of the tissue gabarit in the structure of spine. 2. The reactive granulation as the main reason of strong spondylogenic pains. 3. The digital rtg examinations in the objectivisation of wobbing intervertebralis connections. 4. The newest outer stabilisators of spine in the rescuing and transportation of people with paralysis. 5. The technics of surgery on spine with the usage of a navigator – an electromagnetic scalpel and the control in the computer screen. 6. The maling of the full connection the removal of pathological changes and intervertebral spondylodesis from the back access. The aim of this paper is information about the newest methods of treatments used since 1991 for people with pa-

ralysis after spine injuries. The programme of our therapy is based mainly on the immediate surgical intervention, therapy of the whole body and specialistic physiotherapy. We present two out of the most conservative methods which are currently used: A. The first method is based on the revival and improvement of the nervous system activities with the help of exercises done on the special equipment which enables the precise dosing of the least load. These exercises are assisted by antigravitation activities. B. The second method used since 2002 is based on the optimal regulation of bioelectric activities of the central nervous system. It is based on the diagnosis of brain waves ab (alfa, beta, theta, SMR). Thanks of these activities we achieve muscle relaxation, decrease of spastic tension, calming down a patient, better concentration and we stop psychological disorders of tetraplegic.

Nasi poprzednicy

Przedstawiając obecne problemy o urazach i chorobach kręgosłupa, poczuwamy się do obowiązku powiadomienia, że nie podjęlibyśmy tych tematów i nie byłibyśmy w stanie ich tak dogłębnie wyjaśnić, gdyby nie przeszło 100-letnia tradycja śląskich spondyliatrów.

Ich osiągnięcia są tak znaczące, że bezspornie przyczyniły się w znacznej mierze do obecnego wysokiego poziomu skutecznego leczenia tych epidemicznych schorzeń i uszkodzeń narządu ruchu (ryc. 1, 2).

Dziś występując na tym międzynarodowym forum wypada choćby w telegraficznym skrócie wymienić te najistotniejsze, twórcze i oryginalne dokonania.

Pierwszymi ich autorami byli Jan Radecki (ryc. 3) i Waloszka Tomaszewska. To oni w klasycznej monografii z 1905 r. wytyczyli jako pierwsi do dziś obowiązujące kanony leczenia wad postawy i skrzywień kręgosłupa.

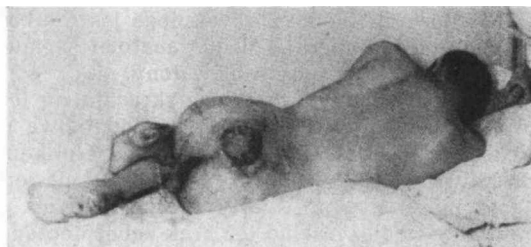
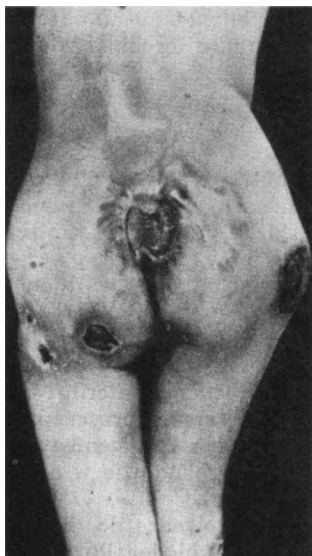
Również we Wrocławiu wyjaśniono, że głównym sprawcą ostrych, dokuczliwych bólów krzyża jest ziarnina odczynowa (ryc. 4, 5 i 6). To ona rozstrzyga o przebiegu uporczywości lub rychłego ustępowania dolegliwości (T. Suder, M. Jeleń, B. Łukaszewski, P. Gabriel, G. Świdorski 1960–2004).

Innym ważnym odkryciem było ukazanie pierwotnej, najważniejszej przyczyny zmian zwyrodnieniowych w kręgosłupie, tzn. chybotliwości łączki międzykręgowych (G. Świdorski 1965–1975).

Za pomocą cyfrowej, czynnościowej rentgenodiagnostyki wyjaśniono i podano obiektywną



Ryc. 1. Pacjent z porażeniami kończyn górnych i dolnych po złamaniu kręgosłupa odzyskał pełną sprawność w Klinice Spondyliatrii we Wrocławiu



Ryc. 2. Do 1951 roku porażeni po złamaniach kręgosłupa ginęli z powodu rozległych odleżyn i zakażeń dróg moczowych



Ryc. 3. Jan Gozdawa Mikulicz-Radecki 1904 r.

weryfikację tej instabilizacji (T. Mielecki, G. Świderski, S. Okurowski 1995).

Również we Wrocławiu wyjaśniono na czym polega mechanizm manipulacji kręgosłupa. Istota bowiem tego zabiegu to nie nastawianie kręgu, lecz bierne rozciąganie bólowo napiętych i przykurczonych tkanek (M. Holak 1957).

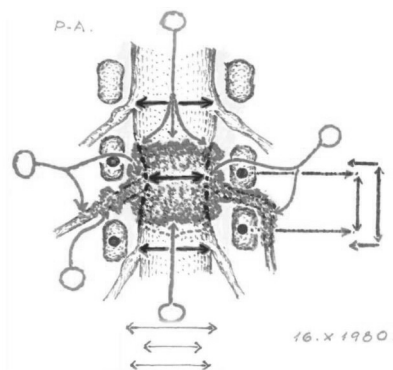
We Wrocławiu na Zjeździe Ortopedów w 1961 r. przedstawiliśmy skuteczność dokanałowego podawania prostygminy. To dzięki tej metodzie uzyskujemy skuteczne leczenie spastycznych przykurczeń u porażonych po złamaniach kręgosłupa (G. Świderski).

Podczas Kongresu w Bazylei w roku 1980 oceniono jako najskuteczniejszą operację z wyboru opracowaną we Wrocławiu plastykę kręgosłupa w uporczywych bólach łączy międzykręgowych. Zabieg ten polega na usunięciu nie tylko wypadniętego krążka międzykręgowego, lecz również na usunięciu wszystkich zmian patologicznych i ustabilizowaniu chybotliwych kręgow.

To tylko niektóre wrocławskie dokonania o znaczeniu światowym.

Wymieniając je należy jednak podkreślić, że oprócz wrocławian przyczynili się wielce koledzy z ośrodków spondyliatrycznych w Piekarach (J. Daab), Zabrze (F. Chmielak), Jastrzębiu Zdroju (A. Zappa) i w Korfantomie (W. Bilik).

Niemale znaczenie w tych osiągnięciach zawdzięczamy wieloletniej rzetelnej i ofiarnej



Ryc. 5. Granulacja odczynowa uciskająca rdzeń oraz zakotwicząca korzenie nerwów rdzeniowych (szkic śródoperacyjny)

współpracy z kolegami z Poznania (G. Świderski, J. Borszewski, H. Powiertowski i T. Frąckowiak).

Materiał i wyniki

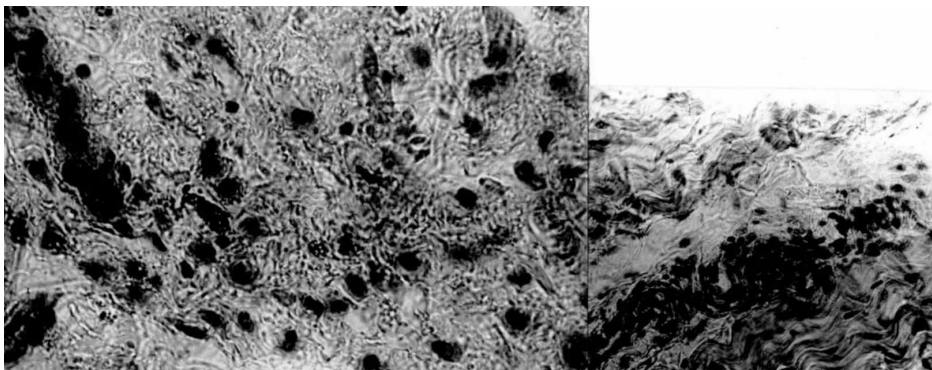
Od 1939 do 2004 roku leczylimy w wymienionych ośrodkach 5464 hospitalizowanych pacjentów z urazami kręgosłupa.

Natomiast metody, które przedstawimy szczegółowo, pochodzą z lat 1992–2003. Rehabilitowaliśmy wtedy we Wrocławiu w Klinice Spondyliatrii CIOMS (pierwszej w świecie) (ryc. 7) 79 porażonych, w tym: 13 po urazie w części lędźwiowej, 31 – piersiowej i 35 w części szyjnej kręgosłupa.

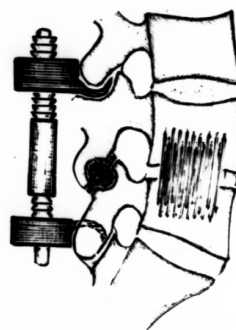
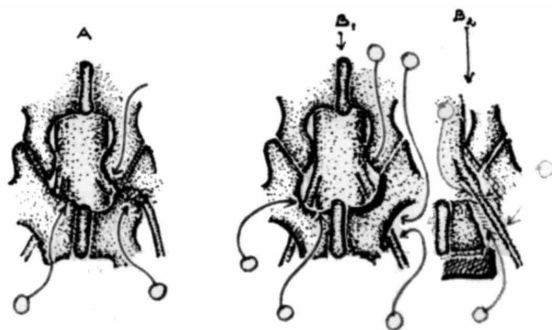
Leczenie rozpoczynaliśmy od pobytów w szpitalu, następnie w naszym Zakładzie Rehabilitacji i co niezmiernie ważne również w domu z pomocą organizowanych ofiarnych „Rodzinnych wspólnot chorych i ich przyjaciół” (ryc. 8). Ich znaczenie omówiliśmy szczegółowo podczas Krajowej Konferencji Lekarzy Rodzinnych w 2000 r.

Reedukacja mięśni z pomocą podprogowych wielkości obciążeń

Pierwsza metoda polega na przywracaniu lub poprawie czynności układu nerwowego za po-



Ryc. 4. Ziarnina odczynowa rozstrzyga o nasileniu bólów (badanie mikroskopowe)



Ryc. 6. Szkic pooperacyjny – stan po pełnej eksploracji i sulkuzacji korzeni i stabilizacji metalowym dystryktorem.



Ryc. 7. Klinika Spondyliatrii we Wrocławiu



Ryc. 8. Spotkanie Rodzinnej wspólnoty chorych i ich przyjaciół. Klinika Spondyliatrii, Wrocław 2003

mocą ćwiczeń wykonywanych na specjalnym stanowisku aparatomym, umożliwiającym precyzyjne dawkowanie podprogowej wielkości obciążeń. Program ten zawiera również zabiegi antygravitacyjne, uwzględniające ćwiczenia wyznaczników i cech chodu.

Założenia

Stosowana przez nas od 1992 r. fizjoterapia w porażeniach opiera się na znajomości zjawiska neuroplastyczności, tzn. zmiany czynności neuronów nawet po długim okresie od urazu. Niezdolność do wykonywania ruchów wskutek urazu, a następnie stale powtarzana reedukacja czynności ruchowych staje się przyczyną modyfikacji topografii funkcjonalnej ośrodkowego

układu nerwowego. W tym czasie komórki ośrodkowego układu nerwowego mogą ulec stopniowej, częściowej lub całkowitej „regeneracji” – wznowiają swoją funkcję, dzięki zjawiskom pre- i postsynaptycznym (reguła Hebb’a).

Metoda

Zabiegi prowadzone są na specjalnym stanowisku zaopatrzone w system bloczków o znikomych oporach własnych (ryc. 9, 10) oraz odpowiednim doborze ustawienia bloczka kierunkowego. Reedukację rozpoczynamy od zrównoważenia ciężaru kończyny. Pierwsze ćwiczenia polegają na pokonaniu obciążenia równoważącego ciężar kończyny, np. przy prostowaniu kończyn dolnych w stawach biodrowych w leżeniu tyłem.

Wraz z poprawą efektywności ruchu w kolejnych seriach ćwiczenia precyzyjnie, z dokładnością do kilku gramów, zwiększamy obciążenie. Po kolejnych ćwiczeniach uzyskuje się siłę mięśni umożliwiającą wykonanie ćwiczenia z coraz większym oporem.

Każde przedwczesne przejście do próby ćwiczenia ze zbyt dużym obciążeniem prowadzi do przeciążenia i utrudnia postęp powrotu czynności mięśniowej. Z naszego 12-letniego doświadczenia wynika, że jest to jedna z przyczyn niepowodzeń w kinezyterapii porażień po urazach kręgowego.

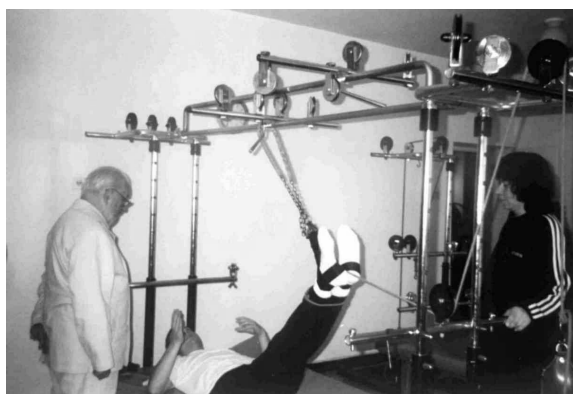
Reedukacja pracy mięśni i inne zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane były 5 razy w tygodniu od 3 do 5 godzin dziennie. Pacjentów porażonych otaczaliśmy stałą, holistyczną opieką, tzn. troską o wszystkie narządy i systemy jednocześnie, stwarzając im najkorzystniejsze warunki bytowe w naszej Klinice, a następnie w warunkach domowych, organizując „Rodzinne wspólnoty opieki nad chorymi”.

Wyniki

Uzyskane wyniki leczenia i usprawniania pozwalają stwierdzić, że u pacjentów po urazach kręgosłupa z powikłaniami neurologicznymi znacznie szybciej i w większym zakresie wracała czynność uszkodzonych mięśni, co umożliwiło podjęcie prób chodu z zaopatrzeniem ortope-



Ryc. 9. Stanowiska do ćwiczeń z obciążeniami podprogowymi



Ryc. 10. Stanowiska do ćwiczeń z obciążeniami podprogowymi

dycznym oraz istotnie wpłynęło na poprawę samodzielności. Stosując tę metodę, osiągamy poprawę jeszcze po 2–3 latach od urazu.

Pionierskie zastosowanie aparatu EEG Neurobiofeedback w terapii osób po urazach kręgosłupa

Druga metoda stosowana od 2002 r. polega na optymalnym wyregulowaniu czynności bioelektrycznych centralnego układu nerwowego. Opiera się ona na diagnostyce fal mózgowych (alfa, beta, theta, SMR). Dzięki tym zabiegom uzyskujemy rozluźnienie mięśni, obniżenie napięcia spastycznego, „wyciszenie” pacjenta, lepszą koncentrację oraz zapobiegamy zaburzeniom psychicznym (np. depresji) u tetraplegików.

Co to jest neurofeedback?

W ostatnim okresie rozpoczęliśmy stosowanie ćwiczeń z wykorzystaniem aparatu EEG Neurobiofeedback w procesie leczenia porażenia kręgosłupa.

Eskalacja w zastosowaniu EEG Neurobiofeedback (EEG BFB) w neuroterapii wynikała z do-

świadczeń przeprowadzonych przez prof. B. Stermana, który badał stan snu i czuwania na kotach i stwierdził obecność rytmu SMR (14 Hz), występującego w korze sensomotorycznej w stanie czuwania. Sterman zaczął trenować ten zakres częstotliwości aparatem EEG BFB i badał jak ten trening wpływa na sen kotów.

W tym samym czasie w Agencji Astronautyki NASA pojawiły się problemy z występowaniem u kosmonautów drgawek spowodowanych oparami paliwa raketowego. Sterman zajął się badaniem wpływu oparów paliwa raketowego na OUN kosmonautów. Do badań wykorzystywał koty, których część uczestniczyła wcześniej w treningu częstotliwości SMR (14 Hz). Okazało się, że u kotów, które były trenowane, znacznie wzrósł próg pobudzenia drgawkowego i dzięki temu wytrzymywały one większe stężenie oparów paliwa raketowego. Dalsze badania Stermana doprowadziły do wniosku, że u pacjentów z padaczką zwiększa się próg pobudliwości drgawkowej po zastosowaniu treningu SMR. Dlatego zaczęto stosować trening EEG BFB jako bezpieczną metodę, która przynosiła wymierne efekty w leczeniu padaczek, szczególnie tych lekoopornych.

Z naszych badań klinicznych wynika, że niskie wartości SMR (fali sensomotorycznej) są właściwe dla osób z podwyższonym tonusem mięśniowym i odwrotnie. Podstawą treningu EEG BFB jest promowanie (wzrost) fal pożądanых oraz hamowanie (redukcja) tzw. fal wolnych.

Technika badania aparatem EEG Neurobiofeedback

W metodzie EEG Neurobiofeedback czujniki EEG rozmieszczone są na skórze głowy (ryc. 11) i rejestrują sygnały czynności mózgowych, które następnie przetwarzane są na pewien rodzaj gry wideo wyświetlanej na ekranie komputera (ryc. 12). Osoba poddawana treningowi EEG Neurobiofeedback uczy się za pośrednictwem tej gry, na zasadzie sprzężenia zwrotnego, kontrolować aktywność swojego mózgu. Parametry fal mózgowych odczytywane są z monitora komputera, elektrody umieszczone są najczęściej w punktach C3 i C4.

Mechanizm treningu

W czasie treningu dochodzi do modulacji poziomu pobudzenia, optymalizacji procesów poznawczych, regulacji cyklu czuwanie–sen, optymalizacji poziomu koncentracji uwagi, lepszej organizacji pamięci, obniżenia nieadekwatnych odpowiedzi ruchowych, regulacji nastroju i emocji. Nasz umysł stale produkuje fale bioelektryczne, ale przewagę pewnych pożądanых fal



Ryc. 11. Sposób podłączenia pacjenta do aparatu EEG Neurobiofeedback



Ryc. 12. Stanowisko EEG Neurobiofeedback

mózgowych można uzyskać wysiłkiem woli i systematycznym treningiem.

Gra treningowa

Za pomocą treningu można wzmacniać lub tłumić fale w pewnych zakresach. W terapii tej sami uczymy się optymalizować przebieg naszych fal mózgowych. Natychmiastowa i ciągła informacja o przebiegu gry jest podawana za pomocą efektu dźwiękowego i stanowi gratyfikację oczekiwanych, prawidłowych wartości fal mózgowych. Dzięki temu sprzężeniu fale mózgowe same ulegają harmonizacji i stabilizacji.

Rodzaje fal mózgowych

Parametry oczekiwanych optymalnych wartości potencjałów fal bioelektrycznych mózgu dla dzieci kształtują się następująco: alfa – 10 μv ., beta 1 – 5 μv , beta 2 – 10 μv , theta – 10 μv , SMR – 5 μv . Są to normy opracowane przez dra J. Tyła (Czechy). Normy dla dorosłych zostały opracowane przez prof. B. Stermana (USA). Różnią się one wartością potencjałów fali SMR, która w przypadku dorosłych powinna osiągać 10 μv oraz potencjałem fali theta, który może kształtować się na poziomie od 10 do 15 μv .

Fale beta i SMR

Pierwszoplanowym założeniem terapeutycznym jest ustabilizowanie emocji i nastroju pacjentów na poziomie wspomagającym mentalnie właściwy proces terapeutyczny. W związku z tym na le-

wą półkulę mózgową stosuje się trening beta/theta, który oddziałuje na OUN w ten sposób, że pobudza i aktywizuje pracę mózgu. U osób depresyjnych potencjał fali bioelektrycznej beta 1 osiąga wartości poniżej 3 μv . W przypadku, kiedy badanie EEG Neurobiofeedback wskazuje na wartości fali beta 1 oscylujące wokół wyżej wymienionego progu, stosuje się stymulację fali beta 1 w punkcie C3. Jednocześnie prowadzi się trening SMR/theta na prawą półkulę mózgową w punkcie C4. Celem takiego postępowania jest obniżenie spastycznego napięcia mięśniowego, w przypadku, gdy fala SMR ma zbyt niskie wartości potencjałów bioelektrycznych.

Skuteczność neurofeedback

Po uzyskaniu prawidłowych parametrów fali beta 1, alfa i SMR, otrzymuje się:

- poprawę koncentracji uwagi,
- tabilizację nastroju i emocji,
- ogólne wyciszenie pacjenta,
- obniżenie napięcia spastycznego,
- rozluźnienie mięśni,
- zwiększenie odporności na bodźce zewnętrzne (szczypanie i ułknięcie nie wywołują spastyki),
- ogólną poprawę czynności mięśni zdrowych,
- poprawę kontroli wypróżnienia i oddawania moczu.

Wnioski końcowe

Wszystkie te spostrzeżenia uprawniają nas do dalszego stosowania aparatu EEG Neurobiofeedback w procesie leczenia porażień kręgosłupa.

Piśmiennictwo

1. Świdorski G. *Porażenia spastyczne*. [w:] *Rehabilitacja inwalidów*. Warszawa: PZWL; 1954.
2. Kiwerski J. *Urazy kręgosłupa odcinka szyjnego i ich następstwa*. Warszawa: PZWL; 1973.
3. Sir Bedbrook M. George. *Opieka nad chorym z paraplegią*. Warszawa: PZWL; 1991.

4. Phillips L, Ozer Mark N, Axelson P, Chizek H. *Spinal cord injury*. New York: Raven Press; 1987.
5. Weiss M, Zembaty A. *Fizjoterapia*. Warszawa: PZWL; 1983.
6. Orzech J. Podstawy treningu siły mięśniowej. *Sport i Rehabilitacja* 1997.
7. Świderski G. *Porażenia i niedowłady po urazach kręgosłupa*. [w:] *Ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa: PZWL; 1965.
8. Tylman D, Dziak A. *Traumatologia narządu ruchu*. T. II, cz. 1. Warszawa: PZWL; 1986.
9. Dega W, Senga A. *Ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa: PZWL; 1996.
10. Świderski G, Okurowski S. *Aspekty terapeutyczne patochemicznych zaburzeń występujących bezpośrednio po urazie rdzenia*. Wrocław 1996 (praca niepublikowana).
11. Świderski G, Okurowski S. *Uszkodzenia rdzenia kręgowego przy skokach do wody*. Wrocław 1996 (praca niepublikowana).
12. Evans J, Abarbanel A. *Introduction to Quantitative EEG and Neurobiofeedback*. Wyd. Academic Press; 2001.
13. Pakszys M. *Kompendium dla terapeutów EEG Neurobiofeedback*. Warszawa 2001 (praca niepublikowana).
14. Gorska T, Grabowska A, Zabrodzka J (red.). *Mózg a zachowanie*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2000.
15. Hill RW, Castro E. *Getting Rid of Ritalin. How Neurofeedback can Successfully treat Attention Deficit Disorder without drugs*. Hampton Roads Pub. Co.; 2002.
16. Lanz D, Sterman MB. Neuropsychological assessment of subjects with uncontrolled epilepsy: effects of EEG feedback training. *Epilepsia* 1988; 29, 2: 163–171.
17. Linden M, Habib T, Radojevic V. A controlled study of effects of EEG Biofeedback on cognition and behavior of children with Attention Deficit Disorders and Learning Disabilities. *Biofeedback and Self-Regulation* 20 1995; 20: 83–99.

Adres | Autora:

Kliniczny Zakład Rehabilitacji Leczniczej „AKSON”
ul. Bierutowska 23
51-317 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIELĘGNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Zastosowanie przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej (TCD) w neurologii i neurochirurgii

Application of transcranial doppler sonography (TCD)
in neurology and neurosurgery

WŁADYSŁAW BERNY¹, ARTUR WEISER¹, JANUSZ MIERZWA², LESŁAW W. ZUB¹,
JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS², WALDEMAR SZAREK¹

¹ Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Włodzimierz Jarmundowicz

² Z Zakładu Chorób Układu Nerwowego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej
we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Janusz Mierzwa

Streszczenie W pracy autorzy przedstawiają przegląd zastosowań klinicznych przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej (Transcranial Doppler Sonography – TCD) w diagnostyce zwężeń i niedrożności tętnic wewnątrzczaszkowych, rozpoznawaniu skurczu naczyniowego, diagnostyce malformacji naczyniowych, ujawnianiu dróg krążenia obocznego, ocenie rezerw naczyniowych oraz wysuwaniu podejrzenia i potwierdzania śmierci mózgu. Celem pracy jest ocena zmian kształtu krzywej dopplerowskiej w zależności od oporu naczyniowego, wieku pacjentów oraz wyników testów uciskowych. Przedstawiono także rozważania, jak parametry fizjologiczne (hematokryt, temperatura, ciśnienie) mogą zmieniać w sposób istotny przepływ krwi w tętnicach mózgowych. W części badawczej określono prawidłowe wartości prędkości średniej (MFV – mean flow velocity), skurczowej (SFV – systolic flow velocity) i rozkurczowej prędkości (DFV – diastolic flow velocity) przepływu krwi oraz indeksów oporowego (RI – resistance index) i pulsacyjnego (PI – pulsatility index) w poszczególnych tętnicach mózgowych. **Materiał i metoda.** Badania przeprowadzono na grupie 50 ochotników, w grupach wiekowych do 40 lat (grupa I), od 40 do 60 (grupa II) oraz powyżej 60 lat (grupa III). Dokonano pomiarów prędkości przepływu krwi, za pomocą aparatu Transcranial TCD 200 S/N sondą 2 MHz, w tętnicach środkowych mózgu (MCA), przednich (ACA), tylnych (PCA), szyjnej wewnętrznej (ICA), kręgowych (VA) i podstawnej (BA). **Wnioski.** Przeprowadzone badania TCD wykazały statystycznie istotne różnice w prędkościach przepływu krwi w tętnicach mózgowych w zależności od grup wiekowych. **Słowa kluczowe:** przezczaszkowa ultrasonografia dopplerowska, krwotok podpajęczynówkowy, skurcz naczyniowy, ciśnienie wewnątrzczaszkowe.

Summary Authors present the review of clinical applications of transcranial Doppler ultrasonography in neurological and neurosurgical disorders. There were defined the normal parameters of mean flow velocity (MFV), systolic flow velocity (SFV), diastolic flow velocity (DFV), resistance index (RI) and pulsatility index (PI) in cerebral arteries and specific changes of flow velocity curve in different neurological diseases. **Material and method.** 50 volunteers were examined in following age groups: up to 40 years (group I), from 40 to 60 years (group II) and above 60 years (group III). Blood flow velocity was measured using TDC200 S/N, 2 MHz probe unit in MCA, ACA, PCA, VA and BA. **Conclusions.** Our study revealed that blood flow velocity in TCD examination is significantly decreased in older population. **Key words:** transcranial Doppler sonography, subarachnoideal haemorrhage, vasospasm, intracranial pressure.

Wstęp

Zjawisko Dopplera zostało opisane w roku 1842. Doppler w swojej pracy dowiódł, że wsze-

dzie tam, gdzie źródło lub odbiornik fal znajdują się w ruchu względem siebie, zmienia się częstotliwość fali odbitej względem fali emitowanej proporcjonalnie do prędkości ruchu ośrodków.

Różnica pomiędzy częstotliwością fali emitowanej przez źródło a częstotliwością fali odbitej od odbiornika jest określana częstotliwością dopplerowską.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena zmian kształtu krzywej dopplerowskiej w zależności od oporu naczyniowego, wieku pacjentów oraz wyników testów uciskowych. Przedstawiono także rozważania, jak parametry fizjologiczne (hematokryt, temperatura, ciśnienie) mogą zmieniać w sposób istotny przepływ krwi w tętnicach mózgowych. W części badawczej określono prawidłowe wartości prędkości średniej (MFV – *mean flow velocity*), skurczowej (SFV – *systolic flow velocity*) i rozkurczowej prędkości (DFV – *diastolic flow velocity*) przepływu krwi oraz indeksów oporowego (RI – *resistance index*) i pulsacyjnego (PI – *pulsatility index*) w poszczególnych tętnicach mózgowych.

Do początku lat 80. XX w. badanie przepływu krwi metodą Dopplera w naczyniach wewnątrzczaszkowych było niemożliwe ze względu na duże odbicie fali ultradźwiękowej na granicy tkanki miękkiej i kości oraz bardzo duże tłumienie fal ultradźwiękowych przez kość. W roku 1982 Aaslid po raz pierwszy zademonstrował możliwość penetracji impulsowej fali ultradźwiękowej przez czaszkę i rejestracji przepływu krwi w różnych tętnicach podstawnych mózgu [1–4]. Wykazał on, że przez niektóre miejsca czaszki, zbudowane ze stosunkowo cienkiej kości, możliwe jest przenikanie promieni ultradźwiękowych i miejsca te nazwał okienkami ultrasonograficznymi. Aaslid wyróżnia trzy naturalne okienka: przezskroniowe, przezoczołowe i przez otwór wielki. Okienko skroniowe znajduje się nad kością skroniową tuż powyżej łuku jarzmowego i zostało dodatkowo podzielone na trzy okienka: przednie, środkowe i tylne. Przez okienka skroniowe można badać: dalszy odcinek tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA), tętnicę środkową mózgu (MCA), tętnicę przednią mózgu (ACA) oraz tętnicę tylną mózgu (PCA). Wykorzystując okienko przezoczołowe można zarejestrować przepływ krwi w tętnicy szyjnej wewnętrznej (ICA) i tętnicy ocznej (AO). Tętnice kręgowie (VA) i tętnica podstawna mózgu (BA) są dostępne badaniem przez otwór potyliczny wielki. W praktyce należy zawsze wybierać takie okienko ultrasonograficzne, przez które możliwe jest uzyskanie najlepszego zapisu przepływu krwi w badanym naczyniu.

Identyfikację naczynia wewnątrzczaszkowego umożliwia analiza:

- głębokości próbki, czyli odległości między powierzchnią sondy a badanym naczyniem;

- kierunku przepływu krwi: zapis określamy jako do sondy, jeśli znajduje się ponad linią izoelektryczną (np. MCA, ICA), ujemny – gdy występuje poniżej tej linii (ACA, PCA). Zapis może być również dwukierunkowy, np. w rozwidleniu tętnic;
- orientacyjnej prędkości przepływu krwi – dla każdej tętnicy wyznaczono wartości średniej prędkości przepływu (MFV), których należy się spodziewać w warunkach prawidłowych;
- sygnału dźwiękowego, np. przepływ w ICA charakteryzuje się niskim tonem, przepływ w ACA to ton wysoki;
- wyniku testów uciskowych typowych dla poszczególnych tętnic.

Przepływ krwi w badanym naczyniu jest rejestrowany graficznie w postaci krzywej dopplerowskiej, która charakteryzuje się pulsacyjnością zależną od akcji serca, wyglądem przypominająca falę tętna. Pod pojęciem pulsacyjności rozumie się stopień zmienności maksymalnej prędkości przepływu w różnych fazach cyklu serca. Największą prędkość rejestruje się podczas skurczu lewej komory serca – skurczowa prędkość przepływu (*systolic flow velocity* – SFV). Najmniejszą prędkość podczas rozkurczu mięśnia sercowego, tuż przed fazą skurczu – jest to końcowo-rozkurczowa prędkość (*diastolic flow velocity* – DFV). Wartość średnia z chwilowych prędkości przepływu zanotowanych w ciągu 1 sekundy to tzw. średnia prędkość przepływu (*mean flow velocity* – MFV).

Wymienione parametry charakteryzujące krzywą przepływu ulegają zmianie w różnych stanach patologicznych. W przypadku wzrostu oporu naczyniowego spowodowanego np. obrzękiem mózgu procesem ekspansywnym lub wodogłowiem wewnętrznym dochodzi do spadku wartości końcoworozkurczowej prędkości tak, że krzywa dopplerowska przyjmuje kształt typowy dla naczyń o przepływie wysokooporowym (wzrost amplitudy skurczowo-rozkurczowej). Przy dalszym wzroście oporu naczyniowego DFV dąży do zera, a w przypadku ustania krążenia mózgowego przyjmuje nawet wartości ujemne. Rejestrowany wówczas zapis określa się jako przepływ oscylacyjny. Jest on charakterystyczny dla śmierci mózgu.

Spadek oporu naczyniowego (np. w przypadku krążenia hiperkinetycznego w naczyniakach) powoduje spadek wartości SFV, wzrost MFV oraz spadek współczynników RI i PI (Lindegaard 1985).

W skurczu naczyniowym dochodzi do zwężenia światła naczynia. Prowadzi to do wzrostu średniej prędkości przepływu krwi w badanym naczyniu. Wykorzystywane jest do rozpoznawania i oceny intensywności skurczu naczyniowego u chorych po krwotoku pod pajęczynówkowym.

Kształt krzywej dopplerowskiej prędkości przepływu krwi w tętnicach mózgu

W metodzie dopplerowskiej ocena przepływu krwi w badanym naczyniu oparta jest na analizie krzywej prędkości przepływu krwi, w tym na ocenie kształtu krzywej oraz pomiarach amplitudy (skurczowej i rozkurczowej). Prędkość skurczowa przepływu (SFV) jest maksymalną wartością prędkości notowaną podczas skurczu lewej komory serca. Rozkurczowa prędkość przepływu (DFV) to najniższa wartość prędkości przepływu, jaka jest rejestrowana tuż przed wznoszącą się falą skurczu. Średnia prędkość przepływu (MFV) jest to średnia z chwilowych wartości i prędkość przepływu zanotowanych w ciągu jednej sekundy.

Zmiany kształtu prędkości krwi w zależności od oporu naczyniowego

W 1960 r. Satomura i Kaneko zauważyli, że kształt krzywej dopplerowskiej tętnicy szyjnej wewnętrznej jest inny niż dla tętnicy twarzowej, co wyjaśnili różnicą obwodowego oporu naczyniowego obu tętnic. Kolejni autorzy donosili o zmianie kształtu krzywej dopplerowskiej w miejscu zwężenia naczynia oraz poza nim. Dla pełniejszej analizy przepływu krwi w tętnicach szyjnych Pourcelot w 1973 r. wprowadził pojęcie współczynnika oporowego (RI), zdefiniowanego jako: $(SFV-DFV)/SFV$. Gosling w 1974 r. wprowadził pojęcie współczynnika pulsacji (PI), określanego jako: $(SFV-DFV)/MFV$. Wzrost oporu obwodowego naczynia (np. w warunkach wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego np. obrzękiem mózgu, procesem ekspansywnym lub wodogłowiem wewnętrznym) odzwierciedlający się w zmianie kształtu krzywej dopplerowskiej prowadzi do wzrostu wartości współczynników PI i RI. Przy wzroście ICP dochodzi także do spadku wartości prędkości końcoworozkurczowej (DFV) tak, że krzywa dopplerowska przyjmuje kształt typowy dla naczyń o przepływie wysokooporowym (np. naczyń obwodowych kończyn). Przy dalszym wzroście oporu naczyniowego DFV dąży do zera, a w przypadku ustania krążenia mózgowego przyjmuje nawet wartości ujemne. Rejestrowany wówczas zapis określa się jako przepływ oscylacyjny i jest charakterystyczny dla śmierci mózgu. Spadek oporu naczyniowego (np. w przypadku naczyńaków tętniczo-żylnych) powoduje spadek wartości SFV, wzrost MFV oraz spadek współczynników RI i PI.

Zjawiska fizjologiczne mające wpływ na zmiany prędkości przepływu krwi w badaniu TCD

Hematokryt

Hematokryt odzwierciedlający lepkość krwi ma wyraźny wpływ na prędkość przepływu. Z prawa Poiseulle'a wynika, że opór naczyniowy jest wprost proporcjonalny do lepkości krwi, a odwrotnie proporcjonalny do średnicy naczynia. Zmniejszenie lepkości krwi powoduje zwiększenie przepływu, przy tym samym ciśnieniu krwi, średnicy i długości naczynia. I odwrotnie, wzrost lepkości krwi prowadzi do spadku prędkości przepływu krwi w naczyniu. Zatem wraz ze wzrostem hematokrytu prędkość przepływu maleje. Metoda hemodylucji, czyli zmniejszenia lepkości krwi przez zastosowanie różnych płynów krwiozastępczych, jest obecnie jednym ze sposobów leczenia choroby niedokrwiennej mózgu i poprawy przepływu mózgowego.

Systemowe ciśnienie tętnicze i ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla

Naczynia wewnątrzczaszkowe podlegają swoistym mechanizmom kontrolnym zapewniającym stan równowagi hemodynamicznej krążenia mózgowego. Wzrost i spadek ciśnienia tętniczego krwi w granicach od 50 do 170 mm Hg nie wpływa w sposób znaczący na wartość prędkości przepływu krwi w naczyniach mózgowych. Zjawisko to zostało nazwane autoregulacją mózgową i podlega następującym mechanizmom regulacyjnym: mięśniowemu (Baylissa), metabolicznemu i nerwowemu. Najsilniejszym czynnikiem metabolicznym wpływającym na zmianę przepływu w naczyniach jest ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla pCO_2 . Zmiana średnicy naczyń mózgowych w odpowiedzi na wahania ciśnienia parcjального $PaCO_2$ jest podstawowym mechanizmem autoregulacji mózgowej. Według Ringelsteina wzrost pCO_2 o 1 mm Hg powoduje wzrost średniej prędkości przepływu krwi średnio o 5%. Charakterystyczne cechy zapisu dopplerowskiego w warunkach hiperkapnii to: wzrost MFV i DFV oraz spadek współczynników RI i PI. Spadek pCO_2 w czasie hiperwentylacji prowadzi do zwężenia naczyń oporowych, co w badaniu TCD daje spadek wartości MFV, DFV oraz wzrost wartości współczynników RI i PI.

Stan pobudzenia układu nerwowego

Wielu autorów donosi o wzroście prędkości przepływu w różnych naczyniach mózgowych podczas aktywności poznawczej. Okazało się np., że zadania lingwistyczne, angażujące przede

wszystkim półkulę lewą, powodują wzrost prędkości przepływu w lewej tętnicy środkowej mózgu, podczas gdy zadania wzrokowo-przestrzenne rozwiązywane przez półkulę prawą wpływają na przepływ w prawej tętnicy środkowej. Impulsy wzrokowe z kolei zwiększają przepływ w tętnicach tylnych mózgu.

Kliniczne zastosowanie badania TCD

Wykrywanie i monitorowanie skurczu naczyniowego występującego po krwotoku podpajęczynówkowym

Skurcz naczyniowy powoduje wzrost prędkości przepływu krwi w naczyniu objętym skurczem. Normalne krążenie mózgowe poddane jest mechanizmom autoregulacji i średni wzrost oporu naczynia objętego skurczem jest kompensowany przez spadek oporu i rozszerzenie się naczyń krążenia obocznego. Dlatego przepływ mózgowy jest utrzymany na względnie stałym poziomie, a jego pomiar wykazuje zmianę dopiero wówczas, gdy jest przekroczony próg tej autoregulacji. U wielu pacjentów po krwotoku podpajęczynówkowym (*subarachnoideal haemorrhage* – SAH) nigdy do tego nie dochodzi, jakkolwiek u wielu z nich rozwija się skurcz naczyniowy. Wykazano także, że skurcz naczyniowy ujawnia się w angiografii dopiero wówczas, gdy prędkość przepływu wzrasta powyżej 120 cm/s. Prędkość przepływu mózgowego jest podwyższona na kilka dni przed wystąpieniem objawów klinicznych wazospazmu.

Pomiary prędkości przepływu krwi w tętnicach środkowych mózgu zostały powszechnie przyjęte za najlepszy wskaźnik skurczu naczyniowego po SAH. Według przyjętych, uproszczonych kryteriów, średnia prędkość przepływu MFV do 120 cm/s w MCA współistnieje z umiarkowanym stopniem zwężenia w angiografii. Wartość MFV między 120 a 200 cm/s wiąże się ze średnim zwężeniem rzędu 25–50% światła naczynia, a MFV powyżej 200 cm/s występuje w przypadku zwężenia światła powyżej 50%. Ponadto zaobserwowano, że nagły wzrost prędkości przepływu o 25% w ciągu doby oraz MFV powyżej 200 cm/s częściej jest związane z wystąpieniem klinicznych objawów skurczu naczyniowego oraz powstaniem ognisk niedokrwienych w obszarze unaczynienia tętnicy objętej skurczem. Wartość MFV równe 120 cm/s przyjęto za granicę rozpoznawania skurczu dla tętnicy środkowej mózgu. Harders (1986) podkreśla, że w różnicowaniu skurczu naczyniowego konieczne jest uwzględnienie faktu, że podobny zapis dopplerowski może wystąpić:

- w prawidłowym naczyniu w warunkach hiperkapnii,
- w naczyniu żywiącym naczyniaka,
- w krążeniu wyrównawczym przy niedrożności przeciwstronnej tętnicy,
- przy znacznym zwężeniu pochodzenia miazdźcowego.

Wykrywanie zaburzeń laminarnego przepływu krwi

Zmiana charakteru przepływu z laminarnego na turbulentny powoduje pojawienie się charakterystycznych fenomenów słuchowych, o niskiej częstotliwości, nazwanych szmerami muzycznymi. W przepływie turbulentnym prędkości przepływu poszczególnych warstw cieczy są nieregularne i nieuporządkowane. Pojawienie się szmerów muzycznych jest złym czynnikiem rokowniczym, ponieważ częściej występuje u chorych z ciężkim skurczem naczyniowym i ubytkowymi objawami neurologicznymi.

Pourazowe zaburzenia krążenia mózgowego

Rejestrowane w badaniu TCD zmiany prędkości przepływu krwi po urazach czaszkowo-mózgowych są najczęściej związane z rozwijającym się skurczem naczyniowym, wzrostem oporu naczyniowego w wyniku wzrostu ciśnienia śródczaszkowego i zaburzeniami autoregulacji mózgowej (Czernicki 1994).

A. U chorych z urazowym krwotokiem podpajęczynówkowym występują najczęściej wszystkie wspomniane typy zaburzeń krążenia mózgowego, przy czym ich nasilenie zmienia się w kolejnych dniach po krwotoku. Wzrost prędkości przepływu jest najczęściej związany z nasileniem się skurczu naczyniowego, choć może być związany ze spadkiem wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego czy hipowentylacji (w warunkach zachowanej prawidłowej reaktywności naczyniowej na CO₂). Z kolei spadek prędkości przepływu oraz wzrost współczynników oporności (RI) i pulsacji (PI) obserwuje się przy zmniejszaniu się nasilenia skurczu naczyniowego i przy wzroście ciśnienia śródczaszkowego, a także przy niewydolności krążenia mózgowego czy w warunkach hiperwentylacji (przy zachowanej reaktywności naczyniowej na CO₂). Pourazowy skurcz naczyniowy jest związany z obszarami udaru mózgu znajdowanymi w późnych badaniach TK oraz złymi wynikami leczenia u chorych po ciężkich urazach czaszkowo-mózgowych.

B. Pourazowe niedokrwienie mózgu jest wynikiem wielu czynników: wzrostu ciśnienia śródczaszkowego (ICP), wzrostu ciśnienia sy-

stemowego krwi, obrzęku mózgu, ogniskowego ucisku spowodowanego krwinkami wewnątrzczaszkowymi oraz zaburzeń mikrokrążenia. Inne potencjalne przyczyny niedokrwienia mózgu to pourazowy skurcz dużych naczyń tętniczych (wazospazm, o którym wspomniano wcześniej) wykrywany badaniem angiograficznym i badaniem TCD.

C. Różnicowanie przekrwienia mózgu i pourazowego skurczu naczyń mózgowych. W następstwie ciężkich urazów czaszkowo-mózgowych dochodzi także do przekrwienia mózgu (hiperemia), które jest związane z porażeniem naczyń i obrzękiem mózgu, wzrostem ICP i niekorzystnymi wynikami leczenia chorych po ciężkich urazach czaszkowo-mózgowych. Martin i wsp. w 1997 r. wyróżnił 3 fazy występujące w okresie pierwszych 2 tygodni po ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym: faza I – hipoperfuzja, faza II – przekrwienie, faza III – skurcz naczyniowy. Ponieważ pozaczaszkowy odcinek tętnicy szyjnej wewnętrznej ICA nie jest objęty skurczem naczyniowym, możemy przyjąć, że zmiana prędkości przepływu w tym naczyniu jest bardziej wynikiem zmian przepływu mózgowego CBF niż zmian w przekroju naczynia. Dlatego prędkość przepływu w odcinku pozaczaszkowym tętnicy szyjnej wewnętrznej (VEC-ICA) może być użyta jako wskaźnik przepływu mózgowego (CBF). Stosunek prędkości przepływu w tętnicy środkowej mózgu do prędkości przepływu w odcinku pozaczaszkowym tętnicy szyjnej wewnętrznej VMCA/VEC-ICA może być używany do rozróżniania przekrwienia (hiperemii) od skurczu naczyniowego (wazospazm) prowadzącego do niedokrwienia mózgu, zwany jest wskaźnikiem Lindegaarda (LI – *Lindegaard Index*) lub wskaźnikiem półkulowym (HI – *hemispheric index*). Lindegaard i wsp. (1989) opublikował doniesienie, że stosunek VMCA/VEC-ICA większy niż 3 koresponduje z uwidocznionym w angiografii skurczem naczyniowym. Przyjmuje się, że normalne wartości prędkości przepływu w tętnicy środkowej mózgu u dorosłych wynoszą 34–86 cm/s, normalne wartości PI zaś $0,71 \pm 0,13$. Normalne wartości prędkości przepływu w odcinku pozaczaszkowym tętnicy szyjnej wewnętrznej u dorosłych wynoszą 28–46 cm/s, a normalne wartości PI $0,74 \pm 0,13$. Według Martina (1997) obecność skurczu naczyniowego można uznać przy współistnieniu prędkości przepływu na tętnicy środkowej mózgu (VMCA) większej niż 120 cm/s i wskaźniku Lindegaarda (LI) większym niż 3.

Hiperemia związana z pourazowym porażeniem naczyń mózgowych jest pierwotną przyczyną wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowe-

go (ICP) i wystąpienia obrzmienia mózgu. W hiperemii prędkość przepływu w tętnicy środkowej mózgu i prędkość przepływu w odcinku pozaczaszkowym tętnicy szyjnej wewnętrznej są obniżone, a stosunek prędkości przepływu w tętnicy środkowej mózgu do prędkości przepływu w odcinku pozaczaszkowym tętnicy szyjnej wewnętrznej pozostaje normalny i wynosi $1,7 \pm 0,4$.

W skurczu naczyniowym prędkość przepływu w tętnicy środkowej mózgu jest podwyższona, prędkość przepływu w odcinku pozaczaszkowym tętnicy szyjnej wewnętrznej jest niezmieniona lub obniżona, a stosunek prędkości w tętnicy środkowej mózgu do prędkości w pozaczaszkowym odcinku tętnicy szyjnej jest obniżony.

D. Ocena wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego przy użyciu badania TCD. Pomiar prędkości przepływu w MCA dostarczą informacji o zmianach hemodynamicznych krążenia mózgowego i wzroście ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ICP). Badania prowadzone przez Burgera i Haslera (1993) wykazały wzrost wartości PI i spadek prędkości przepływu u pacjentów z krwinkami wewnątrzczaszkowymi i obrzękiem mózgu doprowadziły do wniosku, że badanie TCD wykonane bezpośrednio przy przyjęciu chorego do szpitala może być przydatne przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych [McQuire]. Ze względu na to, że większość pacjentów po ciężkich urazach czaszkowo-mózgowych przybywa do szpitala zaintubowana, mechanicznie wentylowana, sedowana, badanie TCD może być użyteczne do określenia ciężkości urazu.

Materiał i metoda

Badania prędkości przepływu krwi w tętnicach mózgowych w różnych grupach wiekowych przeprowadzono na grupie 50 ochotników, w grupach wiekowych do 40 lat (grupa I), od 40 do 60 (grupa II) oraz powyżej 60 lat (grupa III). Dokonano pomiarów prędkości przepływu krwi za pomocą aparatu Transcranial TCD 200 S/N sondą 2 MHz, w tętnicach środkowych mózgu (MCA), przednich (ACA), tylnych (PCA), szyjnej wewnętrznej (ICA), kręgowych (VA) i podstawnej (BA).

Wyniki badań

Wyniki badań przedstawia tabela 1. Na podstawie wykonanych badań obliczono średnie wartości MFV, SFV, DFV oraz PI i RI. Wartości tych parametrów przedstawia tabela 1. Zaobserwowano,

Tabela 1. Wartości parametrów MFV, SFV, DFV, PI i RI dla poszczególnych tętnic mózgu

Tętnica	Parametr	Wiek		
		< 39 lat n = 23 (grupa I)	40–60 lat n = 20 (grupa II)	> 60 lat n = 7 (grupa III)
MCA tętnica środkowa mózgu	SFV	110 ± 6 cm/s	101 ± 5 cm/s	98 ± 6 cm/s
	DSV	52 ± 4 cm/s	48 ± 3 cm/s	45 ± 4 cm/s
	MSV	74 ± 4 cm/s	67 ± 3 cm/s	60 ± 4 cm/s
	PI	0,74 ± 0,03	0,78 ± 0,03	0,91 ± 0,04
	RI	0,52 ± 0,01	0,56 ± 0,02	0,56 ± 0,01
ACA tętnica przednia mózgu	SFV	87 ± 5 cm/s	84 ± 5 cm/s	83 ± 4 cm/s
	DSV	42 ± 3 cm/s	41 ± 3 cm/s	41 ± 3 cm/s
	MSV	58 ± 3 cm/s	56 ± 3 cm/s	55 ± 3 cm/s
	PI	0,76 ± 0,03	0,78 ± 0,04	0,86 ± 0,02
	RI	0,51 ± 0,02	0,53 ± 0,02	0,56 ± 0,01
ICA tętnica szyjna wewnętrzna	SFV	70 ± 3 cm/s	65 ± 4 cm/s	64 ± 2 cm/s
	DSV	34 ± 2 cm/s	31 ± 2 cm/s	29 ± 2 cm/s
	MSV	48 ± 2 cm/s	41 ± 2 cm/s	42 ± 2 cm/s
	PI	0,79 ± 0,03	0,84 ± 0,03	0,89 ± 0,02
	RI	0,49 ± 0,01	0,54 ± 0,01	0,65 ± 0,01
PCA tętnica tylna mózgu	SFV	74 ± 3 cm/s	71 ± 4 cm/s	64 ± 6 cm/s
	DSV	37 ± 3 cm/s	35 ± 2 cm/s	36 ± 3 cm/s
	MSV	52 ± 3 cm/s	50 ± 2 cm/s	42 ± 2 cm/s
	PI	0,78 ± 0,02	0,84 ± 0,02	0,89 ± 0,02
	RI	0,53 ± 0,01	0,52 ± 0,01	0,56 ± 0,01
VA tętnica kręgową	SFV	65 ± 3 cm/s	62 ± 3 cm/s	60 ± 5 cm/s
	DSV	32 ± 3 cm/s	31 ± 2 cm/s	27 ± 3 cm/s
	MSV	45 ± 2 cm/s	42 ± 2 cm/s	36 ± 2 cm/s
	PI	0,78 ± 0,01	0,72 ± 0,02	0,87 ± 0,02
	RI	0,51 ± 0,02	0,53 ± 0,02	0,57 ± 0,03
BA tętnica podstawna	SFV	65 ± 2 cm/s	62 ± 2 cm/s	55 ± 1 cm/s
	DSV	29 ± 1 cm/s	30 ± 2 cm/s	23 ± 1 cm/s
	MSV	52 ± 2 cm/s	48 ± 2 cm/s	38 ± 1 cm/s
	PI	0,85 ± 0,02	0,85 ± 0,02	0,90 ± 0,02
	RI	0,51 ± 0,02	0,51 ± 0,02	0,55 ± 0,02

że we wszystkich badanych tętnicach następuje wraz z wiekiem wyraźny spadek MFV, SFV i DFV oraz wzrost współczynników RI i PI. W MCA, ICA oraz BA zmiany prędkości przepływu krwi były bardziej zależne od wieku niż w VA i PCA. Analiza statystyczna wykazała, że między chorymi do 40 roku życia (grupa I) i w wieku 40–60 lat (grupa II) występują istotne statystycznie różnice prędkości przepływu MFV, SFV, DFV w ICA.

Prędkości MFV, SFV i DFV rejestrowane w grupie chorych najstarszych, powyżej 60 roku życia (grupa III), w MCA i BA różniły się istotnie statystycznie w porównaniu z chorymi najmłodszymi (grupa I) i chorymi grupy II.

We wszystkich tętnicach, z wyjątkiem PCA, stwierdzono między grupami I i III oraz II i III istotne statystycznie różnice w wartościach współczynnika oporowego RI. Wraz z wiekiem dochodzi więc do spadku prędkości przepływu krwi we wszystkich tętnicach, co powinno być brane pod uwagę w interpretowaniu patologicznych wartości przepływu krwi rejestrowanych w różnych schorzeniach mózgu.

Dyskusja

Prędkość przepływu krwi w naczyniach mózgowych zmniejsza się wraz z wiekiem, co jest spowodowane zmianą sprężystości, elastyczności i średnicy naczyń. Szczególnie charakterystyczna jest zmiana kształtu krzywej prędkości przepływu krwi, w której zmniejsza się prędkość końcowo-rozkurczowa. Vriens wykazał, że u zdrowych ludzi między 20 a 70 rokiem życia dochodzi do 20% spadku przepływu krwi rejestrowanego w badaniu dopplerowskim, przy czym powyżej 50 roku życia spadek ten jest bardziej znamieny u mężczyzn niż u kobiet. Arnolds zaobserwował 20% spadek prędkości przepływu krwi w tętnicy środkowej mózgu w przedziale wieku 17–67 lat. Zarówno wiek, jak i płeć muszą być brane pod uwagę przy ocenie wyników badania TCD.

Wnioski

1. Przezczaszkowe badania prędkości przepływu krwi w tkankach mózgowych (TCD) jest bardzo

- użyteczną nieinwazyjną metodą służącą do wykrywania zwężeń i niedrożności naczyń mózgowych, jak również do monitorowania skurczu naczyniowego po krwotoku podpajęczynówkowym. Powinna znaleźć szersze zastosowanie.
2. Pozwala określić pośrednio ciśnienie wewnątrzczaszkowe.
 3. Przeprowadzone na grupie zdrowych ochotników badania prędkości przepływu krwi metodą TCD w tętnicach mózgowych wykazały statystycznie istotne różnice w różnych grupach wiekowych, które należy uwzględnić przy interpretacji wyników badań.

Piśmiennictwo

1. Aaslid R. *Transcranial Doppler sonography*. Wien: Springer-Verlag; 1986.
2. Aaslid R, Markwalder TM, Nornes H. Noninvasive transcranial Doppler ultrasound recording of flow velocities in basal cerebral arteries. *J Neurosurg* 1982; 57: 769–774.
3. Aaslid R, Huber P, Nornes H. Evaluation of cerebrovascular spasm with transcranial Doppler ultrasound. *J Neurosurg* 1984; 60: 37–41.
4. Aaslid R. *Transcranial Doppler examination techniques*. [w:] Aaslid R. *Transcranial Doppler Sonography*. Wien/New York: Springer-Verlag; 1986.
5. Aaslid R, Lindegaard KF, Sorteberg W et al. Cerebral autoregulation dynamics in human. *Stroke* 1989; 20: 45–52.
6. Berny W, Jarus K, Jabłoński P et al. Relations between blood velocity evaluated by TCD and intracranial pressure. *Neurol Neurochir Pol* 1996; 30: 385–394.
7. Cahn KH, Dearden NM, Miller JD. The significance of posttraumatic increase in cerebral blood flow velocity: a transcranial Doppler ultrasound study. *Neurosurgery* 2000; 30: 697–700.
8. Czernicki Z, Tomita H, Ito U et al. Zastosowanie przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej w ocenie reaktywności naczyń mózgowych i mózgowej rezerwy naczyniowej u chorych z ogniskowym uszkodzeniem mózgu. *Neurol Neurochir Pol* 1994; 35: 351–361.
9. Czosnyka M, Guazzo E, Iyer V et al. Testing of Cerebral Autoregulation in Head Injury by Waveform Analysis of Blood Flow Velocity and Cerebral Perfusion Pressure. *Acta Neurochir* 1994; 60: 468–471.
10. Czosnyka M, Smielewski P, Kirkpatrick P et al. Continuous Assessment of the Cerebral Vasomotor Reactivity in Head Injury. *Neurosurgery* 1997; 11–19.
11. Harders AG. *Neurosurgical Applications of Transcranial Doppler Sonography*. New York: Springer-Verlag; 1986.
12. Jarus K. Praca doktorska. Wrocław: Akademia Medyczna; 1998.
13. Junger EC, Newell DW, Grant GA et al. Cerebral Autoregulation following minor head injury. *J Neurosurg* 1997; 425–431.
14. Kakarieka A. *Traumatic Subarachnoid Haemorrhage*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer-Verlag; 1997.
15. McQuire JC, Sutcliffe JC, Coats TJ. Early TCD ultrasound after head injury. *J Neurosurg* 1998; 526–532.
16. Newell DW, Weber JP, Watson R et al. Effect of Transient Moderate Hyperventilation on Dynamic Cerebral Autoregulation after Severe Head Injury. *Neurosurgery* 1996; 35–43.
17. Obrist VD, Gennarelli TA, Segawa H et al. Relation of cerebral blood to neurological status and outcome in head injured patients. *J Neurosurg* 1979; 51: 292–300.
18. Obrist WD, Langfitt TW, Jaggi JL et al. Cerebral blood flow and metabolism in comatose patients with acute head injury. Relationship to intracranial hypertension. *J Neurosurg* 1984; 6: 241–253.
19. Obrist WD, Marion DW, Aggarwal S et al. Time course and cerebral blood flow and metabolism in comatose patients with acute head injury. *J Cereb Blood Flow Metab* 1997; 13: 571.
20. Overgaard J, Tweed WA. Cerebral circulation after head injury. Part 3: Does reduced regional cerebral blood flow determine recovery of brain function after blunt head injury? *Neurosurg* 1981; 55: 63–74.
21. Overgaard J, Tweed WA. Cerebral circulation after head injury. Part 1: Cerebral blood flow and its regulation after closed head injury with emphasis on clinical correlations. *J Neurosurg* 1974; 41: 531–541.
22. Rae-Grant AD, Eckert N, Barbour J et al. *Outcome of Severe Brain Injury: A Multimodality Neurophysiologic Study*. *J Trauma: Injury, Infection and Crit Care* 1996; 401–407.
23. Ringelstein EB. A Practical Guide to Transcranial Doppler Sonography. *Medical Times* 1989; 3.
24. Schmieder K, Hardneck M, Harders A. Cerebral hemodynamics in patients with traumatic subarachnoid hemorrhage-sequential studies with TCD. *Acta Neurol Scan* 1996; 166: 123–127.
25. Stejger HJ, Aaslid R, Stooss R et al. Transcranial Doppler Monitoring in Head Injury: Relations between Type of Injury, Flow Velocities, Vasoreactivity, and Outcome. *Neurosurgery* 1994; 1: 79–86.
26. Vandekerckhove T. Transcranial Doppler in Severe Head Injury. *Eur J Anaest* 5(17): 57–69.
27. Zubkow AY, Picklington AS, Bernanke DH et al. Posttraumatic Cerebral Vasospasm. Clinical and Morphological Presentations. *J Neurotrauma* 1999; 763–770.

Adres I Autora:
Katedra i Klinika Neurochirurgii AM
ul. Traugutta 116
50-420 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIELEŃNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Problematyka bólu pooperacyjnego

The problem of postoperative pain – preliminary coverage

ANETA OSOWICKA¹, ANETA ZREDA¹, MAGDALENA MARCINIAK¹, KATARZYNA WILK¹,
ROBERT ŚLUSARZ¹, WOJCIECH BEUTH¹, MACIEJ ŚNIEGOCKI², HELIODOR A. KASPRZAK³

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

² Z Zakładu Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Maciej Śniegocki

³ Z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Heliodor A. Kasprzak

Streszczenie Ból jest zjawiskiem wysoce subiektywnym, nieodzwrotnie wiążącym się z cierpieniem. Ból pooperacyjny jest bólem ostrym, wymagającym kompleksowego traktowania. Skuteczne leczenie przeciwbólowe ma na celu zniwelowanie cierpienia i stresu, przyspieszenie procesu rekonwalescencji oraz podwyższenie jakości życia pacjenta. Rzetelnie zebrany wywiad dotyczący dolegliwości bólowych oraz skrupulatna obserwacja pacjenta stanowią podstawę do skutecznej walki z bólem. Celem pracy było przedstawienie analizy dolegliwości bólowych występujących u pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych oraz określenie roli pielęgniarki w niwelowaniu bólu u chorych neurochirurgicznych. Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dra A. Jurasza AM w Bydgoszczy na grupie 20 pacjentów, będących po zabiegach neurochirurgicznych. W badaniu posłużono się kwestionariuszem McGilla-Melzacka do oceny dolegliwości bólowych oraz ankietą. Zgodę na przeprowadzenie badań wyraziła Komisja Bioetyczna przy AM w Bydgoszczy (Uchwała nr KB/324/2003). Wnioski z przeprowadzonych badań są następujące: 1. Większość pacjentów w 4 i 5 dobie po zabiegach neurochirurgicznych odczuwała ból o natężeniu od minimalnego do silnego. Najczęściej ból występował w okolicy skroniowej głowy. Ból najczęściej promieniował do dolnej kończyny. Ból występował równie często w dzień, jak i w nocy. Wstępne informacje uzyskane od pacjentów wskazują na możliwość istnienia zależności między przybraną pozycją ciała a nasileniem się bólu. 2. Najczęstszymi reakcjami osobniczymi towarzyszącymi dolegliwościom bólowym były zawroty głowy i drażliwość. 3. Pacjenci najczęściej określali charakter bólu jako: promieniujący, pulsujący i wyczerpujący. 4. Dla większości pacjentów najważniejszym czynnikiem wpływającym na podwyższenie progu bólowego było przyjmowanie leków przeciwbólowych. Natomiast czynniki obniżające próg bólu u większości pacjentów to: pogoda, bezsenność, stres i hałas. 5. Większość pacjentów uważała, że podawanie leków przeciwbólowych jest najważniejszym z działań personelu pielęgniarskiego na rzecz niwelowania bólu.

Słowa kluczowe: ból pooperacyjny, zabieg neurochirurgiczny.

Summary Pain is phenomenon highly subjective indispensable connected with suffering. Postoperative pain is acute and requires complex treatment. Effective analgesic treatment has in view survey suffer and stress, accelerate convalescence and step quality life up of the patient. Honestly gathered reconnaissance relative to ailment and exact observation patient comprise base to efficient struggle with pain. The aim of the study was an analysis pain troubles appear after neurosurgical intervention and define role of nurse in survey pain at patients. The survey was conducted at the Clinics of Neurology and Neurosurgery a dr Jurasz Teaching Hospital in Bydgoszcz in the group of 20 patients after neurosurgical interventions. In the study used McGill-Melzack's questionnaire – to evaluate pain and quare. Consent for conduct tests signify Commission of Bioetic in Bydgoszcz (KB/324/2003). The conclusions are follow: 1. Most of the patients in 4th and 5th day after neurosurgery intervention felt pain from minimum to strong. Mostly pain appeared round about temple and radiated to leg, as frequently at night as a day.

Introductory information got from patients shows possibility of being depended between position of the body and intensity of the pain. 2. The most often reactions connected with ailments was dizziness and susceptible. 3. The most often patients described character of the pain as a radiant, pulsate and exhausting. 4. To the most of the patients the most important factor influence on increasin level of the pain was receive pain killers. The factors which reduction level of the pain were: weather, sleeplessness, stress and noise. 5. The most of the patients thought that dose pain killers was the most important operation that nurses can to weaken pain.

Key words: postoperative pain, neurosurgery intervation.

Wstęp

Ból jest odczuciem wysoce subiektywnym i trudnym do zdefiniowania. W 1979 r. Komisja Taksonomii Międzynarodowego Towarzystwa Badań Bólu (IHS) zdefiniowała ból jako: „nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne odczucie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki, lub odnoszone do takiego uszkodzenia” [1].

Ból pooperacyjny jest bólem ostrym, wymagającym kompleksowego traktowania. Leczenie bólu wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta. Przed rozpoczęciem terapii przeciwbólowej należy ustalić: przyczynę bólu, ocenić jego cechy kliniczne, wpływ, jaki wywiera na psychikę pacjenta i w jakim stopniu ogranicza aktywność życiową pacjenta [2–4].

Wśród metod badania bólu, opartych na informacji uzyskanej od pacjenta, najczęściej wymienia się skalę opisową natężenia bólu, skalę wzrokowo-analogową oraz kwestionariusze opracowane przez różnych autorów. Najpopularniejszym jest kwestionariusz McGilla-Melzacka, dzięki któremu określa się: umiejscowienie, charakter, natężenie oraz sposób występowania bólu w czasie. Polską wersję tego kwestionariusza opracował Szczudlik [5].

Skuteczne leczenie przeciwbólowe ma na celu zniwelowanie cierpienia i stresu, przyspieszenie procesu rekonwalescencji oraz podwyższenie jakości życia pacjenta [6].

Rzetelnie zebrany wywiad dotyczący dolegliwości bólowych oraz skrupulatna obserwacja pacjenta stanowią podstawę do skutecznej walki z bólem.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie analizy dolegliwości bólowych występujących u pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych oraz określenie roli pielęgniarki w niwelowaniu bólu u chorych neurochirurgicznych. Szczegółowe założenia można określić następująco:

1. Określenie cech klinicznych bólu u pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych.
2. Określenie reakcji osobniczych pacjentów na doznania bólowe.

3. Wskazanie najczęściej występujących czynników modyfikujących tolerancję bólu u pacjenta.
4. Wskazanie na rodzaje działań/zachowań personelu pielęgniarskiego, które w oczach pacjentów, mogą niwelować doznania bólowe.

Materiał i metoda

Przedstawiono wyniki wstępne badań przeprowadzonych wśród 20 pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych na oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dra A. Jurasza AM w Bydgoszczy.

W grupie 20 pacjentów było 11 kobiet (55%) i 9 mężczyzn (45%), w przedziale wiekowym 14–67 lat (średnia 39,25). Wśród badanej grupy wykształceniem wyższym legitymowały się 4 osoby (20%), średnim 8 osób (40%), zawodowym 6 osób (30%) i podstawowym 2 osoby (10%). Pacjenci byli operowani z powodu: chorób rozrostowych mózgu – 8 osób (40%), chorób naczyń mózgu – 4 osoby (20%) oraz dyskopatii – 8 osób (40%).

W badaniu posłużono się kwestionariuszem McGilla-Melzacka do oceny dolegliwości bólowych oraz ankietą.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy AM w Bydgoszczy (Uchwała KB/324/2003).

Wszyscy pacjenci, w chwili badania, byli w 4. lub 5. dobie po zabiegu neurochirurgicznym.

Wyniki

Pacjenci umiejscawiali ból w okolicy skroniowej – 7 osób (35%), w okolicy potylicznej – 6 osób (30%), na kręgosłupie 6 osób (30%), w okolicy czołowej – 4 osoby (20%), w okolicy ciemieniowej – 1 osoba (5%) oraz w okolicy oczodołu – 1 osoba (5%) (tab. 1).

Promieniowanie bólu zgłaszało 14 osób (70%). Wśród tych osób ból promieniował najczęściej do kończyny dolnej – 7 osób (35%), oczodołu – 5 osób (25%) oraz do karku – 3 osoby (15%), kończyny górnej – 2 osoby (10%) i kręgosłupa – 2 osoby (10%) (tab. 2).

Wśród pacjentów minimalne natężenie bólu odczuwało – 5 osób (25%), średnie – 5 osób (25%), silne również – 5 osób (25%), lekkie – 3 (15%), natomiast ból bardzo silny odczuwały 2 osoby (10%) (tab. 3).

Z badanej grupy pacjentów 7 (35%) odczuwało ból zarówno w dzień, jak i w nocy, również 7 osób (35%) odczuwało ból wyłącznie w nocy, natomiast 6 osób (30%) odczuwało ból podczas dnia (tab. 4).

14 osób (70%) spośród badanej grupy stwierdziło, że istnieje zależność między przyjętą pozycją ciała a nasilaniem się bólu. U 9 z tych osób (45%) ból nasilał się w pozycji leżącej, w pozycji siedzącej ból był silniejszy u 7 osób (35%), w pozycji stojącej – u 7 osób (35%) (tab. 5).

Pacjenci proszeni o zaznaczenie określeń najtrafniej charakteryzujących ich ból, najczęściej podkreślali: promieniujący – 7 osób (35%), pulsujący – 6 (30%), wyczerpujący – 6 (30%), tępy – 5 (25%), łagodny – 4 (20%), piekący – 4 (20%), rwący – 4 (20%), każde z następujących określeń: ciągnący, niepokojący, ostry, przygnębiający, przytępiony, straszny, tętniący, uciskający, znośny zakreśliło po 3 osoby (15%), natomiast po 2 osoby (10%) zakreśliło następujące określenia: ćmiący, drapiący, drażniący, elektryzujący, głuchy,

kłujący, łupiący, nie do wytrzymania, nużący, rżnący, ściskający, świdrujący (tab. 6).

15 pacjentów (75%) zauważyło występowanie u nich reakcji osobniczych związanych z bólem. Były to: zawroty głowy – u 8 osób (40%), drażliwość – 6 (30%), po 5 osób (25%) wymieniło strach, pocenie się i uczucie gorąca, reakcje takie, jak: nudności, obawa, suchość w ustach zaznaczyły po 4 osoby (20%), kołatanie serca – 3 (15%), brak apetytu – 3 osoby (15%) oraz 2 osoby (10%) – wymioty (tab. 7).

Do czynników, które zdaniem pacjentów podwyższają próg bólu, zaliczono: leki przeciwbólowe – 13 osób (65%), odwiedziny rodziny, znajomych – 8 (40%), cisza, spokój – 5 (25%), leki przeciwdepresyjne – 5 (25%), rozproszenie uwagi – 4 (20%), relaks – 4 (20%), gimnastyka oddechowa – 3 (15%), sen – 3 (15%), rozmowa z pielęgniarką – 3 (15%), czynniki takie, jak: zimne okłady, masaż, zrozumienie ze strony otocze-

Tabela 1. Umiejscowienie bólu

Umiejscowienie	N = 20	100%
Okolica skroniowa	7	35
Okolica potyliczna	6	30
Okolica czołowa	4	20
Okolica ciemieniowa	1	5
Oczodół	1	5
Kręgosłup	6	30

Tabela 2. Promieniowanie bólu

Promieniowanie	N = 20	100%
Kończyna dolna	7	35
Oczodół	5	25
Kark	3	15
Kończyna górna	2	10
Kręgosłup	2	10
Brak	6	30

Tabela 3. Natężenie bólu

Natężenie	N = 20	100%
Minimalny	5	25
Lekki	3	15
Średni	5	25
Silny	5	25
Bardzo silny	2	10

Tabela 4. Dobowe występowanie bólu

Dobowe występowanie	N = 20	100%
Stale (dzień i noc)	7	35
W dzień	6	30
W nocy	7	35

Tabela 5. Wpływ przybranej pozycji ciała na nasilanie się dolegliwości bólowych

Pozycja ciała	N = 20	100%
Ból silniejszy w poz. leżącej	9	45
Ból silniejszy w poz. siedzącej	7	35
Ból silniejszy w poz. stojącej	7	35
Pozycja nie ma wpływu	6	30

Tabela 6. Charakter dolegliwości bólowych

Charakter bólu	N = 20	100%
Promieniujący	7	35
Pulsujący, wyczerpujący*	6	30
Tępy	5	25
Łagodny, piekący, ostry*	4	20
Ciągnący, niepokojący, ostry, przygnębiający, przytępiony, straszny, tętniący, uciskający, znośny*	3	15
Ćmiący, drapiący, drażniący, elektryzujący, głuchy, kłujący, łupiący, nie do wytrzymania, nużący, rżnący, ściskający, świdrujący*	2	10

* Każde z określeń znajdujące się w zaznaczonym wierszu zostało zakreślone przez podaną liczbę osób (N).

nia oraz muzyka zakreśliło po 2 pacjentów (10%), dla 1 osoby (5%) jednym z czynników podwyższającym próg bólu była kąpiel (tab. 8).

Natomiast wśród czynników obniżających próg bólu pacjenci najczęściej zaznaczali: pogodę – 9 (45%), bezsenność – 8 (40%), stres – 8 (40%), hałas – 7 (35%) oraz zmęczenie – 5 (25%), strach – 5 (25%), smutek – 5 (25%), nudę – 4 (20%), ruch – 4 (20%), depresję – 4 (20%), niepewność – 3 (15%), zamknięcie się w sobie – 3 (15%) i złość – 2 (10%) (tab. 9).

Pacjenci zostali poproszeni o wskazanie na działania personelu pielęgniarskiego, które niwelują (mogłyby zniwelować) dolegliwości bólowe. 3 pacjentów (15%) nie wskazało na żadne działania. Spośród pozostałej grupy pacjentów, tj. 17 osób (85%), 14 osób (70%) wskazało na podawanie leków przeciwbólowych, rozmowę wskazało 6 osób (30%), zapewnienie wygodnej pozycji – 3 (15%), rehabilitację – 2 (10%) i po 1 osobie (5%) wskazało na następujące działania: dbałość o pacjenta, regularne wykonywanie czynności, rozproszenie uwagi, okazanie zrozu-

Tabela 7. Reakcje osobnicze na ból

Reakcje osobnicze	N = 20	100%
Zawroty głowy	8	40
Drażliwość	6	30
Strach	5	25
Pocenie się	5	25
Uczucie gorąca	5	25
Nudności	4	20
Obawa	4	20
Suchość w jamie ustnej	4	20
Kołatanie serca	3	15
Brak apetytu	3	15
Wymioty	2	10
Brak odpowiedzi	5	25

Tabela 8. Czynniki podwyższające próg bólu

Czynniki podwyższające próg bólu	N = 20	100%
Leki przeciwbólowe	13	65
Odwiedziny rodziny, znajomych	8	40
Cisza, spokój	5	25
Leki przeciwdepresyjne	5	25
Rozproszenie uwagi	4	20
Relaks	4	20
Gimnastyka oddechowa	3	15
Sen	3	15
Rozmowa z pielęgniarką	3	15
Zimne okłady	2	10
Masaż	2	10
Zrozumienie ze strony otoczenia	2	10
Muzyka	2	10
Kąpiel	1	5

mienia i zainteresowania, zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu, stosowanie zimnych okładów, umiejętna zmiana opatrunków (tab. 10).

Wnioski

- Większość pacjentów w 4. i 5. dobie po zabiegach neurochirurgicznych odczuwała ból o natężeniu od minimalnego do silnego. Najczęściej ból występował w okolicy skroniowej głowy. Ból najczęściej promieniował do dolnej kończyny. Ból występował równie często w dzień, jak i w nocy. Istnieje zależność między przybraną pozycją ciała a nasileniem się bólu.
- Najczęstszymi reakcjami osobniczymi towarzyszącymi dolegliwościom bólowym były zawroty głowy i drażliwość.

Tabela 9. Czynniki obniżające próg bólu

Czynniki obniżające próg bólu	N = 20	100%
Pogoda	9	45
Bezsenność	8	40
Stres	8	40
Hałas	7	35
Zmęczenie	5	25
Strach	5	25
Smutek	5	25
Nuda	4	20
Ruch	4	20
Depresja	4	20
Niepewność	3	15
Zamknięcie się w sobie	3	15
Złość	2	10

Tabela 10. Działania personelu pielęgniarskiego, które w oczach pacjentów niwelują ból

Działania personelu pielęgniarskiego	N = 20	100%*
Podawanie leków p/bólowych	14	70
Rozmowa	6	30
Zapewnienie wygodnej pozycji	3	15
Rehabilitacja	2	10
Dbałość o pacjenta	1	5
Regularność wykonywanych czynności	1	5
Rozproszenie uwagi	1	5
Okazanie zrozumienia	1	5
Okazanie zainteresowania	1	5
Zapewnienie odp. mikroklimatu	1	5
Stosowanie zimnych okładów	1	5
Umiejętna zmiana opatrunków	1	5
Brak odpowiedzi	3	15

* Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ pacjenci mogli udzielać więcej niż jedną odpowiedź.

3. Pacjenci najczęściej określali charakter bólu jako: promieniujący, pulsujący i wyczerpujący.
4. Dla większości pacjentów najważniejszym czynnikiem wpływającym na podwyższenie progu bólowego było przyjmowanie leków przeciwbólowych. Natomiast czynniki obniżające próg bólu u większości pacjentów to: pogoda, bezsenność, stres i hałas.
5. Większość pacjentów uważała, że podawanie leków przeciwbólowych jest najważniejszym z działań personelu pielęgniarskiego na rzecz niwelowania bólu.

Piśmiennictwo

1. Pawłęga J (red.). Podręcznik onkologii klinicznej. *Przegląd Lekarski*. Kraków 2001
2. Schirmer M. *Neurochirurgia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1998.
3. Collins S, Parker E. *Podstawy pielęgniarstwa, propedeutyka*. Warszawa: PZWL; 1994.
4. Domżał T. *Ból*. Warszawa: OMEGA; 1983.
5. Domżał T (red.). *Ból. Podstawowy objaw w medycynie*. Warszawa: PZWL; 1996.
6. Fibak J (red.). *Chirurgia*. Warszawa: PZWL; 1996.
7. Hebanowski M, de Walden-Gałuszko K, Żylicz Z. *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. Warszawa: PZWL; 1998.

Adres I Autorki:

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego AM
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

PROBLEMY NEUROLOGICZNE I NEUROCHIRURGICZNE
W PRAKTYCE LEKARZY I PIELĘGNIAREK
NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL PROBLEMS
IN MEDICAL PRACTICE OF DOCTORS AND NURSES

Możliwości rehabilitacji w zapobieganiu i leczeniu następstw urazów narządu ruchu

Rehabilitation possibilities in prevention and treatment
of repercussion of motor system injury

ZDZISŁAWA WRZOSEK, GRZEGORZ KONIECZNY

Z Katedry Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu Wydziału Fizjoterapii AWF
we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Zdzisława Wrzosek

Streszczenie Urazy narządu ruchu są wynikiem wielu przyczyn. Liczną grupę przyczyn stanowią urazy sportowe, ale także zajęcia o charakterze rekreacyjnym czy leczniczym. Aktywność ruchowa z punktu widzenia medycyny prowadzi do wielu pozytywnych zjawisk, a korzyści z niej płynące są bezsporne. Wśród wielu wymieniń można profilaktykę chorób układu krążenia, układu oddechowego, cukrzycy, osteoporozy, podkreśla się wpływ wysiłku fizycznego na stymulowanie funkcji UI, a także znana jest zależność między aktywnością i wydolnością fizyczną a stanem zdrowia we wszystkich okresach życia od dzieciństwa do wieku dojrzałego. Zarówno intensywne doskonalenie ruchów, jak i wzmacnianie siły mięśni może być przyczyną przeciążeń oraz urazów o charakterze ostrym. O ile urazy o charakterze ostrym rozpatruje się jako nieszczęśliwy zbieg przyczyn i okoliczności i podlegają one najczęściej leczeniu operacyjnemu, o tyle następstwom sumowania się mikrourazów i przeciążeń można przeciwdziałać. Problem ten wygląda odrębnie u dorosłych i u dzieci. Celem tego opracowania jest zwrócenie uwagi na profilaktykę urazów, zasygnalizowanie konsekwencji niedoleczonych urazów narządu ruchu oraz podanie zasad rehabilitacji w przypadku leczenia następstw urazów tego układu u niesportowców i u sportowców.

Słowa kluczowe: prewencja, urazy sportowe, rehabilitacja.

Summary Injuries of motor system are result of many reasons. Sport injuries present numerous group of reason, but also recreation and remedial activities. Motor activity leads from the point of view of medicine to many positive phenomena, but benefits streaming from it are unquestionable. Among many it is possible to mention diseases of cardiovascular system, respiratory system, diabetes, and osteoporosis. Influence of physical effort is underlined on stimulation of immune system function, and also dependence is known among activity and physical effort, but state of health in all periods of lives from childhood to mature age. Intensive perfecting of movement equal as well as intensifying of muscle power can be reason of overload and injuries at the acute character. If injuries at the acute character are treated as unhappy runaway of reason and circumstances and they subject operative treatment most often in so far as repercussions of summation microinjuries and overload it is possible to counteract. This problem looks distinctly at adult and at children. Calling attention is purpose of this elaboration on prevention of injury, signalling of consequences incomplete cure injury of motor system and application of principle of rehabilitation in this case of injury repercussion of the system at unathletes and athletes.

Key words: prevention, sport injuries, rehabilitation.

Stosunkowo niedawno, bo dopiero pod koniec XX wieku, sport przestał być sezonową zabawą towarzyską dobrze sytuowanych grup społecznych, a stał się rozrywką i zapleczem zdro-

wotnym całych narodów. W wyniku ogromnego zapotrzebowania społecznego doszło do powstania sportu zawodowego, wyczynowego, masowego, rekreacyjnego, leczniczego, nie wyłącza-

jąc sportu niepełnosprawnych. Wśród licznej grupy uprawiających sport, w tak szerokim rozumieniu, jedni czynią to w nadziei osiągnięcia sławy, zdobycia pieniędzy, przywrócenia utraconego zdrowia czy choćby chwilowego zatrzymania nieubłaganych następstw procesu starzenia się.

Uprawianie sportu prowadzi – z punktu widzenia medycyny – do wielu pozytywnych zjawisk, a korzyści płynące z systematycznej aktywności ruchowej są bezsporne.

Wśród wielu wymieniwać można jej przydatność w zakresie:

- prewencji pierwotnej i wtórnej chorób układu krążenia;
- prewencji chorób układu oddechowego (ze szczególnym uwzględnieniem astmy wysiłkowej);
- profilaktyki i leczenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego;
- profilaktyki i leczenia cukrzycy;
- profilaktyki i leczenia osteoporozy;
- profilaktyki i leczenia otyłości;
- profilaktyki i leczenia zmian przeciążeniowych;
- likwidowania następstw koniecznego unieruchomienia;
- podkreśla się także wpływ wysiłku fizycznego na modelowanie i stymulowanie funkcji układu odpornościowego (Pokrywka L, Kmieć Z, 2002);
- istnieje udokumentowana badaniami (badania prof. Roberta Maliny prowadzone na Wydziale Kinezylogii na Uniwersytecie Stanowym Michigan w ramach programu „Aktywność fizyczna a rokowanie długowieczności”) zależność między aktywnością i wydolnością fizyczną a stanem zdrowia we wszystkich okresach życia – od dzieciństwa do wieku dojrzałego (Malina RM, 2002).

Podsumowuje to stwierdzenie: „Im więcej ruchu w latach, tym więcej lat w ruchu”.

Wydawałoby się, że nic tylko ćwiczyć – na pewno tak, ale zarówno intensywne doskonalenie ruchów, jak i wzmocnienie siły mięśni, nie może odbywać się bezkarnie i ceną jest przyspieszone zużycie tkanek.

Sprawa nabiera szczególnej ostrości u sportowców, u których nadmierna eksploatacja dotyczy okolicy, w której tkanki genetycznie są mniej wartościowe i podatne na sumujące się mikrourazy. Niejednokrotnie czynnikiem wywołującym łańcuch zaburzeń patologicznych jest nieprawidłowy wzór ruchu czy mikrourazy pochodzące z zewnątrz. Stąd konieczność stałej opieki lekarskiej i badań, celem eliminowania zagrożeń.

Książka pod tytułem *Przez sport do zdrowia i przez sport do kalectwa* ujawnia wiele schorzeń i następstw urazów, które są wynikiem źle pojętej aktywności ruchowej i nieprawidłowo prowadzonego treningu sportowego.

Niewielu dopuszcza do siebie myśl, że uszkodzenia narządu ruchu wcale nie muszą rozpoczynać się od określonych i wystarczająco silnych urazów, pozostawiających trwały ślad w pamięci pacjenta. W przeważającej części przypadków w grę wchodzi sumowanie się mikrourazów (w tym zwykłych przeciążeń) i skryty rozwój choroby, niejednokrotnie niedający wyraźnych objawów w okresie wielu miesięcy czy nawet lat. Do grupy tej należy zaliczyć też następstwa źle leczonych lub wręcz lekceważonych skręceń, stłuczeń czy naciągnięć. O ile złamania, zwichnięcia czy podwichnięcia wzbudzają odpowiedni respekt i są dzięki temu prawidłowo leczone, o tyle urazy i uszkodzenia mięśni, ścięgien, więzadeł, torebek stawowych, kaletek itp. są z reguły lekceważone, zaś ich doleczenie przez stopniowanie ruchu i wysiłku zaniechywane. To powszechne lekceważenie zasad gojenia się tkanek miękkich narządu ruchu, co objawia się samowolnym skracaniem czasu potrzebnego na wygojenie się tych uszkodzeń.

Żadne pojedyncze makrouszkodzenia, a tym bardziej sumujące się mikrourazy w obrębie narządu ruchu, nie goją się bez śladu. Pomijając uszkodzenia kości, w obrębie narządu nie ma *restitutio ad integrum* (powrotu do stanu fizjologicznego). Do wygojenia uszkodzenia dochodzi jedynie przez zastąpienie wysokowartościowej i wyspecjalizowanej tkanki mięśniowej, ścięgniowej czy więzadłowej tkanką niepełnowartościową (blizna, regenerat). W następstwie wielokrotnych stłuczeń czy naderwań, mięsień z czasem przedstawia sobą konglomerat tkankowy o różnym stopniu kurczliwości, siły i wytrzymałości. Podobnie urażane wielokrotnie więzadło, ścięgno czy torebka stawowa tracą naturalną elastyczność (rozplem tkanki łącznej) oraz właściwą im propriocepcję i albo ograniczają zakres ruchu, albo też doprowadzają do destabilizacji stawu.

Uszkodzenia typu przeciążeniowego miękkich komponentów narządu ruchu wymagają wyjątkowo starannego leczenia i żmudnego doleczenia, a zaniebdania w tym względzie objawiają się pojawianiem się w miarę upływu czasu dolegliwości i dysfunkcji i rokują źle. W leczeniu tym chodzi o możliwe najwierniejsze odtworzenie anatomii i umożliwienie we właściwym czasie treningu sportowego i startów, w stopniu niezagrażającym bezpieczeństwu osobie dotkniętej urazem. Skuteczne leczenie podejmowane zbyt późno może spowodować, iż chorzy będą wymagać skomplikowanych zabiegów naprawczych, np. stosowanie przeszczepów ścięgien czy więzadeł, bez żadnych gwarancji, że leczenie to spełni wszystkie ich oczekiwania (Dziak A, 2002).

Bez względu na wszystkie zalety ciała i umysłu narząd ruchu sportowca podlega ogólnie znanym prawom biologii. W przypadku konieczności le-

czenia tej grupy poszkodowanych nie jest możliwe pominięcie rzetelnego, naukowego procesu leczenia, skracanie jego czasu, samowolne zmiany programu leczenia czy też wprowadzanie procedur „samoleczenia” praktykami typu szarlatanerii. Przeczy to zasadom gojenia się tkanek, naraża poszkodowanego na ryzyko nawrotu dysfunkcji, co zazwyczaj jest równoznaczne z przedwczesnym zakończeniem kariery sportowej.

Chęć szybkiego i „łatwego” wyleczenia jest wielka nie tylko w samym pacjencie, ale znajduje gorliwych popleczników w osobach trenerów, działaczy, menedżerów i innych zainteresowanych. Zalecane leczenie i doleczanie często zastępowane jest tzw. odnową biologiczną, po to, by poszkodowany mógł jak najwcześniej rozpocząć trening i wziąć udział w zawodach. Choć niekiedy na krótki okres, to się udaje zarówno w uszkodzeniach ostrych, jak i przeciążeniowych, to z reguły postępowanie takie docelowo do niczego dobrego nie prowadzi. Zmieniane rozpoznania i metody leczenia oddalają tylko od pacjenta widmo mniejszego czy większego kalectwa. Prędzej czy później sportowiec sam rezygnuje z wysokiego wyczynu, obniżając poziom występów, po to, by się w końcu z czynnego życia zawodowego wycofać.

Chociaż w obiegu istnieje wiele terminów uszkodzeń o zabarwieniu sportowym, np. kolano skoczka, łokieć tenisisty, plecy pływaka, kciuk narciarza, pięta biegacza itp., to patologie te występują także często u ludzi nieuprawiających sportu, a jedynie niewiele z tych uszkodzeń stanowi typowe uszkodzenia sportowe.

Patofizjologia tak ostrych, jak i przewlekłych uszkodzeń narządu ruchu w sporcie nie różni się zasadniczo od spotykanych w innych dziedzinach życia, stąd postępowanie jest podobne.

Wydaje się, że leczenie uszkodzeń narządu ruchu w sporcie jest łatwiejsze z racji znajomości mechanizmów uszkodzeń oraz motywacji pacjenta do wyleczenia. Jednocześnie sprawa ta jest trudna, bowiem pacjent i jego otoczenie oczekuje przywrócenia siły i sprawności uszkodzonego narządu do stanu poprzedniego, umożliwiającego podejmowanie się zadań przekraczających wydolność tego narządu u osób nietreningujących. Nie stanowi to problemu w uszkodzeniach odwracalnych, problem stanowią uszkodzenia bez nadziei pełnego wyleczenia.

Choć ze względów oczywistych w urazach ostrych najczęściej w grę wchodzi leczenie operacyjne, to jego ostateczny wynik jest uzależniony od specjalistycznej rehabilitacji i „autoleczenia” pod nadzorem specjalistów i trenera, u którego niezwykle ważna jest wiedza, umiejętności, osobowość i specyficzna praca z zawodnikiem poszkodowanym. Doceniając znaczenie wiedzy i umiejętności trenera, nie wolno zapo-

mnąć o zdrowym rozsądku, którego nie zastąpi żadna wiedza (Czajkowski Z, 2000).

Olga Lipińska: „Strzeżmy się ludzi jednej książki”. „Každy wielki trener kroczy własną drogą” – ta własna droga to wizja treningu u poszkodowanych w sporcie i rozsądne „dysponowanie” tymi sportowcami w ich udziałach w zawodach i startach.

Najwięcej problemów w leczeniu urazów stwarzają sportowcy amatorzy, którzy wprawdzie wyrażają chęć leczenia, to jedynie leczenia biernego, bez własnego zaangażowania i „autoleczenia”. Zazwyczaj poddają się oni leczeniu fizyko-terapeutycznemu i kinezyterapeutycznemu, ale nie kontynuują zalecanych ćwiczeń i zabiegów w domu. Są to pacjenci wyjątkowo podatni na pseudoleczenie, chętni płacić nawet duże pieniądze w nadziei otrzymania cudownej recepty, pigułki czy zabiegu.

Sportowcy profesjonalni i wysokiego wyczynu są zdecydowanie bardziej wiarygodni, gdyż chęć powrotu na boisko stanowi rzetelną motywację. Leczenie takiego sportowca, który z reguły jest rozsądny i mądry i przebywa w takim samym otoczeniu, jest przyjemnością dla obu stron, trwa względnie krótko, a nadzorowanie po wyleczeniu przez odpowiedzialnego trenera daje dobre efekty.

W przeciwieństwie do dorosłych, którzy często agrawują, u dzieci, szczególnie dzieci sportowych, rzeczą powszechną jest dysymulacja, czyli ukrywanie choroby. Dziecko boi się, że jeżeli przyzna się do trapiących go dolegliwości, rodzice nie puszczą go na kolejny trening.

Jednocześnie należy pamiętać, że niezwykle ważną rolę w sporcie kwalifikowanym dzieci odgrywają właśnie rodzice. Często przenoszą oni na dzieci własne niespełnione marzenia sportowe czy chęć zarobienia na dziecku dużych pieniędzy za wszelką cenę – nierzadko za cenę szczęścia i zdrowia dziecka. Trener również marzy o „szybkim oszlifowaniu diamentu” i pochwaleniu się utalentowanym dzieckiem przed światem. Często obnaża to medyczną próżnię trenera. Nakładanie na młodego sportowca nadmiernych obciążeń fizycznych wbrew przestrogom lekarza opiekującego się młodym podopiecznym prowadzi do przeciążeń i ich następstw, a jeśli jeszcze zapomina się o dewizie, iż „dziecko należy leczyć tylko dobrze” i leczy się z wizją wczesnych startów, to zwykle kariera sportowa takiego dziecka jest krótka, przy długich następstwach tych nieprawidłowości.

Czy możliwa jest profilaktyka uszkodzeń sportowych narządu ruchu?

Wydaje się, że tak, chociaż w przypadku uszkodzeń ostrych przyjmuje się, że ich przyczyna to „splot przyczyn i okoliczności” trudnych do przewidzenia.

W zakres profilaktyki wchodzić będzie: właściwa rozgrzewka, wyposażenie obiektów sportowych, przestrzeganie przepisów.

We współczesnym sporcie na pierwszy plan wysuwa się prewencja uszkodzeń przewlekłych. Są one wynikiem, co podkreślano wcześniej, sumowania się urazów niewielkich, nawrotów uszkodzeń, a podstawę odległych następstw stanowi właściwe leczenie i odpowiednio długa specjalistyczna rehabilitacja. Rehabilitacja specjalistyczna tylko w niewielkim stopniu korzysta z rehabilitacji uniwersalnej. Jest ona jak gdyby rehabilitacją wyższego rzędu, zawsze kosztowną i czasochłonną w niewielkim stopniu korzysta z metod fizykoterapii klasycznej, podstawowej, gdyż te metody nie decydują np. o przebiegnięciu maratonu.

Ostatnio ukazało się za granicą kilka podręczników poświęconych medycynie sportowej. Charakterystyczne i zbiorcze dla treści w nich zawartych jest to, że coraz większy nacisk kładzie się na sprawy profilaktyki i rehabilitacji.

W jednej z takich pozycji podano oparte na bogatej literaturze naukowej 10 zasad rehabilitacji obowiązujących w medycynie sportowej (za: Gawroński W, 2002).

Generalną regułą rehabilitacji jest: **SAID** – **S**pecific **A**daptation to **I**mposed **D**emands (swoista adaptacja do nakładanych obciążeń), ponieważ bez jej zrozumienia zbudowanie programu rehabilitacji sportowca i osiągnięcie celów nie będzie możliwe.

Głównym zadaniem procesu rehabilitacji jest powrót sportowca do takiego poziomu sprawności, w którym możliwe będzie zniesienie obciążeń spotykanych w jego aktywności sportowej w jak najkrótszym, ale i bezpiecznym czasie.

Zasady rehabilitacji

Zasada 1 – to uświadomienie, że różnica postępowania ze sportowcem a z niesportowcem leży w określonym poziomie sprawności, do którego proces usprawniania musi doprowadzić uszkodzone tkanki.

Zasada 2 – mówi o tym, że dla określenia mechanizmu urazu niezbędne jest wielospecjalistyczne spojrzenie na zewnętrzne i wewnętrzne czynniki urazowe i korygowanie ich podczas usprawniania.

Zasada 3 – podkreśla znaczenie szczegółowego rozpoznania, określenia miejsca uszkodzenia i upośledzonych funkcji w stosunku do sportowej aktywności i ocenę skuteczności usprawniania w tym zakresie.

Zasada 4 – to rokowanie z ustaleniem celów do osiągnięcia w bliskiej i odległej przyszłości (weryfikowane klinicznie i testami funkcjonalnymi).

Zasada 5 – to podzielenie procesu usprawniania na środki (metody) leczące uszkodzenia pier-

wotne i te, które wpływają na wtórne skutki obrażenia.

Leczenie pierwotnych uszkodzeń odbywa się w trzech fazach:

- opóźnienie procesu zapalnego (4÷6 dni);
- regeneracji tkanek (10÷12 tygodni);
- przebudowa uszkodzonych tkanek.

Zasada 6 – dotyczy fazy opóźnienia; według niej leczenie w tej fazie polega na zastosowaniu:

- **PRICE** = **P**rotection (odciążenie, ochrona – łaśka, kula, szyna, orteza, gips, bandaż, taśma);

Rest – odpoczynek (ograniczenie aktywności ogólnej i lokalnej);

Ice – lód, schładzanie (zastosowanie zimna, krioterapia);

Compression – ucisk (bandaż, rękawy uciskowe);

Elevation – uniesienie (powyżej serca, pozycja leżąca, temblak).

- **PRICE_{MM}** – **M**edication (farmakoterapia – NLPZ i inne środki);

Modalities (fizykoterapia: laseroterapia, ultradźwięki, galwanizacja, elektrostymulacja, ciepłolecznictwo, magnetoterapia, prądy interferencyjne, TENS).

Uzupełnieniem jest terapia manualna. Spośród kinezyterapii ostatnio stosuje się metodę PNF w leczeniu zmian przeciążeniowych.

Zasada 7 – dotyczy fazy regeneracji i mówi o tym, że stopniowe napinanie blizny tkankowej powoduje zwiększenie i ukierunkowanie włókien kolagenowych i musi ono przebiegać wzdłuż linii czynnościowej funkcji uszkodzonych tkanek.

Zasada 8 – dotyczy fazy przebudowy i mówi także o napinaniu blizny tkankowej dla nadania właściwego kierunku włóknom kolagenowym i przeciwdziałaniu jej obkurczeniu. Każdy ruch w tej fazie musi być ostrożnie stopniowany.

Zasada 9 – zgodnie z tą zasadą leczenie pierwotnych uszkodzeń tkanek sprowadza się do odbudowy odporności tkanek na obciążenie i polega na redukowaniu stanu zapalnego tkanek.

Zasada 10 – mówi, że fizjoterapia we wszystkich wtórnych uszkodzeniach pourazowych (powikłaniach) nie może wpływać na pogorszenie stanu uszkodzonych tkanek.

Podsumowując autor tej pracy stwierdza, że dobrze zaprogramowana i starannie przeprowadzona rehabilitacja jest istotną częścią procesu leczenia. Bez tych działań uszkodzone tkanki nie mogłyby być stopniowo przygotowywane do podjęcia specyficznych obciążeń, a niedoleczone pozostałyby bardziej podatne na ponowne urazy.

Wydaje się, że aby proces rehabilitacji mógł być właściwie przeprowadzony, zniecierpliwienie zawodnika czy jego otoczenia wywołane coraz częściej zadawanym pytaniem przez trenera, menedżera itp. „Kiedy powrócisz na boisko” nie powinno udzielić się zespołowi leczącemu.

Zarzucenie leczenia opartego na podstawach naukowych i poddawanie się pseudonaukowym metodom leczenia nie rokuje niczego dobrego. W tym miejscu można by się zastanowić, czy powszechnie stosowane blokady w celu zmniejszenia bólu u sportowców podczas walki są zgodne z zasadami fair play i oparte na naukowych zasadach.

Kultura fizyczna, czyli dbanie psychiki o ciało, jest trzecią obok kultury materialnej i duchowej istotną stroną naszej kultury. Sport jest jedną z form kultury fizycznej. Takie cechy sportu, jak:

- niezależność motywacji w wyborze,
- dodatnie emocje towarzyszące tym działaniom,

– ruchowy charakter działań itp. to sposób kształtowania osobowości i postawy wobec siebie i innych, ale nie za wszelką cenę, tym bardziej cenę zdrowia.

Sport w rękach autentycznych nauczycieli i wychowawców służy sprawie człowieka i jego zdrowiu, a w rękach osób nieodpowiedzialnych staje się antyhumanistyczną dziedziną aktywności ludzkiej, prowadząc niejednokrotnie, zwłaszcza u dzieci i młodzieży, w wyniku nieprzemysłanych metod treningu i złej selekcji, do przeciążeń, urazów czy kalectwa.

Piśmiennictwo

1. Pokrywka L, Kmieć Z. Wpływ wysiłku fizycznego na układ odpornościowy sportowców wyczynowych. *Medicina Sportiva* 2002; 6, 2: 17–27.
2. Malina RM. Aktywność fizyczna a rokowanie długowieczności. *Medicina Sportiva* 2002; 6, 2: 17–27.
3. Dziak A. Uszkodzenia sportowe i ich leczenie. *Acta Clinica* 2002; 2, 3: 217–224.
4. Czajkowski Z. Wiedza, umiejętności, osobowość i praca trenera. *Człowiek i Ruch* 2000; 2, 2: 5–11.
5. Gawroński W. Dziesięć zasad rehabilitacji w medycynie sportowej. *Medicina Sportiva* 2002; 6(Suppl. 2): 91–93.

Adres Autorów:

Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu AWF
ul. Rzeźbiarska 4
51-629 Wrocław

Zastosowanie Skali Winga do oceny społecznego zachowania pacjentów w okresie hospitalizacji psychiatrycznej

Social behaviour assessment during psychiatric hospitalisation according to Wing's Scale

BOGUMIŁA SZWED¹, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA²

¹ Z Kolegium Karkonoskiego w Jeleniej Górze

² Z Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wstęp

Historia psychiatrii to nie tylko dzieje procesu stawania się psychiatrii jedną z dyscyplin medycyny, to także dzieje przemian w stosunku społeczeństw do osób chorych psychicznie, czego wyrazem były m.in. relacje między pojęciami choroby i normy psychicznej w danej kulturze i epoce historycznej. Zaburzeniem psychicznym psychotycznym, czyli chorobą psychiczną, nazywamy jakościowe zmiany w globalnej aktywności psychicznej człowieka. W wyniku zaistnienia choroby psychicznej zmienia się w sposób zasadniczy życie uczuciowe, intelekt, formy zachowania i postępowania, a czasem nawet świadomość. Człowiek traci najwyższe sternictwo psychiczne, pojawiają się objawy psychopatologiczne. Choroba psychiczna zmienia bardzo szybko zdolność przystosowania się społecznego człowieka i stwarza konieczność udzielenia mu opieki specjalistycznej. Psychoza (choroba psychiczna) jest zawsze w życiu człowieka zjawiskiem negatywnym, to znaczy sprawia, że miejsce dotychczasowej najwyższej aktywności psychicznej zajmuje aktywność ewolucyjnie niższa. Procesy umysłowe umożliwiają orientację w otoczeniu, samoorientację lub planowanie. Zdaniem Lewickiego, zachowanie człowieka przebiega według określonych praw, zależnie od układu warunków danym momencie. Tworzą je „sytuacje”, czyli czynniki

zmienne, oraz „determinanty”, czyli czynniki względnie trwałe „tkwiące” w osobowości jednostki. Sytuację zewnętrzną działającą na człowieka stanowią określone przedmioty i osoby przedstawiające dla jednostki pewną wartość lub zagrożenie. Sytuacja stanowi więc dla człowieka problem, jak zdobyć to, co jest w niej pozytywne (dodatnie), lub unikając tego, co jest przykre i szkodliwe. Zakłócenia w czynnościach psychicznych człowieka będą więc wyrażać się w jego zachowaniu w postaci różnych objawów psychopatologicznych. Zakłócenia te mogą wynikać zwłaszcza z nieprawidłowych relacji między człowiekiem i środowiskiem. Środowisko dostarcza człowiekowi bodźców w formie zewnętrznych informacji (stresorów), dzięki którym może on prawidłowo działać. Nadmierna liczba lub niekorzystny charakter bodźców mogą powodować chorobowy stan „dysstresu” i zakłócać równowagę układu człowiek–środowisko. Powstają w ten sposób zaburzenia psychiczne, psychogenne, uwarunkowane środowiskowo. Pojęcie środowiska w tym układzie trzeba odnosić do całokształtu przyrodniczych, ekologicznych i społecznych czynników, a także uwarunkowań ekonomicznych i kulturowych (Biliwicki, 1992).

Deficyty umiejętności spośród osób podatnych i chorujących na schizofrenię wydają się występować wtórnie do dysfunkcji poznawczych. Umiejętności społeczne obejmują ilość

i jakość werbalnych i niewerbalnych elementów zachowania oraz umiejętność osiągania celów instrumentalnych i społeczno-emocjonalnych, z uwzględnieniem praw i potrzeb innych ludzi w danym kręgu kulturowym, a więc przy zachowaniu wzmocnienia społecznego, uzyskiwanego w innych osób. Do celów instrumentalnych zalicza się zaspokajanie potrzeb biologicznych i materialnych (pożywienie, mieszkanie, dobrobytu materialnego, statusu zawodowego), do celów społeczno-emocjonalnych: zaspokojenie potrzeb afiliatywnych (wymiany doświadczeń i uczuć, bliskość przyjaźni, miłość), w schizofrenii repertuar zachowań niewerbalnych jest uboższy, a niekiedy zachowania te są nieadekwatnie wyolbrzymiane. Zdolność rozwiązywania problemów w sytuacjach interpersonalnych jest upośledzona zarówno w sferze spostrzegania, jak i przetwarzania informacji oraz ich wykorzystywanie w działaniu. Afekt i myślenie są w większej mierze sterowane bodźcami wewnętrznymi, a nie sytuacją realną, niższa jest motywacja do działania w ogóle, co wiąże się z anhedonią. Osoby ze schizofrenią nie reagują na uniwersalne wzmocnienie atrakcyjne dla ludzi zdrowych, jakimi są związki międzyludzkie. Pociąga to za sobą unikanie relacji społecznych i ograniczenie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Odległe rokowania w schizofrenię jest tym gorsze, im gorsze było funkcjonowanie społeczne przed zachorowaniem (Załuska, 1995).

Żałożenia i cele pracy

1. Wykazanie przydatności skali J. K. Winga do oceny zachowań społecznych pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.
2. Wykazanie możliwości obrazowego i porównawczego wychwycenia zmian zachowań.
3. Jako wskaźnik ujawniający zapotrzebowanie na konkretne oddziaływania związane z realizacją potrzeb społecznych pacjentów i tym samym stanowiący element procesu pielęgnowania człowieka.

Standardowe metody kliniczne

Ogół skal i inwentarzy, które służą do oceny objawów psychopatologicznych i zachowania chorych, podzielić można na 4 duże kategorie (wg Hamiltona [1]):

- skale przydatne w weryfikacji rozpoznania klinicznego i do celów klasyfikacyjnych,
- inwentarze i skale służące do określenia prognozy,
- narzędzia pomiaru do oceny skuteczności te-

rapii i określenia czynników z zakresu obrazu klinicznego, którym przypada znaczenie przy wyborze metody leczniczej,

- skale i inwentarze psychopatologiczne, które służą do oceny ciężkości schorzenia i ewentualnej oceny wpływu terapii.

Godne zalecenia są skale uwzględniające obserwacje pielęgniarские. Obserwacje te pozwalają z jednej strony na weryfikację opinii lekarza i psychologa, z drugiej umożliwiają wgląd w aktywność całodobową pacjenta. Spośród skal przeznaczonych do ocen przez pielęgniarkę, ustaloną pozycję w badaniach nad lekiem posiada skala Honigfelda i Klette, włączona między innymi do systemu ECDEU pod kryptonimową nazwą NOSIE – 30 (Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation). Skala obejmuje ocenę 30 cech zachowania, w tym tak zwane pozytywne cechy zachowania:

1. dyscyplina społeczna,
2. przystosowanie społeczne,
3. czystość, toaleta oraz negatywne cechy zachowania:
 - obrażliwość,
 - objawy psychotyczne,
 - zahamowania.

Ocena jest oparta na obserwacji zachowania pacjenta. Chodzi o ustalenie, czy w dniu obserwacji określona cecha jest obecna czy też nie. Ocena ilościowa łączy się z ustaleniem, jak często notowano obecność cechy w określonym czasie.

Istnieją skale wykorzystujące metody samoobserwacji i wypełnia je sam pacjent. Ze względów zrozumiałych znajdują one ograniczony zakres zainteresowania i mogą być one używane jedynie u tych chorych, którzy dobrze współpracują z lekarzem.

Ocena ilościowa i jakościowa obrazu klinicznego w poszczególnych skalach i inwentarzach przeprowadzana jest różnymi sposobami.

W części zastosowano metodę bezpośrednią, w której, na podstawie przeprowadzonej rozmowy z pacjentem połączonej z ukierunkowanymi pytaniami, określa się obecność oraz nasilenie objawu. Taki sposób zastosowania między innymi w skali Hamiltona, Overalla, PSE – Winga. Inne skale zawierają określony zestaw pytań, które kieruje do pacjenta lekarz, pielęgniarka bądź też sam pacjent wypełnia kwestionariusz.

Analiza odpowiedzi pozwala na ustalenie, czy określony objaw lub cecha są obecne czy też nie. Pytania w sposób niejawnny mogą również zmierzać do eksploatacji danej cechy lub też dotyczą częstości występowania prawidłowych cech psychicznych lub zachowania. Sposób „wyceny” ilościowej stopnia nasilenia objawu lub cechy zachowania budzi najwięcej kontrowersji i nastrocza liczne trudności w praktyce. Wprowadzono w tym zakresie różnorodne rozwiązania.

W niektórych skalach pomiar ilościowy wiąże się ze stosowaniem określonych kryteriów podanych przez autorów (a) skali. Niektórzy autorzy skal zrezygnowali z określenia ścisłych kryteriów oceny ilościowej i pozostawiają osobie badającej swobodę w tym względzie, określając jedynie zakres punktów, w których powinna mieścić się „wycena” (np. od 0 do 5). Konkurencyjną skalę stosowaną przez niektórych autorów w ocenie efektów terapii jest krótka skala psychopatologiczna do użytku przez personel pielęgniarski, opracowana przez Francja oraz Heningera. W skali zastosowano dosyć skomplikowany sposób oceny punktowej, który łączy się z potrzebą przeprowadzenia krótkiego badania psychiatrycznego pacjenta, co znacznie ogranicza użyteczność skali dla personelu pielęgniarskiego. Spośród wielu skal i inwentarzy objawów o szerokim profilu klinicznym wymienić należy inwentarz objawów klinicznych z zakresu psychopatologii J.K. Winga et al. Przeniesiona na grunt polski i zmodyfikowana przez M. Majczaka zawiera 16 cech zachowań ocenianych w skali trójstopniowej. Inną skalę J.K. Winga jest kompleksowy i wyczerpujący inwentarz objawów klinicznych z zakresu psychopatologii. W pełnej wersji PSE (Present Status Examination) Winga zawiera 140 objawów i cech zachowań uporządkowanych, przy zastosowaniu analizy czynnikowej w 38 zespołach psychopatologicznych. Główną przeszkodą w jej rozpowszechnieniu jest duży nakład czasu, który wiąże się z przeprowadzeniem pomiaru.

Wybór metody pomiaru stanu klinicznego zdeterminowania jest programem badań i powinien być adekwatny do realizacji celów, które przed sobą stawia zespół prowadzący badania. Pomiar objawów klinicznych za pomocą standaryzowanych metod powinien łączyć się z przestrzeganiem określonych zasad, jak:

1. Dobra znajomość stosowanego sposobu pomiaru, tak aby sposób ten używany był przez dostatecznie długi okres czasu, zanim zostanie wykorzystywany do oceny psychofarmakoterapii.
2. Oceny należy przeprowadzić zawsze w tych samych warunkach, między innymi w określonej przez dni, w tym odstępie czasu po przyjęciu leków i w określonych dniach trwania terapii.
3. Wskazane jest, aby u określonego pacjenta ocenę prowadziła ta sama osoba przez cały okres trwania badania, ewentualnie dwie niezależnie od siebie osoby. Opracowanie skal mogących mieć zastosowanie w bezpośredniej praktyce pielęgniarskiej jest jednym z ważniejszych zadań naukowo-badawczych stojących przed pielęgniarstwem jako bardzo młodą dziedziną nauki (Wojnowska-Dawiskiba, 1985).

Skala Winga jako narzędzie poznania naukowego w diagnostyczno-terapeutycznej fazie procesu pielęgnowania chorego

W celu lepszego skoordynowania poznania z działaniem wydaje się pożyteczne wprowadzenie i upowszechnienie sformalizowanego sposobu rejestrowania materiału diagnostycznego, uzyskiwanego za pomocą obserwacji. Jako narzędzie pomiaru stosuje się Skalę Ocen Społecznego Zachowania się Pacjenta według Winga, w tłumaczeniu M. Masiaka, którą zmodyfikował A. Majczak. Zaletą skali jest prostota i jasność sformułowań, łatwość w posługiwaniu się trójstopniową skalą punktującą wyraźne zmiany form społecznej aktywności pacjenta i rekonwalescenta. Skala Winga ma dwie wersje: pierwsza służy do obserwacji chorego na schizofrenię w okresie hospitalizacji, druga zaś przewidziana jest do stosowania w warunkach pozaszpitalnych w okresie remisji. Obydwie wersje zawierają po 16 kategorii zachowań (Koślacz, 1980). Pielęgniarka psychiatryczna w obecnej psychiatrii klinicznej ma do spełnienia określone zadania postępowania diagnostycznego. Diagnozowanie pielęgniarka prowadzi w dwóch określonych celach: 1. ustalenia rozpoznania pielęgniarskiego, 2. dostarczenie lekarzowi koniecznych informacji o chorym.

Przez rozpoznanie pielęgniarskie rozumiemy ustalenie hierarchii potrzeb biopsychospołecznych chorego w konkretnej sytuacji, w jakiej znalazł się w wyniku zaistniałych zaburzeń psychicznych. Do postawienia diagnozy pielęgniarskiej potrzebne są szczegółowe dane (informacje i obserwacje) o pacjencie otrzymane z różnych źródeł, jak: dokumentacja, diagnoza lekarska, bezpośredni kontakt, wywiady rodzinne i środowiskowe (Ugniewska, 1996). W opracowaniu planu rozmowy z chorym może korzystać z takich narzędzi, jakimi są skale. Skale wskazują, na co trzeba zwrócić uwagę przy konstruowaniu pytań przeznaczonych dla chorego z objawami depresji, manii, lęku, itp. Zebrany materiał wymaga przeanalizowania i obiektywnej oceny. W takim ujęciu danych o pacjencie, dotyczących całokształtu zagadnień zdrowotno-społecznych, otrzymanych ze wszystkich dostępnych źródeł, jest rozpoznaniem indywidualnym potrzeb zdrowotnych pacjenta dokonanych na podstawie zebranych danych.

Diagnoza pielęgniarska zawiera zarówno elementy diagnozy medycznej stawianej przez lekarza, jak i elementy diagnozy społecznej, które mogą być określane przez samą pielęgniarkę na podstawie wiedzy socjologicznej i znajomości problematyki społecznej. Oprócz wymienionych elementów istnieją jeszcze inne, które pielęgniarka wprowadza na podstawie fachowej i całościowej

wej analizie sytuacji. Na podstawie ustalonego rozpoznania pielęgniarskiego oraz zleceń lekarskich powstaje plan opieki nad chorym, który jest realizowany przez cały zespół terapeutyczny (Ugniewska, 1996).

Cały zespół pielęgniarski, jako rzeczywisty organizator życia chorych w oddziale psychiatrycznym, jest w pierwszym rzędzie odpowiedzialny za to, jak wpływać będzie środowisko szpitalne na przebywających w nim chorych. Stosunek do każdego chorego powinien być oparty na szerokich zasadach; rodzi się wówczas możliwość skutecznego działania dla jego dobra niż wtedy, gdy pielęgniarka kieruje się jedynie wąską pojętą opieką nad chorym. Trzeba poznać „osobowość” chorego w każdej sytuacji, wtedy pielęgniarka dostrzega różnicę pomiędzy opieką formalną, zgodną z ogólnymi wymaganiami a prawdziwą pracą z chorym dla jego dobra. Pielęgniarka w procesie leczniczym nie może ograniczać się wyłącznie do wykonywania czynności manipulacyjno-pielęgniarskich, powinna

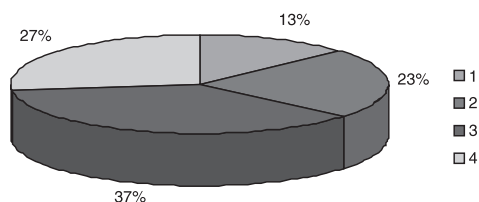
ona umieć wyjaśnić choremu celowość zastosowania odpowiedniej metody leczenia, przygotować, zachęcić, zachowując przy tym postawę łagodną i kulturalną, ale również stanowczą.

Obserwacja jest polem samodzielnej pracy pielęgniarki w procesie działalności zapobiegawczej i leczenia chorego. Metoda obserwacji polega na czujnym i ciągłym spostrzeganiu wyglądu chorego (wyraz twarzy), jego słów, ruchów i całego zachowania o każdej porze dnia, przy każdej czynności. Obserwować chorego trzeba w sposób niewymuszony, dyskretny, naturalny, tak aby chory nie czuł, że jest obserwowany. Najbardziej wartościowe są spostrzeżenia nie ze sprowokowanych, lecz spontanicznych wypowiedzi chorego, ze swobodnego zachowania się.

Na obserwację chorego składają się dwa czynniki: po pierwsze spostrzeganie zmysłowe, za pomocą przede wszystkim wzroku i słuchu. Obserwacją taką pielęgniarka powinna obejmować wszystkich chorych. Najlepiej uczyni to przy spełnianiu określonych czynności, np. pomoc w wykonywaniu toalety, przy staniu łóżka, w czasie posiłków, przy podawaniu leków i wykonywaniu wstrzyknień. Najbardziej sprzyjającą sytuacją są wspólne zajęcia organizowane dla chorych, w których pielęgniarka bierze czynny udział – prowadzi obserwację oraz przyjazną rozmowę z chorymi. Obserwacja jej będzie wtedy pełniejsza, a przede wszystkim nie będzie miała charakteru dozoru chorych.

Po drugie myślenie i krytycyzm, obserwować – to znaczy umieć widzieć i słyszeć, kierować uwagę tam, gdzie trzeba, wybierać odpowiednie spostrzeżenia i kojarzyć ze sobą szczegóły, które w pewnej chwili nasuwają ważny wniosek, co do stanu chorego. Czujność to ciągły wysiłek umysłowy, to ciągła kontrola sytuacji, aby w razie potrzeby szybko zadziałać (Koślacz, 1980).

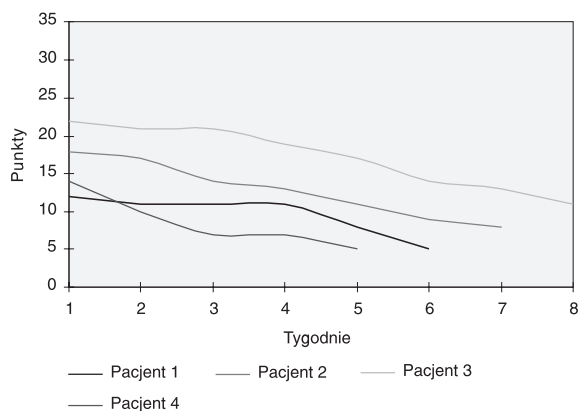
Pielęgniarka jest tym członkiem zespołu leczącego, który przebywa z chorymi najczęściej i najdłużej, przez co ma możliwość śledzenia zmian zachodzących w organizmie i psychice człowieka. Zadaniem pielęgniarki oprócz śledzenia wszelkich objawów występujących u chorego i skarg przez niego składanych jest różnicowanie tych objawów zależnie od ich znaczenia, przekazywanie swoich spostrzeżeń oraz właściwe reagowanie na zaobserwowane zmiany, dostosowanie do nich własnego postępowania pielęgniarskiego, a w razie potrzeby spowodowanie interwencji lekarza lub innych członków zespołu. Pomoc udzielana chorym psychicznie opiera się na spostrzeżeniach. Dotyczą one stanu zdrowia fizycznego i psychicznego chorego. O stanie zdrowia chorego i jego samopoczuciu świadczy przede wszystkim wyraz twarzy, nastrój, sposób poruszania się, wypowiedzi, sposób reagowania na różne sytuacje oraz stosunek do chorych i personelu. Każde spostrzeżenie jest



Ryc. 1. Procentowy wykres grup wiekowych

Tabela 1. Grupy wiekowe pacjentów		
Grupa wiekowa	Liczba mężczyzn	%
20–30	4	13
30–40	7	23
40–50	11	37
50–60	8	27
Razem	30	100

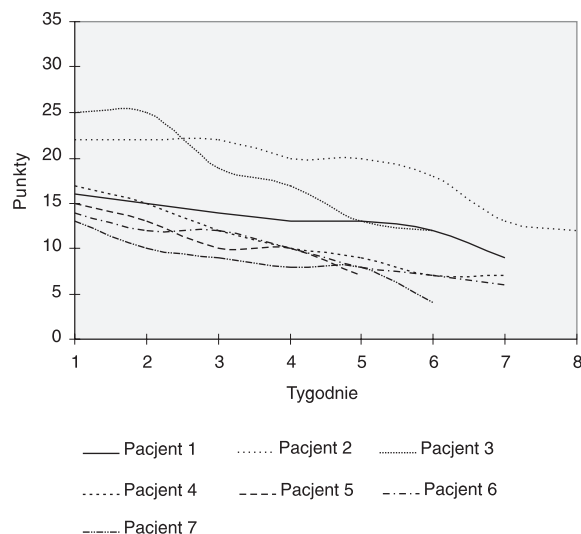
Tabela 2. Suma punktów uzyskanych na podstawie karty obserwacyjnej pacjentów od czasu obserwacji pacjentów do czasu zakończenia. Grupa wiekowa 20–30 lat				
Tyg.	Pacjent 1	Pacjent 2	Pacjent 3	Pacjent 4
1	12	18	22	14
2	11	17	21	10
3	11	14	21	7
4	11	13	19	7
5	8	11	17	5
6	5	9	14	
7		8	13	
8			11	



Ryc. 2. Wykres obrazujący przebieg zmian zachowań społecznych w grupie badanych pacjentów w przedziale wieku 20–30 lat

cenne, a zwłaszcza zmiany w wyglądzie chorego, i jego zachowaniu i wypowiedziach.

Podstawowym warunkiem dobrej obserwacji jest prawidłowość i ścisłość spostrzeżeń. Pielęgniarka w swoich spostrzeżeniach nie może kierować się sympatią czy antypatią do chorego. Sympatia i współczucie skłaniają do jednostronności spostrzeżeń, a niechęć do chorego może spowodować niedostrzeżenie go w ogóle lub co gorsze wyolbrzymianie objawów. Pielęgniarka musi obejmować obserwacją wszystkich chorych i czynnie kierować swą uwagą, zwłaszcza na tych chorych, którzy sami na siebie nie zwracają uwagi (zahamowanie, przygnębienie, zamknięcie w sobie) oraz na chorych na tzw. ścisłej obserwacji. Dobra obserwacja chorych możliwa jest tylko na podstawie znajomości chorych psychicznie i objawów psychopatologicznych. Znając obraz chorób psychicznych pielęgniarka wie, na co trzeba w każdym przypadku zwrócić szczególną uwagę i co trzeba zakomunikować lekarzowi. Jeszcze większe znaczenie ma doświadczenie psychiatryczne, zebrane w czasie długoletniej pracy z chorymi psychicznie. Trzeba znać nie tylko objawy po-



Ryc. 3. Wykres obrazujący przebieg zmian zachowań społecznych w grupie badanych pacjentów w przedziale wieku 30–40 lat

szczególnych chorób psychicznych, ale także wiedzieć, jak rozwija się choroba u każdego chorego, który powierzony jest jej opiece, jak reaguje na przeżycia, pobyt w szpitalu. Dlatego pierwszym obowiązkiem pielęgniarki jest dokładne poznanie chorego. Notatki pielęgniarskie są niezwykle ważne w leczeniu psychicznie chorych. Przebywa ona z chorymi dłużej niż kiedykolwiek inny z personelu, bywa jedynym człowiekiem, który obserwuje chorego wieczorem i w nocy. Pismenne sprawozdanie z jej spostrzeżeń są wiele przydatne dla zespołu leczącego. Trzeba w nich umieszczać rzeczywiste zwroty użyte przez chorego, stawiając cudzysłów i starając się użyć dokładnie słów pacjenta. Udział pielęgniarki psychiatrycznej w procesie leczenia farmakologicznego jest niezwykle ważny. Przecież nie, kto inny tylko pielęgniarka prowadzi całą farmakoterapię.

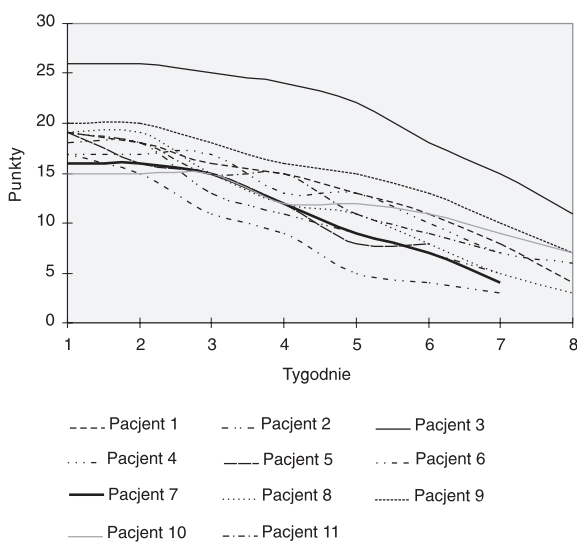
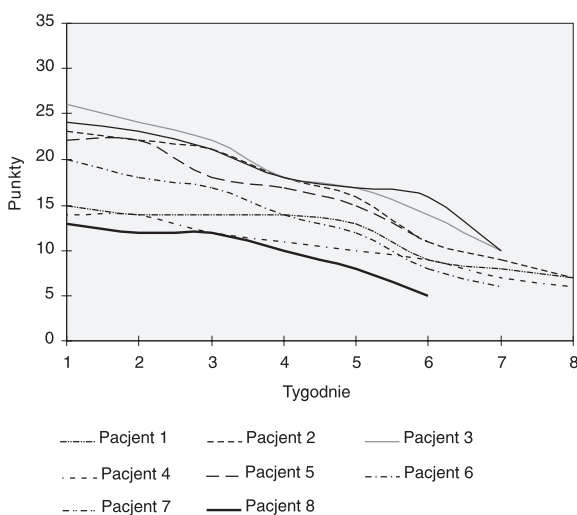
Chorzy pozbawieni krytycyzmu niemający poczucia choroby pozorują przyjęcie leków, wyplu-

Tabela 3. Suma punktów uzyskanych na podstawie karty obserwacyjnej pacjentów od czasu rozpoczęcia do czasu zakończenia. Grupa wiekowa 30–40 lat

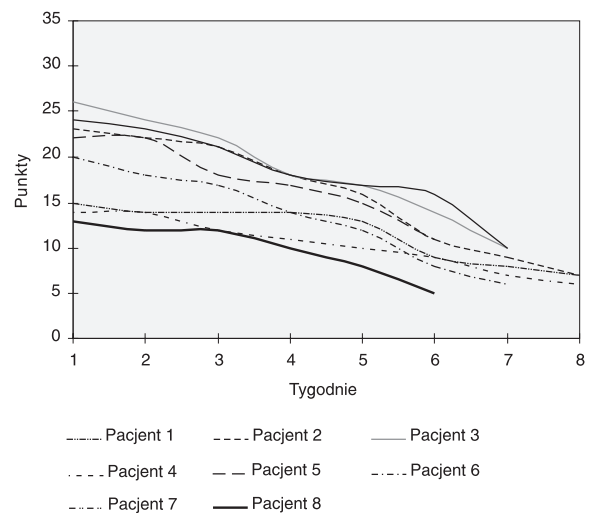
Tyg.	Pacjent 1	Pacjent 2	Pacjent 3	Pacjent 4	Pacjent 5	Pacjent 6	Pacjent 7
1	16	22	25	17	15	14	13
2	15	22	25	15	13	12	10
3	14	22	19	12	10	12	9
4	13	20	17	10	10	10	8
5	13	20	13	9	7	8	8
6	12	18	12	7		7	4
7	9	13		7		6	
8		12					

Tabela 4. Suma punktów uzyskanych na podstawie karty obserwacyjnej pacjentów od czasu rozpoczęcia obserwacji do czasu zakończenia. Grupa wiekowa 40–50 lat

Tyg.	Pacjent 1	Pacjent 2	Pacjent 3	Pacjent 4	Pacjent 5	Pacjent 6	Pacjent 7	Pacjent 8	Pacjent 9	Pacjent 10	Pacjent 11
1	19	18	26	17	19	17	16	19	20	15	19
2	18	18	26	17	16	15	16	19	20	15	18
3	16	13	25	17	15	11	15	15	18	15	15
4	15	11	24	13	12	9	12	12	16	12	15
5	13	9	22	13	8	5	9	11	15	12	11
6	11	7	18	10	8	4	7	8	13	11	9
7	8	5	15	7	8	3	4	5	10	9	7
8	4		11	6				3	7	7	

**Ryc. 4.** Wykres obrazujący przebieg zmian zachowań społecznych w grupie badanych pacjentów w przedziale wieku 40–50 lat**Ryc. 5.** Wykres obrazujący przebieg zmian zachowań społecznych w grupie badanych pacjentów w przedziale wieku 50–60 lat

wają lub nawet zmuszają się do zwrócenia. W takich przypadkach podaje się tabletki rozkurczowe lub przechodzi na leczenie we wstrzyknięciach. Przy wykonywaniu wstrzyknięć pielęgniarka może się spotkać z odmową lub ostrym sprzeciwem chorego. Należy wówczas zastosować przekonujące, a zarazem stanowcze formy perswazji, w wyjątkowych wypadkach należy unieruchomić chorego na czas podawania leku; lekarz musi być poinformowany o ewentualnym niepodawaniu leku. Wszystkie dawki leków psychotropowych podawane chorym powodują poważne powikłania, o których pielęgniarka musi pamiętać i wiedzieć, w jaki sposób udzielić pomocy w razie ich występowania. Poprawę stanu psychicznego, jaka występuje czasem już na początku kuracji, należy wykorzystać uaktywniając chorego. Duże trudności trzeba przezwyciężać zwłaszcza wtedy, gdy chory już długi czas był beczny i odwykły od uporządkowanego trybu życia, a z powodu zaniedbania nabył wiele szkodliwych nawyków. Czasem po wielu nieudanych próbach osiąga się niespodziewanie dobry wynik, chory zainteresuje się jakąś czynnością i wykonuje

**Ryc. 6.** Wykres obrazujący przebieg zachowań społecznych w grupie badanych pacjentów w pierwszym i ósmym tygodniu obserwacji

1 Tydzień	26	23	15	13	20	22	29	13	24	26	20	19	16	17	19	17	15	12	19	22	18	14	18	14	15	17	25	22	16	14
8 Tydzień	10	10	7	2	6	11	3	5	10	9	5	3	4	4	8	5	7	5	7	7	8	5	5	6	7	7	12	10	9	6
Pacjenci	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Tabela 5. Suma punktów uzyskanych na podstawie karty obserwacyjnej pacjentów od czasu rozpoczęcia obserwacji do czasu zakończenia. Grupa wiekowa 50–60 lat

Tyg.	Pacjent 1	Pacjent 2	Pacjent 3	Pacjent 4	Pacjent 5	Pacjent 6	Pacjent 7	Pacjent 8
1	15	23	26	14	22	20	24	13
2	14	22	24	14	22	18	23	12
3	14	21	22	12	18	17	21	12
4	14	18	18	11	17	14	18	10
5	13	16	17	10	15	12	17	8
6	9	11	14	9	11	8	16	5
7	8	9	10	7	11	6	10	
8	7	7		6				

ją przez krótki czas. Wynik taki poucza, w jaki sposób można na chorego oddziaływać i w jakim kierunku należy go prowadzić, aby do zajęcia przywykł. Nawet najstąbiej wyrażane czynności chorego przy staniu łóżka, zmianie bielizny, przyjmowaniu posiłków można rozwijać stopniowo do czynności bardziej złożonych. W pewnej chwili chory sam zaczyna przejawiać większą aktywność, ruchy jego koordynują się i zaczyna pracować. Nie można wtedy chorego opuszczać i pozostawiać samemu sobie, lecz trzeba nadal opiekować się nim, pomagać mu, zachęcać skutecznie i ożywiać zajęcie, by rozbudzić zainteresowanie i zadowolenie z wykonanej czynności. Umiejętnie dobrana praca z uwzględnieniem zainteresowania, umiejętności i możliwości chorego może stać się dla chorego najlepszą metodą rehabilitacji. Łączy elementy rozrywki z rozwijaniem sprawności fizycznej w sposób harmonijny, a zarazem umiejętności współzycia w zespole i daje choremu zadowolenie i pewność, że będzie zdolny do utrzymania się poza szpitalem (Koślacz, 1980).

Materiał i metoda badań

Dla realizacji głównego celu niniejszej pracy posłużono się metodą obserwacji do oceny stanu klinicznego chorych na schizofrenię, zastosowano skalę Winga, która zawiera 16 kategorii zachowań.

Przedmiotem badań była jednorodna pod względem płci grupa 30 pacjentów leczonych w dwóch oddziałach psychiatrycznych z powodu schizofrenii. Doboru badanej grupy dokonano losowo spośród pacjentów nowoprzyjętych do oddziałów psychiatrycznych w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu. Wiek badanych wahał się od 26 do 60 lat. Kryterium doboru pacjentów do badań stanowiło rozpoznanie schizofrenii sprawdzone pod względem zgodności z wymogami Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób.

Uzupełniające dane o pacjentach uzyskano na podstawie dokumentacji medycznej Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Bolesławcu. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2003 do marca 2004.

Wnioski

1. W świetle przeprowadzonych badań w populacji pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej Skala Winga okazała się przydatnym i precyzyjnym narzędziem oceny zachowań społecznych oraz przebiegu zmian zachodzących w tym zakresie w toku hospitalizacji psychiatrycznej.
2. Skala Winga ponadto stwarza możliwości obrazowego i porównawczego wychwycenia

zmian zachowań społecznych zarówno w odniesieniu do pacjenta indywidualnego, jak i całej grupy pacjentów.

3. Dla personelu pielęgniarstwa w sposób konkretny i jasny stanowi wskaźnik ujawniający

zapotrzebowanie na konkretne oddziaływania związane z realizacją potrzeb społecznych pacjentów i stanowi tym samym istotny element diagnozy pielęgniarstwa i postępowania pielęgnacyjnego.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
2. Bilikiewicz A, Strzyżewski S. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1992.
3. Koślacz A, Nowak R. *Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne*. Warszawa: PZWL; 1980.
4. Wojnowska-Dawiskiba H. *Standardowe metody oceny stanu psychicznego w ocenie klinicznej leków psychotropowych*. [w:] *Materiały Krajowej Konferencji Naukowej Pielęgniarstwa*. Kraków 1985.
5. Ugniewska. *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. Warszawa: PZWL; 1996.
6. Załuska. Metody funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska* 1995; 29, 5: 631–640.

Adres I Autorki:

Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze,

Instytut Edukacji Medycznej

ul. Lwówecka 1

58-503 Jelenia Góra

Wiedza i stosowanie środków antykoncepcyjnych wśród młodzieży szkół średnich

The knowledge and usage of contraceptives among secondary school students

MARIA POŁOCKA-MOLIŃSKA, KATARZYNA MOŚ

Z Katedry i Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka Akademii Medycznej w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Tomasz Opala, prof. nadzw. AM

Streszczenie W niniejszej pracy próbowano ocenić, jaka jest wiedza oraz jak często i jakie środki antykoncepcyjne stosuje młodzież szkół średnich. Badania objęły 191 osób. Dziewcząt było 113, a chłopców 78. Do drugiej klasy uczęszczało 99 osób, a do trzeciej 92 osoby. Badania były przeprowadzone w trzech kategoriach bydgoskich szkół: liceum ogólnokształcące, technikum oraz zasadnicza szkoła zawodowa. W celu przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był tu kwestionariusz ankiety. Poza uogólnionymi pytaniami o sytuację osobistą respondentów ankieta zawierała cztery grupy pytań związane z przedmiotem badań. Były to badania dotyczące fizjologii cyklu płciowego kobiety, wiedzy o znaczeniu dojrzałości uczuciowej w okresie tzw. inicjacji, wiedzy na temat środków antykoncepcyjnych oraz ich praktycznego stosowania. Badania ankietowe wykazały, że poprawnie na pytania dotyczące fizjologii cyklu płciowego kobiety odpowiedziało 57% młodzieży, błędnie 21%, natomiast odpowiedzi „nie wiem” udzieliło 22% ankietowanych. 51% osób odpowiedziało błędnie na pytania dotyczące czasu wystąpienia tak zwanych „dni płodnych”, a 8,9% osób w ogóle nie wiedziało. Najbardziej znanym środkiem antykoncepcyjnym jest prezerwatywa (94,8%). Szeroko znane są tabletki hormonalne (72,8%). Średnio znane są: spirala (58,6%), stosunek przerywany (57,6%) oraz globulki dopochwowe (46,1%). Mało znanymi metodami są: metoda owulacji i metoda termiczna (20,4%). Praktycznie z antykoncepcji korzysta co czwarty chłopak (25,6%) i co czwarta dziewczyna z klas koedukacyjnych (25,7%). W klasach żeńskich odsetek korzystających z antykoncepcji jest mniejszy i wynosi 14%. Analizując pytania dotyczące praktycznego korzystania z antykoncepcji, można zauważyć, że aktywne życie płciowe prowadzi ponad 40% chłopców i około 26% dziewcząt. Jest określona grupa młodzieży, która obowiązek troski o środki antykoncepcyjne lokuje po stronie partnerki (partnera).

Summary This research paper has tried to estimate the level of knowledge about contraceptives, their kinds and frequency of usage among secondary school students. There were 191 people inquired, including 113 girls and 78 boys, 99 of whom were the students of the second year and 92 of the third one. The research was done in three types of schools in Bydgoszcz: secondary grammar school, technical school and trade school. In order to do research a diagnostic method was used. A questionnaire served as a research tool. Apart from general questions concerning personal situation of the inquired, the questionnaire included four groups of questions connected with the main issues of the research referring to the physiology of the monthly cycle, the knowledge of the role of emotional maturity in the period of the so-called “sexual initiation”, the knowledge of contraceptives and their practical usage. The research has shown that the correct answers to the questions concerning menstruation cycle gave 57% of the youth, wrong answers – 21%, whereas 22% of students gave the answer “I do not know”. 51% of students gave incorrect answers to the questions referring to the period of the so-called “fertile days” and 8.9% of the inquired did not know about it at all. A condom is the most popular contraceptive (94.8%). Hormonal pills are also widespread (72.8%). An intrauterine spiral (58.6%), interrupted intercourse (57.6%) and intravaginal globules (46.1%) are of average knowledge. Little has been known about the Billings’ method and the thermal method (20.4%). In practice, every fourth boy (25.6%) and every fourth girl from the co-ed classes (25.7%) uses contraceptives. In feminine classes, the percentage of those using contraception is lower and amounts in 14%. While analyzing the questions concerning the practical usage of contraceptives one can notice that more than 40% of boys and 26% of girls are sexually active. There is a certain group of young people who put the responsibility for contraception on their partners.

EduWstęp

Antykoncepcja jest to problem wciąż aktualny i co jakiś czas wznawiany. Dotyczy on bowiem zarówno osób dorosłych, jak i młodzieży. Stanowi również podstawę do rozważań na temat uświadamiania coraz to młodszego społeczeństwa. Młodzież coraz szybciej dorasta i decyduje się na bliższe kontakty z partnerem. Staje się to przyczyną wielu nieplanowanych ciąży, co stanowi poważny problem, zwłaszcza u nastolatka.

Znajomość antykoncepcji i rozsądne stosowanie odpowiednich metod może temu zapobiec. Dlatego ważne staje się uświadamianie coraz to młodszej młodzieży. Nie wydaje się rozsądny ten, kto wcześniej rozpoczyna życie płciowe, ale nawet w takich przypadkach stosowanie antykoncepcji może być traktowane jako pierwszy krok do kształtowania poczucia odpowiedzialności za własne życie.

Obecnie jest bardzo wiele metod i środków zapobiegania ciąży. Nie wystarczy jednak tylko znajomość jednej metody. Należy znać wszystkie i spośród nich wybrać najlepszą dla siebie, oczywiście w porozumieniu z lekarzem. Dla jednej osoby bowiem dany środek może być najlepszy, co nie oznacza, że ten sam środek będzie równie dobry dla drugiej osoby. Decydując się na daną metodę/środek antykoncepcji należy znać zagrożenia, które powodują, że dany środek jest nieskuteczny.

Pojęcie życia płciowego można rozumieć na wiele sposobów. Generalnie odnosi się ono do wszystkich aspektów zachowań, poglądów i odczuć mających związek z seksem. Z problematyką seksualności wiążą się ściśle także kwestie moralno-etyczne, czynniki psychologiczne i społeczne.

Obecnie coraz więcej ludzi otwarcie mówi o sprawach związanych z życiem płciowym, które podobnie jak miłość odgrywa ważną rolę w życiu codziennym. Treści odnoszące się do seksu pojawiają się w reklamach, tekstach piosenek, powieściach, sztukach oraz programach radiowych i telewizyjnych. W wielu krajach w szkołach odbywają się zajęcia z wychowania seksualnego, a informacje o antykoncepcji, technikach współżycia i akcesoriach erotycznych są powszechnie dostępne.

Nie ulega wątpliwości, że popęd płciowy jest jednym z podstawowych popędów ludzkich, ale pomimo to nie rozumiemy w pełni złożonych związków pomiędzy potrzebą reprodukcji, uwarunkowaniami kulturowymi, miłością i samym popędem płciowym. Nasza wiedza o popędzie płciowym opiera się głównie na pracach prowadzonych w dwudziestym wieku i pod wieloma względami nadal jest kontrowersyjna. Dlatego też najlepszym sposobem zmiany wciąż małej świadomości młodzieży szkół ponadpodstawowych byłoby wprowadzenie przedmiotu, w którego

programie poruszałoby się tematy dotyczące prokreacji, współżycia seksualnego i antykoncepcji.

Cel pracy

Celem badań jest ocena wiedzy młodzieży szkół ponadpodstawowych na temat metod zapobiegania ciąży, a także zakres i umiejętność korzystania przez nastoletnią młodzież ze zdobyczy nowoczesnej antykoncepcji.

W szczególności założono uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

- Jaką wiedzę posiada młodzież na temat fizjologii życia płciowego człowieka?
- Jaka jest znajomość środków i metod antykoncepcji?
- Jakie mają oczekiwania odnośnie do źródeł wiedzy?
- Jaki jest zasięg praktycznego korzystania z antykoncepcji przez młodzież szkół ponadpodstawowych.

Materiał i metody badań

Chcąc poznać obecne poglądy młodzieży szkół ponadpodstawowych na problem antykoncepcji, a także zakres jej wiedzy w tym przedmiocie, przeprowadzono badania ankietowe w trzech kategoriach bydgoskich szkół – licea ogólnokształcące, technika i zasadnicze szkoły zawodowe. Badaniami objęto młodzież klas drugich i trzecich uczącą się w liceach i w szkołach zawodowych w grupach koedukacyjnych, a w technikach w klasach żeńskich.

Wśród uczniów klas objętych badaniami znajdują się zarówno mieszkający w Bydgoszczy, jak i dojeżdżający do szkół z innych, pobliskich miejscowości.

Spośród 191 respondentów większą liczebnie grupą były dziewczęta. Grupa chłopców liczyła 78 osób, co stanowi 40,8% badanej populacji. Natomiast dziewcząt było 113, tj. 59,2% poddanych badaniom. Metoda sondażu diagnostycznego, którą zastosowano w badaniach, objęła uczennice i uczniów drugich i trzecich klas bydgoskich szkół ponadpodstawowych.

Do przeprowadzenia badania konieczne było przygotowanie narzędzia badawczego. W tym celu skonstruowano autorski kwestionariusz ankiety z zestawem pytań otwartych i zamkniętych.

Kwestionariusz ankiety, poza uogólnionymi pytaniami o dane społeczno-demograficzne i sytuację osobistą respondentów, zawierał pytania związane z przedmiotem badań, czyli:

- pytania pozwalające ocenić wiedzę w zakresie fizjologii cyklu płciowego kobiety,

- stanowiące bazę do ocen stanu wiedzy o antykoncepcji,
- rodzajach faktycznych i oczekiwanych źródeł tej wiedzy.

Wyniki badań i ich omówienie

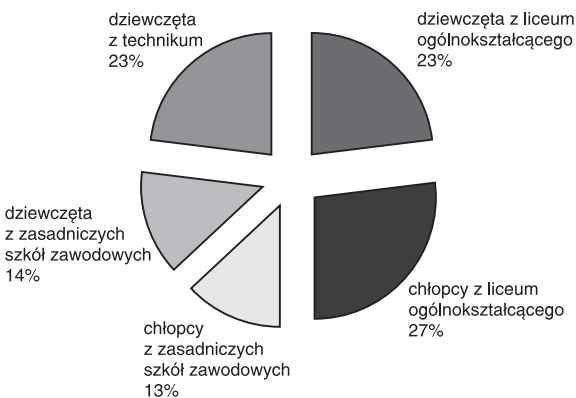
Prezentowane poniżej ryciny przedstawiają udział procentowy płci badanej grupy, rodzaj szkoły oraz miejsce zamieszkania.

Z prezentowanych rycin wynika, że pod względem płci dominującą grupą wśród respondentów są dziewczęta (60%). Ze względu na czas pobierania nauki w szkole ponadpodstawowej drugoklasiści i trzecioklasiści stanowią ogólnie porównywalne grupy (52 i 48%), natomiast w grupie dziewcząt dostrzegana jest przewaga liczebna trzecioklasistek (62%), a u chłopców drugoklasistów (72%).

W szkołach ogólnokształcących uczy się 51%, w technikum 22%, a w zasadniczych szkołach zawodowych 27% młodzieży biorącej udział w prezentowanych badaniach. W klasach wyłącznie żeńskich uczy się 22% dziewcząt, a w klasach koedukacyjnych wszyscy chłopcy i pozostałe dziewczęta. W dni nauki dojeżdża do szkół 49% uczennic i uczniów. Wśród dziewcząt



Ryc. 1. Podział młodzieży ze względu na płeć i rok nauki



Ryc. 2. Podział młodzieży według płci i typu szkoły

grupa dojeżdżających stanowi 47,8%, a wśród chłopców 48,7%. Pozostali pobierają naukę w miejscu zamieszkania (mniej niż 1% dziewcząt mieszka na stacji).

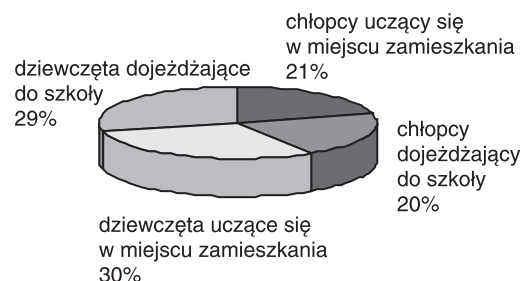
Wiedza respondentów o fizjologii cyklu płciowego kobiety w świetle testu sprawdzającego

Duże znaczenie dla samopoczucia dziewcząt w okresie dojrzewania ma wiedza o tym, co dzieje się w ich organizmie. Łatwiej jest im bowiem znieść uciążliwości miesiączkowania i towarzyszącą temu bardzo często bolesność, jeżeli wiedzą, że jest to nieuchronnie związane z fizjologią. Również i chłopcom przydatna jest ta wiedza dla lepszego zrozumienia zachowań rówieśniczek w klasie.

Rozkład wskazań w odpowiedzi na pytanie „Co występuje podczas jednego cyklu płciowego kobiety?” ilustruje tabela 1.

W prezentowanej tabeli przedstawiono rozkład dokonanych wyborów. Analiza materiału wykazała, że podkreślenie prawidłowej odpowiedzi dla części respondentów nie było wcale taką prostą sprawą. Wydaje się, że najmniej kłopotów w tym względzie miały dziewczęta z liceum, najwięcej zaś chłopcy i dziewczęta z zasadniczych szkół zawodowych. Ogólnie jednak we wszystkich czterech analizowanych kategoriach młodzieży występują osoby dokonujące wyboru błędnej odpowiedzi, odpowiadające „nie wiem” bądź unikające jakiegokolwiek wyboru. Rycina 4 obrazuje, jaką część całości grupy stanowią te osoby.

Z prezentowanej ryciny wynika, że grupa znających poprawną odpowiedź jest tylko o 14% większa od tych, którzy jej nie znają. W toku dalszego analizowania uzyskanego materiału próbowano uchwycić wpływ (ewentualnie brak wpływu) domu rodzinnego na rodzaj udzielanych odpowiedzi. Dokonano tego w sposób pośredni, analizując związek wykształcenia rodziców z treścią dokonywanych wyborów. Na potrzeby takiej analizy wykorzystano tylko kwestionariusze wypełniane przez ankietowanych, którzy deklarowali wykształcenie swoich rodziców na jednako-



Ryc. 3. Podział młodzieży według płci i miejsca zamieszkania

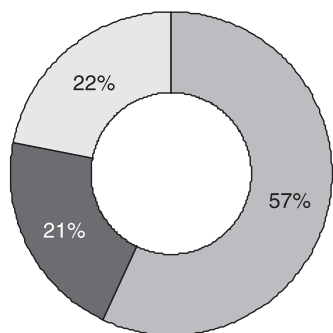
Tabela 1. Rozumienie cyklu płciowego kobiety – wskazania na procesy składowe jednego cyklu

Zaproponowane możliwości odpowiedzi	Udzielane odpowiedzi				Razem	
	Chłopcy	Dziewczeta z technikum	Dziewczeta z liceum ogólnokszt.	Dziewczeta z zas. szkół zawodowych	Liczba	%
Tylko miesiączka	17	5	4	10	36	18,8
Miesiączka i owulacja	23	28	37	10	108	56,5
Tylko owulacja	2	1	1	1	5	2,6
Nie wiem	26	8	1	5	40	20,9
Brak odpowiedzi	–	1	–	1	2	1,0
Razem w grupie	78	43	43	27	191	100,0

wym poziomie. W innym przypadku należałoby założyć dominujący wpływ jednego z rodziców. Wydaje się jednak, że takie założenie byłoby nadinterpretacją, gdyż w wielu rodzinach niżej wykształcona matka ma większy wpływ na wychowanie niż wyżej wykształcony ojciec. Bywa także odwrotnie.

Podobne spostrzeżenia nasunęły się także w trakcie analizowania odpowiedzi udzielonych na kolejne pytanie tej serii o treści „Co to jest owulacja?”. Również tutaj zaobserwowano, że poprawność odpowiedzi w grupie respondentów, których rodzice posiadają wyższe wykształcenie, osiąga wskaźnik 75,0%, średnie – 83,7%, a zasadnicze zawodowe i niższe – 96,3%. Wysokie wskaźniki poprawności odpowiedzi na to pytanie wskazują, że termin „owulacja” jest raczej terminem znanym.

Widzimy więc, że i tutaj występuje znaczna grupa respondentów (16,2%) uważających się za niekompetentnych (odpowiedzi „nie wiem” i brak odpowiedzi), przy czym wskaźnik niekompetentnych jest najwyższy w grupie chłopców (23,0%). Wśród odpowiedzi osób uważających się za kompetentne (83,8%) znajduje się 7,3% błędnych.

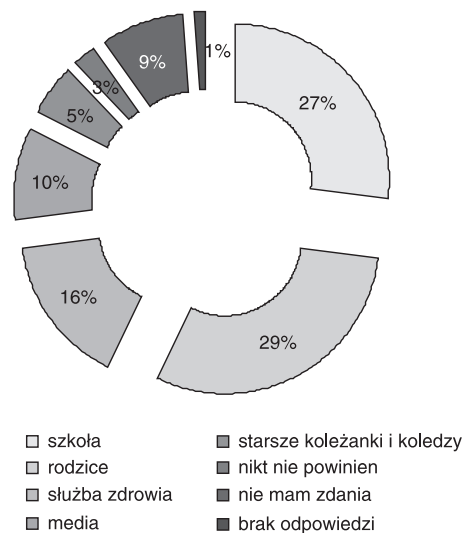


odpowiada poprawnie
 odpowiada błędnie
 nie odpowiada lub odpowiada „nie wiem”

Ryc. 4. Zestawienie procentowe poprawności odpowiedzi o cykl płciowy kobiety

W podsumowaniu wyników testu sprawdzającego zasób wiedzy młodzieży dotyczący znajomości fizjologii cyklu płciowego kobiety należy stwierdzić, że

- wiedza znacznej części ankietowanych jest niepełna, przy czym tylko nieliczni potrafią się do tego przyznać. (Dużo większa część jest przeświadczona o własnej kompetencji w tej dziedzinie, dokonując wyboru nie zawsze poprawnych odpowiedzi);
- kłopoty z określeniem procesów i zjawisk wchodzących w skład pełnego cyklu mają zarówno chłopcy, jak i dziewczęta. Wydaje się również, że wpływ czynnika poziomu wykształcenia rodziców jest w tym przypadku odwrotny od spodziewanego;
- analiza odpowiedzi uzyskanych na pytanie o czas występowania dni płodnych, a także o skutki pierwszego stosunku dowodzi, że na tym etapie i z takim zasobem wiedzy znaczna część młodzieży nie może sobie jeszcze pozwolić na skuteczne stosowanie naturalnych metod antykoncepcji.



Ryc. 5. Wskazania na instytucje, które powinny przybliżyć wiedzę o antykoncepcji

Tabela 2. Wiedza młodzieży na temat możliwości zajścia w ciążę podczas pierwszego stosunku

Treść odpowiedzi	Odpowiedzi udzielone przez:						Razem	
	Chłopców		Dziewczeta z klas koedukacyjnych		Dziewczeta z klas żeńskich		Liczba	%
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%		
Tak	54	69,2	59	84,3	33	76,7	146	76,4
Nie	6	7,7	4	5,7	4	9,4	14	7,3
Nie wiem	17	21,8	6	8,6	5	11,6	28	14,7
Brak odpowiedzi	1	1,3	1	1,4	1	2,3	3	1,6
Razem	78	100,0	70	100,0	43	100,0	191	100,0

Wiedza respondentów na temat antykoncepcji

Jednym z ważniejszych celów badawczych niniejszej pracy było podjęcie próby znalezienia odpowiedzi na pytania dotyczące poglądów młodzieży na potrzebę posiadania wiedzy o antykoncepcji, określenie aktualnego zakresu tej wiedzy i jej samooceny, a także źródeł – tych, z których aktualna wiedza pochodzi, i tych, z których młodzież takiej wiedzy oczekuje.

Przeanalizowano odpowiedzi na pytanie o potrzebę posiadania wiedzy na temat antykoncepcji. Rodzaje uzyskanych odpowiedzi przedstawia tabela 3.

Z prezentowanego zestawienia wynika, że prawie powszechne w grupie respondentów jest

przekonanie o potrzebie posiadania takiej wiedzy. Kto więc (jakie instytucje) powinny się, w ich przekonaniu, zajmować przybliżaniem tej wiedzy młodym ludziom? Wskazania na źródła, od których oczekuje się w pierwszej kolejności informacji dotyczących antykoncepcji obrazują tabele 5 i 6.

Ogólny rozkład wskazań w grupie jako całości nie ukazuje jednak, jak różnią się pod względem sposobu dokonywania wyborów chłopcy oraz dziewczęta z klas typowo żeńskich i dziewczęta z klas koedukacyjnych. Prezentuje to natomiast tabela 4.

Z danych przedstawionych w tabeli 4 wynika, że około połowy chłopców dokonuje wyborów pomiędzy dwoma podstawowymi instytucjami

Tabela 3. Odpowiedzi na pytanie „Czy potrzebna jest wiedza o antykoncepcji oraz znajomość środków i metod antykoncepcyjnych?”

Grupa respondentów	Rodzaj odpowiedzi (zestawienia w %)			
	Tak	Nie	Nie mam zdania	Brak odpowiedzi
Chłopcy	95,7	2,9	1,4	–
Dziewczeta	91,5	1,4	5,7	1,4

Tabela 4. Wskazania na instytucje, od których jako pierwszych oczekiwane jest przybliżanie wiedzy o antykoncepcji

Rodzaj wskazywanej instytucji, która powinna uczyć o antykoncepcji	Wskazania (w %) dokonane przez:		
	Chłopców	Dziewczeta z klas żeńskich	Dziewczeta z klas koedukacyjnych
Szkoła	25,7	29,5	25,6
Rodzice	24,6	31,9	34,3
Służba zdrowia	10,8	15,9	20,1
Media	12,0	7,7	10,0
Koledzy, koleżanki	7,7	3,4	4,3
Nikt nie powinien	5,1	2,3	–
Nie mam zdania	12,8	9,3	4,3
Brak odpowiedzi	1,3	–	1,4

wychowawczymi – pomiędzy szkołą i rodziną (z nieznaczną przewagą wskazań na szkołę). U dziewcząt widać natomiast wyraźnie przewagę wskazań na rodziców, chociaż na instytucję szkoły, od której jako pierwszej chciałoby się uzyskać wiedzę na interesujący nas tutaj temat procent wskazań jest porównywalny i również kształtuje się na poziomie około jednej czwartej. Więcej dziewcząt niż chłopców oczekuje wiedzy o antykoncepcji w pierwszej kolejności od służby zdrowia, a u chłopców nieco więcej wskazań niż służba zdrowia uzyskały media. Wydaje się, że znaczną część dziewcząt wskazujących na pracowników służby zdrowia jako spodziewane źródło wiedzy ma już za sobą pierwsze kontakty z przychodniami ginekologicznymi. Niewielka była ilość wyborów odpowiedzi „nikt nie powinien tego robić” a ich wskaźniki procentowe są podobne do wskaźników, które charakteryzują odpowiadających „nie” na pytanie dotyczące potrzeby znajomości środków i metod antykoncepcji. Wbrew pewnym stereotypom, koleżanki i koledzy nie stanowią tutaj instytucji, od której oczekuje się wiedzy.

Jednakże co ósmy chłopiec i co dziesiąta dziewczyna z klas żeńskich nie potrafią wskazać źródła, z którego w pierwszej kolejności chcieliby się dowiedzieć czegoś na temat środków i metod zapobiegania ciąży.

Analiza odpowiedzi na kolejne pytanie miała dokonać konfrontacji, na ile oczekiwania młodzieży w stosunku do określonego źródła wiedzy znajdowały swoje praktyczne spełnienie w przybliżaniu jej niektórych pojęć.

O aborcji dziewczęta przede wszystkim dowiadywały się z mediów (70,0%), odpowiednio o wiagrze (63,3%) i współżyciu płciowym (33,3%) – chociaż ten ostatni termin w jednakowym stopniu był poznany także z wydawnictw. Samodzielne czytanie wydawnictw przybliżyło dziewczętom również wiedzę o krążku dopochwowym (60,0%), globulce (53,3%), wkładce wewnątrzmacicznej (50,0%), a także prezerwatywie (40,0%). Od koleżanek i kolegów pochodziły też ich informacje o prezerwatywie (30,0%) i współżyciu płciowym (20,0%) – chociaż w mniejszym wymiarze niż z poprzednio wymie-

Tabela 5. Źródła, w których po raz pierwszy usłyszano terminy dotyczące życia płciowego i antykoncepcji – wskazania dziewcząt

Rodzaj określenia (terminu)	Źródła – % wskazujących						
	Media	Wydawnictwa	Rówieśnicy	Szkoła	Dom	Służba zdrowia	Inne źródła
Aborcja	70,0	20,0	–	23,0	10,0	6,6	6,6
Antykoncepcja	13,3	33,3	16,7	26,7	26,7	6,6	–
Prezerwatywa	10,0	40,0	30,0	10,0	16,7	10,0	3,3
Współżycie płciowe	33,3	33,3	20,0	6,6	16,7	6,6	16,7
Globulka	16,7	53,3	13,3	–	3,3	10,0	–
Krążek dopochwowy	10,0	60,0	3,3	–	6,6	6,6	–
Wkładka wewnątrzmaciczna	13,3	50,0	3,3	3,3	6,6	13,3	3,3
Wiagra	63,3	26,7	16,7	–	6,6	–	3,3
Heteroseksualizm	16,7	20,0	16,7	26,7	20,0	3,3	3,3

Tabela 6. Źródła, w których po raz pierwszy usłyszano terminy dotyczące życia płciowego i antykoncepcji – wskazania chłopców

Rodzaj określenia (terminu)	Źródła – % wskazujących						
	Media	Wydawnictwa	Rówieśnicy	Szkoła	Dom	Służba zdrowia	Inne źródła
Aborcja	96,7	30,0	6,6	3,3	16,7	–	6,6
Antykoncepcja	46,7	23,3	36,7	23,3	13,3	10,0	–
Prezerwatywa	36,7	20,0	40,0	20,0	10,0	16,7	3,3
Współżycie płciowe	40,0	40,0	26,7	6,6	16,7	13,3	13,3
Globulka	13,3	30,0	6,6	6,6	6,6	10,0	13,3
Krążek dopochwowy	6,6	30,0	3,3	3,3	3,3	20,0	10,0
Wkładka wewnątrzmaciczna	13,3	33,3	10,0	3,3	–	23,3	10,0
Wiagra	93,3	16,7	3,3	6,6	3,3	3,3	6,6
Heteroseksualizm	36,7	16,7	10,0	16,7	26,7	16,7	16,7

Tabela 7. Samoocena wiedzy na temat antykoncepcji dokonywana przez chłopców

Kategoria respondentów	Wybór odpowiedzi oceniającej wiedzę – w %				
	Duża	Wystarczająca	Mała	Znikoma	Nie wiem
Ogólnie w grupie chłopców, w tym:	12,7	61,6	16,6	2,6	6,5
– z liceum ogólnokształcącego	17,1	69,2	12,2	1,5	–
– z zasadniczej szkoły zawodowej	8,4	54,1	20,8	3,8	12,9
– uczący się w swojej miejscowości	15,0	57,5	22,5	–	5,0
– dojeżdżający do szkoły	10,5	65,8	10,5	5,3	7,9

Tabela 8. Samoocena wiedzy na temat antykoncepcji dokonywana przez dziewczęta

Kategoria respondentów	Wybór odpowiedzi oceniającej wiedzę – w %				
	Duża	Wystarczająca	Mała	Znikoma	Nie wiem
Ogólnie w grupie dziewcząt, w tym:	13,7	63,9	12,9	4,0	5,5
– z liceum ogólnokształcącego	23,3	60,4	2,3	4,0	10,0
– z technikum	4,6	72,2	18,6	2,3	2,3
– z zasadniczej szkoły zawodowej	22,3	51,0	11,9	7,4	7,4
– z klas koedukacyjnych	22,8	55,7	7,1	5,7	8,7
– z klas żeńskich	4,6	72,2	18,6	2,3	2,3
– uczące się w swojej miejscowości	10,3	67,3	15,5	3,4	3,4
– dojeżdżające do szkoły	17,0	60,6	10,1	4,6	7,6

nianych źródeł. W szkole poznały terminy heteroseksualizm (26,7%), antykoncepcja (26,7%) i aborcja (23,0%). Z domów część dziewcząt zapamiętała rozmowy o antykoncepcji (26,7%) i heteroseksualizmie (20,0%), a kontakty z pracownikami służby zdrowia utkwily im w pamięci jako przybliżające wiedzę o terminach: wkładka wewnątrzmaciczna (13,3%), globulka (10,0%), prezerwatywa (10,0%).

Jak widać z analizy, również chłopcy przede wszystkim z mediów dowiadawali się o aborcji (96,7%), wiągrze (93,3%) i antykoncepcji (46,7%). Za pośrednictwem wydawnictw poznali takie terminy, jak: współzycie płciowe (40%) i wkładka wewnątrzmaciczna (33,3). Około jednej trzeciej chłopców (po 30%) w wydawnictwach spotkało po raz pierwszy również słowa: globulka, krążek dopochwowy i aborcja. Równieśnicy okazują się dla nich znaczącym źródłem wiedzy o prezerwatywie (40,0%), antykoncepcji (36,7%) i współzyciu płciowym (26,7%). Część chłopców ze szkoły zapamiętała terminy: antykoncepcja (23,3%), prezerwatywa (20,0%) i heteroseksualizm (16,7%). Z rozmów w domach rodzinnych niektórym zapisały się w pamięci określenia: heteroseksualizm (26,7%), współzycie płciowe (16,7%) i aborcja (16,7%), a za sprawą pracowników służby zdrowia – wkładka wewnątrzmaciczna (23,3%) i krążek dopochwowy (20,0%).

Poczucie wiedzy wystarczającej deklaruje prawie trzy czwarte chłopców (74,3%). Wśród uczniów liceum zadowoleni stanowią licniejszą grupę (86,2%) niż wśród uczniów szkoły zawo-

dowej (62,5%). Grupy zadowolonych ze swej wiedzy chłopców dojeżdżających (76,3%) i uczących się w miejscu zamieszkania (72,5%) są porównywalne – stąd przypuszczenie, że miejsce zamieszkania nie wpływa na poziom posiadanej z zakresu wiedzy. Typ szkoły natomiast różnicuje nie tylko poczucie wystarczającej wiedzy, ale także na umiejętność oceny posiadanej wiedzy. Wskazuje na to fakt, iż wyłącznie z zasadniczej szkoły zawodowej wywodzą się respondenci, którzy wybrali odpowiedź „nie wiem jaki jest zakres mojej wiedzy”.

U dziewcząt zadowolenie z zakresu wiedzy na temat antykoncepcji deklaruje nieznacznie większa grupa niż u chłopców. Ogólnie w grupie dziewcząt wskaźnik zadowolenia z wiedzy wynosi 77,6%, gdy u chłopców kształtował się na poziomie 74,3%.

Analiza rozkładu wskazań według typu szkoły respondentek ukazuje, że zadowolone licealistki stanowią 83,3% swojej grupy, podczas gdy uczennice technikum 76,8%, a zasadniczej szkoły zawodowej tylko 73,3%. Widzimy więc, że potwierdza się spostrzeżenie o wpływie typu szkoły na sposób oceniania swojej wiedzy w zakresie antykoncepcji. Być może jest tak dlatego, że uczniowie i uczennice szkół przygotowujących do matury realizują w pewnym stopniu program z zakresu przysposobienia do życia w rodzinie w ramach chociażby godziny wychowawczej, a tego elementu w zasadniczych szkołach zawodowych brakuje.

Chcąc w pewnym sensie zobiektywizować zakres wiedzy respondentów, w kolejnej serii py-

Tabela 9. Znajomość metod i środków zapobiegania ciąży

Czy znasz następujące rodzaje metod i środków zapobiegania ciąży?	Wybory odpowiedzi (w %) dokonane przez:			Razem wskazania w całej grupie
	Chłopców	Dziewczeta z klas koedukacyjnych	Dziewczeta z klas żeńskich	
Prezerwatywa	94,9	92,9	97,7	94,8
Tabletki hormonalne	67,9	80,0	69,8	72,8
Wkładka wewnątrzmaciczna „spirala”	51,3	74,3	46,5	58,6
Stosunek przerywany	56,4	64,3	48,8	57,6
Globulki dopochwowe	32,1	62,9	44,2	46,1
Metoda termiczna	14,1	35,7	7,0	20,4
Metoda owulacji wg Billingsa	19,2	25,7	13,9	20,4
Inne metody i środki	5,1	4,3	–	3,7

Tabela 10. Praktyczne korzystanie z antykoncepcji

Którą z grup środków i metod antykoncepcyjnych stosujesz praktycznie?	Odpowiedzi udzielane przez:					
	Chłopców		Dziewczeta z klas koedukacyjnych		Dziewczeta z klas żeńskich	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Nie stosuję, bo nie występuje sytuacja skłaniająca do tego	44	56,4	44	62,8	34	79,0
Nie stosuję, bo myślę, że partner(-ka) się o to zatroszczy	9	11,6	4	5,7	3	7,0
Stosuję różne środki i metody	20	25,6	18	25,7	6	14,0
Brak odpowiedzi	5	6,4	4	5,7	–	–
Razem	78	100,0	70	100,0	43	100,0

tań zapytano o znajomość metod i środków zapobiegania ciąży.

Z tabeli 9 wynika, że najbardziej znanym młodzieży środkiem antykoncepcyjnym jest prezerwatywa. Wymienia ją 94,8% ankietowanych, a wskaźniki procentowe znajomości prezerwatywy w poszczególnych podgrupach niewiele od siebie odbiegają i zawierają się w przedziale 92,9–97,7%. Na drugim miejscu pod względem ogólnej ilości wskazań plasują się tabletki hormonalne (72,8%), jednak znajomość tego środka, w porównaniu z prezerwatywą, deklaruje o około 20% osób mniej. Największą znajomością tabletek hormonalnych legitymują się dziewczęta z klas koedukacyjnych (80,0%). Jeszcze mniej znanym środkiem jest „spirala” (58,6% wskazań w grupie jako całości), przy czym znów jej znajomość przez dziewczęta z klas koedukacyjnych jest wyższa (74,3%) w porównaniu z dziewczętami z klas żeńskich (46,5%) i w porównaniu z chłopcami (51,3%).

Stosunek przerywany jako metoda antykoncepcyjna (57,6%) i globulki dopochwowe jako środek (46,1%), znane są jeszcze około połowie respondentów, natomiast proponowane na wykazie pozostałe dwie metody (metoda owulacji i metoda termiczna wg Billingsa) tylko około jednej piątej (po 20,4%).

W przypadku wszystkich proponowanych w wykazie środków i metod antykoncepcyjnych wskaźniki ich znajomości przez dziewczęta z klas koedukacyjnych są wyższe niż w pozostałych grupach. Wyjątek stanowi prezerwatywa, gdzie najwyższy wskaźnik znajomości odnotowano wśród dziewcząt klas żeńskich (97,7%).

Z tabeli 10 wynika, że praktycznie korzysta z antykoncepcji co czwarty chłopak (25,6%) i co czwarta dziewczyna z klas koedukacyjnych (25,7%). W klasach żeńskich odsetek korzystających jest mniejszy i wynosi 14%. Jak widać, blisko jedna trzecia uprawiających seks chłopców i dziewcząt z klas żeńskich oraz około jednej piątej dziewcząt z klas koedukacyjnych pokłada nadzieje, że o środki antykoncepcyjne zatroszczy się ich partnerka lub partner seksualny i sami nie podejmują działań w tym zakresie.

Wymienianie przez chłopców tabletek hormonalnych, a przez dziewczęta prezerwatywy może wskazywać, że znaczna część współżyjących płciowo decyduje o rodzaju środka podejmując wspólnie. W zestawieniu potwierdza się znaczna popularność prezerwatywy (85,0 i 66,7%), średnia – doustnych tabletek hormonalnych (25,0 i 38,0%), mała – stosunku przerywanego (5,0 i 16,7%) i sporadyczne stosowanie kalendarzyka małżeńskiego i metody Billingsa.

Tabela 11. Środki i metody antykoncepcji stosowane przez młodzież

Jakie metody (środki) antykoncepcyjne stosujesz podczas stosunku płciowego?	% wskazań	
	Chłopcy	Dziewczęta
Prezerwatywa	85,0	66,7
Doustne tabletki hormonalne	25,0	38,0
Stosunek przerywany	5,0	16,7
Kalendarzyk małżeński	–	8,3
Metoda Billingsa	–	4,2

Dyskusja

Współcześnie obserwujemy znaczący awans wartości erotyzmu. Zmienia się jej pozycja w systemach wartości charakteryzujących określone grupy społeczne, rozszerza się zasięg oraz rośnie standard wymagań związanych z samą prokreacją, zdrowiem, odczuwaniem przyjemności i rozwojem osobowości [32].

Nowoczesne metody antykoncepcji przyczyniają się do coraz większego oddzielenia erotyzmu człowieka od celów prokreacji. Erotyzm przestaje być funkcją podporządkowaną małżeństwu i rodzinie, a staje się w coraz większym stopniu funkcją realizacji samego siebie [22].

Obserwowana nieograniczona swoboda seksualna, malejąca presja otoczenia w stosunku do kontaktów przedślubnych i pozamałżeńskich, szeroki dostęp do literatury i kaset wideo o tematyce erotycznej mają wpływ na bardzo wczesne rozbudzenie erotyczne młodzieży, w tym również na podejmowanie decyzji o współżyciu seksualnym. Sprzyja tym procesom także zjawisko akceleracji rozwoju biologicznego, który często w znacznym stopniu wyprzedza rozwój emocjonalny, intelektualny i społeczny.

„W każdym kraju – pisze M. Kozakiewicz [13] – działacze społeczni i wychowawcy stawiają sobie pytanie: jak wygląda nasza dzisiejsza młodzież na tle dawniejszej (...), a także w jakim kierunku, ku lepszemu czy gorszemu zmierza proces zmiany obyczajów?” Ocena, co jest lepsze, a co jest gorsze w tej dziedzinie, zależy od filozoficznej i etycznej postawy oceniającego. Dla jednych wzrost swobody obyczajowej, odrzucanie różnych tradycyjnych zakazów i tabu, będzie niewątpliwym dobrem, dla innych zaś złem. Samo jednak zainteresowanie kierunkiem przemian obyczajowych jest powszechne. Badania nad obyczajami seksualnymi stały się dziś domeną nie tylko wąskiej grupy podejrzanych „maniaków”, ale w jednakowym stopniu absorbują seksuologów, socjologów, psychologów, prawników oraz pedagogów. Dostrzega się, że zjawiska niepokoją-

ce i brzemiennie w różnorodnych zagrożeniach wymagają dziś energicznych działań profilaktycznych i terapeutycznych, głównie przez wychowanie.

Szerokie rozpowszechnianie się swobody seksualnej nie znajduje więc odpowiedniego przeniesienia na instytucjonalne działania edukacyjne. Z kolei niedostateczna wiedza młodzieży na tematy dotyczące współżycia płciowego i antykoncepcji może owocować wieloma niekorzystnymi społecznie (i w wymiarze indywidualnym) zjawiskami. Dla przykładu, bardzo złożone konsekwencje pociągają za sobą ciąży u nastolatk [23], a także skutki chorób przenoszonych drogą płciową – zwłaszcza HIV.

Dziś trudno jest ocenić – stwierdza M. Adamkiewicz [1] – co jest ważniejsze: ochrona młodzieży przed niechcianą ciążą czy przed zakażeniem AIDS. Musimy się liczyć z tym, że młodzież przez swoje zachowania seksualne jest ciągle narażona i na niechcianą ciążę, i na zakażenie AIDS. Istnieją bowiem fakty, które powtarzają się w każdej epoce, w każdym czasie i na każdym miejscu. Są to zachowania seksualne, silniejsze od wszystkiego, nawet od groźby utraty własnego życia.

Wielu niekorzystnych pochodnych swobody seksualnej można by uniknąć, przygotowując młodzież do odpowiedzialnej i rozumnej aktywności płciowej oraz umiejętnego stosowania antykoncepcji.

Czasami pomijane przez szkołę, a istotne dla rozwoju i praktyki życiowej młodzieży tematy są omawiane w wydawnictwach inspirowanych przez koła reformatorskie. Zakres informacji pozalekcyjnych i pozaszkolnych (w tym informacji medialnych) w niektórych krajach europejskich osiąga wysoki poziom.

W części badawczej podsumowując wyniki testu sprawdzającego zasób wiedzy młodzieży dotyczący znajomości fizjologii cyklu płciowego kobiety zauważono, że wiedza ta u znacznej części ankietowanych jest niepełna, przy czym tylko nieliczni potrafią się do tego przyznać. Wyniki testu pokazały również, że wpływ czynnika poziomu wykształcenia rodziców jest w tym przypadku odwrotny od spodziewanego (im niższy poziom wykształcenia rodziców, tym większa poprawność odpowiedzi).

Analiza odpowiedzi uzyskanych na pytanie o czas występowania dni płodnych, a także o skutki pierwszego stosunku dowodzi, że na tym etapie i z takim zasobem wiedzy znaczna część młodzieży nie może sobie jeszcze pozwolić na skuteczne stosowanie naturalnych metod antykoncepcji.

W piśmiennictwie nie napotkano się na badania pozwalające na przeprowadzenie porównań w tym zakresie, być może z tego powodu, że ocena wiedzy na temat fizjologii – o ile jest czyniona w szkole – ujmowana jest w ramach takich

przedmiotów nauczania, jak biologia czy nauka o człowieku.

Dostrzeżono skłonność części młodzieży do emocjonalnego reagowania w czasie rozmów na te tematy i braki w słownictwie kompensowane określeniami żargonowymi. Zwrócono uwagę, że niewiedza młodzieży i jej braki w słownictwie są pochodną zaniedbań (przemilczeń) wychowawczych i edukacyjnych w szkole, rodzinie i innych instytucjach.

Znajomości środków i metod antykoncepcji w publikacjach dotyczących seksualności nastoletniej młodzieży poświęca się sporo miejsca. Ujmowany jest ten problem w wielu aspektach. Badana bywa nie tylko sama znajomość metod i środków, ale również poglądy warunkujące ich zaakceptowanie. Dla przykładu, w publikacji Kucharzaka i Wyrzykiewicza [14] w większym stopniu akcentowana jest znajomość, a w publikacji J.A. Kultysa [16] więcej uwagi poświęcono poglądom dotyczącym antykoncepcji. Wielu teoretyków dostrzega, że wiedza w dziedzinie antykoncepcji nie zawsze musi przekładać się na zachowania i nie wpływa na zwiększenie lub zmniejszenie aktywności seksualnej [3].

Samoocena wiedzy na temat antykoncepcji wskazuje, że zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt są osoby zadowolone z jej zakresu. Subiektywne poczucie zadowolenia artykułuje trzy czwarte chłopców i nieco więcej dziewcząt. Określony niedosyt w tym zakresie podkreśla co piąty chłopiec i co szósta dziewczyna.

W badanej grupie występują również osoby, które nie potrafią ocenić swojego zakresu wiedzy w dziedzinie antykoncepcji, ale ich udział nie przekracza 10% w żadnej z analizowanych kategorii respondentów. Wyniki w prezentowanej grupie respondentów porównywalne są z danymi przedstawionymi przez J.A. Kultysa [16], który opisuje, że 80% młodzieży z rodzin marynarskich uważa, że posiada prawidłowe wiadomości na temat podstawowych spraw seksualnych. Należy jednak pamiętać, że zaprezentowano tutaj subiektywne odczucia młodzieży, które mogą wynikać z potrzeby podkreślenia własnej docieklowości w tym względzie, a nie wkładu wyżej wspomnianych instytucji.

W prowadzonych badaniach wskaźniki znajomości pozostałych metod kształtują się inaczej niż we wspomnianych wcześniej badaniach poznańskich. Zachowała swoją wysoką pozycję znajomość prezerwatywy, ale zupełnie inaczej kształtują się wskaźniki znajomości stosunku przerywanego, który dla młodzieży poznańskiej stanowił jedną z podstawowych metod. Także przy innych metodach występują znaczne różnice procentowe wskaźników znajomości.

Zauważono prawie powszechne „zapotrzebowanie” młodzieży na wiedzę o antykoncepcji.

Wiedza ta oczekiwana jest przede wszystkim od rodziców (29%), szkoły (27%), służby zdrowia (16%) i mediów (10%). Wbrew pewnym stereotypom, koleżanki i koledzy nie stanowią instytucji, od której oczekuje się wiedzy. Wyniki badań uwiarygodniły jednak różnicę między wskazaniami na źródła oczekiwane i realne. Swoje oczekiwania młodzież adresowała głównie w kierunku szkoły i rodziców. Na dalszej pozycji wśród adresatów oczekiwania była służba zdrowia, a jeszcze dalej media i rówieśnicy. W rankingu realnych źródeł wiedzy media zajmują (pospołu z wydawnictwami, których nie uwzględniano w pytaniu o oczekiwania) bezsprzecznie czołową pozycję. Nawet rówieśnicy w wymienionym rankingu są lokowani wyżej niż uznawane za podstawowe instytucje wychowawcze szkoła i dom rodzinny.

Dane odnośnie do źródeł informacji na temat seksu i antykoncepcji przedstawione są w artykułach opisujących badania w słupskim liceum ogólnokształcącym [15] oraz wśród młodzieży szkół poznańskich [14]. Dla słupskiej młodzieży najczęstszym informatorem na temat seksu i antykoncepcji były książki (34,9% dziewczęta, 29,2% chłopcy) i rówieśnicy (odpowiednio 27,4 i 28,8%), dla młodzieży szkół poznańskich prasa, telewizja, wideo (25,0 i 27,0%), rodzice (23,5 i 19,6%) i szkoła (22,4 i 21,2%).

Wnioski

Spostrzeżenia w trakcie analizowania informacji pozyskanych za pomocą kwestionariusza i ich porównanie z piśmiennictwem autorów zajmujących się problemem antykoncepcji nastolatków skłania do sformułowania następujących wniosków.

1. Wiedza respondentów dotycząca fizjologii życia płciowego jest skromna i – pomimo pewnych rozbieżności w podgrupach – charakteryzuje się następującymi wskaźnikami:
 - tylko 57% młodzieży potrafi poprawnie określić procesy składowe cyklu płciowego kobiety;
 - zaledwie 39% wie, kiedy podczas tego cyklu występują dni płodne;
 - blisko 24% nie jest przekonanych, że podczas pierwszego stosunku płciowego kobieta też może zajść w ciążę.
2. Respondentów cechuje również względnie wysoka samoocena zakresu przyswojonej wiedzy. Około 3/4 respondentów niezależnie od płci określa swój zakres wiedzy jako duży lub wystarczający.
3. Lista instytucji, od których oczekuje się wiedzy, to w kolejności: szkoła, rodzice, służba zdrowia, media, rówieśnicy. Lista instytucji, od których wiedzę pozyskiwano, ma inną ko-

lejność: media, wydawnictwa, dom rodzinny, rówieśnicy, szkoła, służba zdrowia.

4. Znane powszechnie – prezerwatywa – wskazania ponad 90%, znane szeroko – tabletki hormonalne – wskazania w przedziale 60–90%, znane średnio – spirala, stosunek przerywany, globulki dopochwowe – wskazania w przedziale od 40 do 59%, znane w małym zakresie – metoda owulacji i metoda termiczna – wskazania poniżej 40%.
5. Samoocena stanu wiedzy o antykoncepcji, a także niektóre wskaźniki dotyczące poglądów i zachowań zależą od typu szkoły i charakteru szkolnej grupy rówieśniczej.
6. Wyższy wskaźnik zadowolonych ze swojej wiedzy na temat antykoncepcji wśród chłopców z liceum i dziewcząt ze szkół średnich oraz nieumiejętność oceny stanu swojej wiedzy przez około 13% uczniów zasadniczej szkoły zawodowej.

Piśmiennictwo

1. Adamkiewicz M. *Problemy młodzieżowej antykoncepcji i prewencji AIDS. Wychowawcze, etyczne i społeczne problemy zachowań seksualnych młodzieży*. Warszawa–Zielona Góra 1992: 194.
2. Gruinseit A. Wpływ edukacji seksualnej i edukacji na temat HIV na zachowania seksualne młodzieży – raport przeglądowy. *Seksuologia* 1998; 3–4: 6–22.
3. Kozakiewicz M. *Młodzież wobec seksu, małżeństwa i rodziny*. Warszawa; 1985: 6–106.
4. Kucharczak R, Wyrzykiewicz T. Inicjacja seksualna wśród młodzieży szkół ponadpodstawowych. *Post Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia* 1997: 84–89.
5. Kultys JA, Krupa H. Miłość i seks w poglądach młodzieży w dobie HIV/AIDS. *Seksuologia* 1998; 3–4: 49–67.
6. Kultys JA. Poziom uświadomienia seksualnego – inicjacja seksualna i antykoncepcja. *Seksuologia* 1996; 1: 21–34.
7. Obuchowska J. *Rozwój erotyczny*. Warszawa: PZWL; 1983: 103–105.
8. Pawłowska R. Środowiskowe uwarunkowania wczesnego rozpoczynania przez młodzież stosunków płciowych. *Problemy rodziny*. Warszawa; 1994: 33–37.
9. Trawińska M. *Socjologia seksu. Społeczno-moralne uwarunkowania zachowań*. [w:] *Seksuologia społeczna*. Warszawa: PZWL; 1984: 318.

Adres Autorek:

Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka AM

ul. Polna 33

60-533 Poznań

Wiedza o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia w populacji wiejskiej w świetle badań ankietowych

Knowledge about risk factors of cardiovascular disorders in rural population based on questionnaire study

SŁAWOMIRA PŁÓKARZ¹, ADELA BARTCZUK¹, MARTA ARENDARCZYK¹, MAGDALENA MILAN²

¹ Z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego i Zakładu Specjalności Zabiegowych

² Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

Streszczenie **Cel pracy.** Ocena zakresu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia w populacji wiejskiej. **Materiał i metody.** Badaniem ankietowym objęto 144 losowo wybrane osoby populacji wiejskiej. Wiek chorych zawierał się między 30–74 lata, średnia 51,5 lat. Wśród badanych 56% stanowiły kobiety i 44% mężczyźni. Badani posiadali wykształcenie: podstawowe (27%), zawodowe (33%), średnie (30%) i wyższe (10%). Wśród badanych były osoby chore na cukrzycę (43%) i nadciśnienie tętnicze (88%). Badania przeprowadzono na przełomie marca i maja 2002 roku. Kwestionariusz ankiety zawierał 76 pytań, w tym 15 pytań ogólnych dotyczących charakterystyki badanej grupy oraz 61 pytań typu prawda/fałsz/„nie wiem”, obejmujących podstawową wiedzę o cz.r.ch.u.k. Wiedzę o cz.r. zawarto w siedmiu działach: dział I – żywienie, dział II – nadciśnienie tętnicze, dział III – cholesterol, dział IV – cukrzyca, dział V – aktywność fizyczna, dział VI – stres, dział VII – palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu. Ankieta zawierała wyniki prawidłowych odpowiedzi, błędnych i odpowiedzi „nie wiem”. **Wyniki.** Wiedza o cz.r.ch.u.k. osób populacji wiejskiej jest niewystarczająca. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi (70%) dotyczyło palenia tytoniu i nadużywania alkoholu. Ponad połowa badanych udzieliła prawidłowych odpowiedzi w zakresie: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i aktywności fizycznej. Mniej niż połowa badanych udzieliła prawidłowych odpowiedzi w zakresie żywienia, cholesterolu, stresu. Najwyższy odsetek błędnych odpowiedzi stwierdzono na temat żywienia (20%) i cholesterolu (19%). Najwięcej odpowiedzi „nie wiem” ankietowani udzieliłi na temat stresu (35%) i cholesterolu (32%). Poziom wiedzy osób zdrowych i chorych jest podobny. Wiedza badanych o cz.r. poprawiła się w miarę wzrostu wykształcenia. **Wnioski.** Wiedza o cz.r.ch.u.k. osób populacji wiejskiej jest niewystarczająca. Niewiedza dotyczyła głównych cz.r. i wynikających ze stylu życia. Wiedza o cz.r. osób zdrowych i chorych jest podobna. Aktywność edukacyjna powinna być w większym stopniu ukierunkowana na osoby z niższym wykształceniem z małych miejscowości. Należy dążyć do zmodyfikowania sposobu przekazywania wiedzy. Celowe staje się opracowanie i upowszechnianie programów edukacyjnych.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka chorób układu krążenia, populacja wiejska, badania ankietowe.

Summary **Objectives.** Assessment of the knowledge about risk factors of cardiovascular disorders in rural population. **Material and Methods.** 144 lottery – drawing patients of rural population aged 30–74, mean age 51.5, were questioned. There were 56% of women and 44% of men. They were elementary (27%), vocationally (33%), secondary (30%) and highly educated (10%). There were 43% of patients with diabetes and 88% of patients with arterial hypertension. The study was performed from march to may in 2002. The questionnaire had 76 questions: 15 general questions regarding the character of inspected group and 61 questions (type: true/falseness, “I don’t know”) regarding basic knowledge about cardiovascular disorders. Knowledge about risk factors was divided into seven parts: I – nutrition, II – arterial hypertension, III – cholesterol, IV – diabetes, V – physical activity, VI – stress, VII – smoking cigarettes and alcohol abuse. The questionnaire contained results of positive, falseness and “I don’t know” answers. **Results.** Knowledge about risk factors of cardiovascular disorders in rural population is not sufficient. The most positive answers were related to smoking cigarettes and alcohol abuse. More than half patients gave positive answers relating to arterial hypertension, diabetes and physical activity. Less than half of patients gave positive answers relating to nutrition, cholesterol and stress. The highest percentage of falseness answers was relating to nutrition (20%) and cholesterol (19%). The questioned people gave most of all “I don’t know” answers on stress (35%) and cholesterol (32%). The level of the knowledge of healthy and the sick people is similar. Knowledge of the participants of the program about risk factors has improved according to better education. **Conclusions.** Knowledge about risk factors of cardiovascular disorders in rural population is not suf-

ficient. Poor knowledge was on the main risk factors and arising from lifestyle. Knowledge about risk factors of healthy and unhealthy people is similar. An educational activity should be more intensive for people with lower education and from smaller towns and villages. It is necessary to modify a way of knowledge transmission. It is useful to work out educational programs and make them widespread.

Key words: risk factors of cardiovascular disorders, rural population, poll study.

Wstęp

Podstawowa wiedza dotycząca czynników ryzyka (cz.r.) chorób układu krążenia (ch.u.k.), którą powinien dysponować każdy współczesny człowiek, była dotąd przedmiotem nielicznych badań w Polsce. Istnieje także brak odpowiednich narzędzi do pomiaru tej wiedzy [1].

Dotychczas prowadzone w kraju badania [2–5] obejmują przede wszystkim występowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia. Występowanie wysokiego poziomu klasycznych cz.r. oraz wzrost zachorowań na choroby układu krążenia stanowi jeden z największych problemów zdrowia publicznego w Polsce i na świecie. Dlatego, najistotniejsza jest edukacja szerokich grup społecznych.

Punktem wyjściowym działań informacyjno-edukacyjnych jest ustalenie aktualnego poziomu wiedzy dotyczącej określonego zagadnienia.

Celem niniejszej pracy była ocena zakresu wiedzy o cz.r. chorób układu krążenia w populacji wiejskiej.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 144 losowo wybrane osoby populacji wiejskiej w gminie Sośnie, województwo wielkopolskie.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety skonstruowany na potrzeby prowadzonych badań. Kwestionariusz zawierał 76 pytań, w tym 61 pytań, typu prawda/fałsz/nie wiem, obejmujących podstawową wiedzę o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia oraz 15 pytań ogólnych dotyczących charakterystyki badanej grupy.

Wiedzę o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia zawarto w siedmiu działach: dział I – żywienie, dział II – nadciśnienie tętnicze, dział III – cholesterol, dział IV – cukrzyca, dział V – aktywność fizyczna, dział VI – stres, dział VII – palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu.

Badania przeprowadzono na przełomie marca/maja 2002 roku. Ankiety przeprowadziła pielęgniarka środowiskowa w ramach swoich zadań zawodowych.

Ankieta była dobrowolna i anonimowa. Rozdano 144 kwestionariusze. Analizie podano 139 osób (5 osób nie podało wieku). Ankieta zawierała wyniki prawidłowych odpowiedzi, błędnych

i odpowiedzi „nie wiem”, opracowanych metodami matematycznymi i poddanych analizie statystycznej. Dla prawidłowych odpowiedzi, błędnych i „nie wiem” przeprowadzono test χ^2 Pearsona dla $\gamma = 0,045$ i zweryfikowano hipotezę $H: \{f(x)\}$, która jest dystrybuantą rozkładu normalnego w przedziale $\{19,86\}$. Ponieważ obliczona wartość χ^2 jest mniejsza od wartości krytycznej, pobrana próba nie przeczy weryfikowanej hipotezie na poziomie istotności 0,045.

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiona struktura badanych osób pod względem wieku, płci, wykształcenia, stanu zdrowia była różna. Wśród badanych przeżywały kobiety – 56% oraz osoby z wykształceniem zawodowym – 33% i średnim – 30%. Najliczniejsze grupy wiekowe to 30–63 lat (55%), 64–74 lata (22%). Średnia wieku badanej populacji wynosiła 51,5 lat. Badana populacja to osoby zdrowe – 52% i chore – 48%. Wśród osób chorych najczęściej występowało nadciśnienie tętnicze (88% ogółu chorych), cukrzyca (43% ogółu chorych). Częściej w porównaniu z mężczyznami były chore kobiety: 91% z nadciśnieniem tętniczym i 49% na cukrzycę.

Ankietowani udzielili odpowiedzi na pytania dotyczące: żywienia, nadciśnienia tętniczego, cholesterolu, cukrzycy, aktywności fizycznej, stresu, palenia tytoniu i nadużywania alkoholu (tab. 2).

Żywienie. Odsetek prawidłowych odpowiedzi jest w tej grupie pytań (nr 1–12) zróżnicowany (24,5–93,8%). Najniższy odsetek prawidłowych odpowiedzi dotyczy picia pełnego mleka i jego większych korzyści od mleka odtłuszczonego, a 32,9% badanych wie, że jajko w swoim składzie oprócz białka zawiera również tłuszcz. W pytaniach dotyczących tych elementów wiedzy, które mogą mieć związek z zachowaniami ludzi, odsetek prawidłowych odpowiedzi jest stosunkowo wysoki: 93,8% ankietowanych wie, że sposób odżywiania ma wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu, 87,5% wie, że ilość spożywanych posiłków w ciągu dnia ma istotny wpływ na zdrowie, 86,8% wie, że owoce i warzywa w postaci gotowanej tracą dużą ilość składników odżywczych, 74,1% wie, że ciemne pieczywo jest dobrym źródłem błonnika.

Nadciśnienie tętnicze. 90,4% badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi na pytanie numer 5 ankiety i wiedziało że wysiłek fizyczny i ruch normalizują ciśnienie tętnicze krwi. Ponad 70% prawidłowych odpowiedzi udzielono twierdząc, że spadek masy ciała i tłuszczy ryb morskich wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego. Natomiast tylko 22,3% prawidłowych odpowiedzi potwierdziło, że głównym produktem codziennej porcji sodu w diecie jest pieczywo.

Cholesterol. Największy odsetek prawidłowych odpowiedzi (82,1%) dotyczy wiedzy o tym, że spożywanie przynajmniej jeden raz w tygodniu mięsa ryb chroni organizm przed miażdżycą oraz 67,6% ankietowanych twierdzi, że cholesterol jest potrzebny dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. W pytaniach dotyczących innych elementów wiedzy odsetek prawidłowych odpowiedzi jest nieco niższy i taki sam odpowiedzi „nie wiem”. Najniższy odsetek prawidłowych odpowiedzi (20%) i odpowiedzi „nie wiem” (55,9%) dotyczy picia parzonej kawy, która podnosi poziom cholesterolu HDL.

Cukrzyca. Najwyższy odsetek prawidłowych odpowiedzi (82,6%) ściśle wiąże się z wiedzą o powikłaniach cukrzycy. Również stosunkowo wysoki odsetek prawidłowych odpowiedzi (74,9%) wiąże się ze znajomością czynników zewnętrznych, które mają wpływ na powstanie cukrzycy. Jednakże 48,9% odpowiedzi błędnych wobec 35,3% prawidłowych świadczy o niewiedzy, która dotyczy konsekwencji spożywania nadmiernych ilości cukru w diecie.

Aktywność fizyczna. Odsetek prawidłowych odpowiedzi na pytania (numer 1–3) z tej grypy jest wysoki (87,8–94,3%). Najwięcej też ankieto-

wanych wybierało odpowiedź „nie wiem” (41,3–46,2%). Około połowa badanych udzieliła prawidłowych odpowiedzi na pytania (numer 4–6) oraz odpowiedzi „nie wiem” (41,3–46,2%). Świadczy o tym niewiedza w zakresie wpływu ruchu na wzrost poziomu cholesterolu HDL.

Stres. Na dwa (numer 2 i 6) spośród sześciu pytań, prawidłowej odpowiedzi udzielił największy odsetek (80–86,9%) badanych. Jednakże na pytania pozostałe (numer 3–5) w tej grupie odsetek prawidłowych odpowiedzi był mały (32,4–34,5). Więcej też było odpowiedzi „nie wiem” na te same pytania (36,5–65,5%).

Palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu. Wiedza badanych w tym zakresie jest wysoka. Najwięcej (57,9–89,7%) prawidłowych odpowiedzi udzielono na osiem pytań. Na pozostałe dwa pytania odsetek prawidłowych odpowiedzi był mały i wynosił 28,3 i 48,3%. Zwłaszcza niska wiedza dotyczyła składu dymu tytoniowego i nikotynowej terapii zastępczej.

Maksymalna ilość możliwych do uzyskania odpowiedzi była dla poszczególnych działów różna i wiązała się bezpośrednio z liczbą pytań w każdym dziale.

Jak widać z ryciny 1 najwięcej prawidłowych odpowiedzi ankietowani udzielili w zakresie żywienia (dział I), palenia tytoniu i nadużywania alkoholu (dział VII), a także na temat cholesterolu (dział III).

Najwięcej błędnych odpowiedzi ankietowani udzielili w dziale I, III i VII (ryc. 2) oraz w dziale III i VI (ryc. 3).

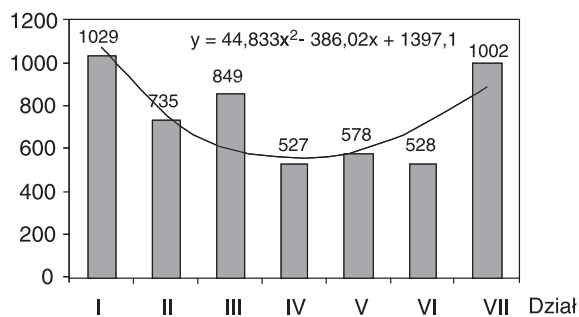
Wiedza badanych zależnie od stanu zdrowia i wykształcenia w poszczególnych działach była zróżnicowana (tab. 3). Odsetek prawidłowych

Tabela 1. Struktura wieku, płci, wykształcenia i stanu zdrowia badanych

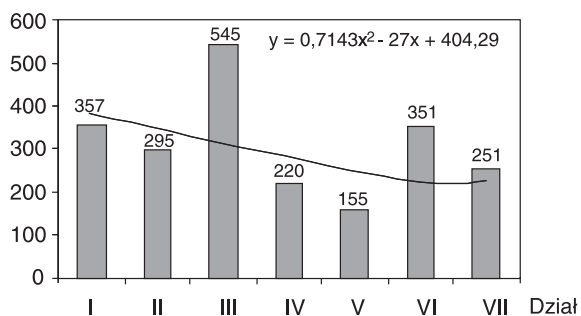
	n = 144 (100%)	Mężczyźni – 64 (44%)	Kobiety – 80 (56%)
Przedziały wiekowe			
19–30	21 (14%)	5 (3%)	16 (11%)
31–41	25 (18%)	18 (13%)	7 (5%)
42–52	27 (18%)	12 (8%)	15 (10%)
53–63	25 (18%)	7 (5%)	18 (13%)
64–74	31 (22%)	14 (10%)	17 (12%)
75–86	10 (7%)	3 (2%)	7 (5%)
braki	5 (3%)	5 (3%)	–
Wykształcenie			
Podstawowe	38 (27%)	9 (6%)	29 (21%)
Zawodowe	41 (33%)	29 (20%)	19 (13%)
Średnie	43 (30%)	20 (14%)	23 (16%)
Wyższe	15 (10%)	6 (4%)	9 (6%)
Stan zdrowia			
Zdrowi	76 (52%)	41 (28%)	35 (24%)
Chorzy	68 (48%)	23 (16%)	45 (32%)
Nadciśnienie tętnicze	60 (88%)	19 (28%)	41 (60%)
Cukrzyca	29 (43%)	7 (11%)	22 (32%)

Tabela 2. Odsetek odpowiedzi całej próby w poszczególnych działach

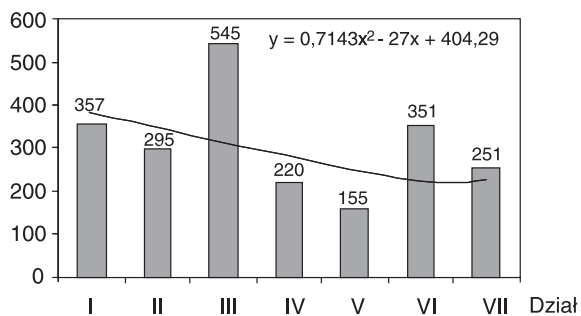
Dział	Nr pytania	Odpowiedzi prawidłowe	Odpowiedzi błędne	Odpowiedzi „nie wiem”
I – żywienie	1	93,8	2,1	4,9
	2	87,5	4,9	8,4
	3	86,8	4,9	9,1
	4	74,1	2,6	26,6
	5	57,6	0,7	44,6
	6	74,2	19,6	7
	7	24,5	64,4	11,9
	8	32,9	23,1	44,8
	9	28,8	26,6	47,5
	10	51,8	28,7	20,3
	11	67,2	15,4	18,2
	12	45,5	45,5	9,8
II – nadciśnienie tętnicze	1	22,3	20,1	60,4
	2	72,8	6,2	21,4
	3	58,6	24,8	15,8
	4	64,1	11,7	22,7
	5	90,4	5,5	3,5
	6	54,5	4,1	40,7
	7	75,9	2,8	20,0
III – cholesterol	1	67,6	15,2	15,8
	2	82,1	5,5	11,7
	3	54,5	8,3	36,5
	4	20,0	22,7	55,9
	5	47,6	10,3	41,4
	6	35,9	36,6	26,2
	7	31,7	46,9	20,7
	8	65,5	16,5	17,2
	9	43,4	7,6	47,6
	10	39,3	22,0	37,9
	11	50,3	8,3	40,7
	12	47,6	26,9	24,1
IV – cukrzyca	1	74,9	2,8	23,1
	2	42,0	11,9	46,9
	3	74,9	5,6	20,3
	4	61,9	9,3	31,7
	5	35,3	48,9	18,7
	6	82,6	3,5	14,7
V – aktywność fizyczna	1	93,8	1,4	5,6
	2	87,8	12,2	2,8
	3	94,3	3,6	5,0
	4	35,0	58,1	7,7
	5	54,6	4,9	41,3
	6	44,1	10,5	46,2
VI – stres	1	54,7	31,6	16,5
	2	80,0	4,1	15,4
	3	51,0	11,7	36,5
	4	34,5	9,6	55,2
	5	32,4	0,7	65,5
	6	86,9	1,4	11,0
VII – palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu	1	28,3	62,8	8,3
	2	73,8	4,1	21,4
	3	75,9	4,1	19,3
	4	75,9	3,4	20,0
	5	48,3	35,9	15,1
	6	84,9	8,9	4,8
	7	80,7	3,4	15,1
	8	57,9	3,4	37,9
	9	75,9	1,4	22,0
	10	89,7	0,7	8,9



Ryc. 1. Liczba prawidłowych odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych w poszczególnych działach wraz z linią trendu



Ryc. 2. Liczba błędnych odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych w poszczególnych działach wraz z linią trendu



Ryc. 3. Liczba odpowiedzi „nie wiem” udzielonych przez ankietowanych w poszczególnych działach wraz z linią trendu

odpowiedzi osób chorych i zdrowych był podobny i wystąpiły różnice w posiadanej wiedzy między poszczególnymi działami. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi udzielili chorzy w dziale II, IV i VII. Również odsetek prawidłowych odpowiedzi był zróżnicowany i wzrastał wraz z wykształceniem: zawodowym (52%), podstawowym (56%), średnim (63%) i wyższym (66%).

W tabeli 4 uszeregowano według częstości wymieniania przez wszystkich ankietowanych odpowiedzi prawidłowych, błędnych i „nie wiem” uwzględnionych w siedmiu działach.

Jak wynika z zestawienia ponad połowa wszystkich badanych udzieliła prawidłowych odpowiedzi.

Omówienie wyników i dyskusja

Podstawowa wiedza dotycząca czynników ryzyka (cz.r.) chorób układu krążenia (ch.u.k.), którą powinien dysponować każdy człowiek, jest uznanym czynnikiem mającym wpływ na powodzenie działań edukacyjnych w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej ch.u.k. Ponieważ główne cz.r. zostały zidentyfikowane, oczywisty stał się fakt, że zapobieganie ch.u.k. to najbardziej pilne do rozwiązania zadanie. Realizacja tego zadania wymaga zaangażowania w działalność prewencyjną nie tylko pracowników służby zdrowia, ale także polityków i całego społeczeństwa. Istotną rolę w tym zakresie przypada lekarzom, pielęgniarkom, dietetykom, rehabilitantom, psychologom, którzy mogą skierować swoje postępowanie na działania edukacyjne.

Uzyskane wyniki wskazują, że wiedza o cz.r. osób populacji wiejskiej jest niewystarczająca. Nie występują różnice statystycznie istotne w wiedzy osób zdrowych (59% prawidłowych odpowiedzi) i chorych (57% prawidłowych odpowiedzi). Zauważono, że wiedza chorych na cukrzycę jest istotnie większa o swojej chorobie (79% prawidłowych odpowiedzi), w porównaniu z wiedzą o innych cz.r., wymienianych w pozostałych działach. Wiedza badanych o cz.r. poprawiła się w miarę wzrostu wykształcenia: zawodowe (52% prawidłowych odpowiedzi), podstawowe (56% prawidłowych odpowiedzi), średnie (63% prawidłowych odpowiedzi) i wyższe (66% prawidłowych odpowiedzi).

Wyniki badań naszej pracy są zbliżone do danych publikowanych w piśmiennictwie Kędzierskiego i wsp. [6], który stwierdził, że wiedza wśród osób zdrowych i chorych na temat choroby niedokrwiennej serca jest niewystarczająca. Również w badaniach prowadzonych przez Polskie Towarzystwo Badań nad Miażdżycą [7] wśród 1196 mieszkańców Warszawy obserwowano zróżnicowany poziom wiedzy o cz.r. miażdżycy. Wystąpiła zależność poziomu wiedzy mieszkańców od wykształcenia.

Należy pamiętać jednak o tym, że brak wiedzy w populacji wiejskiej może w przyszłości pogorszyć sytuację wśród mieszkańców mniejszych ośrodków. Jest tutaj zazwyczaj mniej osób z wykształceniem wyższym. Dlatego aktywność edukacyjna powinna być w większym stopniu ukierunkowana na osoby z niższym wykształceniem, pochodzące z małych miejscowości.

Analizując poszczególne części ankiety i jej dział, stwierdzono, że mniej niż 50% badanych

Tabela 3. Rozkład prawidłowych odpowiedzi w poszczególnych działach wg stanu zdrowia i wykształcenia (%)

	Działy						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Stan zdrowia							
Osoby zdrowe	58	68	55	70	68	47	73
Chorzy na cukrzycę	57	70	58	79	65	46	76
Chorzy na nadciśnienie tętnicze	55	67	52	65	63	44	74
Wykształcenie							
Podstawowe	53	64	50	58	61	43	74
Zawodowe	51	58	43	56	65	44	67
Średnie	70	69	54	71	72	60	69
Wyższe	76	67	53	57	77	79	70

Tabela 4. Zestawienie procentowe odpowiedzi wszystkich ankietowanych w poszczególnych działach

Odpowiedzi prawidłowe		Odpowiedzi błędne		Odpowiedzi „nie wiem”	
Dział VII	70%	Dział I	20%	Dział VI	35%
Dział V	67%	Dział III	19%	Dział III	32%
Dział II	64%	Dział V	15%	Dział II	26%
Dział IV	61%	Dział IV	13%	Dział IV	25%
Dział I	59%	Dział VII	13%	Dział I	21%
Dział VI	52%	Dział VI	13%	Dział V	18%
Dział III	49%	Dział II	10%	Dział VII	17%

udzieliła prawidłowych odpowiedzi w zakresie: żywienia, cholesterolu, stresu, a także najwyższy odsetek błędnych odpowiedzi odnotowano w tych samych działach. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi (70%) dotyczyło działu VII – palenia tytoniu i nadużywania alkoholu. Ponad połowa badanych udzieliła prawidłowych odpowiedzi w zakresie: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, aktywności fizycznej. Pozytywnym zjawiskiem jest wysoki odsetek prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące elementów wiedzy, które mogą mieć związek z zachowaniami prozdrowotnymi ludzi: 93,8% badanych wie, że sposób odżywiania ma wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka, 87,5% badanych wie, że ilość spożywanych posiłków w ciągu dnia ma istotny wpływ na zdrowie, 86,8% badanych wie, że owoce i warzywa w postaci gotowanej tracą dużą ilość składników odżywczych.

Przedstawione wyniki nie są odległe od doniesienia innych autorów [8, 9]. W publikacjach twierdzi się zgodnie, że istotna poprawa wiedzy następuje dopiero po przeprowadzeniu edukacji, która powinna być stałym elementem działań promocji zdrowia i prewencji ch.u.k.

Zasadnicza rola w działaniach profilaktycznych przypada również pacjentom i ich rodzinom. Przyjęcie zmiany w postępowaniu przez pacjenta w zakresie: sposobu odżywiania, rekreacji ruchowej, wyzbycia się nałogu palenia papierosów, unikania stresu, kontroli ciśnienia tętniczego, wymaga głównie od lekarza i pielęgniarki przekazania materiałów oświatowych,

a zwłaszcza opracowanych przez Instytut Kardiologii oraz Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie [10–13].

Wnioski

Z pracy wynikają następujące wnioski:

1. Stwierdzono niewystarczającą wiedzę o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia osób populacji wiejskiej. Niewiedza dotyczyła: głównych czynników ryzyka i wynikających ze stylu życia.
2. Wykazano, że wiedza o czynnikach ryzyka osób zdrowych i chorych jest podobna i nie występują różnice istotne statystycznie.
3. Aktywność edukacyjna powinna być w większym stopniu ukierunkowana na osoby z niższym wykształceniem, pochodzące z małych miejscowości i uwzględniać następujące zagadnienia:
 - co to jest cholesterol, jaki jest wpływ na układ krążenia?
 - jakie są konsekwencje małej aktywności fizycznej?
 - co to jest cukrzyca i jakie są jej powikłania?
 - jak wpływa stres na organizm człowieka?
 - jak należy odżywiać się zdrowo?
4. Trzeba dążyć do zmodyfikowania sposobu przekazywania wiedzy przez zespół terapeutyczny (lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów, psychologów).
5. Celowe staje się opracowanie i upowszechnianie programów edukacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Bandosz P. *Styl życia i nawyki żywieniowe dorosłych Polaków a świadomość nadciśnienia tętniczego oraz nadwagi*. Materiały Konferencji Naukowej. VII Zjazd PTNT Katowice 19–21.10.2000; P64: 34.
2. Bartczuk A, Łoboz-Grudzień K. *Life style changes in patients with hypertension as an effect of health education*. 10th International Conference on Health Promoting Hospitals. Bratysława (Slovakia), May 15–17 2002; Abstract book: 48.
3. Januszko W, Zdrojewski T i wsp. *Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz innych czynników ryzyka chorób serca i naczyń w populacji małopolskiej w Polsce na przykładzie Kartuz. Ocena metodą sondażu reprezentatywnego w 2000 roku*. Materiały Konferencji Naukowej. VII Zjazd PTNT. Katowice 19–21.10.2000; P68: 75.
4. Kośmicki M. *Otyłość jako czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca – diagnostyka i leczenie*. *Przewodnik Lekarza* 2000; 7: 50–57.
5. Sieradzki J. *Cukrzyca problem społeczny*. *Nowa Klinika* 2001; 2: 68–70.
6. Kędzierski A, Dylewicz P. *Wiedza o chorobie niedokrwiennej serca wśród osób zdrowych i z przebyłym zawałem serca*. *Kardiologia Pol* 2000; 52: 121.
7. Torbus-Lisiecka B. *Niefarmakologiczna prewencja miażdżycy*. *Służba Zdrowia* 1999; 83: 21–25.
8. Pearson T. *Zmiany nawyków żywieniowych w ograniczaniu ryzyka chorób układu krążenia, podejście indywidualne i populacyjne*. *Kardiologia po Dyplomie* 2002; 1, 3: 90–92.
9. Sztembis B. *Profilaktyka chorób układu krążenia*. *Materiały CEM* 1997: 6–33.
10. Szostak WB, Cybulska B. *Otyłość i nadwaga. Cholesterol. Racjonalne żywienie. Nadciśnienie tętnicze. Materiały edukacyjne dla pacjentów*. Warszawa: Instytut Kardiologii oraz Instytut Żywności i Żywienia; 2002.
11. Rudnicki S, Smolis R. *Ruch usprawnia serce. Materiały edukacyjne dla pacjentów*. I Warszawa: Instytut Kardiologii; 2002.
12. Wrześniewski K. *Stres, radzenie sobie ze stresem a choroby układu krążenia. Materiały edukacyjne dla pacjentów*. Warszawa: Instytut Kardiologii; 2002.
13. Zatoński W, Przewoźniak K. *Tytoń a zdrowie – przestań palić. Materiały edukacyjne dla pacjentów*. Warszawa: Instytut Kardiologii; 2002.

Adres II Autorki:
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

EDUKACJA ZDROWOTNA • HEALTH CARE PROMOTION

PL ISSN 1508-2121

Choroby układu krążenia – groźna epidemia, przed którą można się ustrzec

Diseases affecting circulatory system are the most dangerous epidemic

MAŁGORZATA KNAP¹, DOROTA MACIĄG²

¹ Z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

² Ze Szpitala Powiatowego w Ostrowcu Świętokrzyskim

Streszczenie Według WHO choroby układu krążenia są najgroźniejszą epidemią, przed jaką stanęła ludzkość w swym rozwoju. W Polsce choroby układu krążenia stanowią najczęstszą przyczynę zgonów, podobnie jak i w innych krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce choroba niedokrwienna serca jest jedną z głównych przyczyn zachorowalności, umieralności i trwałego inwalidztwa, zajmując pierwsze miejsce pod względem obciążenia ekonomicznego społeczeństwa. W etiopatogenezie choroby niedokrwiennej serca ogromne znaczenie przypisuje się czynnikiem ryzyka. Wieloletnie badania naukowe pozwoliły wyłonić kilkanaście czynników, mających szczególnie powinowactwo do choroby niedokrwiennej serca. Znaczna ich część jest wynikiem niewłaściwego stylu życia, a mianowicie: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niewłaściwe odżywianie, brak aktywności fizycznej. Korekta tych czynników jest podstawą wielu programów prewencyjnych. Termin styl życia odnosi się do zespołu codziennych zachowań specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości. Standardowe reakcje i wzory zachowań decydujące o kształcie stylu życia przekazywane są jednostkom w procesie socjalizacji w toku społecznych interakcji z rodzicami, grupami rówieśniczymi, a także z środków masowego przekazu. Wynika stąd, że aby zmniejszyć lub eliminować negatywne skutki zdrowotne, będące wynikiem czynników ryzyka, należy modelować i promować zdrowy styl życia w społeczeństwie. Celem niniejszej pracy jest wykazanie roli, jaką powinna i może odegrać pielęgniarka w procesie edukacji społeczeństwa. Z przeprowadzonych badań wynika, iż wiedza pacjentów na temat czynników ryzyka, a także zdrowego stylu życia jest niewielka. Ponieważ choroba niedokrwienna serca jest osobistą tragedią dla chorych i ich rodzin, należy położyć ogromny nacisk na edukację społeczeństwa. Niezwykle istotną rolę ma tu do spełnienia profesjonalnie przygotowany edukator i promotor zdrowia w osobie pielęgniarki.

Słowa kluczowe: choroby układu krążenia, preferencje zdrowotne, edukacja.

Summary According to WHO diseases affecting circulatory system are the most dangerous epidemic the human kind has faced in its development. In Poland myocardial ischaemia is one of the major causes of morbidity, mortality and permanent disability and it is the top cause as far as economic burden of society is concerned. The risk factor is said to have an enormous significance in the aetiopathogenesis of myocardial ischaemia. Scientific research allowed selecting a dozen or so of factors that has particular kinship with myocardial ischaemia. A considerable part of it is the result of an inappropriate diet, the lack of physical activity. Correction of those factors is the basis of many preventive programmes. The term lifestyle refers to the set of everyday routine of an individual or a community. The standard reactions and patterns of behaviour, decisive in shaping the lifestyle are passed to individuals in the process of their socialisation in the course of the interaction with parents, groups of peers as well as the mass media. It appears that in order to lower or eliminate the negative health effects, being the result of the risk factor, one needs to model and promote the healthy lifestyle in society. The aim of the following project is to present the role a nurse should and may play in the education of society. The research has shown that patients' knowledge concerning the risk factors is minute. Since myocardial ischaemia is a personal tragedy for those who are sick and their families it is the education of society that ought to be particularly stressed. A nurse acting as a professionally prepared educator or health promoter may play an incredibly relevant role.

Key words: heart, disease, education, patient.

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia, choroby układu krążenia są najgroźniejszą epidemią, przed jaką stanęła ludzkość w swym rozwoju. Choroby te stanowią największe zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka. W okresie powojennym w krajach wysoko uprzemysłowionych odnotowano intensywny wzrost liczby zachorowań na chorobę niedokrwienną serca, co utożsamiano z szybkim rozwojem przemysłu i cywilizacji. Obecnie choroba niedokrwienna serca w dalszym ciągu jest jedną z głównych przyczyn umieralności i trwałego inwalidztwa.

Pomimo to wskaźniki zapadalności i zgonów z powodu chorób układu krążenia w ostatnich latach nadal utrzymują się na wysokim poziomie. Powodowane jest to w znacznym stopniu zmianami demograficznymi, z których największe znaczenie ma wzrost w naszym społeczeństwie liczby osób w starszym wieku. Ważną rolę odgrywają także czynniki pozademograficzne, do których należą: trudne warunki bytowe, bezrobocie, stres, nieodpowiedni sposób odżywiania, brak przeglądowych badań profilaktycznych.

Analiza danych epidemiologicznych dotyczących występowania choroby niedokrwiennej serca pozwoliła na wykrycie czynników ryzyka tej choroby, krajów i regionów, gdzie występuje najczęściej, populacji i grup szczególnego zagrożenia. Taka ocena dokonana w skali międzynarodowej na forum XXX Światowego Zgromadzenia Zdrowia (1977 r.) była podstawą do przyjęcia rezolucji, zwanej powszechnie programem „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” [5, 8, 11].

W naszym kraju podstawowym dokumentem ukierunkowanym na promocję zdrowia i profilaktykę chorób społecznych i cywilizacyjnych jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia. Został on opracowany w latach 1989–1990, a następnie przyjęty przez Radę Ministrów po wielokrotnych modyfikacjach. Obecna wersja NPZ została przyjęta przez Radę Ministrów 3.09.1996 roku jako dokument rządowy opracowany przez zespół ekspertów. NPZ określa cele i kierunki zdrowotnej polityki publicznej do roku 2005. Spośród 18 przyjętych i zaktualizowanych celów operacyjnych, aż 9 dotyczy chorób układu krążenia [6, 8].

Współczesna definicja choroby niedokrwiennej serca (ch.n.s.) określa ją jako zespół objawów spowodowany zbyt małym dostarczaniem substancji odżywczych, głównie tlenu i związków energetycznych, do mięśnia sercowego. Występuje ona najczęściej w przebiegu procesów, które powodują organiczne zwężenie tętnic wieńcowych położonych na powierzchni serca, obejmujących je niczym wieniec (stąd nazwa: naczynia wieńcowe i choroba wieńcowa). Naj-

częstszą przyczyną tych zwężeń powodujących niedokrwienie jest miażdżyca.

Miażdżyca naczyń wieńcowych to dynamiczny proces chorobowy, który rozpoczyna się często w pierwszej dekadzie życia człowieka i o wieletnim okresie utajonym powoduje zespół manifestujący się:

- w sposób ostry – jako zawał mięśnia sercowego lub nagła śmierć sercowa,
- bądź przewlekłe – jako choroba niedokrwienności serca, zwana też chorobą wieńcową.

Wystąpienie i rozwój choroby wieńcowej nie łączy się z jednym czynnikiem chorobotwórczym, lecz z wieloma powiązаныmi ze sobą czynnikami, których działanie manifestuje się z różną siłą. Wśród nich znajdują się cechy indywidualne, niepodlegające modyfikacji, jak: płeć, wiek, obciążenie rodzinne oraz poddające się modyfikacji cechy biochemiczne i fizjologiczne, a także styl życia. Głównymi czynnikami przyspieszającymi rozwój miażdżycy są: zaburzenia gospodarki tłuszczowej (podwyższony poziom cholesterolu i triglicerydów we krwi, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, cukrzyca, nadwaga, brak aktywności fizycznej). Określa się je jako czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca [1, 7, 12, 13].

Znajomość czynników ryzyka i sposobów ich modelowania pozwala na stosowanie modelu edukacji zdrowotnej zorientowanego na chorobę i czynniki ryzyka. W pracy edukacyjnej z pacjentem, u którego rozpoznano chorobę niedokrwienności serca mogą i powinny uczestniczyć pielęgniarki rodzinne pracujące w podstawowej opiece zdrowotnej, jak również w jednostkach zamkniętej opieki zdrowotnej.

Edukacja pacjentów z ch.n.s. musi być procesem ciągłym i zaplanowanym. Przed ułożeniem programu i zakresu wiedzy, którą chcemy przekazać, należy dokonać rozpoznania, które z czynników ryzyka można u danego pacjenta wyłonić i postarać się ocenić, na ile możemy liczyć na współpracę z nim samym i jego rodziną. Należy uświadomić pacjentowi, które z jego zachowań mogły stać się bezpośrednią przyczyną choroby. Niezwykle ważne jest wskazanie, które z zachowań są niewłaściwe i dlaczego oraz jakie zachowania zdrowotne sprzyjają przywracaniu i potęgowaniu zdrowia. Konkretna i rzetelna informacja może zmotywować pacjenta do przemyśleń nad zmianą stylu życia oraz wdrożeniu ich w życie.

Gdy pacjent wykazuje zainteresowanie i chęć współpracy, należy zacząć od zaplanowania działań zmierzających np. do zerwania z nałogami, zmiany sposobu odżywiania czy wreszcie zmiany formy odpoczynku z biernej na bardziej aktywną. Oczywiście adekwatną do wieku i stanu zdrowia. Kolejnymi etapami jest konsekwent-

na realizacja ułożonego planu oraz ocena efektu podjętych działań.

Pracą edukacyjną pielęgniarka powinna objąć nie tylko samego pacjenta, ale także jego najbliższe otoczenie, rodzinę, przyjaciół. Osoby te mogą być dla pacjenta grupą wsparcia. Tak więc edukacja pacjentów z ch.n.s. nie może dotyczyć tylko ich samych, ale również ich najbliższego otoczenia [5, 11, 12].

Aby edukacja społeczeństwa z zakresu profilaktyki w chorobach układu krążenia mogła być prowadzona w sposób właściwy i adekwatny do potrzeb, konieczne jest, aby edukatorzy – pielęgniarki zostały profesjonalnie przygotowane do pełnienia takiej roli zawodowej. Dlatego też zachodzi konieczność rzetelnego przygotowania do prowadzenia edukacji zdrowotnej w różnych środowiskach: wśród młodzieży szkolnej, w lecznictwie otwartym i szpitalu, w środowisku domowym. Pielęgniarka bowiem towarzyszy człowiekowi od chwili narodzin do starości [5, 8, 11].

Choroby układu krążenia są głównym zagrożeniem życia mieszkańców Polski i innych państw rozwiniętych. Faktem jest, że w ostatnich latach obserwujemy długi oczekiwaną poprawę. Od 1993 r. stwierdza się w Polsce tendencję do zmniejszenia umieralności z powodu chorób układu krążenia, w tym choroby wieńcowej. Nie bez znaczenia jest wysoki poziom świadomości społecznej dotyczącej wpływu czynników ryzyka na zagrożenie chorobą niedokrwienną serca.

Istotną rolę w tej korzystnej dla sytuacji zdrowotnej kraju zmianie odegrał dynamiczny rozwój kardiologii inwazyjnej i kardiochirurgii.

Choroby układu krążenia stanowią wiodącą przyczynę wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia w Stanach Zjednoczonych i w większości innych krajów uprzemysłowionych. Leczenie choroby niedokrwiennej serca za pomocą metod inwazyjnych, dostosowanych do wieku pacjenta i intensywności schorzenia oraz farmakoterapii daleko pojętej, wraz z postępem farmakoterapii choroby wieńcowej, pochłania według szacunkowych danych około 3% budżetu przeznaczanego na służbę zdrowia.

Do zmiennych wywierających największy wpływ na koszty należą zabiegi kardiologiczne; fakt czy chory jest leczony przez lekarza ogólnie praktykującego czy w szpitalu; liczba lat, które minęły od rozpoznania choroby wieńcowej; oraz czy pacjent cierpi na stabilną czy niestabilną chorobę wieńcową [2].

Ważnym osiągnięciem w 2001 r. była realizacja zintegrowanego programu leczenia ostrych zespołów wieńcowych w 11 województwach (w tym województwa świętokrzyskiego), przeprowadzana na podstawie umów z regionalnymi kasami chorych, zapewniająca dużej populacji mieszkańców tych województw możliwość inter-

wencyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych w ośrodkach kardiologicznych dysponujących pracownikami hemodynamicznymi, dyżurującymi w systemie całodobowym [6].

Cel pracy

Celem pracy było wyłonienie czynników ryzyka mających związek z niewłaściwym stylem życia u pacjentów leczonych z powodu choroby niedokrwiennej i zawału serca oraz próba oceny ich preferencji edukacyjnych.

Ze względu na brak rzetelnych danych epidemiologicznych, aby przedstawić skalę problemu, przeprowadzono analizę hospitalizowanych pacjentów z powodu niestabilnej choroby wieńcowej oraz zawału serca w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii w Kielcach w latach 2001–2003.

Przedstawiono również liczbę wykonanych procedur inwazyjnych w latach 2001–2003 w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii w Kielcach, świadczonych dla pacjentów całego województwa.

Materiał i metody badań

Badanie ankietowe przeprowadzono w okresie od września do grudnia 2002 r. wśród pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Kardiologii ww. zakładu opieki zdrowotnej. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, a dobór respondentów losowy. Narzędziem do zebrania niezbędnych informacji dotyczących przedmiotu badań oraz danych socjomedycznych pacjentów był własny kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań.

Badania nad wyłonieniem czynników ryzyka choroby niedokrwiennej i zawału serca przeprowadzono w grupie 200 pacjentów. W badanej grupie znalazło się 120 mężczyzn i 80 kobiet. Zdecydowana większość pacjentów proszonych o wypełnienie ankiety czyniła to bardzo chętnie i z dużą rzetelnością, udzielając odpowiedzi na wszystkie pytania. Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej i opisowej.

Analizę hospitalizacji pacjentów przeprowadzono na podstawie danych statystycznych ww. zakładu opieki zdrowotnej oraz danych zamieszczonych w „Biuletynie informacyjnym ochrony zdrowia województwa świętokrzyskiego 2003 r.”.

Wyniki badań

Wyniki badań obrazują kolejne tabele i ryciny. Niezwykle ważne jest wskazanie, które z zachowań są niewłaściwe i dlaczego. Oto jakie czynniki

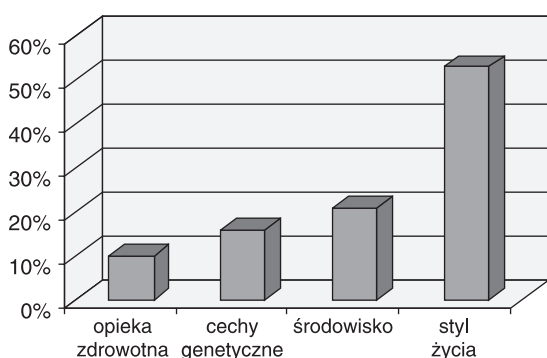
zdrowotne i idące za tym zachowania zdrowotne sprzyjają przywracaniu i potęgowaniu zdrowia.

Dokonano analizy badanej populacji pod względem miejsca zamieszkania.

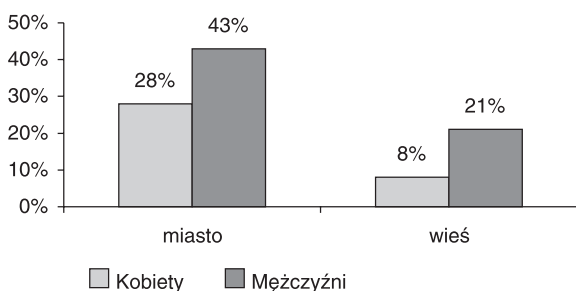
Struktura badanej populacji wg miejsca zamieszkania. Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy miasta – 28% kobiet i 42% mężczyzn, co stanowi 71% ogółu badanych. 29% ogółu badanych to mieszkańcy wsi.

Wiek respondentów określono w pięciu przedziałach wiekowych.

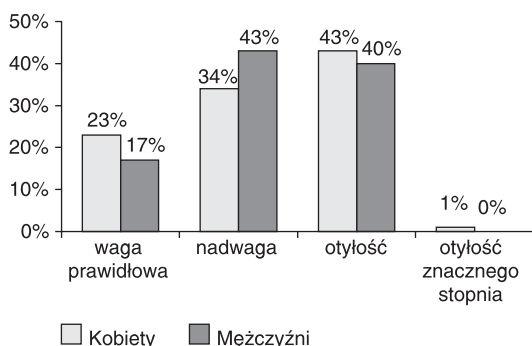
Szczyt zachorowalności na ch.n.s. wśród kobiet przypada na szóstą dekadę życia, co ma związek z menopauzą i spadkiem ochronnego



Ryc. 1. Czynniki wpływające na zdrowie człowieka



Ryc. 2. Struktura badanej populacji według miejsca zamieszkania



Ryc. 3. Struktura badanej populacji według masy ciała

działania estrogenów. Szczyt zachorowalności u mężczyzn przypada na piątą dekadę życia.

Najliczniejsza grupa badanych, gdyż 87% kobiet i 70% mężczyzn, leczona była z powodu dusznicy bolesnej, pozostała liczba badanych leczona była z powodu powikłania, jakim jest zawał serca.

Oceny masy ciała badanych dokonano, wykorzystując Nomogram Garrow.

Powyższe wyniki potwierdzają związek ch.n.s. z nadwagą i otyłością. Badani pacjenci mają utrwalone złe nawyki żywieniowe co do jakości i ilości spożywanych posiłków. Podstawę ich pożywienia stanowią mięsa i wędliny, spożywane kilka razy w tygodniu. Pieczywo ciemne spożywa codziennie tylko 20% kobiet i 20% mężczyzn. W codziennej diecie znikoma liczba badanych spożywa mięso ryb, a tylko 20% kobiet i 19% mężczyzn je produkty mleczne. W codziennej diecie 67% kobiet i 60% mężczyzn znajdują się owoce i warzywa.

Nadmierne dostarczanie z pożywieniem kalorii w stosunku do wydatkowanej energii, stosowanie diety bogatej w tłuszcze nasycone sprzyjają produkcji cholesterolu LDL i przyczyniają się do postępu zmian miażdżycowych.

W prawidłowej diecie należy ograniczyć tłuszcze zwierzęce na korzyść roślinnych, spożywać duże ilości warzyw i owoców, pieczywo ciemne, kasze, ryby, chudy drób [9, 10].

Z analizy powyższych danych wynika ścisły związek pomiędzy ch.n.s. a paleniem papierosów. Aż 53% kobiet i 74% badanych mężczyzn przyznaje, iż paliło dłużej niż 20 lat.

Choroba niedokrwienna występuje prawie dwukrotnie częściej u palaczy niż u niepalących. Nikotyna wpływa niekorzystnie na mięsień serca, obkurcza naczynia wieńcowe, co powoduje zmniejszenie dostarczania tlenu [1, 12, 15].

Pośród badanej populacji tylko 5% kobiet i 14% mężczyzn określiło się jako nadużywający

Tabela 1. Struktura badanej populacji według wieku

Płeć badanych	30–40 lat	41–50 lat	51–60 lat	61–70 lat	> 70 lat
Kobiety	4%	20%	30%	29%	18%
Mężczyźni	2%	40%	30%	20%	8%

Tabela 2. Procentowy rozkład uzyskanych wyników według przyczyny hospitalizacji

Płeć badanych	Dusznica bolesna		Zawał	
	N	%	N	%
Kobiety	69	87%	11	13%
Mężczyźni	84	70%	36	30%

Tabela 3. Palenie papierosów jako czynnik ryzyka ch.n.s.

Płeć badanych	Tak	Nie	Nigdy nie palili	Palili 1–10 lat	Palili 10–20 lat	Palili dłużej niż 20 lat
Kobiety	19%	81%	75%	7%	40%	53%
Mężczyźni	29%	71%	38%	14%	12%	74%

Tabela 4. Struktura spożycia alkoholu

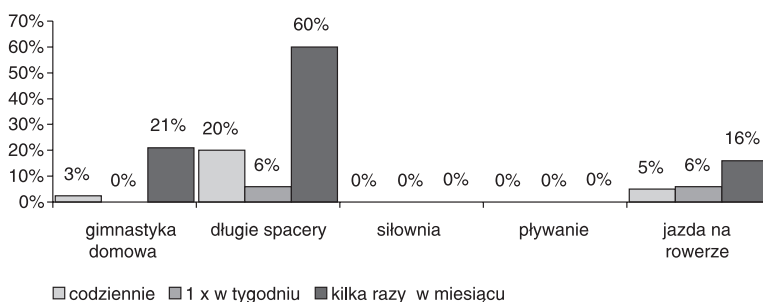
Płeć badanych	Tak	Nie	Całkowici abstynenci
Kobiety	5%	95%	57%
Mężczyźni	14%	86%	7%

alkoholu. Ponad połowa badanych kobiet i 7% mężczyzn określiła siebie jako abstynentów. Powyższe dane nie wykazują związku między ch.n.s. a nadużywaniem alkoholu. Należy tu jednak zaznaczyć całkowitą subiektywność oceny pacjentów.

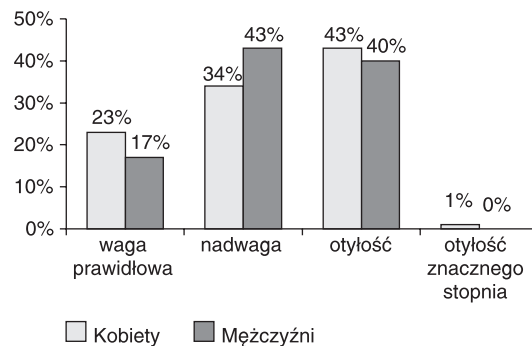
Wszyscy badani wykazują się znikomą aktywnością fizyczną. Najczęściej stosowaną formą aktywności fizycznej są długie spacery, z których korzystają zaledwie kilka razy w miesiącu. Tak mała dawka ruchu z pewnością nie jest wystarczająca dla podniesienia ogólnej sprawności organizmu, polepszenia gospodarki tlenowej, zwiększenia wydajności energetycznej, jak również wzrostu wydolności serca i układu krążenia [3, 4].

Wśród badanych czynnych zawodowo było 26% kobiet i 45% mężczyzn. Na pytanie: czy praca pana/i wywołuje napięcie psychiczne – stres? – wszyscy pracujący respondenci odpowiedzieli twierdząco. Należy więc wskazać ścisły związek stresu jako czynnika ryzyka mającego bezpośredni wpływ na układ sercowo-naczyniowy.

W momencie stresu, jak i w sytuacjach lękowych dochodzi do wzrostu poziomu adrenaliny, co z kolei powoduje napięcie ścian naczyniowych, a w konsekwencji wzrost ciśnienia tętniczego krwi. Jeżeli sytuacje stresowe powtarzają się, dochodzi w konsekwencji do mikrokrwotoków, co przy wzroście stężenia kwasów tłuszczowych i cholesterolu daje początek miażdżycy [4, 12, 14].



Ryc. 4. Aktywność fizyczna badanej populacji kobiet



Ryc. 5. Aktywność fizyczna populacji mężczyzn

Wyniki powyższe w sposób bardzo oczywisty wykazują znikomą udział pielęgniarek w procesie edukacji pacjentów. Przyczynę takiego stanu należy upatrywać w zbyt dużym obciążeniu pielęgniarek czynnościami instrumentalnymi wynikającymi z roli zawodowej lub brakiem przygotowania do pełnienia roli edukatora. Jednocześnie możemy stwierdzić, że brakuje mechanizmów i narzędzi kontroli efektywności przeprowadzanych programów edukacyjnych.

Powyższy wykres przedstawia nam oczekiwania pacjentów wobec edukatorów. Uzyskane wyniki pozwalają ocenić preferencje edukacyjne pacjentów. Interesują ich metody leczenia i rokowanie w ch.n.s. Pozytywnym wydaje się fakt zainteresowania i uzyskania informacji na temat diety, aktywności fizycznej oraz pozostałych czynników ryzyka. Zdecydowana większość badanych jest zainteresowana wiedzą na temat schorzenia, które ich dotknęło i do którego doszło wskutek prowadzenia niewłaściwego stylu życia. Wykazywane zainteresowanie pacjentów można utożsamić z chęcią współpracy z edukatorami i pracą nad zmianą stylu życia. Należy więc przekazać pacjentom rzetelne informacje

Tabela 5. Kto z pracowników służby zdrowia informował mnie z zakresu czynników ryzyka ch.n.s.

Płeć badanych	Pielęgniarka	Lekarz	Inni	Nikt
Kobiety	23%	83%	15%	0%
Mężczyźni	30%	76%	11%	15%

Tabela 6. Wykaz leczonych pacjentów w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii w stosunku do wykonanych zabiegów inwazyjnych w latach 2001–2003

Lata	2001	2002	2003
Ogólna liczba leczonych pacjentów w ŚCK	4981	5530	5088
Ogólna liczba zabiegów inwazyjnych	863	2279	2858
Koronarografie	668	1574	2012
Angioplastyka wieńcowa PTCA	195	705	846

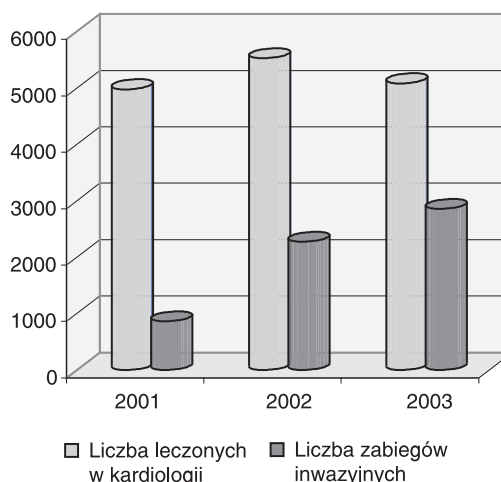
z zakresu czynników ryzyka, sposobów ich ograniczenia i eliminacji oraz radzenia sobie z trudnościami.

Wyłonienie preferencji pozwala na ukierunkowanie edukacji na konkretne deficyty i preferencje edukacyjne oraz takie ułożenie programów edukacji, aby spełniały one oczekiwania pacjentów.

Aby przedstawić rangę problemu społecznego, jaką jest zachorowalność na choroby układu krążenia, przedstawiono dane statystyczne hospitalizacji pacjentów z powodu chorób układu krążenia oraz liczbę kardiologicznych zabiegów inwazyjnych wykonywanych w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii w latach 2001–2003.

Z powyższych danych wynika, iż obserwujemy wzrost kardiologicznych zabiegów inwazyjnych na przestrzeni trzech lat, co z całą pewnością świadczy o większej dostępności pacjentów do procedur wysokospecjalistycznych w województwie świętokrzyskim.

Jednocześnie w roku 2003 leczono nieznacznie mniej pacjentów z powodu chorób układu krążenia, co jest pewnym pozytywnym sympto-



Ryc. 7. Graficzny zapis liczby leczonych pacjentów w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii w stosunku do wykonanych zabiegów inwazyjnych w latach 2001–2003

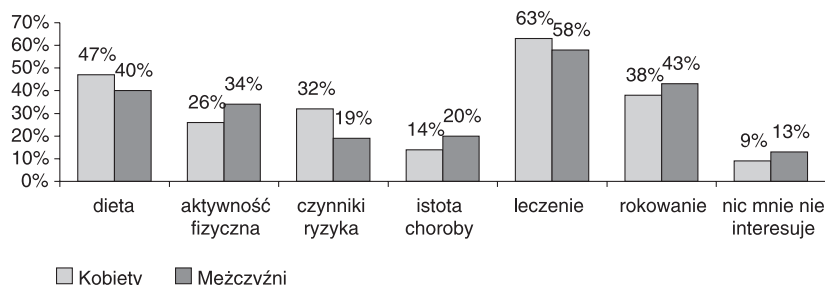
mem. Ze względu na bardzo niestabilną sytuację finansową służby zdrowia w Polsce w ostatnich latach i problemy za tym idące dla poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej ta mniejsza liczba leczonych może być sytuacją niejako wymuszoną przez względy finansowe [18].

Poddano ocenie statystyczne dane dotyczące głównych przyczyn zgonów w województwie świętokrzyskim za rok 2002 [16, 17].

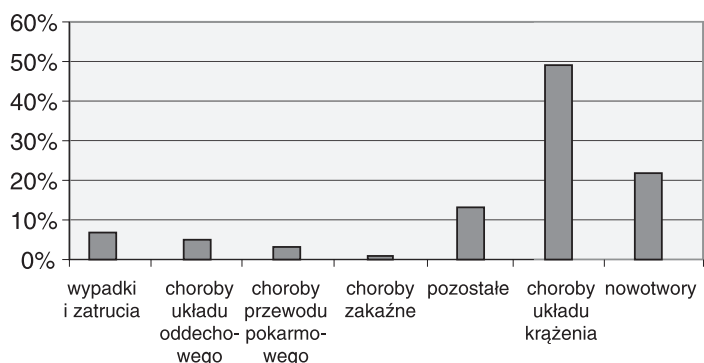
Choroby układu krążenia są głównym zagrożeniem życia mieszkańców Polski i innych państw rozwijających się [8]. Potwierdzają to również dane statystyczne województwa świętokrzyskiego.

Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że skala problemu zachorowalności na choroby układu krążenia, a szczególnie ostrych zespołów wieńcowych, które zawsze kończą się hospitalizacją i zagrażają życiu człowieka, jest bardzo poważna. Jest to nadal poważny problem społeczny i wiążące się z tym nieograniczone wyzwania dla systemu ochrony zdrowia oraz pracowników ochrony zdrowia.



Ryc. 6. Struktura preferencji edukacyjnych badanej populacji



Ryc. 8. Graficzny zapis zgonów z powodu chorób układu krążenia na tle zgonów z innych przyczyn chorobowych w województwie świętokrzyskim w 2002 r.

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, iż:

1. Edukacja zdrowotna powinna i jest priorytetowym zadaniem dla pielęgniarek pracujących zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i w lecznictwie zamkniętym.
2. Istnieje konieczność kształcenia pielęgniarek w zakresie przygotowania ich do pełnienia roli edukatorów,
3. Utrzymujące się na wysokim poziomie wskaźniki umieralności z powodu ch.n.s. i jej powikłań wskazują konieczność prowadzenia zakrojonej na szeroką skalę edukacji zdrowotnej dotyczącej czynników ryzyka i sposobów ich eliminacji.
4. Kierunki rozwoju edukacji zdrowotnej dotyczącej prewencji i profilaktyki chorób układu krążenia, powinny być zgodne z preferencjami edukacyjnymi i oczekiwaniami pacjentów.
5. Mimo olbrzymich nakładów finansowych wspierających naprawczy charakter medycyny w Polsce, choroby układu krążenia nadal są głównym zagrożeniem dla życia naszego społeczeństwa.
6. Istnieje konieczność dynamicznego rozwoju promocji i edukacji zdrowotnej oraz rzetelnego wywiązywania się z założeń NPZ i 9 celów operacyjnych dotyczących chorób układu krążenia.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrow D, Michajlik A. *Jak ustrzec się choroby wieńcowej serca*. Warszawa: PZWL; 1987.
2. Walsh MJ, Shelley E, Murphy RT. *Choroba wieńcowa – kliniczny przewodnik*. α -medica press; 2003: 218–227.
3. Chlebus H, Januszewicz W. *Zarys kardiologii*. Warszawa: PZWL; 1992.
4. Dzikowski W. *Jak dbać o swoje serce*. Londyn: RFK; 1981.
5. Karski JB. *Promocja zdrowia*. Warszawa: Senmedia; 1994.
6. Opolski G, Filipiak KJ, Poloński L (red.). *Ostre zespoły wieńcowe*. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 7–11.
7. Kokot F (red.). *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: PZWL; 2002.
8. Latański M (red.). *Zdrowie publiczne*. Lublin: AM; 1999.
9. O otyłości prawie wszystko. *Pielęgniarstwo i My* 1995; 13.
10. Szostak WB, Cybulska B. *Twoje zdrowie w twoich rękach – Otyłość i nadwaga*.
11. Sztembis B. *Standardy postępowania pielęgniarki środowiskowej w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu*. Chełm: ChUK NFOZ; 1994.
12. Tendera M, Skrzypek-Wańha J. *Co należy wiedzieć o chorobie niedokrwiennej serca*. Klinika Kardiologiczna ŚAM Katowice.
13. Timmis AD. *Kardiologia*. Servier Polska; 1994.
14. Wrześniawski K. Cykl – *Twoje serce w twoich rękach – Stres*.
15. Zatoński W. Cykl – *Twoje serce w twoich rękach – Tytoń albo zdrowie*.
16. *Biuletyn Informacyjny Ochrony Zdrowia: Statystyka ogólna; województwo świętokrzyskie 2003 r.*
17. Strona internetowa Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia www.scmoz.gov.pl.
18. Dane statystyczne Działu Marketingu i Statystyki Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Kielcach.

Adres i Autorki:
ul. Dewońska 13/13
25-637 Kielce

Ocena stanu wiedzy pielęgniarki o przyczynach i objawach anafilaksji oraz postępowania w sytuacjach zagrożenia anafilaksją

Estimation of nurses' knowledge about the reasons symptoms of the anaphylaxis and the proceeding in the anaphylaxis menance

RAFAŁ KASPERCZYK¹, ELEONORA MESS¹, GRAŻYNA MACH²

¹ Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Zakładu Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej
Kierownik: dr n. med. Eleonora Mess

² Z Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

Streszczenie Anafilaksja jest zagrażającą życiu reakcją nadwrażliwości na antygen. Objawy wystąpienia anafilaksji wahają się od miejscowych obrzęków, rumienia, łzawienia i zapalenia spojówek po reakcję ogólnoustrojową ze zgonem włącznie. W wyniku wystąpienia ciężkich odczynów anafilaktycznych dochodzi do krytycznego spadku ciśnienia krwi i zwężenia światła oskrzeli z nadmierną sekrecją śluzu. Miejscowe wystąpienie objawów anafilaktycznych (obrzęk krtani) nierzadko może zagrażać życiu. Czynniki najczęściej wywołującymi reakcje anafilaktyczne są: leki: penicylina, aspiryna, NLPZ, jodowe środki kontrastowe, streptokinaza, insulina, szczepionki i surowice odpornościowe; pokarmy (skorupiaki, białko jaja, orzechy ziemne); środki konserwujące żywność; jady owadów (błonkówek – *hymenoptera*); a także czynniki fizyczne takie, jak zimno czy wysiłek fizyczny. Postępowanie pielęgniarki opiera się na wytycznych, standardach i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. (Dz.U. nr 236, poz. 2000). Pierwszoplanowymi czynnościami jest przerwanie ekspozycji na antygen. Przerwanie iniekcji, infuzji, usunięcie żądzła, zmycie kosmetyku itp. W miejscowym przezskórnym wprowadzeniu antygeny stosuje się schładzanie lodem i ostrzykiwanie adrenaliną. Farmakoterapia regulowana rozporządzeniem Ministra Zdrowia i sugerowana wytycznymi obejmuje podanie roztworu 1:1000 epinephrinum 0,3–0,5 mg s.c lub i.m. (np. ampułkostrzykawką z adrenaliną typu *fastjekt*), hydrocortisonum 200 mg i.v. oraz phenazolinum 100 mg i.m. Celem przeprowadzonych badań była ocena stanu wiedzy pielęgniarek o anafilaksji. Oceniano wiedzę o: czynnikach wywołujących anafilaksję, mechanizmie anafilaksji, rozpoznaniu i interpretacji objawów anafilaksji, przepisach regulujących postępowanie pielęgniarki, aktualnych wytycznych farmakoterapii anafilaksji. Przeprowadzono ankietę składającą się z części ogólnej i testowej. Dla wyznaczenia punktu optymalnej wiedzy ankietowano grupę 20 lekarzy o różnych specjalizacjach. Ankietowano 80 pielęgniarek pracujących w szpitalach, przychodniach i pogotowiu ratunkowym. Pielęgniarki prezentowały poziom wiedzy klinicznej na poziomie 60% prawidłowych odpowiedzi z części testowej i 85% w komparacji do wyznaczonego punktu optymalnej. Konsekwentna analiza danych wykazała, iż pielęgniarki ze stażem pracy ponad 7-letnim, bez względu na wykształcenie, prezentowały średnio 90% poprawność odpowiedzi w części testowej ankiety i 100% punktu optymalnego. Wysoka wiedza pielęgniarek ze stażem ponad 7-letnim może wynikać z popularności stosowanej penicyliny w leczeniu oraz obowiązkowych szczepień w okresie, gdy pobierały naukę i zdobywały doświadczenie zawodowe. Pielęgniarki z krótkim stażem pracy bez względu na wykształcenie udzieliły prawidłowych odpowiedzi jedynie w 55%. Z przeprowadzonych badań wynika, iż pielęgniarki kształcone obecnie są w minimalnym stopniu przygotowane do samodzielnego działania w przypadku wystąpienia anafilaksji u chorego. Nierzadko rozpoznanie i wdrożenie leczenia farmakologicznego może okazać się błędne. Stanowi to zagrożenie dla chorego w sytuacjach, gdy leczenie szpitalne może być wdrożone zbyt późno.

Słowa kluczowe: anafilaksja, pielęgniarka, rozpoznanie anafilaksji, postępowanie w anafilaksji.

Summary Anaphylaxis is the reaction of hypersensitivity to antigen which can be a threat to life. The symptoms of anaphylaxis oscillate from local edema, erythema, lacrimation and conjunctivitis to systemic reactions including decrease. As a result of appearing acute reactions it comes to critical decrease of blood pressure and bronchospasm with excessive secretion of mucus. Topical occurrence of anaphylaxis symptoms (laryngeal edema) very often endangers life. Factors which very often cause anaphylactic reactions are: medicines (penicillin, aspirin, antiphloglistik medicines, iodine contrast mediums, streptokinase, insulin, vaccines and immune serums); food (crustaceans, albumen of egg, pe-

anants), preservatives; insect's venom (*hymenoptera*); physical factors like cold or physical effort. Management of a nurse is based on directives, standards and Decree of the Minister of Health from 16th of December, 2002 (Dz.U. Nr 236, poz. 2000). Fundamental activity is stopping exposure for antigen. It is done by stopping injection, infusion, removing a sting, washing a cosmetic out. In case of topical transdermal insertion of the antigen cooling with ice and injections of epinephrine are applied. Pharmacotherapy regulated by Minister of Health and suggested by directives includes administering an epinephrinum 0.3–0.5 mg s.c or i.m. in dilution 1:1000 (e.g. injector with epinephrine *fastject* type), hydrocortisonum 200 mg i.v. and phenazolinum 100 mg i.m. The aim of carrying out the researches was to estimate the sum of nurse's knowledge of anaphylaxis. The knowledge estimated was: factors causing anaphylaxis, mechanism of anaphylaxis, diagnosis and interpreting symptoms of anaphylaxis, directives regulating nurse's management, current directives about pharmacotherapy in anaphylaxis. The survey is composed of general part and a test. In order to point the states of optimal sum of knowledge the group of 20 doctors with different specialties has been surveyed. 80 nurses who were surveyed work in hospitals, clinics, and in medical emergency service. Research indicated that nurse's clinical knowledge of anaphylaxis is on the level of 60% correct answers in test and 85% in comparison to the state of optimal sum of knowledge. Consequent analysis of data showed that nurses who work in their profession for more than 7 years, with no regard to their educations, gave on the average 90% of correct answers in the test and 100% of the optimal point. It can be a result of the popular application of penicillin in health service and obligatory vaccinations when they were educated and most of all by gaining the experience at work. Nurses working shortly, with no regard to their education, gave correct answers only in 55%. The research has confirmed that nurses educated at present are not prepared enough to act by themselves in case of anaphylaxis. Often diagnosis and management may appear to be mistaken. It might be a threat to patients, especially in situations when hospital treatment starts too late.

Wstęp

W pracy zawodowej pielęgniarki znajomość zagadnienia anafilaksji oraz postępowania w tym niebezpiecznym stanie zagrożenia życia może nierzadko je uratować w sytuacjach, gdy pomoc lekarska może zostać udzielona zbyt późno. Wiedza ta stanowi również podstawę do edukacji osób z grupy wysokiego ryzyka wystąpieniem ostrych odczynów immunologicznych. Natomiast wiedza kliniczna ma coraz większe uzasadnienie w rozpoznaniu anafilaksji, zwłaszcza w dobie wyzwolenia zawodu, gdy wiele pielęgniarek decyduje się na pracę poza krajem, dla pielęgniarek prowadzących indywidualne praktyki oraz dla pracujących samodzielnie w środowisku, szkołach czy zorganizowanym wypoczynku letnim dla dzieci.

Anafilaksja jest zespołem charakterystycznych objawów klinicznych, w których różne mechanizmy prowadzą do aktywacji mastocytów i bazofilów, uwalniania z nich mediatorów oraz odpowiedzi narządów docelowych [1]. Anafilaksja to ciężka, zagrażająca życiu, uogólniona lub ogólnoustrojowa reakcja nadwrażliwości [2]. Natomiast odczynami anafilaktoidalnymi są zespoły anafilaktyczne zależne od mechanizmów nieimmunologicznych. Dlatego pod pojęciem anafilaksji rozumie się zespół charakterystycznych objawów klinicznych bez względu na mechanizm wywołujący [1].

Ostre reakcje alergiczne rozwijają się w wyniku ekspozycji na alergeny pochodzenia naturalnego lub sztuczne (jatrogenne) [3]. Najczęstszymi przyczynami występowania anafilaksji obecnie są: leki takie, jak penicylina, aspiryna, NLPZ, środki kontrastowe – jodowe, streptokinaza, insulina, szczepionki i surowice odpornościowe, pokarmy (skorupiaki, białko jaja, orzechy ziemne), środki konserwujące

żywność, jady owadów (rzędu *Ordo*, grupa *Hymenoptera* – błonkówki, np. osy, pszczoły, szerszenie, mrówki, trzmiele), a także czynniki fizyczne, takie jak zimno czy wysiłek fizyczny [1, 3, 4].

Anafilaksja IgE-zależna to dobrze poznany typ reakcji wynikającej z powtórny kontakt z antygenem. Mechanizm zależny od IgE aktywuje mastocyty, a w wyniku tego następuje ich degranulacja i uwolnienie mediatorów perforowanych oraz mediatorów wytwarzanych, m.in. prostaglandyny D₂, leukotrienów B₄, C₄, D₄, E₄ i PAF.

Czynniki najczęściej wywołującymi reakcje anafilaktyczne IgE-zależne są leki, a sztandarowym przykładem są surowice obcogatunkowe oraz antybiotyki. Na szczególną uwagę zasługuje penicylina i jej półsyntetyczne pochodne, aminoglikozydy oraz cefalosporyny dające z penicylinami krzyżowe reakcje. Reakcje na antybiotyki, takie jak erytromycyna, tetracykliny, makrolidy i β-laktamy są rzadsze [1].

Gwałtownym przebiegiem charakteryzuje się anafilaksja wywołana użądleniem owadów błonkoskrzydłych. Ma tu decydujące znaczenie śródskórna droga wniknięcia antygeny, jak i miejsce użądlenia. Najgroźniejsze są przypadki, gdy owad wraz z napojem dostaje się do gardła, a miejscem użądlenia jest jego ściana lub głośnia. W takim przypadku dochodzi do niebezpiecznego dla życia obrzęku utrudniającego oddychanie, a u osób z nadwrażliwością do niebezpiecznych odczynów anafilaktycznych. W tej grupie czynników warto wspomnieć o anafilaksji wywołanej przez lateks. Objawy anafilaktyczne mogą wystąpić w wyniku kontaktu z wyrobami z lateksu, lecz mogą być one wywołane obecnością cząsteczek lateksu w powietrzu. Objawy po kontakcie z cząsteczkami w powietrzu są miejscowe. Najgro-

źniejsze są przypadki ostrej niewydolności oddechowej u niemowląt ssących smoczki zawierające w swym składzie naturalny lateks. Wiąże się anafilaksję na lateks u dzieci sztucznie karmionych w patogenezie zespołu nagłej śmierci niemowląt (SIDS) [1]. Zarówno immunoterapia, jak i testy skórne mogą być przyczyną wystąpienia groźnej reakcji anafilaktycznej, jak i zgonu.

Interesujący mechanizm anafilaksji IgE-zależny występuje po podaniu leków zwiotczających mięśnie, takich jak: suksamtonium, pankuronium, galantamina. Występuje u pacjentów, u których nigdy wcześniej nie podawano tych leków. Zjawisko to wywołują jony amoniowe zawarte w tych lekach. Do wcześniejszego kontaktu z jonami amoniowymi dochodzi w wyniku stosowania kosmetyków, w których skład wchodzi. Zjawisko dotyczy głównie kobiet.

Zmiana immunogenności białek surowicy zachodzi podczas dializ, ponieważ do ich wyjąłowania używa się formaliny i tlenu etylenu [1, 4]. Zażycie takiej zmiany białek surowicy wywołuje natychmiastową reakcję anafilaktyczną. Antygeny mogą zawierać produkty spożywcze, takie jak jaja, mleko, orzechy, grzyby, ryby, skorupiaki itd., mogą być przyczyną ogólnych lub miejscowych objawów anafilaksji.

Anafilaksję wywołaną kompleksami immunologicznymi są odczyny występujące po podaniu krwi i preparatów krwiopochodnych: surowicy, osocza, albuminy, preparaty immunoglobulin i inne.

Reakcje anafilaktyczne występują w wyniku podania lub wytworzenia się kompleksów immunologicznych, aktywacji układu dopełniacza oraz powstaniem anafilatoksyn C_{3a} i C_{5a} . Powstałe anafilatoksyny mają zdolność uwalniania mediatorów z komórek mastocytów i bazofilów. Powodują wzrost przepuszczalności naczyń i skurcz mięśni gładkich.

Dobrze poznanym modelem jest anafilaksja będąca skutkiem przetoczenia krwi lub γ -globulin choremu z niedoborem IgA. Po przetoczeniu tworzą się kompleksy IgG-IgA uruchamiające układ dopełniacza.

Wykazano obecność odpowiedzialnych za reakcje anafilaktyczne agregatów IgG-IgG w preparatach immunoglobulin do stosowania dożylnego. Uznane zostały za częstą przyczynę odczynów anafilaktycznych [4].

Czynnikami wywołującymi anafilaksję drogą bezpośredniego uwalniania mediatorów z mastocytów i bazofilów jest wiele leków z grupy opioidów (kodeina, morfina), leków zwiotczających mięśnie poprzecznie prążkowane (alkaloidy kury), antybiotyki (polimyksyna B), dekstran, mannitol i jodowe środki cieniujące. Po zastosowaniu jodowych środków cieniujących wystąpienie anafilaksji ocenia się na 1,5–2%. Natomiast, jeśli już kiedyś wystąpiły objawy reakcji anafilaktycznej po tych środkach, ryzyko wstrząsu wzrasta od 17% do

nawet 60%. Jodowe środki cieniujące wywierają działanie cytotoksyczne na śródbłonek naczyń, prowadząc poprzez aktywację czynnika Hagemana do uruchomienia kaskady układu krzepnięcia, fibrynolizy i pośrednio układu dopełniacza [4].

Anafilaksja wywołana wysiłkiem występuje w wyniku wzmożonego wysiłku fizycznego. Objawy mogą wystąpić u osób uprawiających sport rekreacyjnie, sportowców, a także jakimkolwiek większym wysiłku. Istotne znaczenie mają czynniki pośrednie, takie jak wysoka i niska temperatura otoczenia, gorący prysznic, wysoka wilgotność powietrza, posiłek zawierający alergeny pokarmowe (seler, marchew, ziemniaki, pomidory), NLPZ, cykl miesięczkowy [1, 5]. Duża część chorych wykazuje cechy atopii niejawnej klinicznie. Dodatkowo okazują się testy skórne potwierdzające alergię na alergeny wziewne i pokarmowe.

Powysiłkowe objawy zależne od posiłku występują czasowo lub po około dwóch godzinach po jego spożyciu.

W reakcji na zimno istnieje możliwość wystąpienia ogólnoustrojowego odczynu anafilaktycznego na ten czynnik termiczny. Zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia anafilaksji w reakcji na zimno jest większe u osób, u których zimno wywołuje zmiany skórne. Anafilaksja wystąpić może w trakcie kąpieli w zimnej wodzie lub po wyjściu z wody do chłodniejszego środowiska.

U pacjentów tych próby prowokacyjne na zimno są dodatnie, a we krwi pojawia się zwiększone stężenie histaminy oraz PGD_2 . Przypuszcza się, iż w reakcji tej udział biorą przeciwciała IgE [4].

Objawy kliniczne są wynikiem pobudzenia komórek zapalenia i działania uwalnianych w wyniku ich degranulacji mediatorów preformowanych i wytwarzanych. Objawy te można przedstawić jako czynniki wywołujące określone zmiany [1–4]:

Histamina pobudza receptor H_1 , co prowadzi do skurczu mięśni gładkich, wzrostu przepuszczalności naczyń, uwalniania hormonów i glikogenolizy w mózgu. Pobudzenie receptora H_2 wywołuje zwiększenie wydzielania gruczołów żołądka, rozkurcz mięśni gładkich, dodatnie działanie ino- i chronotropowe na mięsień sercowy oraz hamujący wpływ na system immunologiczny. Receptory H_3 są receptorami hamującymi wydzielanie histaminy w korze mózgu.

Prostaglandyny PGE_1 i PGE_2 rozkurczają mięśnie gładkie oskrzeli, natomiast $PGF_{2\alpha}$ działa kurcząco. U osób z dychawicą mięśnie gładkie oskrzeli są 10 000 razy wrażliwsze na działanie $PGF_{2\alpha}$. PGD_2 kurczy mięśnie gładkie oskrzeli, zwiększa przepuszczalność naczyń, zwiększa wydzielanie gruczołów błony śluzowej nosa. Działają chemotaktycznie dla neutrofilów.

Leukotrieny wywierają silne działanie kurcząco na oskrzela (LTC_4 i LTD_4 1000 razy silniej niż histamina), LTB_4 jest chemoatraktantem dla neutrofilów i eozynofiliów. Działają w ciągu kilku se-

kund od pobudzenia do kilku minut w przeciwnieństwie do prostaglandyn.

PAF wywołuje skurcz oskrzeli, nadciśnienie płucne, systemowy spadek ciśnienia tętniczego, wzrost przepuszczalności drobnych naczyń, trombocytopenię i leukopenię.

Cytokiny: IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-13, GM-CSF, SCF, TNF- α . IL-4 może brać udział w różnicowaniu subpopulacji limfocytów pomocniczych, pozostałe inicjują i podtrzymują procesy zapalne, zwłaszcza TNF- α .

Ziarnistości mastocytów i bazofilów zawierają **enzymy** takie, jak tryptaza, chymaza i karboksypeptydaza B oraz hydrolazy. Tryptaza generuje powstawanie składników dopełniacza C_{3a} i C_{5a}, uwrażliwia mięśnie gładkie na histaminę, pobudza chemotaksję eozynofili, stymuluje fibroblasty i włóknienie, inaktywuje fibrynogen. Chymaza zwiększa sekrecję śluzu, uszkodza błonę podstawną, unieczynnia bradykininę, generuje angiotensynę. Tryptazę i chymazę zawierają głównie ziarnistości mastocytów.

Zwykle objawy kliniczne narastają gwałtownie, czasem zaś mogą rozwijać się od kilkunastu minut do godziny. Odczyny ciężkie prowadzące do wstrząsu anafilaktycznego rozwijają się najczęściej w ciągu 20 min od ekspozycji na antygen. Można stwierdzić, iż im wcześniej wystąpią objawy kliniczne, tym przebieg anafilaksji będzie groźniejszy dla życia [1, 5].

Anafilaksja może przebiegać dwufazowo. Wczesna odpowiedź ma słabe nasilenie, objawy są miejscowe i ustępują. Odpowiedź wtórna to powrót objawów o charakterze ogólnym i większym nasileniu bez dodatkowej ekspozycji na antygen. Dwufazowy przebieg anafilaksji przemawia o zasadności obserwacji po każdym incydencie alergicznym, szczególnie po podaniu drogą dożylną czy domięśniową substancji o wysokim współczynniku immunogenności.

Często anafilaksja rozpoczyna się niepozornie słabą odpowiedzią alergiczną, objawiającą się przekrwieniem śluzówki i wyciekami z nosa, zaczerwienieniem, świądem i zapaleniem spojówek. Cięższe przypadki charakteryzują ponadto objawy dyspeptyczne, parcie na mocz, u kobiet skurcze macicy [1, 5]. Objawy zwiastujące reakcję anafilaktyczną obejmują uczucie gorąca, dzwonienie w uszach, lęk, drętwienie twarzy, świąd skóry stóp, dłoni i śluzówki nosa, rumień, kichanie i łzawienie. Najczęstszą manifestacją anafilaksji jest pokrzywka rozlana lub występująca miejscowo. Wraz z pokrzywką lub samodzielnie może pojawić się obrzęk naczynioruchowy. Rumień zwykle trwa do 12 godzin, rzadko utrzymuje się 24 godziny [1].

Choroby atopowe jak astma oskrzelowa są obarczone ryzykiem wystąpienia anafilaksji. Różnica między zaostrzeniem alergii atopowej a anafilaksją polega na istnieniu w surowicy przeciwciał IgE, krążących i opłaszczających komórki do-

celowe. Alergia atopowa charakteryzuje się stale utrzymującymi się w surowicy dużymi stężeniami przeciwciał IgE skierowanymi na określone antygeny. Natomiast anafilaksja cechuje się podwyższeniem stężenia IgE jedynie przez niedługi czas po kontakcie z antygenem. Z klinicznego punktu widzenia nie jest to jednoznaczne kryterium. Stałe narażenie na podprogowe dawki antygeny może podtrzymywać wysokie stężenie IgE zagrażające anafilaksją. Wynika z tego, iż atopia jest ryzykiem wystąpienia anafilaksji.

Objawy astmy oskrzelowej są wynikiem lokalnego działania mediatorów uwalnianych z komórek zapalnych na oskrzela. Zatem zaostrzenie astmy jest lokalną anafilaksją. Świsty słyszalne podczas oddychania oraz duszność wydechowa są wynikiem działania tychże mediatorów na oskrzela, w wyniku czego dochodzi do skurczu mięśni gładkich i zmniejszenia średnicy oskrzeli, obrzęku błony śluzowej, zwiększenia sekrecji śluzu przez nabłonek oskrzeli, a w ciężkich zaostrzeniach astmy i stanie astmatycznym do wytworzenia czopów śluzowych w ich świetle [1, 4, 6].

Objawy kliniczne w zależności od stopnia ciężkości mogą przebiegać etapami [4]:

Stadium 0 – Reakcja miejscowa: zmiany ograniczone w miejscu kontaktu z alergenem – rumień, obrzęk;

Stadium 1 – Lekka reakcja ogólna: zmiany skórne rozsiane – świąd, pokrzywka, rumień; wyciek z nosa, łzawienie, dysfonia; niepokój, bóle głowy;

Stadium 2 – Nasilona reakcja ogólna: reakcje skórne jak w stadium 1; hipotonia, tachykardia, arytmia, duszność, objawy dyspepsji, odczuwanie lęku;

Stadium 3 – Groźna reakcja ogólna: objawy wstrząsu anafilaktycznego – ciężka hipotonia, bronchospazm prowadzący do asfikcji, zaburzenia świadomości, ostra dyspepsja;

Stadium 4 – Niewydolność narządowa – niewydolność krążeniowa prowadząca do zatrzymania oddechu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. (Dz.U. Nr 236, poz. 2000) z załącznikiem nr 3 oraz wytyczne i standardy określają postępowanie pielęgniarki. Rozporządzenie dotyczy również lekarzy, felczerów i stomatologów.

Pierwszym krokiem jest zebranie dokładnego wywiadu i wstępne badanie umożliwiające rozpoznanie anafilaksji. Ocena stanu ma istotne znaczenie we wdrożeniu odpowiedniego postępowania.

Usunięcie czynnika sprawczego jest podstawową zasadą działania: przerwanie infuzji/iniekcji, wyjęcie żądła, usunięcie źródła alergenów inhalacyjnych i kontaktowych, np. wietrzenie pomieszczeń z rozpylonych sprayów, zmywanie maści i kosmetyków. Założenie stazy i utrudnienie powrotu żylnego zapobiega rozprzestrzenianiu się alergenów, które wniknęły drogą przezskórną, np. iniekcje i użądlenia.

Zabiegiem zmniejszającym zarówno narastanie obrzęku, jak i szybkość, z jaką obrzęk postępuje jest wykonanie schładzającego okładu z wody i lodu zapakowanych w plastikowy worek. Okład umieszcza się w miejscu iniekcji czy użądlenia, a w przypadku zagrożenia obrzękiem krtani na szyi na jej wysokości. Niska temperatura, powodując odruchowy skurcz naczyń, zmniejszy obrzęk i zwolni jego narastanie.

Usunięcie żądła jest zabiegiem niebagatelny u osób z nadwrażliwością na jady owadów. Jedynie pszczoły z błonkoskrzydłych pozostawiają żądło po użądleniu. Jest to związane z budową żądła. Na jego powierzchni znajduje się 10 harpunowatych zadziorków umożliwiające ruch w jedną stronę – w głąb. Wraz z żądłem pozostaje gruczoł jadowy mieszczący 3–4 mg jadu, natomiast ilość jadu wprowadzonego przez jedno użądlenie to 0,013 mg [7]. Istotne jest nieusuwanie żądła palcami czy pęsetą z uwagi na możliwość wprowadzenia jadu zawartego w gruczole jadowym. Najbezpieczniej jest podważyć żądło igłą do iniekcji.

Często chorzy np. na astmę posiadają przy sobie leki, które stosują w razie jej zaostrzenia. Wziewnymi β_2 -mimetykami (inhalator z dozownikiem) w aerozolach rozmaitych rodzajów są salbutamol, izoprenalina, terbutalina i orcyprenalina. W pierwszej kolejności należy sprawdzić reakcję chorego na owe szybko działające leki.

Po rozpoznaniu przez pielęgniarkę wystąpienia objawów anafilaktycznych w zależności od stanu chorego wdraża się postępowanie standardowe i zależne od objawów. Postępowaniem standardowym jest: zabezpieczenie dostępu dożylnego – np. we wstrząsie zawsze dwóch kaniulii o rozmiarze minimum 18G (przepływ 96 ml/min, jeśli nie ma potrzeby przetaczania większych ilości płynów, należy rozpocząć wolny wlew, aby zachować drożność kaniulii), monitorowanie ciśnienia krwi, akcji serca i saturacji krwi tlenem. Chorego należy ułożyć w pozycji zależnej od stanu. W duszności astmatycznej pozycja siedząca – komfortowa dla chorego. Leżąc w stanie ciężkim lub przeciwwstrząsowa we wstrząsie – uniesienie kończyn dolnych powoduje centralizację około 700 ml krwi.

Postępowaniem zależnym od objawów jest wdrożenie farmakoterapii, tlenoterapii, zabiegów i czynności ratujących życie.

Tlenoterapia: Tlenoterapię bezwzględnie rozpoczyna się, gdy w tendencji spadkowej SaO_2 osiągnie wartość 90%. Objawem niskiej saturacji i upośledzonego krążenia jest zwolnienie powrotu kapilarnego (>2 sek.), sinica warg i/lub palców. W ciężkim pogłębiającym się niedotlenieniu sinica kończyn i ogólna. Ze strony ośrodkowego układu nerwowego zaburzenia świadomości z utratą przytomności w znacznej hipooksemii. Maksymalny przepływ tlenu, jaki pielęgniarka może zastosować bez zlecenia lekarza to 6 l/min.

Monitorowanie: Pulsooksymetria umożliwia oprócz pomiaru saturacji tlenem krwi, monitorowanie akcji serca. Jednakże kardiomonitor i elektrokardiografia pozwalają na dokładną ocenę ewentualnych zaburzeń rytmu serca.

Farmakoterapia: W znacznym spadku ciśnienia krwi podaż płynów jest podstawą leczenia hipowolemii. Należy pamiętać, iż istotą wstrząsu jest spadek perfuzji, a zatem utlenowania tkanek [7]. Zalecenia sugerują podanie domięśniowo lub podskórnio adrenaliny w dawce 0,3–0,5 mg, roztwór 1:1000. Dawkę można powtarzać co kilka minut, jeżeli nie ma efektu klinicznego. Miejsca użądlenia należy ostrzyknąć adrenaliną, co zwolni uwalnianie alergenu [3]. Osoby z grupy dużego ryzyka wystąpienia anafilaksji powinny posiadać ampułkostrzykawkę typu *fastjekt* z adrenaliną [5]. Są one jednak rzadko stosowane w Polsce. W stanie skrajnie ciężkim – wstrząsie: ciężkie zaburzenia oddychania lub/i spadek ciśnienia tętniczego < 70 mm Hg, adrenalinę należy podać dożylnie. Gdy nie można uzyskać dostępu dożylnego można podać roztwór 1:10 000 do rurki intubacyjnej.

Kortykosteroidy działają przeciwobrzękowo i przeciwwysiękowo. Wykazują silne działanie przeciwzapalne, zmniejszają przepuszczalność śródbłonna naczyń, hamują migrację granulocytów obojętno- i kwasochłonnych, stabilizują błonę komórkową i zmniejszają uwalnianie mediatorów czynnych w zapaleniu [4]. Hydrokortyzon jest podstawowym kortykosteroidem stosowanym w ostrych chorobach alergicznych. Dawka hydrokortyzonu określona rozporządzeniem to 200 mg podawana dożylnie. Dawkę w razie konieczności powtarza się co 4–6 godzin.

Kontrowersyjne jest podanie leków przeciwhistaminowych. Blokują receptory H_1 i H_2 , lecz nie mają wpływu na działanie farmakologiczne histaminy i nie mogą odwrócić jej działania. Antagoniści receptorów H_1 hamują reakcje prawie wszystkich mięśni gładkich na działanie histaminy, lecz nie mają większego wpływu na anafilaktyczny skurcz mięśni oskrzeli [4]. Hamują natomiast wystąpienie rozszerzenia naczyń i zwiększenia ich przepuszczalności. Antagoniści receptorów H_2 mają znaczenie w profilaktyce i leczeniu owrzodzenia żołądka i dwunastnicy. Antagoniści receptorów H_3 blokują je w obwodowym i ośrodkowym układzie nerwowym. Leki przeciwhistaminowe nie leczą chorób alergicznych, a jedynie przejściowo usuwają ich objawy. Antazolini hydrochloridum (Phenazolinum) jest lekiem przeciwhistaminowym ustalonym w rozporządzeniu do podania w dawce do 100 mg i.m.

Zabiegi: W sytuacji wystąpienia ostrych zaburzeń oddychania w wyniku skurczu oskrzeli czy obrzęku krtani należy zabezpieczyć drożność dróg oddechowych. Najskuteczniejszym sposobem utrzymania drożności dróg oddechowych jest intu-

bacja dotchawicza. Należy ją wykonać zanim wystąpi obrzęk krtani lub/i głośni, uniemożliwiając wprowadzenie rurki intubacyjnej do światła tchawicy. Pomimo znaczenia tej metody udrażniania dróg oddechowych na wykonanie tego zabiegu pielęgniarka powinna spełniać wymogi kwalifikacyjne określone ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej. Intubacja to prosty i bardzo skuteczny zabieg, który poza lekarzem może wykonać jedynie pielęgniarka ze specjalizacją anestezyjologiczną lub medycyny ratunkowej, a także ratownik medyczny. Podstawowy program kształcenia pielęgniarek nie zawiera nauki udrażniania dróg oddechowych metodami innymi niż zawarte w programie BLS.

Nieskuteczne okazują się metody z zastosowaniem maski krtaniowej i *combitube*. Założenie maski krtaniowej na obrzękniętą krtani jest bezcelowe. Umożliwiający intubację przetyku podwójny system drenów wentylacyjnych rurki *combitube* wprowadzonej do przetyku prowadzi do ominięcia obrzęku krtani i nieskuteczności tej metody. W dramatycznej sytuacji, gdzie o życiu chorego decydują minuty, zasadne jest użycie zestawu *Quick-trach*. Jest to metoda chirurgicznego udrożnienia dróg oddechowych i jedyna skuteczna metoda, gdy obrzęk uniemożliwia intubację. Intubacja tchawicy stanowi jak dotąd najpewniejszy sposób zabezpieczenia dróg oddechowych. Najgroźniejszym powikłaniem mogącym wystąpić podczas tego zabiegu jest zespół Mendelzona – zachłyśnięcie kwaśną treścią żołądkową. W celu zapobiegnięcia aspiracji treści żołądkowej stosuje się manewr Sellica polegający na uciśnięciu chrząstki pierścieniowatej oraz odsysanie.

Celem przeprowadzonych badań była ocena stanu wiedzy pielęgniarek o anafilaksji. Ocenie poddano wiedzę kliniczną, o czynnikach wpływających na rozwinięcie się objawów anafilaktycznych, patomechanizmie, objawach i ich rozpoznaniu oraz znajomości zalecanej farmakoterapii.

Przeprowadzono ankietę autorską składającą się z części ogólnej i testowej. Część ogólna dotyczyła informacji o rodzaju wykształcenia i przebiegu stażu pracy. Część testowa zawierała pytania zamknięte, lecz z możliwością wpisania innej

odpowiedzi w dodatkowym polu. Dla wyznaczenia punktu optymalnej wiedzy ankietowano grupę 20 lekarzy praktyków o różnych specjalizacjach i obliczono średnią prawidłowych odpowiedzi, aby ustalić próg odniesienia. Ankietowano 80 pielęgniarek kształconych w systemach od średnich szkół medycznych po uczelnie wyższe i pracujących w szpitalach, przychodniach i pogotowiu ratunkowym. Pielęgniarki prezentowały poziom wiedzy klinicznej na poziomie 60% prawidłowych odpowiedzi z części testowej i 85% w komparacji do wyznaczonego punktu wiedzy optymalnej. Jednakże wiele ankiet wyróżniało się wysokim poziomem prawidłowych odpowiedzi zarówno w części testowej, jak i w odniesieniu do wyznaczonego punktu wiedzy optymalnej. Konsekwentna analiza danych wykazała, iż pielęgniarki ze stażem pracy ponad 7-letnim, bez względu na wykształcenie prezentowały średnio 90% poprawność odpowiedzi w części testowej ankiety i 100% w odniesieniu do punktu optymalnego. Poziom wysokiej wiedzy pielęgniarek ze stażem ponad 7-letnim wynika z popularności stosowania penicyliny w leczeniu oraz obowiązkowych szczepień w okresie pobierania nauki i zdobywania doświadczenia zawodowego. Doświadczenie nabyte podczas pracy zawodowej okazało się pomocne w prawidłowej interpretacji objawów klinicznych, rozpoznawania czynników i mechanizmów anafilaksji. Natomiast znajomość zalecanego postępowania farmakologicznego była niewłaściwa zarówno u ankietowanej grupy pielęgniarek, jak i lekarzy. Pielęgniarki z krótkim stażem pracy bez względu na wykształcenie udzieliły prawidłowych odpowiedzi jedynie w 55%.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż pielęgniarki kształcone obecnie są w minimalnym stopniu przygotowane do samodzielnego działania w przypadku wystąpienia anafilaksji u chorego. Nierzadko rozpoznanie i wdrożenie leczenia farmakologicznego może okazać się trudnością, stanowiąc zagrożenie dla życia i zdrowia chorego. Nasuwa się wniosek, iż należy zwrócić większą uwagę na zagadnienia stanów zagrożenia życia w procesie kształcenia pielęgniarek.

Piśmiennictwo

1. Małolepszy J. *Choroby alergiczne i astma*. 1996: 27–103, 689–700.
2. Kowalski ML. Stanowisko European Academy and Clinical Immunology. *Medycyna Praktyczna* 2002; 7–8: 189–200.
3. Grevers G, Röcken M. *Ilustrowany podręcznik chorób alergicznych*. 2003: 233.
4. Chyrek-Borowska S, Wiśniewski K. *Farmakoterapia chorób alergicznych*. 1993: 103–113.
5. Rusznak C, Peebels R. Anaphylaxis and anaphylactoid reactions. *Medycyna po Dyplomie* 2003; 2: 79–86.
6. Droszcz W. *Stan astmatyczny*. 1997: 9–44.
7. Nittner-Marszalska M. *Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych*. 2003: 51–99.

Adres | Autora

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Funkcja edukacyjna pielęgniarki w opiece nad chorym ze złamaniem szyjki kości udowej

The education role of nurse in care of patient with the fracture of the femoral neck

ANNA TYSZKIEWICZ, BARBARA WOJEWODA, MAGDALENA MILAN

Z Zakładu Specjalności Zabiegowych Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr n. med. Magdalena Milan

Streszczenie Celem pracy jest przedstawienie propozycji modelu edukacji pacjentów ze złamaniem szyjki kości udowej oraz ocena realizacji funkcji edukacyjnej pełnionej przez pielęgniarkę. Badaniem ankietowym objęto 40 pacjentów leczonych w oddziale ortopedii. Ponad połowa chorych (55%) to osoby w wieku powyżej 60 roku życia, większość badanych (80%) została poddana hospitalizacji w trybie nagłym. Wszystkie wyniki wykazują niedostateczną realizację funkcji edukacyjnej zarówno w zakresie promocji postaw prozdrowotnych, jak i również w zakresie oceny i kontroli umiejętności pacjentów.

Słowa kluczowe: edukacja, złamanie szyjki kości udowej.

Summary **Materials.** In the study evolved 40 patients (25 women and 15 men) who were treated because of the fracture of the femoral neck et Medical Rescue Center in lover Silesian Region. **Methods.** Questionnaire developed by authors of this study. **Conclusions.** It was confirmed that the educational role of nurse is not sufficient.

Key words: education, femoral neck.

Edukacja zdrowotna uznawana jest za jeden z elementów opieki i leczenia, który odgrywa istotną rolę w kontrolowaniu chorób, gdyż przyczynia się on do poprawy jakości życia chorego, a nawet spadku śmiertelności i obniżenia kosztów leczenia. Z powyższego określenia edukacji wynikają następujące wnioski:

- edukacja chorego wykracza poza proste informowanie i kładzie duży nacisk na postawy i zachowania,
- podstawą efektywnej edukacji jest dobrowolna współpraca i aktywny udział pacjenta,
- dla właściwego prowadzenia edukacji pacjenta niezbędne jest zrozumienie i stosowanie zasad efektywnego komunikowania się oraz zasad prawidłowego procesu uczenia się, motywowania i zmiany zachowań (Płaszewska-Żywko L, 2000).

Podstawą do osiągnięcia sukcesu działań edukacyjnych jest stosowanie werbalnych i pozawerbalnych technik komunikowania się, których głównym celem jest zdobycie zaufania chorego,

wzbudzenie w nim zainteresowania oraz pozyskanie do współpracy. Postawa zawodowa pielęgniarki powinna być autentyczna, pełna zaangażowania, otwartości oraz partnerstwa, gdyż sprzyja ona nawiązaniu właściwych relacji z podopiecznym.

Dawca opieki rozpoczynając edukację chorego, musi znać i stosować zasady nauczania, takie jak:

- ocenienie poziomu wiedzy, motywacji, emocji oraz fizycznej i psychicznej gotowości uczenia się pacjenta przed rozpoczęciem edukacji,
- zaplanowanie treści, czasu i miejsca nauczania,
- włączenie pacjenta w ustalenie celów edukacji,
- stosowanie metody nauczania, wymagającej dużej aktywności uczącego się,
- dostosowanie tempa i treści nauczania do możliwości pacjenta,
- stopniowe zwiększanie stopnia trudności przekazywanej wiedzy lub umiejętności,
- ocenienie osiągnięć pacjenta w trakcie i po zakończeniu procesu edukacji oraz weryfikowanie na bieżąco metod i treści nauczania (Płaszewska-Żywko L, 2000).

Z powyższych rozważań wynika, że edukacja pacjenta jest procesem niezwykle złożonym. Wymaga bowiem dużego doświadczenia i zasobu wiedzy ze strony pielęgniarki oraz dużej aktywności od pacjenta. Praca wychowawcza napotyka na wiele trudności, ponieważ dotyczy człowieka chorego, którego zdolność percepcji jest znacznie ograniczona.

Edukowanie chorego oraz jego najbliższych jest niezmiernie istotne dla efektywnego leczenia i opieki. W zakres edukacji wchodzi wyposażenie w wiadomości o zdrowiu, kształtowanie odpowiednich umiejętności i sprawności ważnych dla zachowania zdrowia, jak również w czasie choroby lub niepełnosprawności, wyrabianie aktywnego uczestnictwa w terapii i rehabilitacji. Istotne jest zatem wytworzenie u chorych motywacji do podjęcia i kontynuowania szkoleń.

Pielęgniarka komponując plan szkoleń powinna dostosować formy i metody dydaktyczne do wieku, zdolności intelektualnych, stopnia zaangażowania i zainteresowania osoby objętej opieką. Jej działalność edukacyjna, promująca zdrowie i programy profilaktyczne, rozpoczyna się z chwilą przyjęcia biorcy opieki na oddział ortopedyczny.

Konieczna jest ścisła współpraca całego zespołu terapeutycznego z pacjentem. Niezwykle ważne jest stworzenie atmosfery zaufania tak, aby chory miał poczucie, że w każdej chwili może zwrócić się po radę, zaś jego walka, jaką toczy ze sobą i swoim kalectwem, jest doceniona i rozumiana (Jędrocha W, 1997).

Szczególnie pożądana jest edukacja populacji w podeszłym wieku. Ludzie po 60. roku życia są na ogół bardziej krytycznie nastawieni do uczestnictwa w programach promujących zdrowie. Jakakolwiek zmiana w ich trybie życia, poprawa w zakresie czynników środowiskowych, mogą skutecznie opóźnić lub zapobiec wielu chorobom i powikłaniom typowym dla tego wieku. Postęp osteoporozy i niedożywienia fizycznej można hamować przez uruchamianie i nakłanianie do aktywności fizycznej osób starszych przebywających w szpitalu. Dla tej kategorii osób zalecane są wówczas proste ćwiczenia i spacer, w ramach rehabilitacji po zabiegu operacyjnym, jako najłatwiejsze do wykonania, a zarazem najbezpieczniejsze i najtańsze.

W działaniach promujących ważne miejsce powinny zajmować również różne zabiegi i techniki neutralizujące stres, na który narażone są osoby hospitalizowane.

Sukces pracy edukacyjnej zależy od prawidłowego wytyczenia ogólnego i szczegółowego celu oraz ustalenia planu działania, wspartego na przychylności, a co najważniejsze współdziałaniu podopiecznego. Przykładem może być plan edukacji zdrowotnej pacjenta po złamaniu szyjki kości udowej w okresie pooperacyjnym (zob. dalej).

Rezultatem tak prowadzonej działalności wychowawczej jest zdobycie i opanowanie przez podopiecznego niezbędnych zdolności i umiejętności, koniecznych do prowadzenia samokontroli i samoobserwacji własnego organizmu.

Osoby objęte opieką pielęgniarską, wzmocnioną o oddziaływanie edukacyjne, promujące zdrowie i zapobiegające chorobom (profilaktyka), posiadają:

- większą pewność swojego postępowania i działania w zakresie samopielęgnacji,
- z większym optymizmem patrzą w przyszłość i z entuzjazmem planują swoje życie osobiste i zawodowe,
- zdobywają niezbędne informacje o sposobach pokonywania trudności, związanych ze swoim stanem zdrowia (niepełnosprawnością),
- aktywniej współpracują w realizacji opracowanego planu szerzenia kultury zdrowotnej.

Tym samym mają szansę dbania i rozbudzania w sobie potrzeby uznania zdrowia własnego i najbliższych za wartość największą, a nie tylko w chwilach bezpośredniego zagrożenia (Zachradniczek K, 1999).

Badania własne

Badaniem ankietowym objęto grupę 40 osób (25 kobiet, 15 mężczyzn) leczonych z powodu złamania szyjki kości udowej na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym Dolnośląskiego Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu. Najliczniejszą grupę chorych stanowiły osoby w przedziale wiekowym między 61 a 80 rokiem życia (42,5%), w grupie badanej były również osoby w wieku 81–100 lat (12,5%).

Większość pacjentów (80%) została przyjęta do leczenia w trybie nagłym.

Pytania ankietowe z zakresu funkcji wychowawczo-edukacyjnej dotyczyły informacji związanych z:

- urazem, jakim jest złamanie szyjki kości udowej,
- rehabilitacją przed i po zabiegu operacyjnym,
- sposobem informowania pacjentów (jasność, przejrzystość),
- stosowaniem zaleceń poszpitalnych,
- oceną wiedzy i umiejętności pacjenta.

Wyniki

Na podstawie analizy badań własnych można zauważyć, że pielęgniarki nie odgrywają ważnej roli informatora, która wiąże się z realizacją czynności przypisanych funkcji wychowawczej, promowania zdrowia i profilaktyki chorób. Aż 60% respondentów zasygnalizowało brak wiadomości

Plan edukacji zdrowotnej pacjenta po złamaniu szyjki kości udowej w okresie pooperacyjnym	
1. Imię i Nazwisko	
2. Wiek	69 lat
3. Jednostka chorobowa	Złamanie podgłówkowe szyjki kości udowej lewej – stan po zabiegu operacyjnym – endoproteza połowicza.
4. Wiadomości pacjenta o swoim stanie zdrowia	Śladowe wiadomości na temat niedawno powstałego złamania. Pacjent wie, że jest to poważne złamanie, które może prowadzić do dłuższego unieruchomienia, a nawet kalectwa. Trudno mu pogodzić się ze swoim stanem zdrowia, jest to dla niego szok. Chory jest osobą samotną i jest na emeryturze. Mieszka samotnie i utrzymuje kontakty z kilkoma przyjaciółmi. Do tej pory prowadził intensywny tryb życia (uprawiał ogródek, spacerował z psem, wyprawy górskie).
5. Cel główny	Przygotowanie pacjenta do systematycznych działań w zakresie samoobserwacji i samopielęgnacji.
6. Cele szczegółowe	<ol style="list-style-type: none"> Opanowanie przez pacjenta wiadomości na temat postępowania ortopedycznego i pielęgnacji po wszczepieniu endoprotezy połowicznej: <ul style="list-style-type: none"> ▪ obserwacja rany pooperacyjnej, ▪ ułożenie kończyn dolnych w odwiedzeniu, ▪ napinanie mięśni i pilnowanie, aby nie doszło do przykurczów i powstania utrwalonej rotacji kończyny na zewnątrz, ▪ nauka siadania i wstawania, ▪ nauka chodu o kulach lub chodziku, ▪ nauka chodu po schodach, ▪ dbanie o odpowiednie obuwie, ▪ przystosowanie mieszkania i mebli (likwidacja barier architektonicznych), ▪ regularne ćwiczenie kończyn górnych, które muszą utrzymać odpowiednią postawę w czasie chodzenia o kulach, Zapoznanie z postępowaniem dietetycznym oraz zasadą obliczania kalorii: <ul style="list-style-type: none"> ▪ kontrola masy ciała (ze względu na obciążenie stawów kolanowych i biodrowych). Opanowanie umiejętności wykonywania iniekcji: <ul style="list-style-type: none"> ▪ przygotowanie leków przeciwbólowych i przeciwzakrzepowych, ▪ podanie leków drogą wstrzyknięcia domięśniowego i podskórnego, ▪ przechowywanie leków. Kontrola przyswojonych wiadomości z zakresu rehabilitacji i usprawniania: <ul style="list-style-type: none"> ▪ nauka zachowań zapobiegających skręceniu lub zniszczeniu wszczepionego sztucznego stawu biodrowego, ▪ wpojenie nawyku regularnego wykonywania ćwiczeń, odpowiednio dobranych do jednostki chorobowej, wieku i możliwości fizycznych pacjenta, ▪ wyrobienie nawyku regularnego wykonywania kontrolnych badań i zdjęć RTG w poradni ortopedycznej.
7. Forma edukacji	Indywidualna, grupowa.
8. Metody dydaktyczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wyjaśnienie, opis, ▪ rozmowa, ▪ dyskusja, ▪ pokaz, ▪ ćwiczenia, ▪ rozwiązywanie problemów.
9. Środki dydaktyczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ broszury, ▪ poradniki dla chorych z endoprotezą, ▪ tabele wartości odżywczej produktów, ▪ waga do pomiaru masy ciała, ▪ zestaw do iniekcji podskórnej, ▪ wspólne ćwiczenia z rehabilitantem i pielęgniarką.
10. Miejsce pracy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ oddział ortopedyczno-urazowy, ▪ salka rehabilitacyjna, ▪ pokój zabiegowy lub sala chorego.
11. Częstość oddziaływań	Przez okres hospitalizacji ok. 3 tygodni, a następnie co 6 miesięcy (w poradni ortopedycznej).
12. Czas trwania zajęć	20 minut oraz w początkowym okresie ok. 10 minut pracy własnej pacjenta (ćwiczenia należy intensyfikować w miarę wzrostu kondycji i możliwości chorego po zabiegu operacyjnym).

na temat, kto jest odpowiedzialny za pielęgnację w danym dniu. W dalszej części analizy problem powraca ponownie, bowiem 30% pacjentów nie zostało poinformowanych o wykonanych zabiegach, a 60% wskazało brak jakiegokolwiek informacji na temat stosowanych leków i towarzyszących im objawów ubocznych. Duża grupa podopiecznych (70%) nie została zapoznana z Kartą Praw i Obowiązków Pacjenta. Większość z nich nie wiedziała nawet, że taki dokument istnieje.

Sprawa braku realizacji funkcji wychowawczej nabiera dużego znaczenia, ponieważ prawie połowa ankietowanych nie uzyskała informacji dotyczących istoty choroby, jaką jest złamanie szyjki kości udowej oraz kolejnych etapów rehabilitacji (około 35% badanych). Aż około 75% badanych nie uzyskało wskazówek dotyczących zasad postępowania, które zapobiegają powikłaniom po wszczepieniu sztucznego stawu biodrowego.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że wśród czynności wychowawczych zaniebywane są te, które związane są z oceną wiedzy i kontrolą umiejętności pacjentów, zdobytych przez nich w czasie pobytu w szpitalu. Spośród

badanych aż 60% nie zostało poddanych jakimkolwiek testom sprawdzającym.

W ramach promowania zdrowia, pielęgniarki zapominają poinformować o możliwości wsparcia swoich podopiecznych poprzez grupy lub instytucje profesjonalnie zajmujące się takimi przypadkami. Prawie połowa ankietowanych nie jest informowana o konieczności regularnych badań i kontroli w poradni ortopedycznej.

Wnioski

1. Edukacja pacjenta powinna stanowić istotny element procesu leczniczo-pielęgnacyjnego.
2. Funkcja wychowawczo-edukacyjna nie jest realizowana przez pielęgniarki w sposób zadowalający.
3. Znaczny odsetek badanych chorych (75%) nie otrzymał wskazówek dotyczących postępowania zapobiegającego powikłaniom związanych z leczeniem.
4. Wśród czynności edukacyjnych zaniebane są te, które związane są z oceną wiedzy i kontrolą umiejętności pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Płaszewska-Żywko L. Edukacja pacjenta. *Pielęgniarstwo 2000* 1996; 6(29): 20–22.
2. Jędrocha W. Promocja zdrowia w działaniach pielęgniarki szpitalnej. *Pielęgniarka i Położna* 1997; 9: 7.
3. Zachradniczek K. *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*, Warszawa: PZWL; 1999: 37–45.

Adres Autorek:

Zakład Specjalności Zabiegowych,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

EDUKACJA ZDROWOTNA • HEALTH CARE PROMOTION

Edukacyjne wyzwania kształcenia pielęgniarek w obliczu aktualnych problemów ochrony zdrowia

Educational challenges in the process of nurses' training
in the face of current issues in health care

KAZIMIERA ZDZIEBŁO

Z Instytutu Kształcenia Medycznego Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego
Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach
Kierownik: prof. dr hab. med. Stanisław Głuszek

Streszczenie Prezentowany tekst poświęcony jest zmianom, jakie obserwuje się we współczesnym kształceniu pielęgniarek. Celem rozważań jest zwrócenie uwagi na miejsce pielęgniarki we współczesnej ochronie zdrowia, a także zainteresowanie zagadnieniami związanymi z możliwościami doskonalenia procesu kształcenia w celu dalszego rozwoju i wzmacniania pielęgniarstwa jako nauki. W całej Europie rośnie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Nowego znaczenia nabiera promocja zdrowia, profilaktyka zdrowotna, edukacja zdrowotna. Pielęgniarki więc jako największa grupa pracowników służby zdrowia postrzegane są coraz bardziej jako główna siła uczestnicząca w ochronie zdrowia, jego potęgowaniu, promocji, a także jako szczególna grupa, która w znacznym stopniu może przyczynić się do tworzenia świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Czekają ich wiele nowych wyzwań i zadań wynikających z przekształceń w służbie zdrowia. Bardzo ważne jest, by pielęgniarka była dobrze wykształcona, umiała działać elastycznie, była odpowiedzialna za podejmowane decyzje, respektowała prawa człowieka, umiała pracować w interdyscyplinarnym i wielosektorowym otoczeniu. Ważne, by potrafiła dostosować się na bieżąco do zachodzących zmian, gdyż:

- ludność w każdym kraju stale się zmienia – starzeje się, jest zróżnicowana pod względem etnicznym, strukturalnym, kulturowym,
- zmieniają się oczekiwania społeczne,
- zmieniają się problemy zdrowotne, bo dochodzą nowe choroby, wzorce pracy, style życia i otoczenia,
- następuje gwałtowny rozwój wiedzy o przyczynach dobrego i złego stanu zdrowotnego,
- rozwój nauk powoduje zmiany w wiedzy i poznaniu chorób, ich przyczyn,
- techniki i metody zmierzają do poprawy stanu zdrowia i jego przywracania,
- obecnie dokonuje się znaczny postęp w badaniach w dziedzinie pielęgniarstwa, miejsce świadczenia opieki przenosi się w rejon zamieszkania i do domów ludności,
- pojawia się konkurencja w świadczeniu opieki zdrowotnej.

Dążenie do doskonalenia procesu i programu kształcenia kadr pielęgniarskich odpowiadających współczesnym i przyszłym potrzebom stale rozszerzającego się pola aktywności tej grupy zawodowej jest więc nakazem chwili. Zmiany w kształceniu pielęgniarek w Polsce spowodowane są również regulacjami prawnymi i zobowiązaniami międzynarodowymi m.in. takimi, jak: Dyrektywy i dokumenty UE, Deklaracja Monachijska, Europejska Strategia ŚOZ kształcenia pielęgniarek, Deklaracja Bolońska.

Wdrożenie europejskich standardów kształcenia pielęgniarek umożliwi uzyskanie kwalifikacji zawodowych porównywalnych z kwalifikacjami pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej, co pozwoli realizować zasady Wspólnoty w obszarze przepływu pracowników, przepływu usług, prawa do wykonywania zawodu na terenie UE.

Słowa kluczowe: kształcenie pielęgniarek, transformacja, kompetencje, standardy.

Summary The following article deals with the changes that one can observe take place in the process of nurses' training these days. The article aims at drawing the readers' attention to the nurses' role and position in the present-day health care system as well as pinpointing issues affecting possibilities of improving the process of nurses' training with a view to developing it further and fostering the nursing profession itself as a separate branch of science. All over Europe the demand for medical services is growing. Health education, prophylaxis and promoting healthy living are all gaining new meanings. Hence, nurses as the largest professional group among medical service workers are increasingly considered to be the driving force contributing to the health care and health promotion as well as a particular group who may significantly affect the process of raising health awareness in society. Nur-

ses are now facing a number of new challenges and tasks resulting from the transformations taking place in health care. It's essential for a nurse to be well-educated, flexible, responsible, able to work in a complex working environment and have respect for human rights. It's equally important for a nurse to adept easily to constant changes because:

- every country's population is constantly changing-it's getting older, it's diversified ethnically, structurally and culturally,
- social expectations are changing,
- health problems are changing due to new illnesses, work patterns, lifestyles and living environment,
- a rapid development in medical research into reasons for good and bad health,
- scientific advancement allows us to investigate illnesses and their causes,
- methods and techniques aiming at recovery and improving health,
- significant progress is being made in studies in the field of nursing, medical services are provided closer to where people actually live,
- competition in provision of medical services has emerged.

The process and curriculum of training programmes for the nursing personnel must be compatible with both present-day and future needs of this professional group. Moreover, constant improvements in both areas a must. Changes in nurses' training are also a result of various legal acts and international agreements such as the directives and legislation of the EU, Munich Declaration, European Strategy of the WHO for Nurses' Training and Bologna Declaration. The implementation of European standards for nurses' training will enable this professional group to gain professional qualifications comparable to the ones of nurses in other EU countries, which in turn, will make it possible to enforce the Eu regulations for unrestrained flow of workforce and services between the EU member states.

Key words: nurses' training, transformation, competence, standards.

Wstęp

Współczesna Europa jest miejscem szczególnym i ekscytującym, tak ekscytującym, że bardzo trudno jest nadążyć za tempem zachodzących w niej zmian. To region w geograficznym sensie ogromny i zróżnicowany, a także cechujący się znaczną różnorodnością ras, kultur, religii, języków.

Polska jako kraj stowarzyszony z Unią Europejską (UE) w oczekiwaniu na przyjęcie do Wspólnoty zobowiązana została do spełnienia oczekiwanych standardów na różnych płaszczyznach funkcjonowania państwa. Objęły także polskie szkolnictwo i znalazły swój wyraz w proponowanej przez Ministerstwo reformie oświaty. Celem szkoły jest wykształcenie takiego absolwenta, który będzie przygotowany do życia i pracy w Zjednoczonej Europie, zdobędzie podstawowe umiejętności obywatelskie i ekonomiczne, pozwalające funkcjonować w państwie demokratycznym, społeczeństwie obywatelskim i gospodarce rynkowej; będzie otwarty, tolerancyjny... i świadomy swej roli we Wspólnej Europie.

Nowe zadania dla edukacji

Z analizy literatury wynika, że nasze kraje stają się społeczeństwami wiedzy, w których gospodarką kierują ciągłe zmiany technologiczne, a rynki pracy domagają się stałego doskonalenia umiejętności, co wymaga propagowania nabywania kwalifikacji zarówno w kategoriach wiedzy, jak i metod, istotnych kompetencji i zdolności do

zdobywania nowej wiedzy i umiejętności, uznawania tych kwalifikacji na całym obszarze Europy.

Tematykę edukacji przyszłego pokolenia porusza wiele dokumentów Komisji Europejskiej, takich jak np. Białe Księgi czy Raporty zawierające różnorodne zagadnienia i treści dotyczące kształcenia i doskonalenia [1–3]. Europejska wizja edukacji postrzegana jest poprzez realizację następujących celów: budowa europejskiego obywatelstwa, wzmocnienie europejskiej konkurencyjności i zabezpieczenie zatrudnienia, utrzymanie społecznych więzi, pełne wykorzystanie możliwości stwarzanych przez techniki informatyczne [4].

Istota przewartościowania nowego rozumienia edukacji zmierza ku edukacji preferującej indywidualny wysiłek jednostki, jej samorozwój, autokreację, a więc cechy, które są przecież konstytutywnymi cechami procesu uczenia się. Inne cechy owego przewartościowania to:

1. Ciągłość – odzwierciedla ideę edukacji ustawicznej (przez całe życie).
2. Wielowymiarowość – wielostronność edukacji, obejmującą różne konteksty życiowe człowieka.
3. Interaktywność – ukierunkowana nie tylko na indywidualny i integralny rozwój człowieka, ale także na rozwój społeczeństwa.

Efektom tak pojętej i rozumianej edukacji ma być poczucie spójności wiedzy i sensu postępu naukowo-technicznego oraz ukształtowanie u uczących się takich cech, jak: otwartość, wyobraźnia, inicjatywa, odpowiedzialność, rozumienie sensu i skutków swoich działań oraz kompetencje związane z etosem pracy: przedsiębiorczość, samodzielność, innowacyjność, rze-

telność, umiejętność współżycia i współdziałania w zespole itp. [5].

W przyszłości o profesjonalizmie kadr w naszej gospodarce prawdopodobnie decydował będzie jeden z obszarów edukacji, tj. kształcenie ustawiczne lub tzw. uczenie się przez całe życie, by stać się społeczeństwem wiedzy, w którym dokonują się ciągłe zmiany technologiczne, a rynki pracy domagają się stałego doskonalenia umiejętności. Na współczesną edukację narzuca się (wg twórców raportów) nowe zadania oraz funkcje społeczne i cywilizacyjne jako swego rodzaju posłannictwo czy też misję. Najważniejszą funkcją edukacji jest służba dla: demokracji (m.in. kształtowanie i wpajanie demokratycznych wartości i postaw), wielokulturowości (rozumienie i szacunek dla kulturowego zróżnicowania ludzkości, jej dziedzictwa, tolerancja dla odmienności, walka z wszelką dyskryminacją), przetrwania (edukacja środowiskowa, wychowanie dla pokoju, edukacja zdrowotna, walka o równość szans życiowych itd.), pracy (kształtowanie kompetencji związanych z etosem pracy), piękna i estetyki, człowieka i środowiska (przygotowanie do życia w społeczeństwie, w środowisku lokalnym), indywidualnego rozwoju i autokreacji jednostek [6].

Punktem odniesienia relacji między kształceniem ogólnym a zawodowym, traktowanym w krajach UE jako podstawa, a cechami gospodarki rynkowej są zasady:

- zasada mobilności – tak organizować kształcenie, aby pracownicy mogli wykonywać pracę zgodną ze swoim wykształceniem na podobnych stanowiskach w różnych miejscach i w różnym czasie;
- zasada elastyczności – taka organizacja kształcenia, by pracownicy nie musieli pozostawać na zawsze na stanowiskach, do których zostali przypisani w toku nauki, ale potrafili i mogli kształcić się dalej, rozszerzać i pogłębiać swoją wiedzę, by byli zdolni pracować w stale i dynamicznie zmieniającym się środowisku pracy;
- zasada „wysokiej jakości” kształcenia opartej na określonym systemie standardów tej jakości i porównywalności dyplomów [7].

Dotyczy to wszystkich zawodów, w tym również zawodów medycznych, a może przede wszystkim pielęgniarstwa – jako zawodu szczególnego, wobec którego postawione są wysokie wymagania zarówno w zakresie kompetencji, jak i wymogi natury etyczno-moralnej w realizacji zadań niezbędnych do nauki potęgowania zdrowia, zapobiegania chorobom, sprawowania profesjonalnej i całościowej opieki w sytuacji choroby i niepełnosprawności człowieka, bo przecież obywatel Europy powinien umieć dbać o swoje zdrowie i zdrowie swoich najbliższych, bowiem tylko zdrowe społeczeństwo, świadome tego pro-

blemu będzie mogło sprawnie funkcjonować. Życie i zdrowie człowieka jest wartością nadrzędną i niezaprzeczalną – jest najcenniejszym bogactwem każdego społeczeństwa. W zdrowym społeczeństwie można realizować plany, podejmować działania, rozwijać się intelektualnie i duchowo. Tylko zdrowe społeczeństwo zdolne jest do tworzenia dóbr materialnych i duchowych.

Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa

Pielęgniarki są coraz częściej postrzegane jako główna siła uczestnicząca w ochronie zdrowia, jego potęgowaniu, promocji, a także szczególną grupą wśród zawodów medycznych, która może w znacznym stopniu przyczynić się do tworzenia świadomości zdrowotnej społeczeństwa.

Gruntowne zmiany, jakie zachodzą w opiece zdrowotnej w naszym regionie, rodzą wiele kluczowych pytań związanych z profesją pielęgniarstwa. Jak pielęgniarki powinny zmienić sposób wykonywania zawodu?, Jaką rolę będą odgrywały w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych ludzi w przyszłości?, Co zrobić teraz i w przyszłości w celu ukształtowania swojej profesji?, Jakie wprowadzić zmiany?, Jak zreformować system edukacji?, Jak stworzyć systemy prawne?, Jak przygotować liderów do pracy w społeczeństwie na rzecz poprawy jakości zdrowia i życia?, Jak prowadzić szkolenie podyplomowe jako kształcenie ustawiczne w aspekcie doskonalenia kompetencji?

Zagadnienia dotyczące tej grupy pracowników służby zdrowia podejmowane są obecnie przez niektórych autorów w różnych kontekstach i ujęciach; zarówno pod kątem kształcenia, jak i rozwoju naukowego tej dziedziny [8, 9].

Już w latach 90. XX w. J. Salvage [10] zwraca uwagę na potrzebę przemian praktyki pielęgniarstwa. Uważa, że nową generację personelu cechować powinien nowy sposób myślenia, odmienne od dotychczasowego podejście do pracy zawodowej oraz rozleglejsze kompetencje będące wynikiem poszerzenia zakresu roli pielęgniarki, ponieważ obserwujemy wyłanianie się nowych potrzeb zdrowotnych w Europie i na świecie; choroby zakaźne, niedożywienie, wysoka śmiertelność okołoporodowa, umieralność dzieci, urazy fizyczne i psychiczne stanowią jedynie nieliczne przykłady problemów. Dodatkowo pojawiają się problemy zdrowotne będące konsekwencją konfliktów zbrojnych, kataklizmów, przemocy i terroryzmu. Należy przewidzieć także, iż w XXI wieku będziemy obserwować wzrost liczby osób z wieloma problemami zdrowotnymi i z większymi potrzebami edukacyjnymi w zakresie zdrowia i samoopieki, rosnącą liczbę osób wymagających opieki w domu, zwiększenie się odsetka chorych wśród populacji ludzi biednych, ale również m.in. będziemy świadkami

większego zaangażowania ludzi w dbałość o własne zdrowie. Ponadto obserwować będziemy dalszy rozwój badań genetycznych i nowe technologie rodzące często problemy natury etycznej, a także zmiany w sferze diagnozowania i terapii oraz nowe reformy w sektorze zdrowia itd. W związku z tym należy oczekiwać przeniesienia zadań dotyczących walki o zdrowie, realizowanych dotychczas w głównej mierze przez instytucje medyczne na instytucje życia społecznego i indywidualne zachowanie jednostek. Wymienione powyżej zjawiska mają i będą miały poważny wpływ na rodzaj usług świadczonych przez pielęgniarke. Dlatego dążenie do doskonalenia procesu i programu kształcenia kadr pielęgniarstka odpowiadających współczesnym i przyszłym potrzebom stale rozszerzającego się pola aktywności tej grupy zawodowej jest nakazem chwili.

Tak więc zgodnie z nową wizją pielęgniarke ma być autonomicznym, wykwalifikowanym praktykiem, który może pracować samodzielnie, jak również w zespole terapeutycznym i interdyscyplinarnym. Rolą jej ma nie być służenie innej profesji, ale informowanie, wspieranie i opieka nad pacjentem, rodziną, grupą dzieci i młodzieży w szkole, grupą pracujących oraz społecznością lokalną.

Kluczową sprawą stanowiącą o rozwoju zawodu jest potrzeba stworzenia takiego kształtu pielęgniarstwa, aby odpowiadał on nie tyle potrzebom systemu zdrowia, co ludzkim potrzebom zdrowotnym. Pielęgniarke musi więc być dobrze wykształconym profesjonalistą, którego unikalny i wyróżniający się wkład w opiekę zdrowotną jest respektowany przez wszystkich współpracowników i który uważany jest za równoprawnego partnera w zespole opieki zdrowotnej. Centralnym punktem praktycznej działalności pielęgniarke powinna być praca na rzecz poprawy ludzkiego zdrowia zarówno z pacjentem, jak i z jego rodziną, a także społecznością lokalną we współpracy z innymi służbami i przedstawicielami innych zawodów. Dlatego w całej działalności pielęgniarstka ma miejsce odchodzenie od zajmowania się pojedynczą osobą, a budowanie związków z rodzinami i zbiorowościami nie tylko w działalności leczniczo-opiekuńczej, ale przede wszystkim edukacyjnej, promocji zdrowia, profilaktyce. Czy jednak pielęgniarke są wystarczająco przygotowane do tego, by sprostać wyzwaniom nowej Europy.

Współczesne pielęgniarstwo w Polsce staje przed wieloma wyzwaniami. Jak sprostać zmianom zachodzącym w ochronie zdrowia i rozbudowanym oczekiwaniom społecznym, wymaganiom podopiecznych, wymaganiom współczesnych systemów ochrony zdrowia, wymaganiom przyszłości, wyzwaniom jako do grupy o szczególnym charakterze i swoistych zadaniach, specyficznych umiejętnościach (profesjonalizm i kompetencje, holizm i humanitaryzm, współczesne

konceptje pielęgnowania jako modele naukowe), co do której skierowane są wysokie wymagania natury etyczno-moralnej, a także wymogom UE, do wejścia której Polska się przygotowuje (profesjonalista, przedstawiciel grupy zawodowej z wiedzą o podstawowych prawach współczesnej Europy, z wiedzą o demokracji, rynku, kulturze, stylu życia, ze świadomością obywatela Europy XXI wieku). Tworzenie się nowej roli pielęgniarke jest nie tylko odpowiedzią na zapotrzebowanie na świadczenia medyczne poszczególnych jednostek, zmieniającego się systemu ochrony zdrowia, lecz również jest wyrazem humanistycznych wartości społecznych i moralnych współczesnych społeczeństw, a także istniejącej potrzeby umocnienia pozycji zawodowej oraz rozszerzenia kompetencji i zwiększenia samodzielności.

Głównym celem zmian we współczesnym pielęgniarstwie jest ukierunkowanie usług pielęgniarstka na zdrowie społeczeństwa i działania prewencyjne, przy jednoczesnym kreowaniu modelu pielęgnowania opartego na niezależności sądów i decyzji pielęgniarek w określonym zakresie. Nową generację pielęgniarek cechować powinien nowy sposób myślenia, odmienne od dotychczasowego podejście do pracy zawodowej oraz rozleglejsze kompetencje będące wynikiem poszerzenia zakresu roli pielęgniarke. Toteż wielomilionowa kadra pielęgniarstka podejmuje się szerokiego wachlarza ról i funkcji, stanowiąc ostoję każdej służby zdrowia.

Z wielu dokumentów [11] wynika, że dostosowanie się do wymogów strategii UE państw, w tym Polski, jest konieczne nie tylko jako porównanie, ale przede wszystkim dostosowanie polskiego systemu szkolnictwa medycznego do standardów europejskich. Europejska Strategia Światowej Organizacji Zdrowia kształcenia pielęgniarek i położnych jako obowiązująca i powszechnie stosowana norma edukacyjna zawiera kluczowe elementy edukacji tych zawodów. Według Strategii pielęgniarke i położne coraz częściej postrzegane są jako główna siła uczestnicząca w strategii reform ochrony zdrowia i jako największa grupa personelu ochrony zdrowia w Regionie Europejskim ŚOZ, pracująca w różnych warunkach ma wielki wkład w osiąganie przez kraje członkowskie celów zdrowotnych wyznaczonych na XXI wiek. Potrzebują jednak takiego kształcenia i szkolenia, aby sprostać wyzwaniom wynikającym z nowego rozłożenia akcentów na promocję zdrowia, zapobieganie chorobom, rozwój społeczności, współpracę w ramach interdyscyplinarnych zespołów, dostarczanie usług zdrowotnych blisko miejsc zamieszkania i pracy, jak również sprawiedliwy dostęp do tych usług. Pilna potrzeba poprawy kształcenia pielęgniarek i położnych była główną siłą motywującą zredagowanie tego dokumentu, w którym omówiono zagadnienia początkowego kształcenia

pielęgniarek i położnych na poziomie szkoły wyższej dającej tytuł licencjata mającego przygotować i przystosować personel do kompetentnego wykonywania zawodu i stwarzać podwaliny pod dalszy, ciągły rozwój profesjonalny [12].

Jednym z podstawowych wymagań dyrektyw i dokumentów europejskich jest powszechne wdrożenie w Polsce szczegółowych standardów kształcenia pielęgniarek i położnych zgodnych ze standardami europejskimi, co umożliwi uzyskanie kwalifikacji zawodowych porównywalnych z kwalifikacjami tej grupy zawodowej w krajach UE, jak również zapewni wzajemne uznawanie dyplomów i kwalifikacji zawodowych, co z kolei umożliwi każdemu obywatelowi państwa członkowskiego wykonywanie zawodu w innym kraju.

Zmiany w kształceniu pielęgniarek zachodzą na podbudowie zmian w całym systemie edukacji. Są regulowane ustawą o zawodzie, ustawami o szkolnictwie wyższym, ustawą o wyższych szkołach zawodowych, rozporządzeniami Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, jak również są spowodowane regulacjami prawnymi i zobowiązaniami międzynarodowymi, wynikającymi z działań przygotowawczych w zakresie przystąpienia Polski do UE.

Zatem zmiany w systemie edukacji pielęgniarek podyktowane są wieloma wyzwaniami:

1. Dotrzymanie kroku zmianom i innowacjom w wyższym szkolnictwie pielęgniarskim i edukacji ustawicznej pielęgniarek.
2. Przemiany ról pielęgniarskich na rzecz promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, kreatywności w działaniu.
3. Rozwój interdyscyplinarnych badań naukowych mających kluczowe znaczenie dla doskonalenia praktyki pielęgniarskiej oraz rozwoju kadry naukowo-dydaktycznej [13].

Dążenie do doskonalenia procesu kształcenia w kontekście transformacji systemów szkolnictwa wyższego w Europie i realizacji założeń Deklaracji Bolońskiej zdecydowało o zmianach w zakresie procesu i programu kształcenia kadr pielęgniarskich i położnych. Uznano, że w stosunku do tych grup zawodowych edukacja stanowi również podstawę do przyszłego rozwoju promocji zdrowia i opieki medycznej. Na tle masowych zmian pielęgniarki reprezentują wyjątkową wartość. Odpowiednio wykształcone mogą zapewnić najbardziej potrzebną opiekę i stworzyć sieć powiązań wspierających współpracę między służbą zdrowia a społeczeństwem:

a) Pielęgniarka i położna jako osoba zapewniająca opiekę, która traktuje pacjenta holistycznie jako jednostkę i jako integralnego członka rodziny, środowiska i kultury oraz zapewnia opiekę najwyższej jakości, etyczną, kompleksową, stałą i spersonalizowaną w ramach wzajemnych stosunków opartych na zaufaniu.

- b) Pielęgniarka i położna jako decydent, który stwierdza występowanie istotnych potrzeb lub problemów związanych ze zdrowiem lub chorobą i wybiera działania, które mogą zostać zastosowane etycznie i oszczędnie, aby zapewnić holistyczną opiekę na najwyższym poziomie.
- c) Pielęgniarka i położna jako edukator, który potrafi propagować zdrowy styl życia za pomocą efektywnej współpracy, wyjaśniania, uczenia i tłumaczenia, a tym samym przez motywowanie i upoważnianie jednostek i grup do ochrony i poprawy swojego zdrowia.
- d) Pielęgniarka i położna jako lider lokalny, który zdobywszy zaufanie ludzi potrafi ustalić i pogodzić ze sobą potrzeby zdrowotne jednostki i jej najbliższego środowiska, wspomagać działania podejmowane przez jednostki, grupy czy społeczność lokalną lub podejmować działania w ich imieniu.
- e) Pielęgniarka i położna jako menedżer, który potrafi zrobić właściwy użytek z dostępnych danych i potrafi współpracować harmonijnie z jednostkami i organizacjami w ramach systemu opieki zdrowotnej i poza w dążeniu do określenia i uruchomienia dostępnych zasobów oraz do koordynowania ich wykorzystania w taki sposób, aby zaspokoić pacjentów i ich środowisk.

Konteksty kształcenia pielęgniarek

Wiele pytań i wątpliwości dotyczących zagadnień, jakie miejsce w przyszłości ma zajmować pielęgniarka w systemie ochrony zdrowia oraz jakie miejsce ma zajmować w systemie oświaty; zarówno na poziomie przeddyplomowym, jak i specjalizacyjnym, pozwoliło mi sformułować poniższe konteksty rozumiane jako rodzaje wymagań, zadań i zasad, które należy spełnić, aby sprostać tak dynamicznie następującym zmianom i oczekiwaniom współczesnej i przyszłej służby zdrowia (z pielęgniarkami jako najliczniejszą grupą wśród zawodów medycznych) w warunkach każdego kraju z osobna, jak i razem w zjednoczonej Europie.

Wśród zadań edukacyjnych należałoby zwrócić uwagę między innymi na:

- Cele edukacyjne szkoły kształcącej pielęgniarki.
- Kształcenie i szkolenie oparte na rozwijaniu kompetencji.
- Strukturę, cele i wyniki programu nauczania.
- Badania naukowe w pielęgniarstwie.
- Wartości etyczne leżące u podstaw nauczania.
- Akredytację szkoły i miejsc zajęć praktycznych jako kryteria kontrolowania jakości.
- Kryteria akredytacji na szczeblu międzynarodowym.
- Wzajemne uznawanie dyplomów, świadectw i innych dowodów formalnych kwalifikacji pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną.

Analizując zasady rynku, istotne wydają się następujące kwestie:

- Kompetencje zawodowe – jako nowa kategoria wymagań na rynku pracy (w tym miejsce i zadania pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej).
 - Akredytacja kształcenia zawodowego gwarantującą jakość kształcenia w nabywaniu kompetencji warunkujących skuteczne i bezpieczne wykonywanie zawodu.
 - System standardów kwalifikacyjnych pomocą w realizacji zasady wolnego przepływu ludzi i usług.
 - Osiąganie wysokich standardów jako element planowania w sektorze usług i zmiana w sposobie podejścia do jakości usług (dostosowanie się do reguł gospodarki rynkowej w systemie ochrony zdrowia).
 - Zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne; w tym rosnące zapotrzebowanie na wysokiej jakości usługi pielęgniarstwie (konkurencja).
 - Rozwój systemu edukacji pielęgniarek, praktyki zawodowej oraz badań naukowych – podstawowym warunkiem podniesienia jakości usług w systemie ochrony zdrowia.
 - Poprawa jakości i dostępności podstawowych usług medycznych jako wymóg do realizacji: Założeń polityki dla zdrowia w Regionie Europejskim ŚOZ „21 zadań w XXI wieku”, oraz Narodowego Programu Zdrowia – „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”.
 - Rozwój naukowy w dziedzinie pielęgniarstwa i promowanie w kształceniu zawodowym koncepcji edukacji ustawicznej (ustawicznego rozwoju zawodowego człowieka) jako wzmocnienie zawodu.
 - Uznawanie dyplomów i kwalifikacji jako uniwersalne prawa wykonywania zawodu.
 - Uzupełnienie wiedzy i umiejętności przez osoby posiadające wykształcenie pielęgniarstwie w systemie szkoły średniej, bądź pomaturalnej jako dostosowanie do wymogów przyszłości.
 - Obecność zawodu pomocniczego dla pielęgniarstwa szansą sprostania wymaganiom na rynku pracy w sektorze służby zdrowia.
 - Wiedza społeczeństwa (w tym również pielęgniarek) o UE jako nabywanie kompetencji obywatelskich społeczeństwa Zjednoczonej Europy i tworzenie tożsamości europejskiej; źródła tej wiedzy, zakres i tematyka, metody jej zdobywania.
- Jeżeli chodzi o zasady demokracji należałoby uwzględnić:
- Wolności (swobody) wynikające z podstaw rynku wewnętrznego, tj. wolność przepływu kapitału, towarów, usług (w tym usług medycznych), ludzi (więc i pielęgniarek, z ich wzajemnym uznawaniem świadectw, standardów i kompetencji).

- Europejskie wartości: wolność osobista, równość, tolerancja i inne; prawa człowieka i prawa pacjenta wynikające z dokumentów międzynarodowych i polskich; prawo do ochrony i poprawy zdrowia i warunków życia, dostępu do świadczeń zdrowotnych do posiadania najwyższego możliwego do uzyskania stanu zdrowia zgodnie z dążeniami i założeniami polityki zdrowotnej; podnoszenie poziomu życia i popieranie dobrobytu społecznego, zgodnie z celami Europejskiej Karty Społecznej.
 - Dążenie do postępu społecznego i zagwarantowanie fachowego poziomu pracowników zgodnie z wymogami Europejskiego Porozumienia w Sprawie Szkolenia Pielęgniarek i Położnych.
 - Inwestowanie w edukację i dostępność w zdobywaniu wiedzy warunkiem rozwoju Europejczyka zgodnie z Programami Wspólnotowymi w zakresie edukacji i kształcenia zawodowego.
- W kontekście społecznym ważne są takie kwestie, jak:
- Miejsce pielęgniarki w społeczeństwie i w systemie podstawowej opieki zdrowotnej a oczekiwania środowiska.
 - Pielęgniarka jako realizator pewnych zadań społecznych, np. jako edukator w zakresie ochrony i potęgowania zdrowia oraz zapobiegania chorobom jednostce, rodzinie, grupie społecznej w miejscu zamieszkania, pracy, zabawy.
 - Edukacja zdrowotna społeczeństwa w aspekcie utrwalania europejskiego stylu życia, zachowań prozdrowotnych, kształtowania poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych jako wyzwanie dla współczesnego pielęgniarstwa w promowaniu zdrowia już od wczesnych lat życia dzieci.
 - Szczególna rola w aspekcie pedagogicznych oczekiwań wobec pielęgniarki jako profesjonalistki w opiece medycznej, edukacji zdrowotnej i wychowaniu zdrowotnym dzieci i młodzieży w szkole.
 - Pielęgniarka jako lider społeczny w środowisku szkolnym w tworzeniu świadomości zdrowotnej przyszłego pokolenia Polaków – Europejczyków.
- Kontekst kulturowy należy postrzegać jako:
- Znajomość języków, rozszerzenie wiedzy z historii kultury i sytuacji społeczno-polityczno-ekonomicznej własnego kraju i innych krajów jako niezbędne elementy wiedzy pielęgniarek przygotowanych do pracy z imigrantami i osobami reprezentującymi inne kultury.
 - Wielokulturowość (rozumienie i szacunek dla kulturowego różnicowania ludzkości, jej dziedzictwa, tolerancja dla odmienności, walka z wszelką dyskryminacją) – jako nowe zadania edukacji w ogóle, więc również edukacji pielęgniarek.
 - Różnicowanie kulturowe studentów podej-

- mujących naukę w szkołach tego samego typu – przygotowujących do zawodu pielęgniarki w różnych państwach.
- Dostosowanie opieki pielęgniarki do stanu pacjenta wynikającej z potrzeb kulturowych, a zamieszkującego w swoim kraju, w którym będzie pracowała pielęgniarka z innego kraju (np. z Polski), bo będzie miała takie możliwości z racji uznawalności dyplomu i prawa wykonywania zawodu.
 - Dylematy przyszłego pielęgniarstwa, wynikające z różnic etycznych, moralnych, duchowych, politycznych i prawnych podopiecznych w opiece nad nimi, a przygotowanie tej grupy zawodowej do pracy w wymieszanych etnicznie społeczeństwach.

Podsumowanie

Wspólny europejski rynek oznacza liberalizację przepływu towarów, normalizację zawodową i świadczenie usług w taki sposób, by zaspokoiły potrzeby obywateli. Pielęgniarki muszą odegrać znaczącą rolę w trudnym procesie reformy sektora opieki zdrowotnej. Na terenie Europy są największą grupą zawodową w sektorze opieki zdrowotnej. Korzystają z szerokiej wiedzy następujących dyscyplin: medycyny, psychologii, prawa i innych, pracując w wielu instytucjach, począwszy od szpitali i sektora psychiatrycznego przez instytucje działające na rzecz promocji zdrowia

publicznego i zapobiegania chorobom. Pielęgniarki są znaczącym partnerem w europejskim programie zdrowia. Zajmują zatem kluczową pozycję i mogą w sposób konstruktywny przyczynić się do uprawomocnienia kompetencji zdrowia w instytucjach UE.

Transformacja w kształceniu pielęgniarek i położnych zapewni przyszłym studentom, a także pracownikom naukowym możliwość korzystania z bogactwa europejskiej przestrzeni szkolnictwa wyższego i jego wartości, takich jak: demokracja, różnorodność kultur i języka oraz systemów kształcenia na poziomie wyższym. Jedynie na drodze współdziałania będzie można stawić czoła wyzwaniom, jakie niesie ze sobą międzynarodowa edukacja co dla edukacji tych grup zawodowych będzie miało szczególne znaczenie i znajdzie odzwierciedlenie w rozwoju promocji zdrowia i zmianie profilu opieki medycznej.

Konieczność dostosowania systemu kształcenia pielęgniarek w Polsce do europejskich standardów określonych w regulacjach prawnych respektowanych przez Polskę oraz dokumentach programowych WHO jest podstawowym czynnikiem warunkującym wdrażanie i upowszechnianie wyższego wykształcenia zawodowego pielęgniarek. Głównym wymogiem Dyrektyw jest powszechne wdrożenie szczegółowych standardów kształcenia umożliwiających uzyskanie kwalifikacji zawodowych porównywalnych z kwalifikacjami pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej.

Piśmiennictwo

1. Pachniak K, Piotrowski R (tłum.). *Nauczanie i uczenie się. Na drodze do uczącego się społeczeństwa. Biała księga kształcenia i doskonalenia*. ITE, Radom 1995, s. 44.
2. *Nowe impulsy dla młodzieży europejskiej. Biała Księga Komisji Europejskiej*. Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, ITE, Radom 2002, s. 41.
3. Włodarczyk C, Marek M, Wyka T. *Ochrona życia i zdrowia obywateli*. Biała Księga Polska-Unia Europejska, nr 22, Warszawa 1996, s. 44.
4. Wojnar I, Kubina J (tłum.). *Edukacja dla Europy. Raport Komisji Europejskiej*. Elipsa, Warszawa 1999, s. 14.
5. Kwiatkowski SM. *Edukacja zawodowa wobec rynku pracy i integracji europejskiej*. Warszawa 2001, s. 142.
6. Jw.: s. 143.
7. Jw.: s. 146 i 147.
8. Poznańska S, Płaszewska-Żywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. UJ, Kraków 2001, s. 11.
9. Wojnowska-Dawiskiba H. *Kształcenie licencjata pielęgniarstwa*. NRPiP, Warszawa 2001, s. 53.
10. Salwage J. *Pielęgniarstwo w działaniu*. Warszawa 1997.
11. *Deklaracja Monachijska*. Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek sporządzone w Strasburgu w 1967 roku podpisane przez Rząd RP w grudniu 1995 roku, ratyfikowane w marcu 1996 roku (Dz.U. nr 83, poz. 384, 385), Konwencja nr 149 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca zatrudnienia i warunków pracy personelu pielęgniarstwa, przyjęta w Genewie 21 czerwca 1977 roku (Dz.U. z 30.01.1981).
12. *Europejska Strategia ŚOZ kształcenia pielęgniarek i położnych*, tłum. Arka, Warszawa 2001.
13. Lenartowicz H. Nowy model kształcenia pielęgniarek. *Zdrowie i Zarządzanie* 2001, nr 5, s. 15.

Adres Autorki:
Instytut Kształcenia Medycznego
Akademia Świętokrzyska
ul. IX Wieków Kielce
25-516 Kielce

Poziom wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych

Nurses' knowledge on hospitals infections

HANNA ROLKA², ANNA LASKOWSKA¹, ELŻBIETA KRAJEWSKA-KUŁAK², CECYLIA ŁUKASZUK²,
KATARZYNA KRAJEWSKA², BARBARA JANKOWIAK², AGNIESZKA SZYSZKO-PERŁOWSKA²

¹ Z Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskiem

² Z Pracowni Mikologicznej Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

Streszczenie **Wstęp.** Pracownicy służb medycznych, a zwłaszcza pielęgniarki, są grupą zawodową narażoną na największy wachlarz zagrożeń wynikających z wykonywania zawodu. **Cel pracy.** Wstępna ocena wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych. **Materiał i metodyka.** Badaniem objęto 200 pielęgniarek zatrudnionych w różnych placówkach służby zdrowia. Materiał zebrano drogą anonimowej ankiety, której kwestionariusz został specjalnie skonstruowany na potrzeby prowadzonych badań. **Wyniki.** W opinii większości respondentek (52,5%) problem zakażeń szpitalnych w ich oddziałach nie istnieje. Większość (80%) badanych uważała, że istnieje zróżnicowanie zapadalności na zakażenia szpitalne w zależności od specyfiki oddziału. Najczęściej wymienianymi drogami przenoszenia się drobnoustrojów, odgrywającą istotną rolę w rozwoju patogenezы zakażeń szpitalnych, były: drogi oddechowa (74%), pokarmowa (63%) i zabiegowa (59,5%). Większość (95%) respondentów twierdziła, że styl życia pacjenta może zwiększyć podatność na zakażenia szpitalne. Badani w większości byli zgodni co do tego, że własna flora bakteryjna chorego może stanowić przyczynę zakażenia (86,5% osób). Całkowite wyeliminowanie powstawania zakażeń szpitalnych jest niemożliwe według 80,5% ankietowanych. Uważali także, że najczęstszym, niepożądanym następstwem zakażeń szpitalnych są wydłużenie czasu hospitalizacji (94,5%) i wzrost kosztów leczenia. W samoocenie badane pielęgniarki i położne oceniały w największym odsetku (67,5%) swoją wiedzę na temat zakażeń szpitalnych i ich następstw jako dobrą i czerpały ją głównie ze szkoleń wewnątrzszpitalnych (87%). Respondenci dopatrywali się trudności w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym przede wszystkim w braku dostatecznej liczby personelu (58,5%). **Wnioski:** 1. Wiedza pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych jest zróżnicowana. 2. Celowe wydaje się prowadzenie dalszych, rozszerzonych badań oceniających poziom wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych. 3. W opinii większości respondentów w prewencji zakażeń szpitalnych powinni się włączyć wszyscy pracownicy służby zdrowia i dotyczyć ona powinna każdego, bez wyjątku, oddziału szpitalnego.

Słowa kluczowe: edukacja, pielęgniarki, zakażenia szpitalne.

Wstęp

Zakażenia szpitalne są jedną z głównych przyczyn współczesnych chorób zakaźnych i dotyczą wszystkich szpitali na świecie, nawet w najbardziej rozwiniętych krajach [1].

W XIX wieku dwaj lekarze Ignatz Semmelweis w Wiedniu i Oliver Wendell Jones w USA niemal w tym samym czasie dostrzegli problem zakażeń szpitalnych. Zasługą Semmelweisa i Jonesa było wprowadzenie zalecenia starannego mycia rąk przed i po badaniu, co spowodowało znaczne zmniejszenie infekcji z 18 do 1%. Uważa się, że od tego momentu rozpoczęła się kontrola epidemiologiczna we współczesnych szpitalach.

Definicja zakażeń szpitalnych zmieniała się

na przestrzeni lat. Jedną z nich określa zakażenie szpitalne jako wniknięcie i rozwój biologicznego czynnika chorobotwórczego w żywym organizmie, nie precyzując jednak, czy efektem zakażenia jest powstanie tylko stanu nosicielstwa czy także rozwój choroby [2]. W ostatnich latach w polskiej terminologii używa się pojęcia „kolonizacja”, które oznacza zasiedlanie mikroorganizmów, bez ujemnych bezpośrednich skutków dla gospodarza (zakażenie bierne) lub z ujemnymi skutkami dla gospodarza (zakażenie czynne) [2]. Inna definicja podkreśla, że zakażenie szpitalne następuje w szpitalu i ujawnia się w okresie pobytu w szpitalu lub następuje w szpitalu i ujawnia się po jego opuszczeniu, ale zostało spowodowane przez udokumentowany epidemiologicznie

czynnik chorobotwórczy pochodzący od innego chorego lub pracowników szpitala albo przez endogeny czynnik mikrobiologiczny [2].

Zakażenia szpitalne mogą być egzogenne (drobnoustroj pochodzi od innego chorego lub personelu, a także z rezerwuarów szpitalnych) lub endogenne (wywołane przez własną mikroflorę chorego, czyli drobnoustroje, których jest nosicielem w momencie przyścia do szpitala, lub drobnoustroje, których nosicielem stałym lub przejściowym stał się w czasie pobytu w szpitalu).

Drogi szerzenia się zakażeń szpitalnych są różne. Może to być droga kontaktu bezpośredniego (np. narzędzia chirurgiczne, igły, strzykawki, wzierniki, bandaże, cewniki, narządy i tkanki do przeszczepów, baseny, pościel, zabawki, pożywienie, krew i preparaty krwiopochodne, płyny infuzyjne, leki, klamki), droga kropelkowa (kichanie, kaszel, mówienie), powietrzna (skóra i błony śluzowe jamy nosowo-gardłowej, ogniska zakażenia z różną lokalizacją oraz zanieczyszczone powietrze) lub pokarmowa [3, 4].

W krajach rozwiniętych prowadzona jest szczegółowa rejestracja zakażeń szpitalnych. Mimo istnienia od 1983 r. obowiązku rejestracji i zgłaszania zakażeń szpitalnych, w polskich szpitalach częstość ich występowania u chorych hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych w skali kraju nie jest znana [5].

Celem pracy była wstępna ocena wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Białymstoku.

Badaniem objęto 200 pielęgniarek zatrudnionych w różnych placówkach służby zdrowia. Materiał zebrano drogą anonimowej ankiety, której kwestionariusz został specjalnie skonstruowany na potrzeby prowadzonych badań, zgodnie z obowiązującymi zasadami tworzenia tego typu narzędzia badawczego. Ankieta złożona była z 55 pytań, w tym 6 metryczkowych. Pytania zasadnicze były zamknięte lub otwarte, z możliwością udzielenia kilku odpowiedzi na każde pytanie.

Wyniki

Badaniu poddano 200 pielęgniarek pochodzących w 56% ze środowiska miejskiego, ze stażem pracy od 1 do powyżej 30 lat, z których 61% zatrudnionych było w oddziałach zachowawczych, a 39% na oddziałach zabiegowych.

Większość respondentów, bez względu na miejsce pracy, podawała, że „zakażenie szpitalne

powstaje w czasie pobytu chorego (z innego powodu) w szpitalu, a objawy choroby pojawiają się w trakcie hospitalizacji lub w krótkim czasie po opuszczeniu szpitala” (92,5% badanych). Duże trudności sprawiało ankietowanym zdefiniowanie zakażenia oportunistycznego. Większość badanych pielęgniarek (66%) określała je jako „rodzaj uogólnionego, rokującego niepomyślnie zakażenia endogennego, charakteryzującego się opornością na antybiotyki”; 24,5% uważała, że jest to „zakażenie wywołane przez drobnoustroje wchodzące w skład fizjologicznej flory, dotyczące chorych z uszkodzonym układem odpornościowym”; 8,5% twierdziła, że jest to „zakażenie charakteryzujące się wysokim stopniem zakaźności, którego przebycie powoduje swoistą odporność”; a 1% że jest to „zakażenie szpitalne, potwierdzone klinicznie, zwykle obejmujące dolne drogi oddechowe”.

W opinii większości respondentek (52,5%) problem zakażeń szpitalnych w ich oddziałach nie istnieje (ryc. 1), a zgłaszalność zakażeń w obrębie macierzystego ZOZ-u w ciągu ostatnich pięciu lat w opinii 35% osób wzrosła, a dla 32% badanych spadła. Zdania na powyższy temat nie miało 25,5% ankietowanych, a 7,5% twierdziła, że utrzymuje się ona na jednakowym poziomie.

Respondenci twierdzili, że zakażenie szpitalne ma głównie charakter epidemii (55,5%), ale 40% sugerowała, że są to sporadyczne zachorowania.

Większość (80%) badanych pielęgniarek uważała, że istnieje zróżnicowanie zapadalności na zakażenia szpitalne w zależności od specyfiki oddziału. Tylko 2% respondentów twierdziła, że jest ono jednakowe w każdym z oddziałów szpitalnych, a 18% wymieniała różne oddziały w następującej kolejności: chirurgia, urologia, blok operacyjny, stacja dializ, stomatologia, intensywna terapia oraz oddziały dziecięcy i noworodkowy.

Największy odsetek badanych pielęgniarek (82,5%) sugerował, że zakażenie krzyżowe to zakażenie, którego źródłem mogą być drobnoustroje przenoszone np. przez ręce personelu; 2% uważało, że nie, a 15% nie miało w tej kwestii własnego zdania.

Ponad 60% ankietowanych udzieliło negatywnej odpowiedzi na pytanie, „czy pomiędzy kolonizacją drobnoustrojów a zakażeniem szpitalnym można postawić znak równości”. Prawie taki sam odsetek respondentów nie miało na ten temat zdania (19%) lub udzieliło odpowiedzi „tak” (20,5%).

Najczęściej wymienianymi drogami przeniesienia się drobnoustrojów, odgrywającymi istotną rolę w rozwoju patogenezы zakażeń szpitalnych, były drogi oddechowe (74%), pokarmowa (63%) i zabiegowa (59,5%) (tab. 1).

Zakażenie szpitalne spowodowane przez drobnoustroje pochodzące od innego chorego

Tabela 1. Drogi przenoszenia się drobnoustrojów wymieniane przez respondentki z uwzględnieniem ich miejsca pracy

Droga	Oddział zachowawczy	Oddział zabiegowy	Razem
zabiegowa	53,8%	63,1%	59,5%
oddechowa	61,5%	82%	74%
kontaktowa	20,5%	32%	27,5%
pośrednia	17,9%	4,9%	10%
bezpośrednia	20,5%	4,9%	11%
krzyżowa	17,9%	3,3%	9%
pokarmowa	53,8%	68,9%	63%
wertykalna	2,6%	2,5%	2,5%
skóra i śluzówki	16,7%	15,6%	13,5%

lub ze środowiska ma źródło egzogenne według 84% badanych, endogenne w opinii 8,5%, a zdania na ten temat nie miało 7,5%.

Pielęgniarki oddziałów zabiegowych, które udzieliły odpowiedzi, że zasadnicza jednostka chorobowa, z powodu której chory jest hospitalizowany, wywiera wpływ na ryzyko wystąpienia zakażenia, uznały, że jest nią: cukrzyca (21,9%), chemioterapia (18,8%), HIV i AIDS (17,2%), oparzenia (14,1%), owrzodzenia podudzi (12,5%), zapalenie płuc (12,5%), zaburzenia układu immunologicznego (10,9%), stan odżywienia (10,09%), nowotwory (10,9%), rany cięte (9,4%) i hemodializa (7,8%). Pozostała część pielęgniarek z tych oddziałów wymieniała także: niewydolność oddechową, salmonellozę, posocznicę, grzybicę, miażdżycę kończyn dolnych, gruźlicę, złamania otwarte, zgorzel, biegunkę, grypę, ospę, WZW, odleżyny. Pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zachowawczych wśród tych schorzeń wymieniały cukrzycę (36,7%), nowotwory (21,4%), obniżoną odporność (28,6%), zaburzenia hormonalne (13,3%), WZW (9,2%) oraz hemodializę, HIV i AIDS, gruźlicę, biegunki, zapalenie górnych dróg oddechowych, grypę, anemię, niewydolność oddechową, salmonellozę, oparzenia ran.

Większość (95%) respondentów twierdziła, że styl życia pacjenta może zwiększyć podatność na zakażenia szpitalne. Na jego powstanie ma także, według 93,5% badanych, wpływ kolejność wykonywania zabiegów operacyjnych oraz czas ich trwania.

Respondenci byli w większości zgodni co do tego, że zakażenie szpitalne może być uogólnione i dotyczyć całego organizmu (88% badanych), a własna flora bakteryjna chorego może stanowić przyczynę zakażenia (86,5% osób).

Pielęgniarki oddziałów zabiegowych jako czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych wymieniały głównie wirusy: HIV (82,7%), HCV (69,2%), HBV (51,9%), WZW (36,5%), grypy (17,3%), cytomegalii (9,6%), HBS (7,7%), CMV

(7,7%), zapalenia płuc (3,8%) i opryszczki (3,8%). Uważały także, że bakteria *Escherichia coli* może stanowić przyczynę zakażenia szpitalnego w przypadku: translokacji (52,4%), zakażenia ran oparzeniowych, chirurgicznych i odleżynowych (20%), zabiegów dokonywanych na przewodzie pokarmowym (11,4%), zakażeń układu moczowego (14,3%) oraz zmniejszonej odporności (5,7%).

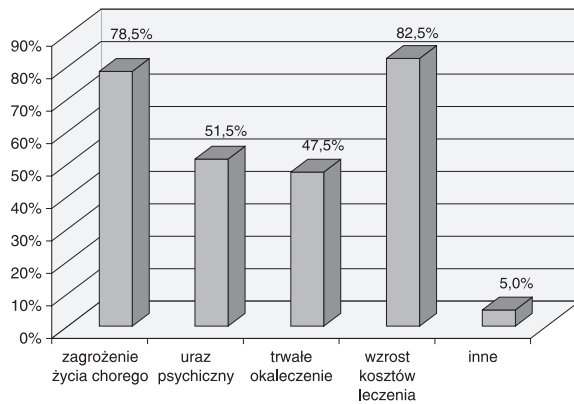
Wirusami odpowiedzialnymi za zakażenia szpitalne, według pielęgniarek oddziałów zachowawczych, są: HCV (48,5%), grypy (47%), HIV (45,3%), HBV (43,9%), WZW (27,3%), zapalenie płuc (6,1%), HDV, ospy, CMC, CCV, HDV (po 3%), opryszczki, cytomegalii, EBV i HPV (po 1,5%). Według tej grupy respondentek bakteria *Escherichia coli* może stanowić przyczynę zakażenia szpitalnego w przypadku: translokacji (52,4%), zakażenia ran oparzeniowych, chirurgicznych i odleżynowych (20%), zabiegów dokonywanych na przewodzie pokarmowym (11,4%), zakażeń układu moczowego (14,3%) oraz zmniejszonej odporności (5,7%).

Większość badanych pielęgniarek (95%) prawidłowo zakwalifikowała *Candida albicans* i *Aspergillus* do grzybów, jednak 3,5% respondentów uważała, że są to bakterie, zaś 1,5%, że wirusy. Termin kandydoza dla 90,5% ankietowanych kojarzył się z zakażeniami grzybami drożdżopodobnymi, ale dla 5% było to zakażenie pierwotniakowe, dla 2,5% wirusowe, a dla innych pasożytnicze lub bakteryjne (po 1% odpowiedzi). Generalnie za rozwój kandydozy pielęgniarki obwiniały antybiotykoterapię (67% respondentów), 26% twierdziła, że związane jest to tylko z długotrwałą terapią z użyciem antybiotyków o szerokim spektrum działania, 2% nie widziała takich zależności, a 5% nie miała zdania.

Bez względu na miejsce pracy, ogółem 96,5% badanych pielęgniarek podało prawidłową definicję sterylizacji.

W sposobach mycia rąk respondenci podawali używanie mydła płynnego z antyseptykiem i wodą (79%), roztworów antyseptyków (12%) oraz mydło i wodę (9%). Zdecydowana większość ankietowanych, bez względu na miejsce pracy, twierdziła, że w codziennej pracy, przed i po kontakcie z chorym, zawsze używa środków dezynfekcyjnych (98,6%).

Respondenci uważali, że najczęstszym, niepożądanym następstwem zakażeń szpitalnych są wydłużenie czasu hospitalizacji (94,5%), wzrost kosztów leczenia (82,5%), zagrożenie życia chorego (78,5%) oraz dodatkowe jego cierpienia (72%) (ryc. 1). W kategorii „inne” wymieniano: brak satysfakcji chorego z pobytu w szpitalu, brak zaufania do szpitala, ryzyko zakażenia personelu medycznego, niski poziom oceny usług oraz domaganie się odszkodowania przez zakażonego pacjenta.



Ryc. 1. Najczęstsze niepożądane następstwa zakażeń szpitalnych w opinii respondentów

W samoocenie badane pielęgniarki oceniały w największym odsetku (67,5%) swoją wiedzę na temat zakażeń szpitalnych i ich następstw jako dobrą. Wiedzę na temat zakażeń szpitalnych czerpały ze szkoleń wewnątrzszpitalnych (87%), różnych czasopism i literatury popularnonaukowej (66,5%), literatury medycznej (64,5%), dyskusji i rozmów indywidualnych (53%), broszurek, gazetek ściennych (29,5%), środków masowego przekazu (21,5%) lub w drodze szkoleń zewnętrznych, kursów i specjalizacji (8,5%). Jedynie 0,5% nie widziało potrzeby zdobywania wiedzy ww. zakresie.

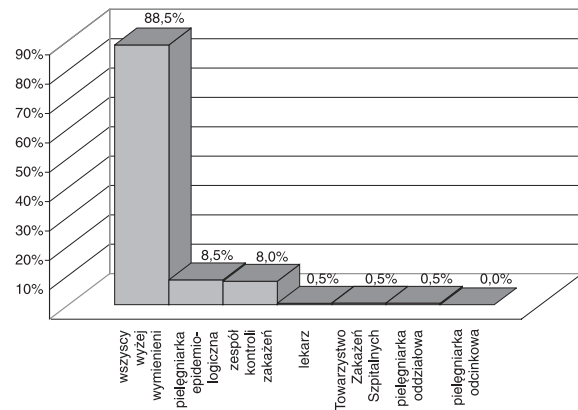
W opinii większości respondentów w prewencji zakażeń szpitalnych powinni się włączyć wszyscy pracownicy służby zdrowia (ryc. 2) i dotyczyć ona powinna każdego, bez wyjątku, oddziału szpitalnego.

Całkowite wyeliminowanie powstawania zakażeń szpitalnych jest niemożliwe według 80,5% pielęgniarek, możliwe według 7,5%, a zdania na ten temat nie posiadało aż 12% respondentów.

Respondenci dopatrywali się trudności w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym przede wszystkim w braku dostatecznej liczby personelu (58,5%), braku niezbędnych środków (18%), wąskiego zakresu posiadanej wiedzy (12,5%), braku doświadczenia (7%) oraz w braku autorytetu pielęgniarki (4%).

Dyskusja

Po okresie ponad 150 lat wyraźnie widać postęp w zakresie higienizacji środowiska szpitalnego. Dotarcie mikroorganizmów do wrażliwych na infekcję pacjentów można dokonać przez działania aseptyczne i antyseptyczne. Bardzo ważnym elementem przy usuwaniu dróg szerzenia się zakażeń szpitalnych jest świadomość tego, co robi się w sposób niewłaściwy i co należałoby zmienić we własnym postępowaniu. Problem ten dotyczy całego personelu medycznego od lekarzy,



Ryc. 2. Osoby wytypowane przez respondentów do zajmowania się prewencją zakażeń szpitalnych

przez pielęgniarki, położne, dietetyczki, fizjoterapeutów, do salowych, kucharek, pracowników technicznych. Bardzo ważna jest więc świadomość wszystkich pracowników służby zdrowia, że nawet najmniejsze naruszenie zasad higieny w szpitalu może być przyczyną wybuchu epidemii zakażeń szpitalnych. Znalazło to odzwierciedlenie w obecnym opracowaniu, ponieważ w opinii 88,5% respondentów w prewencję zakażeń szpitalnych powinni się włączyć wszyscy pracownicy służby zdrowia i dotyczyć ona powinna każdego oddziału szpitalnego.

W związku z powyższym należy sukcesywnie badać poziom wiedzy o przyczynach, epidemiologii, czynnikach etiologicznych i objawach klinicznych zakażeń szpitalnych, co może doprowadzić do właściwszej ich kontroli i zwalczania.

Jednym z najważniejszych wektorów transmisji zakażenia w szpitalu są ręce personelu. Na związek między zakażeniami szpitalnymi a myciem rąk po raz pierwszy zwrócono uwagę w 1847 r. Niestety po 150 latach ręce nadal odgrywają kluczową rolę w przenoszeniu różnych infekcji, w tym także grzybów drożdżopodobnych [6, 7]. Na początku lat 90. na oddziałach intensywnej opieki medycznej w szpitalach amerykańskich przeprowadzono badania epidemiologiczne, które wykazały, że jedynie 14–59% lekarzy i pielęgniarek myje ręce przed każdorazowym kontaktem z pacjentem [8]. Verduyn i wsp. wykazali między innymi częstszą izolację szczepów *Candida species* z materiału pobranego ze skóry rąk pracowników służby zdrowia w porównaniu z innymi grupami zawodowymi [7]. W 1998 r. w USA (Ohio) oceniano przez 6 tygodni techniki mycia rąk przez pracowników medycznych. Badani byli obserwowani przez całą dobę, w 3-zmianowym systemie pracy. Wykazano, że częstość mycia rąk zmieniała się w zależności od kategorii zawodu (lekarze – 37,4%, pielęgniarki – 32,6%, pozostali pracownicy – 4,2%) i rodzaju czynności (kąpiel chorego – 83,3%, ba-

danie pacjenta – 47,5%, opróżnianie basenów – 44,1%). Najczęściej myto ręce w oddziałach intensywnej terapii (56,5%). Przy ważnych czynnościach, gdzie wskazane jest noszenie rękawiczek, procentowy wskaźnik mycia rąk wyglądał jeszcze inaczej, np. przy pobieraniu krwi ręce myło 77,6% personelu, przy odsysaniu – 65,5%, zmiana opatrunków – 64,7%, przy opróżnianiu basenów – 45,6%, a przy obsłudze respiratora – 45,5% pracowników. Niepokojący jest fakt, że nie było ani jednego pracownika, który stosowałby mycie rąk i rękawiczki po każdym kontakcie z pacjentem. W naszych badaniach stwierdziliśmy, że 79% respondentów (w tym 81,3% z oddziałów zachowawczych i 76,9% z oddziałów zabiegowych) stosuje do mycia rąk mydło płynne z antyseptykiem i wodą, a 98,6% twierdzi, że czyni to po każdym kontakcie z pacjentem (w tym 98,4% z oddziałów zachowawczych i 98,2% z oddziałów zabiegowych).

Przeprowadzone badania wykazały, że pielęgniarki posiadają zróżnicowany poziom wiedzy na temat problematyki związanej z zakażeniami szpitalnymi. Prawidłowo zdefiniować zakażenie szpitalne nie potrafiło 7,5% badanych, a zakażenie oportunistyczne – 75,5%. Ze stwierdzeniem, czy może wpływać na ryzyko wystąpienia zakażenia szpitalnego: zasadnicza choroba miało problem 19% respondentów, styl życia – 5%, własna flora bakteryjna chorego – 13,5%, wirusy – 8%, *Escherichia coli* – 8% lub kolejność zabiegów operacyjnych – 6,5%. Grzyby rodzaju *Candida* i *Aspergillus* do rodziny bakterii i wirusów kwalifikowało 5% badanych. Kandydoza według 9,5% nie jest wywołana zakażeniem grzybami drożdżopodobnymi, a 12% respondentów nie wiedziało, czy zakażenie szpitalne może być uogólnione. Nie bardzo ma to odzwierciedlenie w sa-

moocenie wiedzy na temat zakażeń, w której jedynie 3,5% respondentów twierdziło, że zasób posiadanych przez nich wiadomości jest niedostateczny, a 6% nie umiało wystawić sobie oceny. Wiedzę zdobywali ankietowani w różny sposób, w minimalnym jednak odsetku (8,5%) w drodze szkoleń pozaszpitalnych, kursów specjalistycznych i specjalizacji.

Na podstawie przeprowadzonych badań można jednoznacznie stwierdzić, że tylko pielęgniarka i położna rozumieją zasady higieny, mająca wyrobione nawyki higieniczne, znająca swoją pracę, wiedząca, jakie konsekwencje może wywołać brak prawidłowo przeprowadzonej dezynfekcji i sterylizacji, sumienna, odpowiedzialna, umiejąca uczyć innych oraz wymagająca solidnej pracy od siebie i podległego personelu, nie przyczyni się do rozwoju zakażeń szpitalnych. W związku z powyższym należy stworzyć jak najlepsze warunki dla szkoleń interdyscyplinarnych, bo tylko zintegrowane działania wszystkich pracowników służby zdrowia mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby zakażeń szpitalnych.

Wnioski

1. Wiedza pielęgniarek i położnych na temat zakażeń szpitalnych jest zróżnicowana.
2. Celowe wydaje się prowadzenie dalszych, rozszerzonych badań oceniających poziom wiedzy pielęgniarek i położnych na temat zakażeń szpitalnych.
3. W opinii większości respondentów w prewencji zakażeń szpitalnych powinni się włączyć wszyscy pracownicy służby zdrowia i dotyczyć ona powinna każdego, bez wyjątku, oddziału szpitalnego.

Piśmiennictwo

1. Jeljaszewicz J. *Wstęp*. [w:] *Zakażenia szpitalne*. Red. Dzierżanowska D, Jeljaszewicz J. α -medica press; 1999: 321–371.
2. Zaremba L. *Zakażenia szpitalne*. [w:] *Mikrobiologia Lekarska*. Red. Zaremba L. Warszawa: PZWL; 1997: 659–706.
3. Raport o zakażeniach szpitalnych. I. Zakażenia Szpitalne. *Klin Chorób Zakaż i Zakaż Szpit* 1997; 1: 7–22.
4. Raport o zakażeniach szpitalnych. II. Wprowadzenie i komentarze do części szczegółowej. *Klin Chorób Zakaż i Zakaż Szpit* 1997; 1: 25–34.
5. Heczko PR, Bulanda M. Zakażenia szpitalne na oddziałach zabiegowych. *Przegl Urol* 2001; 6: 36–41.
6. Huang YC, Lin TY, Leu HS, Peng HL, Wu HL, Chang HY. Outbreak of *Candida parapsilosis* fungemia in neonatal intensive care units: clinical implications and genotyping analysis. *Infection* 1999; 27: 97–102.
7. Verduyn Lunel FM, Meis JF, Voss A. Nosocomial fungal infections: candidemia. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1999; 34: 213–220.
8. Dzierżanowska D, Pawińska A, Piotrowski A, Szwedzik Z, Waszak B, Wieczyńska J. *Zabiegi sanitarne*. [w:] *Zakażenia szpitalne*. Red. Dzierżanowska D, Jeljaszewicz J. α -medica press; 1999: 321–371.
9. Piegoń G. *Niepożądane interakcje*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999; 5: 12–17.

Adres I Autorki:

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB
ul. Skłodowskiej-Curie 7a
15-096 Białystok

Edukacja zdrowotna w profilaktyce nowotworowej

Health education in the prophylaxis of cancer

BARBARA ŚLUSARSKA, MARIUSZ WYSOKIŃSKI, AGNIESZKA SADURSKA,
DANUTA ZARZYCKA, IWONA ADAMSKA-KUŹMICKA, MARTA CZEKIRDA

Z Samodzielnej Pracowni Umiejętności Pielęgniarskich Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Akademii Medycznej w Lublinie
p.o. Kierownik: dr Barbara Ślusarska

Streszczenie Wśród licznych przyczyn sprzyjających rozwojowi choroby nowotworowej coraz częściej mówi się o stylu życia charakteryzującym się głównie brakiem systematycznej kontroli stanu zdrowia oraz szeroko uwarunkowanym zjawiskiem niepodejmowania badań lekarskich, gdy pojawią się pierwsze nietypowe symptomy. Celem badań było poznanie opinii dotyczących zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej i określenie oczekiwań badanych, dotyczących edukacji zdrowotnej w analizowanym obszarze. Badania w formie sondażu przeprowadzono w grupie 242 kobiet mieszkanek miasta Lublina. Wiek badanych zawierał się w granicach 40–65 lat. Okazało się, że badane kobiety najczęściej oceniały swoje zdrowie jako „dobre” lub „średnie”. U około 20% badanych występowały obciążenia rodzinne w zakresie choroby nowotworowej. Badane kobiety rzadziej wykonywały samobadanie piersi niż odbywały badania kontrolne u ginekologa, badania cytologiczne, mammograficzne. Tylko nieliczna grupa kobiet wykonywała badania określające gęstość kości. Ponad połowa badanych deklaruje, iż chętnie sięga po materiały edukacyjne o tematyce zdrowotnej, czerpiąc z nich informacje, które przyczyniają się do umacniania zdrowia.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, profilaktyka nowotworowa.

Summary Among the causes favoring the development of cancer is life style, mainly characterized by absence of systematic control of health and not undertaking medical examinations when the first symptoms have occurred – the phenomenon of complex conditions. The purpose of study was to gather opinions on health behaviors in the prevention of cancers and to define the expectations of the examined concerning their health education. A survey was addressed at 242 women from Lublin, 40–65 years old. The results found that the women examined evaluated their own health as “good or average”. Family histories about 20% of the respondents revealed cancers that run in the family. They self-examined their breasts less often in comparison to gynecological check-ups, cytological tests or mammography. Only a small group had densitometry. Over half of the respondents declare willingness to reach for educational material as a source of information, which enhances their health condition.

Key words: health education, the prophylaxis of cancer.

Wstęp

Najlepszą prewencją chorób nowotworowych jest dbałość o równowagowy lub najbliższy mu stan wewnętrzny ustroju. Oznacza to, że w każdym okresie rozwojowym zagrożenie onkologiczne jest tym mniejsze, im lepszy jest stan ogólny zdrowia człowieka (Klimek R, Popiela T, 2003). W takim ujęciu działania człowieka na rzecz utrzymania zdrowia stają się imperatywem podstawowym.

Badania prowadzone przez Centrum Onkologii na reprezentatywnych grupach osób w odstępach około 10-letnich wskazują na zwiększenie liczby kobiet świadomych potrzeb badań cytolo-

gicznych i samokontroli piersi. Wzrosła także liczba osób przekonanych o związku palenia tytoniu i raku oraz uznających potrzebę informowania pacjenta o rozpoznaniu nowotworu. Więcej Polaków zna także jeden lub więcej wczesnych symptomów raka (Jokieli M, 1996). Jednocześnie wśród licznych przyczyn sprzyjających rozwojowi choroby nowotworowej coraz częściej mówi się o stylu życia charakteryzującym się brakiem systematycznej kontroli stanu zdrowia oraz szeroko uwarunkowanym zjawiskiem niepodejmowania badań lekarskich, gdy pojawiają się pierwsze nietypowe symptomy choroby (Love N, 1991; Chodecka-Szawłowska G, 1998).

W pracy przyjęto podstawę teoretyczną dla zachowań zdrowotnych opartą na koncepcji Harriisa i Gutena (Fredricks AJ, Dossett DL, 1983; Hariss DM, Guten S, 1979), która określa, że „zachowania zdrowotne podejmowane są zgodnie z preferencjami poszczególnych osób i aktualnym ich stanem zdrowia w celu jego ochrony i podtrzymania, bez względu na to, czy działania takie są efektywne czy też nie”.

Ważne jest zatem, aby istniejącą w każdym człowieku siłę skierowaną na działania zdrowotne uaktywniać w warunkach zdrowia, nie czekając do momentu jego zagrożenia. Wykorzystywanie różnych metod edukacji zdrowotnej kształtującej opinię publiczną, a przez to wpływającej na jednostkowe zachowania zdrowotne, należy aktualnie zaliczyć do głównych kierunków profilaktyki nowotworowej (Bulicz E, 2000).

Celem pracy jest określenie wybranych, deklarowanych zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej oraz poznanie oczekiwań badanych dotyczących edukacji zdrowotnej w analizowanym obszarze.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu kwestionariusza ankiety. Ankieta zawierała pytania dotyczące stylu życia i zachowań zdrowotnych istotnych w profilaktyce nowotworowej oraz opinii badanych na temat edukacji zdrowotnej. Badania przeprowadzono w 2002 r. w okresie od stycznia do czerwca. Dla celów prezentowanej pracy wykorzystane zostały tylko wybrane badane zmienne. Dla określenia istotności różnic testowanych zmiennych wykorzystano test nieparametryczny χ^2 przy użyciu pakietu obliczeniowego Statistica 6,0.

Badaniami objęto losowo wybrane 242 kobiety mieszkające na terenie miasta Lublina. Największą grupę stanowiły osoby w wieku od 50 do 59 lat – 106 (43,81%) osób oraz w wieku od 40 do 49 lat – 85 (35,12%) kobiet. W wieku od 60 do 65 lat było 47 (19,42%) ankietowanych. Spośród ankietowanych 4 (1,65%) osoby nie udzieliły odpowiedzi dotyczącej wieku. Największą grupę wśród ankietowanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 128 (52,9%) osób oraz wyższym – 83 (34,3%) ankietowane. Wykształcenie podstawowe deklarowało 7 (2,89%) respondentek, zawodowe 20 (8,26%), zaś 4 (1,65%) respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Wśród badanych 123 (50,83%) osób pracuje zawodowo, na emeryturze przebywa 59 (24,38%), a na rencie 47 (19,42%), inne źródła utrzymania wymienia 12 (4,96%) osób, a 1 (0,41%) ankietowana nie udzieliła odpowiedzi. Ankietowane były przedstawicielkami 33 za-

wodów. Najliczniejszą grupę stanowiły nauczycielki – 15 (6,19%) osób, księgowy, kobiety pracujące na stanowiskach kierowniczych oraz specjaliści – po 11 (4,5%) kobiet. Ponadto ankietowane pracowały np. w następujących zawodach: przedsiębiorcy, pielęgniarki, wykładowcy, sekretarki, sprzątaczk. W momencie prowadzenia badań nie pracowało 114 (47,1%) ankietowanych.

Wyniki

W grupie badanych kobiet określono rodzinne obciążenia występowania chorób nowotworowych. Wśród ankietowanych w 47 (19,42%) przypadkach w najbliższej rodzinie występowały choroby nowotworowe. Najczęściej dotyczyły one osoby matki – 16 (6,61%) wskazań oraz osoby ojca – 15 (6,19%) odpowiedzi. W odpowiedziach odnoszących się do osoby matki najczęściej padało stwierdzenie, że chorują one na raka – 7 (4,13%). Natomiast wśród odpowiedzi związanych z osobą ojca najczęściej powtarzały się stwierdzenia, że chorują oni na nowotwór – 5 (4,13%) oraz raka żołądka – 4 (1,65%) odpowiedzi. W badanej grupie występowanie choroby nowotworowej podało 4 (1,65%) ankietowane kobiety.

Badane respondentki poproszono o ocenę swojego potencjału zdrowia przez wybór adekwatnego dla odczuwanego stanu przymiotnika: bardzo dobry, dobry, średni, zły, bardzo zły. Najwięcej ankietowanych, bo 111 (45,87%), oceniło stan swojego zdrowia jako średni, duża grupa – 83 (34,3%) jako dobry. Natomiast jako zły oceniło stan zdrowia 36 (14,88%) respondentek, a jako bardzo zły 7 (2,89%) osób. Jedynie 5 (2,06%) ankietowane stan swojego zdrowia oceniło jako bardzo dobry.

Analiza danych dotycząca złożonych deklaracji w zakresie wybranych zachowań zdrowotnych wśród badanych kobiet wskazuje, iż najwięcej kobiet unika picia alkoholu – 191 (78,92%) i nie pali papierosów – 178 (73,56%) oraz stara się unikać w diecie spożywania tłuszczu zwierzęcych – 170 (70,25%). Natomiast znacznie rzadziej występowała poprawność zachowań w zakresie diety bogatej w warzywa i owoce – 142 (58,68%) badanych oraz utrzymywania prawidłowej masy ciała – 69 (28,51%) osób. Szczegółowe wyniki prezentuje tabela 1.

Systematyczna kontrola stanu zdrowia u lekarza pierwszego kontaktu oraz wykonywanie badań profilaktycznych to gwarancja wczesnego wykrycia pierwszych symptomów choroby nowotworowej. Czy i w jakim zakresie badane kobiety podejmowały działania? – to następna grupa pytań skierowanych do respondentów. Pytania dotyczyły wykonywania okresowo takich badań kontrolnych, jak: mammografia, badanie cytolo-

giczne, badanie ginekologiczne, samobadanie piersi oraz densytometria. Badane kobiety zadeklarowały wykonanie tych badań w trzech latach poprzedzających sondaż: (tj. w roku 2001, 2000 i 1999) w zakresie badania mammograficznego – 122 (50,41%) osoby, badania cytologicznego – 141 (58,26%), badania ginekologicznego – 180 (74,38%), badania określającego gęstość kości – 70 (28,92%) osób oraz samobadania piersi – 53 (21,9%) badanych. Szczegółowe wyniki prezentuje tabela 2.

W celu określenia istotności statystycznej zebranych danych testowano wybrane zmienne te-

stem nieparametrycznym χ^2 . Wśród licznie testowanych zmiennych zależnych w odniesieniu do oceny stanu zdrowia w badanej grupie (tab. 3) tylko dwie zmienne, tj. ocena masy ciała ($\chi^2 = 40,93$, $p < 0,01$) oraz unikanie picia alkoholu ($\chi^2 = 28,67$, $p < 0,01$) były istotne statystycznie (tab. 3). Różnice w powstałych grupach w odniesieniu do pierwszej powyżej testowanej zmiennej polegały na tym, że kobiety oceniające swój stan zdrowia jako dobry i średni częściej utrzymywały masę ciała w granicach normy lub na granicy nadwagi niż osoby oceniające swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Druga zależność istotna

Tabela 1. Wybrane zachowania zdrowotne w grupie badanej

Rodzaj zachowania	Tak	Inne
Niepalenie papierosów	178 (73,56%)	Palenie – 59 (24,38%), brak odpowiedzi – 5 (2,06%)
Unikanie picia alkoholu:		
• wódka	191 (78,92%)	Wódka: picie raz w tygodniu – 15 (6,2%), okazjonalnie – 36 (14,88%),
• piwo	183 (75,62%)	Piwo: picie raz w tygodniu – 35 (14,46%), raz dziennie – 3 (1,24%), okazjonalnie – 21 (8,68%)
• wino	179 (73,97%)	Wino: picie raz w tygodniu – 33 (13,64%), raz dziennie – 3 (1,24%), okazjonalnie – 27 (11,15%)
Utrzymywanie prawidłowej masy ciała	69 (28,51%)	Niedowaga – 15 (6,2%), nadwaga 120 (49,59%), otyłość – 36 (14,88%), brak odp. 2 (0,82%)
Dieta bogata w owoce	1 raz dziennie 154 (63,64%)	1–2–3 razy w tygodniu – 70 (28,93%), nie spożywa 15 (6,19%), okazjonalnie 3 (1,24%)
Dieta bogata w warzywa	142 (58,68%)	1–2–3 razy w tygodniu – 87 (35,95%), nie spożywa 11 (4,55%), okazjonalnie 2 (0,82%)
Rekreacyjne podtrzymywanie aktywności fizycznej	Spacery 1 raz dziennie 141 (58,26%)	2 razy w tygodniu – 14 (5,78%), praca na działce – 44 (18,18%), codzienne ćwiczenia gimnastyczne – 28 (11,57%)
Unikanie tłuszczów zwierzęcych	170 (70,24%) smalec	Margaryny – 100 (41,32%), masło – 73 (30,16%)

Tabela 2. Kontrola stanu zdrowia w badanej grupie

Rodzaj badania	Tak			Inne
Mammografia	2001 70 (28,93%)	2000 34 (14,05%)	1999 18 (7,44%)	1998–1995 – 14 (5,78%) Nie wykonywały – 104 (42,98%) Brak odpowiedzi 2 (0,82%)
Badanie cytologiczne	2001 68 (28,1%)	2000 53 (21,9%)	1999 20 (8,26%)	1998–1979 – 35 (14,47%) Nie wykonywały – 17 (7,02%) Brak odpowiedzi – 49 (20,25%)
Badanie ginekologiczne	2001 116 (47,93%)	2000 44 (18,18%)	1999 20 (8,26%)	1998–1970 – 49 (20,25%) Nie pamięta – 1 (0,42%) Brak odpowiedzi – 12 – (4,96%)
Samobadanie piersi	53 (21,90%)			Okazjonalnie – 111 (45,87%) Nie wykonuje – 75 (30,99%) Brak odpowiedzi – 3 (1,24%)
Określenie gęstości kości	2001 29 (11,98%)	2000 27 (11,16%)	1999 14 (5,79%)	1998–1994 – 24 (9,91%) Nie wykonuje – 135 (55,79%) Brak odpowiedzi – 13 (5,37%)

Tabela 3. Wyniki testowania wybranych zmiennych testem χ^2

Lp.	Zmienne niezależne	Wybrane zmienne	χ^2	df	p
1.	wiek	mammografia	208,8574	196	0,25192
		badanie cytologiczne	316,8446	560	1,0000
		badanie ginekologiczne	311,7448	672	1,0000
		samobadanie piersi	119,1051	140	0,89898
		badanie gęstości kości (densytometria)	200,7841	280	0,99989
		edukacja zdrowotna	18,35342	20	0,56414
2.	ocena stanu zdrowia	mammografia	23,35	35	0,9336
		badanie cytologiczne	92,50	100	0,6899
		badanie ginekologiczne	64,68	120	0,9999
		samobadanie piersi	12,26	25	0,9842
		badanie gęstości kości (densytometria)	32,78	50	0,9714
		ocena masy ciała	40,93	20	0,003
		dieta bogata w warzywa	23,27	25	0,5614
		dieta bogata w owoce	24,57	25	0,4861
		unikanie tłuszczów zwierzęcych	15,10	25	0,9388
		unikanie picia	28,67	15	0,01
		• wódki	31,01	20	0,05
		• wina	15,69	10	0,1
		unikanie palenia papierosów			

statystycznie polegała na tym, że osoby nie pijące alkoholu częściej oceniały swój stan zdrowia w kategoriach bardzo dobry, dobry i średni niż osoby spożywające alkohol.

Ankietowane w większości, tj. 145 (59,92%) osób, chętnie czyta i korzysta z materiałów o tematyce zdrowotnej. Dla 62 (25,62%) kobiet materiały edukacyjne nie mają większego znaczenia. Nie mają zdania na temat tego typu materiałów 24 osoby (9,92%). Nie lubi korzystać z broszurek, ulotek 8 (3,31%) ankietowanych. Trzy osoby (1,24%) nie udzieliły odpowiedzi. Z grupy osób oceniających stan swojego zdrowia na poziomie średnim 63 (26,03%) osoby chętnie czytają materiały edukacyjne, a dla 33 (13,64%) kobiet materiały te nie mają znaczenia. W grupie osób oceniających swoje zdrowie na poziomie dobrym z tego typów materiałów chętnie korzysta 52 (21,49%) osoby, a dla 21 (8,68%) kobiet materiały takie nie mają znaczenia. Z grupy osób oceniających stan swojego zdrowia na poziomie złym, 21 (8,68%) osób chętnie czyta i korzysta z materiałów o tematyce edukacyjnej. Powyższe różnice w opisanych grupach nie były istotne statystycznie.

Wnioski

Przeprowadzone badania i analiza uzyskanych danych pozwala stwierdzić, iż:

- obciążenia rodzinne w zakresie występowania chorób nowotworowych dotyczą około 20% badanych kobiet;
- w badanej grupie kobiety najczęściej oceniają swój stan zdrowia jako – średni – około 46%

badanych, oraz dobry – około 35% respondentek;

- wśród zachowań zdrowotnych istotnych w profilaktyce nowotworowej badane kobiety deklarują najczęściej: unikanie picia alkoholu – około 79% badanych, niepalenie papierosów – około 74% badanych, stosowanie diety bogatej w owoce i warzywa (odpowiednio około 64 i 59% badanych) oraz unikanie spożywania tłuszczów zwierzęcych – około 70% badanych;
- z badań profilaktycznych stosowanych w celu wczesnego wykrywania symptomów choroby nowotworowej korzysta około 51% w odniesieniu do badania mammograficznego, ponad 58% – w zakresie badania cytologicznego. W niewielkim zakresie kobiety wykonują u siebie samobadanie piersi – około 22% badanych oraz poddają się badaniu densytometrii – około 29% respondentek;
- około 60% badanych kobiet podaje, iż chętnie korzysta z materiałów edukacyjnych omawiających sposoby podtrzymywania zdrowia i profilaktyki nowotworów.

Podsumowanie

Wśród licznych czynników mających wpływ na działania podejmowane przez ludzi w ramach profilaktyki nowotworów należy zwrócić uwagę na te, których skuteczność jest znaczna, a nakłady pracy i obciążenia finansowe są niewielkie. Jednym z obszarów takich działań, które w ramach profilaktyki może przeprowadzić samodzielnie każda kobieta, jest umiejętność samobadania pier-

si. Wydaje się, iż współczesny poziom rozpowszechnienia informacji w tym zakresie realizowanym przez różne instytucje i media jest wystarczająco zadowalający. Okazuje się jednak, że w grupie badanych kobiet było to badanie najrza-

dziej stosowane. Istnieją zatem wskazania korzystania z metod edukacji zdrowotnej nakierowanej na jednostkowego odbiorcę przez pracę każdego członka zespołu powołanego do profesjonalnego realizowania zadań zawodowych w tym obszarze.

Piśmiennictwo

1. Klimek R, Popiela T. Menopauza a nowotwory i choroby nowotworowe. *Menopauza* 2003; 2(1): 17–21.
2. Jokieli M. Zmiany w opinii publicznej o informowaniu społeczeństwa polskiego w zakresie chorób nowotworowych w latach 1976, 1986, 1990. *Nowotwory* 1996; 46: 235–240.
3. Chojnacka-Szawłowska G. *Rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
4. Love N. Why patients delay seeking care for cancer symptoms. What you can do about it. *Postgrad Med* 1991; 89: 151–152, 155–158.
5. Fredericks AJ, Dossett DL. Attitude – behavior relations: a comparison of the Fishbein – Ajzen and the Bentler – Speckart model. *J Person Soc Psychol* 1983; 45: 501–512.
6. Harris DM, Guten S. Health-protective behavior: an exploratory study. *J Health Soc Behav* 1979; 20: 17–29.
7. Bulicz E. Waleologiczna strategia zachowania zdrowia ludności w warunkach współczesnych. *Annales UMCS, Sectio D* 2000; Vol. LV, Supl. VII: 5, 16–19.

Adres Autora:

Samodzielna Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM
al. Raławickie 1
20-950 Lublin

Ratownictwo medyczne w Polsce u progu XXI wieku

Polish medical rescue system at the point of XXI century

IGOR CHĘCIŃSKI, JACEK PIECHOCKI, RADOŚLAW JADACH

Z Zakładu Ratownictwa Medycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
p.o. Kierownika Zakładu: dr n. med. Igor Chęciński

Streszczenie Praca dotyczy oceny stanu polskiego ratownictwa medycznego u progu XXI wieku. Autorzy przedstawiają dane epidemiologiczne dotyczące wybranych stanów nagłego zagrożenia zdrowia i życia w Polsce i porównują wskaźniki efektywności pomocy przedszpitalnej na tle innych krajów. Zgony okołourazowe dotyczą w Polsce głównie ludzi młodych, odsetek zgonów w fazie przedszpitalnej kształtuje się na poziomie 62,4% i jest porównywalny z biedną Ghaną. Wskaźniki europejskie są 2–3-krotnie niższe. W pracy omówiono fundamentalną dla ratownictwa medycznego koncepcję łańcucha przeżycia Ahnefelda. Autorzy podjęli się próby odpowiedzi na pytanie, czy polskie ratownictwo działa zgodnie z jej zasadami i w konsekwencji, jaka jest efektywność udzielania pomocy przedszpitalnej. Opublikowane dane dotyczące jakości pomocy przedszpitalnej wskazują na stan daleki od optymalnego. Przykładowo czasy dotarcia pomocy są 2-krotnie dłuższe niż w krajach zachodnioeuropejskich, pierwsze ogniwo łańcucha – pomoc świadków zdarzenia praktycznie w Polsce nie funkcjonuje – pomoc przedszpitalna podejmowana jest przez zaledwie 1/3 świadków zdarzenia, jakość pomocy jest zgodna w 84% ze standardami, popełniane są błędy lecznicze. W opinii autorów istnieje potrzeba pilnych zmian w systemie polskiego ratownictwa medycznego.

Słowa kluczowe: ratownictwo medyczne, skuteczność pomocy przedszpitalnej, łańcuch przeżycia.

Summary In this article there are presented design and tasks of medical rescue. The aim of this article was the quality assessment of prehospital emergency medical care in Poland. Prehospital management of traumas, which are the main reason of death young people under 44 year of life was evaluated. The effectiveness of treatment patients with trauma is low. 62.4% of victims death occur in prehospital phase (percent like in poor Ghana), much worse than in USA – 21%. The reasons of this situations are, in authors opinion, area; long time of arrival emergency services to the scene (2-times longer than in west Europe, mistakes in prehospital phase treatment. In conclusions – weakness of all links of “chain of survival” were described. The trends of changes of polish medical rescue system was suggested.

Key words: medical rescue, effectiveness of prehospital treatment, chain of survival.

Wstęp

Naturalnym kierunkiem działania ratownictwa medycznego jest dążenie do coraz efektywniejszego ratowania ludzi w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Problem ten towarzyszył człowiekowi już od zarania jego dziejów – już w Biblii opisany jest fakt przywrócenia do życia dziecka przez proroka Elizeusza przez oddychanie metodą usta–usta [1]. Fundamentalny, z punktu efektywności resuscytacji, zabieg defibrylacji opisali Prevost i Batelli. Wykazali, że migotanie

serca można przerwać, stosując przepływ prądu o wysokim napięciu pomiędzy dwoma elektrodami rozmieszczonymi na ciele [2]. W latach sześćdziesiątych XX wieku Ahnefeld przedstawił koncepcję „łańcucha przeżycia”, a Paintrigde i Geddes stworzyli pierwsze wyjazdowe zespoły intensywnej opieki wieńcowej.

Budowanie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w Polsce rozpoczęto w końcu lat 90. XX wieku. Rozpoczęto prace nad pierwszymi projektami ustaw, których zwieńczeniem była Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 25 lipca 2001 r. Cel tworze-

nia systemu najlepiej odzwierciedla artykuł 1 ustawy: „zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadania państwa, polegającego na podejmowaniu medycznych działań ratowniczych wobec każdej osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia”. W niniejszej pracy staramy się przedstawić fakty ilustrujące stan ratownictwa medycznego w Polsce u progu XXI wieku.

Epidemiologia wybranych stanów zagrożenia zdrowia i życia w Polsce i na świecie

Dane statystyczne dotyczące naszego kraju są szokujące. Co roku na każde 100 tys. Polaków: 500 umiera na choroby układu krążenia, dalsze 200 – z powodu nowotworów, 75 – z powodu urazów. Zgony okołourazowe dotyczą ludzi młodych – są główną przyczyną zgonów ludzi w grupie wiekowej do 44 roku życia. W wyniku zgonów okołourazowych tracimy ponad 500 tysięcy lat potencjalnego życia i ponad 300 tysięcy lat pracy rocznie, tj. znacznie więcej niż w następstwie schorzeń układu krążenia i chorób nowotworowych łącznie. Urazy są jedną z dwóch głównych przyczyn interwencji zespołów ratownictwa medycznego. Znamienny jest fakt, że u 41% ofiar wypadków drogowych specjalistyczne leczenie szpitalne rozpoczyna się dopiero po 3 godzinach od momentu zaistnienia urazu.

- Sytuacja taka skutkuje fatalnymi następstwami:
- 62,4% zgonów okołowypadkowych występuje w fazie przedszpitalnej – w biednej Ghanie wskaźnik ten jest podobny (62%), w Meksyku wynosi 40%, a w Stanach Zjednoczonych zaledwie 21% [2];
 - w Polsce notujemy 12,5 ofiar śmiertelnych na 100 wypadków, przy wartości 3 w krajach zachodnioeuropejskich;
 - na 100 tys. mieszkańców odnotowuje się 17 ofiar wypadków, gdzie wskaźnik ten w Europie Zachodniej kształtuje się w przedziale 6–9.

Choroby układu krążenia są przyczyną 52,7% wszystkich zgonów. Ocenia się, że tylko 40% chorych z zawałem ma w chwili obecnej szansę na przeżycie [3, 9]. W świetle powyższych liczb zadania stojące przed polskim ratownictwem medycznym są ogromne. Mogą one być skutecznie realizowane w oparciu o koncepcję Ahnefelda.

Koncepcja łańcucha przeżycia Ahnefelda

Klasyczny model ratownictwa oparty jest na łańcuchu przeżycia, którego ogniwa tworzą:

1. reakcja świadków zdarzenia (czynności ratownicze świadków zdarzenia),
2. łączność alarmowa na ratunek,
3. kwalifikowana pomoc przedszpitalna,
4. kwalifikowany transport chorego do właściwego szpitala,
5. diagnostyka i leczenie szpitalne.

W koncepcji tej obowiązuje generalna zasada – słabość działania choćby jednego z ogniw powoduje spadek efektywności całego systemu. Aktywacja łańcucha przeżycia następuje w momencie stwierdzenia wystąpienia stanu zagrożenia zdrowia lub życia.

Łączność alarmowa – drugie ogniwo łańcucha – uległo niewątpliwie wzmocnieniu w okresie ostatnich lat, głównie dzięki szybkiemu rozwojowi telefonii komórkowej. Aby jednak nie wpaść w nadmierny optymizm, trzeba przypomnieć, że nadal powszechnie nie funkcjonuje w Polsce międzynarodowy numer wzywania pomocy 112.

Trzecie ogniwo, którego nie sposób przecenić, to szybkie i prawidłowe podjęcie czynności ratowniczych przez świadków zdarzenia. Należą do nich szybka i właściwa ocena stanu, powiadomienie wykwalifikowanych służb medycznych, zabezpieczenie podstawowych czynności życiowych (udrożnienie dróg oddechowych, wspomaganie układu krążenia i oddechowego – do resuscytacji krążeniowo-oddechowej łącznie).

Jak słabe jest to ogniwo, wskazują dane przytoczone przez Jałowickiego i wsp. [4].

Wykazali oni, że w latach 2001–2002 na terenie działania Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Katowicach na 1153 wezwania Pogotowia Ratunkowego z powodu zatrzymania krążenia aż w 956 (83,7%) zespół ratownictwa medycznego nie podejmował działań resuscytacyjnych (ten sam wskaźnik we Francji wynosi 38,4%).

Przyczynami niepodejmowania resuscytacji przez zespoły ratownicze były:

- stwierdzenie zgonu (rozpoznając na miejscu zdarzenia pewne objawy śmierci biologicznej),
- nie podjęto czynności resuscytacyjnych, gdyż zatrzymanie krążenia było wynikiem nieuleczalnej choroby.

Oznacza to, że przeciętny zjadacz chleba w Polsce nie potrafi rozpoznać zgonu, nie wdraża podstawowych czynności resuscytacyjnych i jego rola ogranicza się w najlepszym razie do wezwania ambulansu.

Pomoc przedlekarska podejmowana przez świadków zdarzenia ma miejsce u tylko 1/3 poszkodowanych [4]. Doświadczenia te pozostają w sprzeczności z deklaracjami, w których aż 90% obywateli społeczeństwa polskiego wyraża chęć niesienia pomocy poszkodowanym w sytuacji zagrożenia życia [4].

Praktycznie nierozwiązanym problemem jest edukacja społeczeństwa w zakresie umiejętności udzielania pierwszej pomocy. Nikt nie jest w stanie odpowiedzieć na pytanie, jaki odsetek polskiej populacji zna podstawowe zasady resuscytacji. Źródła zachodnie szacują, że np. w Szwajcarii umiejętność tę posiada co czwarty obywatel. W Polsce odsetek ten należy oszacować w promilach. Mamy w kraju kilkanaście milionów kierowców, każdy z nich odbywa w ramach kursu na prawo jazdy szkolenia z pierwszej pomocy. Szkolenie to jest jednak traktowane marginalnie. Wątpliwości wzbudza także poziom kształcenia.

Gaszyński kiedyś sarkastycznie stwierdził, że chyba „jest niezłe” ze szkoleniami z pierwszej pomocy, skoro w okresie ostatnich 20 lat wydano kilkanaście milionów zaświadczeń o odbyciu takiego przeszkolenia.

Fakty są jednak takie, że w razie wypadku świadkowie zdarzenia „cierpliwie” czekają na Pogotowie, sami nie angażując się w udzielanie pomocy i reagując oburzeniem, że pomoc docierała zbyt wolno. Jak powszechnie wiadomo, czas dotarcia pomocy ma zasadniczy wpływ na jej efektywność.

Jałowiecki podaje, że czas dotarcia pomocy do poszkodowanego wyniósł średnio 14 minut, co oznacza, że mimo upływu 10 lat – w porównaniu do badań Chęcińskiego i Piechockiego – nie tylko nie uległ skróceniu, ale się wydłużył o 1,5 minuty [4, 6, 7]. Dla porównania w Niemczech czas dotarcia ambulansu do poszkodowanego przeciętnie wynosi 6 minut, jest więc ponad dwukrotnie krótszy [8].

Do niedawna domeną pogotowia była pomoc na miejscu zdarzenia i w czasie transportu utożsamiana głównie z szybkim przewozem na sygnale [2]. Standardy cywilizacyjne definiują zakres pomocy przedszpitalnej. Wiąże się on nieodłącznie z wyposażeniem w nowoczesny sprzęt ratowniczy ambulansów ratunkowych. Niewątpliwie odnotowano tu w ciągu ostatnich lat znaczny postęp. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wyposażenia ambulansów R i W rygorystycznie precyzuje standard wyposażenia, jednak brak dostatecznych środków finansowych przeznaczonych na ratownictwo medyczne spowodował, że zacznie ono obowiązywać dopiero od 2007 r.

Raniszewska ocenia, że jakość kwalifikowanej pomocy przedszpitalnej jest zgodna ze standardami u 84% chorych [5]. Wskaźnik należy uznać za wysoki, jednak odnotowuje ona poważne niedociągnięcia, które nie powinny mieć miejsca w działaniach profesjonalistów. Najczęstsze błędy to:

- brak zabezpieczenia drożności dróg oddechowych,
- brak intubacji,
- brak prawidłowego unieruchomienia złamań,

- brak skutecznego postępowania przeciwbólowego,
- brak dostępu dożylnego,
- przewóz niewłaściwym transportem,
- brak monitorowania funkcji życiowych [5].

Koncepcja łańcucha przeżycia zakłada, że chory powinien dotrzeć do właściwego szpitala (zasada 3W – właściwy chory, we właściwym czasie do właściwego szpitala). Założeniem, któremu towarzyszyła idea powstawania szpitalnych oddziałów ratunkowych, było docelowo stworzenie około 200 takich oddziałów w całej Polsce w okresie 1999–2004. Niestety sytuacja finansowa kraju spowodowała, że cel stał się nie-realny. Jak dotąd szacuje się, że oddziałów takich pracuje zaledwie około 70, co gorsza niektóre są zamykane z powodu trudności finansowych.

W tej sytuacji praktyczna realizacja Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym została wstrzymana do 1 stycznia 2005 r. Stosowane są rozwiązania tymczasowe (oparte na Ustawie o świadczeniu usług medycznych), a – teoretycznie aktualne – rozporządzenia ministerialne z zawartymi obowiązkowymi standardami wyposażenia ambulansów ratunkowych mają zacząć obowiązywać dopiero od roku 2007. Czy stać nas na komfort tak długiego oczekiwania?

Edukacja w ratownictwie

Jakość pomocy przedszpitalnej jest ściśle związana z kwalifikacjami załogi i wyposażeniem ambulansów. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym wprowadziła nowe zawody: lekarza ratunkowego, licencjonowanego ratownika medycznego, pielęgniarki ratunkowej [9].

17 grudnia 2001 r. grupa 100 lekarzy rozpoczęła specjalizację z zakresu medycyny ratunkowej. Z racji pilności specjalizacja ta odbywała się w drodze tzw. krótkiej ścieżki, której zwieńczeniem było przeprowadzenie we Wrocławiu na wiosnę 2003 roku po raz pierwszy w historii polskiej medycyny państwowych egzaminów z medycyny ratunkowej. Istotnym elementem edukacji zawodowej było powstanie na Akademii Medycznych Zakładów Medycyny Ratunkowej – we Wrocławiu w roku 1994, a w roku 2003 Zakładu Ratownictwa Medycznego tamże. Rozpoczęto kształcenie licencjonowanych ratowników medycznych w roku 2000 na Śląskiej i Bydgoskiej Akademii Medycznej, a rok później we wrocławskiej, warszawskiej, poznańskiej, krakowskiej i szczecińskiej.

W roku 2003 opuścił mury Śląskiej Akademii Medycznej pierwszy rocznik licencjonowanych ratowników medycznych. Potrzeby ilościowe sięgają docelowo 6000 licencjonowanych ratowników medycznych. Dla porównania w Stanach

Zjednoczonych w roku 1995 pracowało 76 000 paramedyków [9]. Zakładając, że rocznie polskie Akademie opuści około 300 ratowników, proces dochodzenia do wielkości 6000 wydaje się zbyt długi. Warto podkreślić, że docelowo stanowić oni mają podstawową grupę zatrudnioną w zespołach ratownictwa medycznego. Potwierdzeniem tej tendencji jest rozporządzenie Ministra Zdrowia, które definiuje skład zespołu: lekarz ratunkowy, ratownik medyczny/pielęgniarka ratunkowa, kierowca-paramedyk. Rozporządzenie to dopuszcza możliwość wysłania zespołu wypadkowego bez lekarza, o ile dyrektor Pogotowia uzna kwalifikacje pozostałych członków zespołu za wystarczające do udzielenia pomocy.

Z tego faktu wynika szczególna odpowiedzialność, jaka spoczywa na kadrze nauczającej zawodu licencjonowanego ratownika medycznego.

Ratownictwo medyczne w naszym kraju będzie efektywne pod warunkiem wykształcenia odpowiedniej kadry, która dysponować będzie nowoczesnym sprzętem.

Wnioski

1. System ratownictwa medycznego Polsce jest w początkowej fazie tworzenia.
2. Właściwy rozwój ratownictwa medycznego uzależniony jest od stworzenia warunków organizacyjnych, edukacyjnych, a przede wszystkim od właściwego poziomu finansowania.
3. W chwili obecnej efektywność działania polskiego systemu ratownictwa medycznego jest daleka od optymalnej.

Piśmiennictwo

1. Rasmus A. *Resuscytacja u progu nowego tysiąclecia: dotychczasowe osiągnięcia. Główne ograniczenia i dalsze perspektywy*. Materiały XIII Międzynarodowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii; Łódź 1999.
2. Brongel L. Medycyna ratunkowa: obszar działania. *Zdrowie i Zarządzanie* 2000; 2, 1: 8–11.
3. *Program zwalczania skutków ciężkich, mnogich i wielonarządowych obrażeń ciała*. MiOS; Warszawa 1997.
4. Jałowiecki P, Rudner R et al. Przyczyny i okoliczności niepodjęcia czynności resuscytacyjnych przez zespoły karetek reanimacyjnych i wypadkowych pogotowia ratunkowego. *Med Intens Ratunk* 2004; 7, 1: 5–11.
5. Raniszewska E. Ocena zakresu pomocy medycznej udzielanej ofiarom urazów w okresie przedszpitalnym w regionie gdańskim. *Med Intens Ratunk* 1999; 2, 4: 281–290.
6. Chęciński I. *Ocena skuteczności postępowania przedszpitalnego w ostrych stanach nagłego zagrożenia życia*. Praca doktorska. Wrocław: Akademia Medyczna; 1997.
7. Piechocki J, Jakubaszko J. Wpływ zakresu wczesnych lekarskich działań ratunkowych na ich skutki. *Med Intens Ratunk* 2000; 3, 3 (supl.1. International Congress of Polish Society for Emergency Medicine „Emergency Medicine in Middle & Eastern Europe”, Wrocław, September 13–16, 2000).
8. Jantzen P. *Emergency medicine in Germany*. Materiały VIII Europejskiego Kongresu Anestezjologii, 1990.
9. *Ratownictwo medyczne w Polsce. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. [w:] *Zdrowie i zarządzanie*. Red. J Jakubaszko, A Ryś. Kraków 2002, wyd. I.

Adres Autora:
Zakład Ratownictwa Medycznego,
Wydział Zdrowia Publicznego
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY ZDROWIA PUBLICZNEGO
CONTEMPORARY PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH

Współczesne kierunki badań w stomatologii u dzieci w okresie ich dynamicznego wzrostu

Modern specialization of dental treatment on children
in the age of their dynamic growth, i.e. elementary school

MAREK PUŻYŃSKI¹, MICHAŁ PORWOLIK², KRYSZTOF PORWOLIK³, WIESŁAW KURLEJ⁴

¹ Z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Poradni Stomatologicznej we Wrocławiu
Kierownik: lek. stom. Marek Pużyński

² Z Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Alicja Kędzia

³ Z Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Steciwko

⁴ Z Zakładu Anatomii Stomatologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. Wiesław Kurlej

Streszczenie Badanie i leczenie stomatologiczne kojarzy się z bólem i nieprzyjemnymi odczuciami. Z tych powodów poddaje się mu niewielka część populacji. Zwykle przeprowadza się je tradycyjnymi metodami za pomocą lusterka i sondy. Nowoczesna stomatologia powinna stosować nowe kierunki badań profilaktycznych, które poprawią stan zdrowotny. Stan uzębienia może transponować się na schorzenia innych odcinków układu pokarmowego. Jest to niezwykle ważne w przypadku grupy wiekowej od 7 do 14 lat, gdyż na ten okres przypada dynamiczny rozwój narządu żucia. Bezdotykowe metody, jak tomografia komputerowa, skanowanie, cyfrowe i matematyczne opracowania wyników, pozwalają wraz z bezbolesnym badaniem podstawowym na doskonalsze planowanie leczenia oraz profilaktyki uzębienia u dzieci. Autorzy, biorąc pod uwagę powyższe założenia, proponują, aby: wprowadzić bezdotykowe badania, jak np. tomografia komputerowa, w celu zobrazowania narządu żucia, wprowadzić szerszą analizę zmian zachodzących w obrębie podniebienia, ukształtowania całej głowy, a przede wszystkim jej części twarzowej; na podstawie zdjęć komputerowych uzyskać cyfrowy obraz narządu żucia, a zebrane dane wprowadzić do banku danych i na ich podstawie prognozować metody leczenia i profilaktykę. Praca polegałaby na przeprowadzaniu badań grupy dzieci w wieku od 7 do 14 lat przez wykonanie pomiarów głowy i twarzy w badanych grupach wiekowych, zbadaniu stanu uzębienia, wykonaniu wycisków szczęki i żuchwy. Na podstawie wycisków określa się modele diagnostyczne, a następnie kolejno model cyfrowy i matematyczny. Zakłada się elektroniczną kartę diagnostyczną, która wraz ze zdjęciami RTG służyłaby dziecku przez całe dalsze życie. Informację na temat proponowanego leczenia na najbliższe 7 lat przekazujemy rodzicom. Karta elektroniczna ułatwiłaby archiwizację danych historii choroby, wykonanie elementów korygujących nieprawidłowości narządu żucia. Na podstawie pomiarów twarzy, za pomocą modelu matematycznego określono by wielkość niewyrzniętych zębów i stwierdzono by, czy w łuku zębowym będzie odpowiednia przestrzeń na zęby, a jeśli nie, to wcześniejsze ekstrakcje zębów eliminowałyby konieczność uciążliwego leczenia. W oparciu o model cyfrowy określono by rodzaj wady gnatycznej i ustalono na tej podstawie przebieg leczenia.

Słowa kluczowe: podniebienie, badania kliniczne, systemy komputerowe.

Summary Dental examination and treatment on children are associated with pain, irritation, etc. Frequently because of such reasons it is ineffective and used by a small portion of the population. Usually, it is done with the help of a mirror and probe. Modern dentistry demands a new specialization of treatment, which will improve the state of public health. The teething condition may also have an impact on any part of intestinal tract. This is very important especially for children in the age range from 7 to 14 years, when the chewing system has been dynamically developed. Such tactile methods as computer tomography and scanning, digital and mathematic elaboration of results, along with a painless basic examination allows for a carefully planned treatment and prevention of dentition in children. The authors have taken into consideration some of these assumptions and recommend using

painless examinations such as computer tomography. The computer tomography allows to obtain a better picture of chewing system, and to obtain much comprehensive analysis of any changes observed in palate and whole head, especially in its facial part. Based on the computer tomography the pictures of chewing system might be obtained. The collected data might have been entered to the main system information and be used for dental treatment and prevention. The main purpose of such work will be examination of monitored group of children from 7 to 14 years, measurement of their heads and faces, and making an impression of jaw and mandibula. Diagnostic models followed by digital and mathematical models are made based on these impressions. Implementation of an electric diagnostic card (EDC) along with x-rays will serve the child for his or her entire life. The EDC is then forwarded to their parents, who would be informed on the subject of dental treatment for the next seven years. The EDC will simplify the filing processes of health history of patients and will help in improving of any insufficiencies in chewing process. Based on facial measurements, with the assistance of the mathematical model, it may be determined the size of permanent teeth, which were not yet present, allowing then to determine if there would be sufficient space for these permanent teeth in the dental arch. If there was insufficient space, earlier elimination of teeth will prevent costly, uncomfortable for children, orthodontist treatment. The digital models also will detect any gnathic malformation and determine their treatment.

Key words: palate, clinical study, computer systems.

Wstęp

Zmieniające się czynniki środowiskowe (zwłaszcza w ostatnim okresie) (Wolański N, 1983; Knychalska-Karwan Z, 1994) istotnie wpływają na morfologię twarzowej części głowy, podniebienia oraz zębów. Czynniki te mają również wpływ na charakter wyrzynania się zębów oraz zmiany próchnicowe uzębienia. Niektóre procesy w zakresie analizowanych zmian zachodzą bardzo wolno. Redukcja uzębienia dotyczy zaledwie 2% przypadków w ciągu jednego tysiąclecia. Liczba zębów może zmniejszać się do kilku, a nawet może nie dojść do ich wyrośnięcia. Typowe jest zmniejszanie się uzębienia w zakresie trzeciego trzonowca i drugiego górnego siekacza. Dalsza redukcja dotyczy drugiego stałego trzonowca, przy czym proces ten związany jest z przetrwaniem drugiego trzonowca mlecznego. Może to być proces progresywny w rozwoju filogenetycznym człowieka.

Znamienne jest stwierdzenie sprzed 30 lat (Łasiński W, 1974), że wyrzynanie się zębów stałych u dzieci współczesnych jest około pół roku wcześniejsze w porównaniu z dziećmi sprzed zaledwie 50 lat. Zmiany charakteru odżywiania się człowieka, zachodzące bardzo dynamicznie w bardzo krótkim okresie (ostatniej dekadzie), a także nasilająca się profilaktyka i leczenie stomatologiczne w ostatnim okresie mają istotny wpływ na zmienności morfologiczne twarzowej części głowy i uzębienia.

Zmiany zachodzące w obrębie podniebienia są bardzo ściśle związane ze zmianami kształtowania całej głowy, a przede wszystkim jej części twarzowej, dlatego wskazane jest badanie cech metrycznych podniebienia w połączeniu z badaniami innych cech pomiarowych tej okolicy ciała. U osobników dorosłych zależności pomiędzy podniebieniem i częściami twarzowymi głowy już od dawna były przedmiotem licznych opra-

cowań (Rogger J, 1928; Methling O, 1939). Implikacje pomiędzy uzębieniem a ukształtowaniem twarzy podaje Kawala (1999).

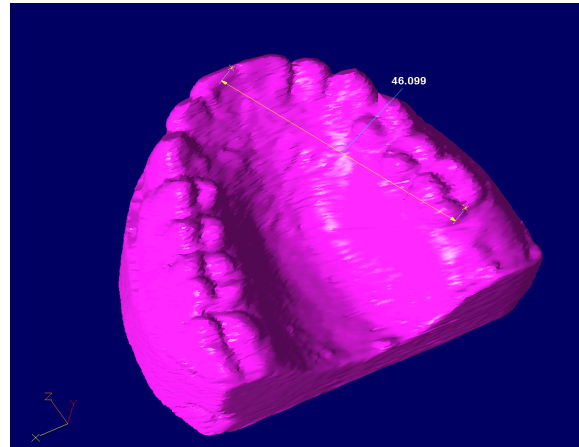
Poznanie zmienności budowy morfologicznej podniebienia i łuku zębowego szczęki ma duże znaczenie poznawcze i użytkowe. Ustalenie prawidłowości rozwojowych narządu żucia ma bowiem istotne znaczenie w zakresie profilaktyki i leczenia stomatologicznego. Bardzo ważne jest uwzględnienie zmienności z wiekiem badanych narządów zarówno w okresie płodowym, jak i pozapłodowym. Narząd żucia podlega bardzo różnorodnym i intensywnym zmianom podczas całego okresu życia. Na podstawie przeglądu bogatego piśmiennictwa z tego zakresu badań można stwierdzić, że liczne prace mają nieaktualny, jedynie archiwalny charakter. W badaniach nie uwzględniano analizy statystycznej, różnic dymorficznych i bilateralnych. Istotne znaczenie ma badanie zmienności tych cech w kontekście rozwoju głowy, a zwłaszcza twarzoczaszki. Dalsze badania podniebienia twardego są nadal aktualne ze względu na zachodzące mikroewolucyjne procesy w rozwoju uzębienia człowieka. Informacje na temat wielkości zębów, kolejności ich wyrzynania, a także problemy związane z ich patologią (próchnica) mogą mieć bardzo ważną wartość poznawczą. Informacje te umożliwiają prześledzenie zmian zachodzących w zakresie uzębienia w dość szerokim przedziale czasu. Porównanie stanu uzębienia pod względem kilku zaledwie cech na przestrzeni ostatniego stulecia może być pomocne w ustaleniu czynników powodujących zachodzące zmienności i pozwoli na wprowadzenie skuteczniejszych metod profilaktyki oraz leczenia. Obecnie coraz częściej sięga się po komputerowe wspomaganie badań diagnostycznych (Panek H, Bohater P, 2002; Panek H, Dąbrowa T, 2002; Pużyński M, Porwolik K, 2003) (ryc. 1).



Ryc. 1. Przykład badania komputerowego



Ryc. 2. Urządzenie do bezdotykowego sposobu pomiaru narządu żucia



Ryc. 3. Obraz skanowanej szczęki (typowy skaner laserowy)

1. Wykonać pomiary głowy, twarzy w badanych grupach wiekowych.
2. Zbadać stan ich uzębienia (próchnica, przyzębie).
3. Wykonać wyciski szczęki i żuchwy.
4. Na podstawie wycisków określić modele diagnostyczne.
5. Na podstawie modeli stworzyć modele cyfrowe (ryc. 3–5).
6. Na podstawie modeli cyfrowych opracować modele matematyczne.
7. Założyć elektroniczną kartę diagnostyczną, która wraz ze zdjęciami rtg służyłaby dziecku przez całe dalsze życie i ułatwiałaby kontynuację leczenia na całym świecie.
8. Przekazać rodzicom informację na temat proponowanego leczenia na najbliższe 7 lat.
9. Karta elektroniczna ułatwiałaby archiwizację danych i historii choroby pacjenta.

Materiały i metody

1. Porównanie analizowanych cech u monitorowanej grupy dzieci na tle innych współczesnych populacji. Na tej podstawie można określić zmienności międzypopulacyjne analizowanych cech. Intencją realizacji tego celu jest stwierdzenie ewentualnych tendencji zmian zachodzących z czasem w zakresie twarzowej części głowy i uzębienia.
2. Wprowadzenie do badań stomatologicznych bezdotykowych badań diagnostycznych (ryc. 1 i 2) (tworzenie modeli cyfrowych, modeli matematycznych), które będą pomocne w przewidywaniu leczenia ortodontycznego, chirurgicznego oraz zachowawczego, a będą możliwe szybko do zastosowania w praktyce.
3. Korzystanie przy analizie materiału z uzyskanych wirtualnych modeli (ryc. 4).

Materiał stanowią mają badania grupy dzieci w wieku od 7 do 14 lat.

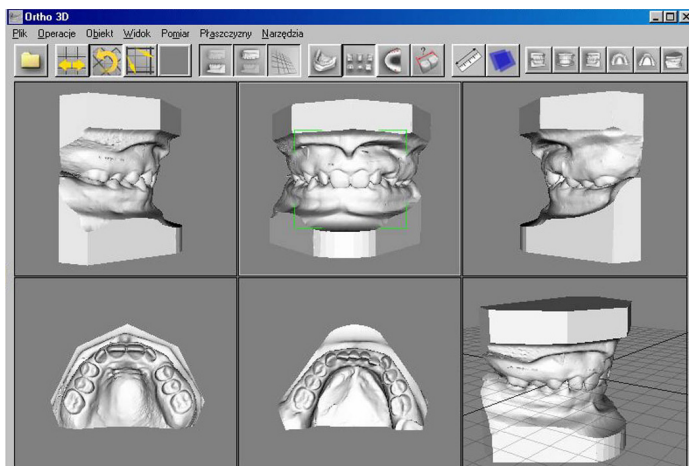
Wyniki

Wirtualne modele szczęki i żuchwy (ryc. 4) będą podstawą do dalszych analiz uzyskanych z wycisków oraz bezdotykowych metod pomiarowych. Określone modele diagnostyczne stanowią podstawę do utworzenia modeli cyfrowych, a następnie matematycznych.

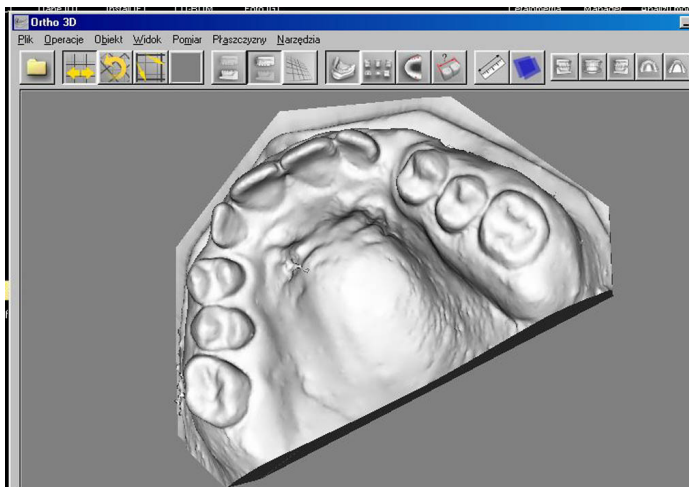
Zakładana dla każdego pacjenta elektroniczna karta diagnostyczna wraz ze zdjęciami RTG służyłaby dziecku przez całe dalsze życie. Informację na temat proponowanego leczenia na najbliższe 7 lat przekazujemy rodzicom. Karta elektroniczna ułatwiałaby archiwizację danych historii choroby, wykonanie elementów korygujących nieprawidłowości narządu żucia. Model matematyczny pomiarów twarzy umożliwi określenie wielkości niewyrzniętych zębów i pozwala stwierdzić, czy w łuku zębowym będzie odpowiednia przestrzeń na zęby, a jeśli nie, to wcześniejsze ekstrakcje zębów eliminowałyby konieczność uciążliwego le-

czenia. Model cyfrowy umożliwia określenie rodzaju wady gnatycznej i ustalenie na tej podstawie przebiegu leczenia. Uzyskane wyniki pozwalałyby przewidywać, które dzieci z badanych grup szczególnie powinny być uwzględnione w profilaktyce czy leczeniu. Często już w wieku 14 lat podjęte leczenie jest zbyt późne i wiąże się z du-

żymi kosztami, które można znacznie zmniejszyć przez wdrożenie leczenia już w wieku 7 lat. Archiwizujemy to w elektronicznych bazach danych. Przekazujemy wyniki rodzicom. Tradycyjne metody archiwizacji były kłopotliwe w przetwarzaniu wyników badań. W tabeli 1 ujęto porównanie między modelami gipsowymi a wirtualnymi.



Ryc. 4. Wirtualne modele – technologia CMO (wykorzystano za zgodą firmy POLORTO z Częstochowy)



Ryc. 5. Wirtualny model szczęki w technologii CMO (wykorzystano za zgodą firmy POLORTO z Częstochowy)

Tabela 1. Korzyści z używania modeli wirtualnych w stosunku do modeli gipsowych (wykorzystano za zgodą firmy POLORTO z Częstochowy)

	Model gipsowy	Model wirtualny
Przechowywanie	wymaga powierzchni magazynowej	cyfrowe
Katalogowanie	kartoteki papierowe	cyfrowe (komputerowe)
Odszukiwanie	ręczne, wymagające czasu	natychmiastowe
Wymiana informacji	wymaga duplikacji	e-mail, Internet,
Przesyłanie	wymaga fizycznej wysyłki modelu	sieci wewnętrzne (Intranet, LAN)
Diagnostyka	pomiary manualne	technologie cyfrowe, formuły matematyczne
Złamania	często	nigdy
Utrata	często	dane archiwizowane
Możliwość odtworzenia fizycznej postaci modelu	tak, jeśli przetrwał fizyczny model wyjściowy	tak, jeśli są dane cyfrowe
Inne	kurzą się, konieczność okresowej likwidacji części zebranych modeli	możliwość wykorzystania w prezentacjach, porównaniach, łatwe umieszczanie w notatkach

Na podstawie wymiarów twarzy, za pomocą modelu matematycznego można określić wielkości zębów stałych, których jeszcze nie ma, i to pozwala stwierdzić, czy w łuku zębowym będzie odpowiednio dużo miejsca na te zęby, jeśli nie, to wcześniejsze ekstrakcje zębów eliminują konieczność kosztownego leczenia ortodontycznego uciążliwego dla dziecka (ryc. 6).

Na podstawie modelu cyfrowego narządu żucia można określić rodzaj wady gnatycznej i określić przebieg leczenia (ryc. 7).

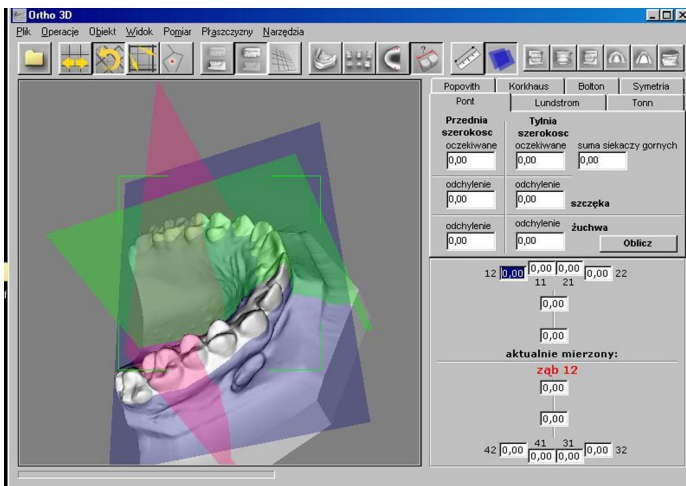
Wnioski

1. Bezstresowa diagnostyka (pomiar twarzy) z czasem prowadzona przez cyfrowy skaner pozwoliłaby optymalnie planować leczenie stomatologiczne.
2. Uzyskiwanie bazy danych pozwoli na modyfikowanie sposobów leczenia oraz profilaktyki.
3. Wprowadzanie bezdotykowych metod z czasem obniży koszty leczenia i profilaktyki, co spowoduje coraz powszechniejsze ich stosowanie.
4. Cyfrowy zapis warunków zgryzowych umożliwi szybkie powstawanie nowych technik

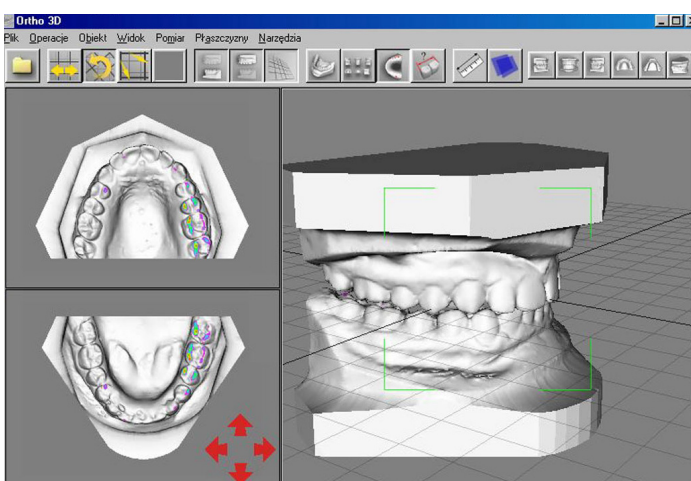
diagnostycznych oraz łatwiejsze korzystanie z dotychczas stosowanych (np. analizy symetrii łuków).

Podsumowanie

Autorzy proponując wprowadzenie do badań stomatologicznych rutynowo wykonywania modeli diagnostycznych narządu żucia, bezdotykowych badań diagnostycznych, sądzą, że będą one w przyszłości pomocne w przewidywaniu leczenia ortodontycznego, chirurgicznego oraz zachowawczego. W dobie bardzo dynamicznie rozwijającej się techniki komputerowej będą możliwe szybko do zastosowania w praktyce, chociaż proponowane rozwiązania mogą obecnie budzić kontrowersje i wydawać się futurystycznymi. Dzięki takim metodom uzyskamy szybko możliwość analizowania cech monitorowanych pacjentów na tle innych współczesnych populacji. Można będzie dokładniej obserwować tendencje zmian zachodzących w zakresie twarzowej części głowy oraz uzębienia. Ważnym elementem praktycznym byłaby również łatwość archiwizacji bardzo dużej liczby danych uzyskanych z analizy diagnostycznych modeli szczęki i żuchwy w systemie elektronicznym.



Ryc. 6. Praca za pomocą modelu wirtualnego w technologii CMO (wykorzystano za zgodą firmy POLORTO z Częstochowy)



Ryc. 7. Analiza okluzji za pomocą modelu wirtualnego w technologii CMO (wykorzystano za zgodą firmy POLORTO z Częstochowy)

Piśmiennictwo

1. Wolański N. *Zmiany środowiskowe a rozwój biologiczny człowieka*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1983.
2. Knychalska-Karwan Z. *Stomatologia środowiskowa*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1994.
3. Łasiński W. *Anatomia głowy dla stomatologów*. Warszawa: PZWL; 1974.
4. Rogger J. Über rätische und verwandte Schädel. Mit besonderer Berücksichtigung der Korrelation zwischen Gesicht und Gaumen. *Schweiz Zschr Zahnk* 1928; 16, 59.
5. Methling O. *Über Beziehungen zwischen Neurocranium und Splanchnocranium zum Gaumen*. Med. Diss., Griefswald; 1939.
6. Kawala B. *Wady zębowo-zgryzowe u bliźniąt jedno- i dwujajowych*. Rozprawa doktorska. Wrocław: Akademia Medyczna; 1999.
7. Panek H, Bohater P. Zastosowanie systemów komputerowych do zapisu wybranych danych z badania klinicznego i badań dodatkowych stosowanych w protetyce stomatologicznej. *Dent Med Prob* 2002; 39, 2: 297–302.
8. Panek H, Dąbrowa T. Zastosowanie systemów komputerowych w wybranych procedurach klinicznych i laboratoryjnych wykonania protez stałych. *Dent Med Prob* 2002; 39, 2: 303–307.
9. Pużyński M, Porwolik K, Porwolik M, Kolinka P, Dybała B. *Próba wykorzystania techniki komputerowej w badaniach profilaktycznych ukształtowania podniebienia u dzieci szkolnych*. Polanica Zdrój: KOWBAN; 2003.

Adres I Autora:
ul. Tkacka 21
54-138 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY ZDROWIA PUBLICZNEGO
CONTEMPORARY PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH

Środowiskowe narażenie na ołów dzieci szkolnych zamieszkałych w rejonie o dużym natężeniu ruchu samochodowego

Lead exposure of school children living in environment with a high intensity of car traffic

ERNEST KUCHAR¹, LESZEK SZENBORN¹, LESZEK ILNICKI², BERNHARD WACHTARZ³,
ULRIKE WALTER³, SIEGWART BIEGL⁴

¹ Z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Dzieci Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Irma Kacprzak-Bergman

² Z Wydziału Zdrowia Miasta Zgorzelec

³ Z Wydziału Zdrowia Miasta Görlitz

⁴ Z Krajowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Saksonii (Niemcy)

Streszczenie **Wstęp.** Zatrucie ołowiem dzieci jest prawdopodobnie najważniejszym problemem medycyny środowiskowej w Polsce. Coraz więcej doniesień wskazuje na to, że upośledzenie funkcji poznawczych i wzrost zachowań agresywnych u dzieci może być związane ze stężeniem ołowiu przekraczającym 2,5 µg/dl (przy powszechnym uznaniu za toksyczne stężenia > 10 µg/dl). Narażenie człowieka na toksyczny ołów i jego związki jest związane z procesem cywilizacyjnym. Ołów wykorzystywany jest w ponad 900 procesach przemysłowych. Szacuje się, że 10–20% całkowitej ekspozycji na ołów pochodzi z wody wodociągowej, pozostała ilość głównie z pyłów powstałych przy przerobie akumulatorów, w hutach metali nieżelaznych, z farb zawierających związki ołowiu oraz spalin samochodowych pojazdów napędzanych benzyną wzbogaconą pochodnymi ołowiu. Te ostatnie wydają się być głównym źródłem skażenia środowiska ołowiem w Polsce. **Cel pracy:** ocena narażenia na ołów dzieci mieszkających w Zgorzelcu – mieście tranzytowym o dużym natężeniu ruchu samochodowego. **Materiał i metody.** Badaniami objęto 188 uczniów szkół podstawowych w 2 grupach wiekowych: 7–8 lat (95 osoby) i 14–15 lat (93 osoby), mieszkających przy ruchliwej drodze międzynarodowej. Stężenia ołowiu oznaczano w pełnej krwi żyłnej metodą płomieniowej spektroskopii atomowej. **Wyniki.** Stężenie ołowiu we krwi u badanych dzieci wynosiło 1,0–14,5 µg/dl ($X = 3,88 \pm 1,74$ µg/dl). Stężenie ołowiu było znamienne wyższe ($p < 0,005$) w grupie dzieci młodszych ($X = 4,24 \pm 1,94$) w porównaniu ze stężeniem w grupie dzieci starszych ($X = 3,51 \pm 1,43$). Stężenia ołowiu powyżej 2,5 µg/dl obserwowano u 150/188 (80,3%) dzieci, stężenia powyżej 6,0 µg/dl u 18/188 (9,7%) badanych, a stężenia powyżej 10,0 µg/dl, uznane za toksyczne, stwierdzono u 2/188 dzieci (ok. 1,1%). **Wnioski.** 1. Bardzo duży ruch samochodowy może być przyczyną toksycznych stężeń ołowiu we krwi u dzieci szkolnych. 2. Na zatrucie ołowiem bardziej narażone są młodsze dzieci. 3. Należy jak najszybciej zastąpić etylinę benzynami bezołowymi.

Słowa kluczowe: ołów, dzieci, środowisko, badania przesiewowe.

Summary **Background.** Lead is a common element found in nature that has been used for centuries by human civilization. Lead is practically everywhere in today's environment and forms probably the most important health problem in environmental medicine. It enters children's bodies from many sources: water pipes, industry (smelters, batteries, pigments) and car traffic due to lead containing gasoline mainly. There are more and more evidences that blood lead concentrations even as low as 2.5 µg/dl affect development and neurological function in children and promote their aggressive behaviour. **Aim of the study.** Assessment of lead exposure in children living in Zgorzelec, town with high car traffic due to state border. **Material and methods.** 188 schoolchildren in 2 age groups: 7–8 years (95 persons) and 14–15 lat (93 persons), living near international route. Lead concentrations were measured in venous blood using graphite furnace atomic absorption spectrophotometry. **Results.** Blood lead con-

centration in examined children ranged from 1,0 to 14.5 $\mu\text{g}/\text{dl}$ ($X = 3.88 \pm 1.74 \mu\text{g}/\text{dl}$). Lead concentration was significantly higher in younger children group ($X = 4.24 \pm 1.94 \mu\text{g}/\text{dl}$) versus elder one ($X = 3.51 \pm 1.43 \mu\text{g}/\text{dl}$, $p < 0.005$). Lead concentrations above 2.5 $\mu\text{g}/\text{dl}$ were observed in 150/188 (80.3%) children, lead concentrations above 6.0 $\mu\text{g}/\text{dl}$ in 18/188 (9.7%) children and concentrations above 10,0 $\mu\text{g}/\text{dl}$ were found in 2/188 children only (about 1.1%). **Conclusions.** 1. High car traffic may cause toxic lead blood concentrations in schoolchildren. 2. Younger children are more prone to lead intoxication. 3. Leaded gasoline should be replaced as quickly as possible by unleaded one.

Key words: lead, children, environmental pollution, screening.

Wstęp

Ołów jest naturalnym składnikiem skorupy ziemskiej występującym powszechnie w glebie, wodzie i pożywieniu w śladowych ilościach jako pierwiastek oraz w związkach nieorganicznych i organicznych. Uznawany jest za pierwiastek balastowy, tj. nieposiadający jakiegokolwiek znanej funkcji fizjologicznej (CDC, 1991). Jest to miękki, szary metal, o temperaturze topnienia 327°C , zaliczany do metali ciężkich. Ołów towarzyszy cywilizacji ludzkiej od przynajmniej trzech tysiącleci. Uzyskiwany jest w procesach hutniczych z rudy – galenitu, zawierającej siarczek ołowiu. Wraz z rozwojem cywilizacyjnym ilość ołowiu w środowisku systematycznie wzrasta. Jego stężenia w glebie, powietrzu i wodzie wzrosły w ciągu ostatnich 500 lat około 1000 razy (Flegal 1992), na tyle znacząco, że zanieczyszczenie środowiska ołowiem stało się problemem zdrowotnym (Royce 1990; Valentin 1985; American Academy of Pediatrics 1993; Fulton i wsp. 1987). Ołów wykorzystywany jest nadal między innymi przy produkcji akumulatorów, farb (minia, powłoki antykorozyjne), w przemyśle ceramicznym, szklarskim (szkliwo, pigmenty), drukarskim, przy wyrobie witraży, amunicji, rur kanalizacyjnych, tworzyw sztucznych i gumy (CDC 1991, Valentin 1985). Bardzo niebezpieczne organiczne związki ołowiu (czteroetylek ołowiu i czterometylek ołowiu) wykorzystywane są w ogromnych ilościach jako dodatki przeciwstukowe do benzyn. Czteroetylek ołowiu jest bezbarwną oleistą cieczą o słabym aromatycznym zapachu, dodawaną od lat 50. XX wieku do benzyny samochodowej w ilości 0,4–0,6% i lotniczej w ilości 1,0–1,5%. Od czteroetylku ołowiu pochodzi nazwa paliwa samochodowego: benzyna etylizowana, czyli etylina (Chamberlain 1978; Valentin 1985). W Polsce używane są nadal 2 gatunki etyliny (Etylina 94 i 98) zawierające ołów w ilości do 0,013 g/l. Czteroetylek ołowiu jest substancją bardzo toksyczną. Dawka śmiertelna nie została dokładnie ustalona, ale obserwowano zgony już po wypiciu kilku mililitrów etyliny (Chamberlain 1978). Podczas spalania w silniku organiczne związki ołowiu rozpadają się z wytworzeniem tlenków ołowiu, które następnie przechodzą w wysokiej tem-

peraturze w bardzo toksyczne, nietrwałe pochodne: bromek ołowiu i chlorek ołowiu wydalane ze spalinami do środowiska. Związki te powodują zanieczyszczenie powietrza, a następnie po rozpadzie do tlenków opadają na ziemię, skażając glebę i roślinność, w tym rośliny przeznaczone do spożycia. Ołów osiada głównie w strefie od 100 do 130 m od dróg i ciągów komunikacyjnych. Największe stężenie związków ołowiu w roślinach notuje się w pasie 20–40 m od drogi. W odległości powyżej 130–150 m skażenia roślin i gleby są minimalne (Michniewicz 1998). Uważa się, że etylina jest głównym źródłem skażenia ołowiem środowiska w Polsce (Michniewicz 1998). Ołów dostaje się do organizmu przez drogi oddechowe i przewód pokarmowy. Szacuje się, że w USA 10–20% całkowitego narażenia na ołów pochodzi z wody wodociągowej, a pozostała ilość z pyłów zawartych w powietrzu, przedostających się do gleby i potem do przewodu pokarmowego. Uważa się, że drogą pokarmową dostaje się do organizmu około 80% całkowitej dawki ołowiu, głównie ze spożytym kurzem. Dane amerykańskie wskazują, że w przypadku dzieci dwuletnich żywność dostarcza tylko 16%, a kurz aż 75% ołowiu (CDC 1991). Nawyki wkładania do ust zabrudzonych rąk, przedmiotów i zabawek powoduje zwiększenie dowozu ołowiu drogą pokarmową (Royce 1990). Działanie toksyczne ołowiu tłumaczy się trwałym unieczynnieniem enzymów posiadających grupy tiolowe, z którymi ołów tworzy trwałe związki zwane merkaptydami oraz działaniem antagonistycznym w stosunku do wapnia (CDC 1991). Szczególnie wyraźnie widoczne są zaburzenia hemopoezy polegające na zablokowaniu dehydratazy ALA i kumulacji kwasu γ -aminolewulinowego (Valentin 1985). Ostre zatrucia ołowiem odpowiadające kolce ołowiczej, porażeniom motorycznym i encefalopatiom opisywano u osób dorosłych już w starożytnym Rzymie. Szkodliwe działanie niskich, uznawanych dotąd za bezpieczne stężeń ołowiu u dzieci, które objawia się mało swoistymi zaburzeniami zachowania, zwiększoną pobudliwością psychomotoryczną, upośledzeniem logicznego myślenia, wzrostem agresywności i trudnościami szkolnymi jest stosunkowo nowym problemem, na który zwrócono

uwagę po raz pierwszy w Australii w XIX w. (według CDC, 1991). Współczesne liczne badania dowodzą, że środowiskowe skażenie ołowiem upośledza rozwój mózgu u niemowląt i małych dzieci (Needleman i wsp. 1979; Mantere i wsp. 1982; Landsdown i wsp. 1986; Fulton i wsp. 1987; Bellinger i wsp. 1987; Schwartz i wsp. 1987; Needleman i wsp. 1990; Schwartz i wsp. 1994; Rodier 1995; Zaręba i wsp. 1996; Pawlas i wsp. 2002). Coraz więcej doniesień wskazuje, że ryzyko upośledzenia funkcji poznawczych i zachowań agresywnych u dzieci rośnie proporcjonalnie do stężenia ołowiu we krwi, co wykazano począwszy od stężeń przekraczających 2,5 µg/dl (Lanphear i wsp. 2000; Schwartz 1994). Jak dotąd, nie udało się ustalić bezpiecznego stężenia progowego ołowiu we krwi (Schwartz 1994) i nadal arbitralnie za toksyczne uznawane jest stężenie powyżej 10 µg/dl (CDC, 1991). W Polsce głównym źródłem skażenia środowiska ołowiem wydają się pyły pochodzące ze spalin samochodowych pojazdów napędzanych etyliną.

Cel pracy

Celem pracy była ocena narażenia na ołów dzieci zamieszkujących polskie miasto średniej wielkości o dużym natężeniu ruchu samochodowego (Zgorzelec).

Materiał

Badaniami objęto 188 uczniów szkół podstawowych Zgorzelca (103 dziewczynki i 85 chłopców), w 2 grupach wiekowych: 7–8 lat (95 osób) i 14–15 lat (93 osoby), mieszkających przy ruchliwej tranzytowej drodze międzynarodowej.

Metody

Do oznaczeń pobierano pełną krew żylną z żyły łokciowej. Po pobraniu krew umieszczano w przenośnych lodówkach. Do analizy używano 500 µl krwi, którą odbiałczano przez dodanie 1000 µl 1 M kwasu azotowego spektralnie czystego i wytrząsanie przez 30 s. Próby pozostawiono w chłodzarni na 12 h i odwirowywano przez 15 min. Odciągnięty supernatant służył do oznaczeń metodą płomieniowej absorpcyjnej spektroskopii atomowej przy użyciu zautomatyzowanego aparatu Unicam, model PU 9200X w atestowanym laboratorium Krajowego Instytutu Zdrowia Publicznego Saksonii w Chemnitz (Niemcy). Oznaczeń dokonywano w kuwecie grafitowej przy długości fal 283,3 nm. Granica czułości metody mieści się w okolicach 1 µg ołowiu w dl krwi

pełnej. Badania stężenia ołowiu u dzieci zostały zorganizowane i przeprowadzone przez Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego w Zgorzelcu w ramach współpracy z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego w Görlitz. Informacje dotyczące nasilenia ruchu drogowego uzyskano z Wojewódzkiej Dyrekcji Dróg i Komunikacji we Wrocławiu. Porównania stężenia ołowiu między wyodrębnionymi grupami dokonano, posługując się testem *t*-Studenta. Wyniki opracowano przy użyciu programu Statistica 5,0 PL.

Wyniki

Stężenie ołowiu we krwi u badanych dzieci mieściło się między 1,0–14,5 µg/dl, stężenia podwyższone > 2,5 µg/dl obserwowano u 151/188 (80,3%) dzieci ($X = 4,31 \pm 1,68$, mediana 3,8 µg/dl), stężenia ołowiu > 6,0 µg/dl u 18/188 (9,6%) badanych ($X = 7,76 \pm 1,98$, mediana 7,15 µg/dl). Stężenia ołowiu przekraczały 10 µg/dl tylko u 2 dzieci (odpowiednio 10,7 µg/dl u chłopca i 14,5 µg/dl u dziewczynki). Oboje należeli do grupy dzieci młodszych. Wyniki powyższe zebrano w tabeli 1. Porównanie średnich stężeń między grupami dzieci starszych ($X = 3,51 \pm 1,43$ µg/dl) i dzieci młodszych ($X = 4,24 \pm 1,94$ µg/dl) ujawniło znamienne wyższe stężenie ołowiu grupie dzieci młodszych ($t = -2,94$, $p < 0,005$). Porównanie średnich stężeń ołowiu między grupami dziewczynek młodszych ($X = 4,1 \pm 2,1$ µg/dl) i starszych ($X = 3,37 \pm 1,40$ µg/dl) również było statystycznie istotne ($t = -2,09$, $p < 0,05$). Natomiast porównanie średnich stężeń ołowiu między grupami chłopców starszych ($X = 3,70 \pm 1,47$ µg/dl) i chłopców młodszych ($X = 4,39 \pm 1,78$ µg/dl) nie ujawniło znamienych różnic ($t = -1,90$, $p = 0,06$). Porównanie średnich stężeń ołowiu we krwi dziewcząt ($X = 3,71 \pm 1,79$ µg/dl) i chłopców ($X = 4,08 \pm 1,68$ µg/dl) także okazało się statystycznie nieistotne ($t = 1,45$, $p = 0,15$).

Omówienie

Dzienny przeciętny ruch samochodowy przez przejście graniczne w Zgorzelcu według danych Wojewódzkiej Dyrekcji Dróg i Komunikacji we Wrocławiu wynosi 12 106 pojazdów, w tym 10 763 samochodów osobowych i mikrobusów, napędzanych głównie benzyną. Liczba ta znacznie przekracza średnie nasilenie ruchu samochodowego w miastach zbliżonej wielkości, takich jak Głogów (8324 pojazdy, w tym 6365 samochodów i mikrobusów) czy Bolesławiec (odpowiednio 2998 i 2233). W badanej populacji stężenie ołowiu przekraczające 2,5 µg/dl stwierdzono

Tabela 1. Stężenia ołowiu we krwi u badanych dzieci oraz odsetki dzieci ze stężeniami ołowiu we krwi powyżej 2,5 µg/dl, 6 µg/dl oraz 10 µg/dl

Grupa dzieci	Liczba badanych	Średnie X stężenie ołowiu we krwi µg/dl	Mediana µg/dl	Zakres µg/dl	Odsetek dzieci ze stężeniem ołowiu >2,5µg/dl	Odsetek dzieci ze stężeniem ołowiu >6µg/dl	Odsetek dzieci ze stężeniem ołowiu >10µg/dl
Grupa dzieci starszych	93	3,51±1,43	3,2	1,0–8,1	72,0	5,4	0,0
Grupa dzieci młodszych	95	4,24±1,94	3,7	1,7–14,5	88,4	13,7	2,1
Dziewczynki	103	3,71±1,68	3,4	1,0–14,5	74,8	7,8	1,0
Chłopcy	85	4,08±1,68	3,6	1,4–10,7	87,1	11,8	1,2
Wszystkie dzieci	188	3,88±1,74	3,5	1,0–14,5	80,3	9,7	1,1

u ponad 80% dzieci, przekraczające 6 µg/dl u około 10% i 10 µg/dl u 1% dzieci. W USA stężenie ołowiu we krwi przekraczające 2,5 µg/dl występuje u 35% dzieci i młodzieży urodzonych w latach 1972–1988 (CDC, 1991). Przekroczenie poziomu 10 µg/dl występowało w 1998 r. u 2,7–14,9% dzieci w zależności od stanu (MMWR, 2000). W badaniach dzieci z obszaru Zagłębia Miedziowego stężenia ołowiu przekraczające 10 µg/dl stwierdzano u 0,0–33,3%, średnio u 10% dzieci w zależności od miejsca zamieszkania, ale źródłem skażenia środowiska w tym regionie są także huty miedzi (Pietraszkiewicz i wsp. 2001). Średnie stężenia ołowiu wynosiły w cytowanych badaniach 5,5 µg/dl wobec 3,9 µg/dl w badaniach własnych. W obserwacjach dzieci z obszarów przygranicznych (Sieniawka) o wzmożonym ruchu samochodowym (5–7 tysięcy samochodów dziennie) stwierdzono przekroczenia stężenia 10 µg/dl u około 10% dzieci. Autor wiązał je ze spalaniem etyliny (Michniewicz 1998), mimo ogromnego skażenia powietrza pyłami z okolicznych elektrowni węgla brunatnego. W Zgorzelcu nie ma hut miedzi ani innych dużych przemysłowych źródeł emisji ołowiu, zatem ruch samochodowy powinien być najważniejszą przyczyną obserwowanych podwyższonych stężeń ołowiu u dzieci. Dowodem na wpływ spalin samochodowych są dane niemieckie. Gdy w byłej RFN w 1971 r. z mocy prawa zmniejszono zawartość ołowiu w benzynie, w okręgach o dużym nasileniu ruchu samochodowego zmniejszyła się zawartość ołowiu w środowisku (wg Valentin i wsp. 1985). Obserwowane statystycznie istotne wyższe stężenia ołowiu w grupie dzieci młodszych są

zgodne z wynikami podawanymi przez innych autorów (Rolce 1990; CDC, 1991; American Academy of Paediatrics 1993; Michniewicz 1998; Pietraszkiewicz i wsp. 2001). W USA zwiększone stężenia ołowiu obserwuje się głównie u dzieci przedszkolnych, zamieszkałych w starych, zniszczonych mieszkaniach i domach, gdzie za główne źródło zanieczyszczenia środowiska uznaje się stare, łuszczące się farby zawierające tlenki i siarczki ołowiu (biel ołowiowa). Tłumaczy się to większą biodostępnością spożytego ołowiu u młodszych dzieci (4–5-krotnie większe wchłanianie ołowiu przyjętego z pokarmem: dostępność biologiczna 40–50% vs 10% u dorosłych), jak też nawykami wkładania rąk do ust typowymi dla małych dzieci (CDC, 1991). Za czynniki sprzyjające zatruciu ołowiem uznano niedobór w pożywieniu wapnia, cynku i żelaza, spaczony łąknienie, dietę wysokotłuszczową, brak higieny (rzadkie mycie rąk) (CDC, 1991). Podobne wyjaśnienia podaje Pawlas i wsp. (2002). W naszych badaniach oznaczano poziom ołowiu u dzieci starszych: 7–8-letnich i 14–15-letnich, a mimo to stwierdzono wyższe stężenia u dzieci młodszych.

Wnioski

1. Bardzo duży ruch samochodowy może być przyczyną toksycznych stężeń ołowiu we krwi u dzieci szkolnych.
2. Na zatrucie ołowiem bardziej narażone są młodsze dzieci.
3. Należy jak najszybciej zastąpić etylinę benzynami bezołowymi.

Piśmiennictwo

1. Royce SE. *Case studies in environmental medicine: lead toxicity*. US Department Health and Human Services, PHS, TSDR, 1990.
2. CDC (Centers for Disease Control and Prevention): *Preventing lead poisoning in young children*. US Department HHS, PHS, CDC, Atlanta 1991

3. Valentin H, Klosterkoeller W i wsp. (red.). *Medycyna pracy*. Warszawa: PZWL; 1985: 269–275.
4. Michniewicz L. *Poziom pierwiastków ciężkich (ołowiu i kadmu) we krwi dzieci i młodzieży mieszkających w rejonie przejść granicznych Sieniawka i Porajów, jako wyraz skażenia środowiska spowodowany nasilonym samochodowym ruchem przygranicznym*. Materiały Konferencji Naukowej „Uwarunkowania środowiskowe zdrowia dzieci”, Legnica 1998 (dostępne w: www.fundacja.pl/referaty/ref98/20-98.htm).
5. American Academy of Pediatrics. Lead poisoning: from screening to primary prevention. *Pediatrics* 1993; 92: 176–183.
6. Chamberlain A, Heard C, Little MJ i wsp. *Investigations into lead from motor vehicles*. 1978, Harwell, United Kingdom: United Kingdom Atomic Energy Authority. Report no. AERE-9198.
7. Flegal AR, Smith DR. Blood lead concentrations in preindustrial humans. *N Engl J Med* 1992; 326: 1293–1294.
8. Fulton M, Raab G, Thomson G i wsp. Influence of blood lead on the ability and attainment of children in Edinburgh. *Lancet* 1987, 1: 1221–1226.
9. Lansdown R, Yule W, Urbanowicz M i wsp. The relationship between blood-lead concentrations, intelligence, attainment and behavior in a school population: the second London study. *Int Arch Occup Environ Health* 1986; 57: 225–235.
10. Mantere P, Haenninen H, Hernberg S. Subclinical neurotoxic lead effects: two-year follow-up studies with psychological test methods. *Neurobehav Toxicol Teratol* 1982; 4: 725–727.
11. Needleman HL, Schell A, Bellinger D i wsp. The long-term effects of exposure to low doses of lead in childhood: an 11-year follow-up report. *N Engl J Med* 1990; 322: 83–88.
12. Bellinger D, Leviton A, Waternaux C, Needleman H, Rabinowitz M. Longitudinal analyses of prenatal and postnatal lead exposure and early cognitive development. *N Engl J Med* 1987; 316: 1037–1043.
13. Needleman HL, Gunnoe C, Leviton A, Reed R, Peresie H, Maher C i wsp. Deficits in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. *N Engl J Med* 1979; 300: 689–695.
14. Schwartz J. Low-level leads exposure and children’s IQ: a meta-analysis and search for a threshold. *Environ* 1994; 65: 42–55.
15. Rodier PM. Developing brain as a target of toxicity. *Environ Health Perspect* 1995; 103 (suppl. 6): 73–76.
16. Schwartz J, Otto D. Blood lead, hearing thresholds, and neurobehavioral development in children and youth. *Arch Environ Health* 1987; 42: 153–159.
17. Pietraszkiewicz T, Strugała-Stawik H, Pastuszek B. *Badania pediatryczno-toksykologiczne dzieci legnickich w latach 1991–2001*. Materiały X Konferencji Naukowej „Uwarunkowania środowiskowe zdrowia dzieci, Legnica 2001 (dostępne w: www.fundacja.pl).
18. Pawlas K, Jarosińska D, Kmiecik-Matecka E, Matecki A, Bronder A i wsp. *Narząd słuchu i równowagi oraz wyniki badań psychologicznych i neurologicznych u dzieci z niskimi stężeniami ołowiu we krwi. Środowisko a zdrowie dziecka*. Fundacja na rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego, Legnica 2002 (dostępne w: www.fundacja.pl).
19. Zaręba A, Strugała-Stawik H, Rudkowski Z, Dębicka D, Pastuszek B, Jędrzejczyk-Musiak A. Stężenie ołowiu we krwi matek i ich noworodków – czynniki ekologiczne i wpływ na rozwój płodu. *Pediatr Pol* 1996; suppl. 4: 87–94.
20. MMWR: Blood Lead Levels In Young Children – United States and Selected States, 1996–1999. *MMWR* 2000; 49: 1133–1137.
21. Lanphear BP, Dietrich KN, Auinger P, Cox C. Cognitive deficits associated with blood lead concentrations < 10 ug/dL in US children and adolescents. *Public Health Rep* 2000; 115: 521–529.

Adres I Autora:

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych Dzieci AM

ul. Bujwida 44

50-345 Wrocław

Aktywność fizyczna i zachowania żywieniowe pacjentów jako elementy stylu życia

Physical activity and nutritious habits patients as elements of lifestyle

ANNA FILIPCZUK, IRENA WRÓŃSKA

Z Katedry i Zakładu Pedagogiki Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. nadzw. dr hab. Irena Wrońska

Streszczenie Zdrowie nie jest stanem trwałym, w związku z tym we wszystkich okresach życia trzeba je doskonalić i umacniać. Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych pacjentów dotycząca aktywności fizycznej i sposobu odżywiania się. Badaniami objęto 250 osób wybranych losowo. Do realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, którą zrealizowano za pomocą techniki ankiety. Stwierdzono, iż wśród pacjentów dominują bierne formy spędzania czasu wolnego (75,5%), ograniczające się do czynności niewymagających większego wysiłku fizycznego. 1/5 badanej populacji wykonuje ćwiczenia fizyczne trwające 20–30 minut bez przerwy, w tym co czwarta osoba ćwiczy raz w tygodniu. Przyczyną małej aktywności fizycznej jest zły stan zdrowia (37,1%), rzadziej brak czasu (21,1%) i niechęć do wykonywania ćwiczeń (19,1%). Do zwiększenia aktywności fizycznej potrzebna jest zachęta ze strony lekarza (27,3%), większy udział mediów (21,9%) oraz poprawa sytuacji finansowej (20,2%). Przyczyny małej aktywności fizycznej oraz warunki do jej zwiększenia uzależnione są ściśle od wieku respondentów. Tylko co siódma osoba badanej populacji deklaruje, iż odżywia się racjonalnie, prawie zawsze przestrzegając wszelkich zaleceń żywieniowych. Przyczyną nieprawidłowego odżywiania się są trudności finansowe (53,7%), których poprawa stanowi warunek zmiany sposobu odżywiania (56,6%). Uzyskane wyniki wskazują na dominację negatywnych zachowań zdrowotnych wśród pacjentów. Sugeruje to potrzebę położenia większego nacisku na promowanie zachowań sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia.

Słowa kluczowe: styl życia, zachowania zdrowotne, aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, pacjent.

Summary Health is not permanent, therefore it needs to be improved at every stage of life. The aim of the paper was to determine the patients' health behaviour concerning physical activity and nutrition. It was conducted among 250 accidental people and investigated by the method of diagnostic poll carried into effect by the method of inquiry. The survey showed that most patients (75.5%) spend their free time passively with little physical effort, while only 1/5 of the surveyed do physical exercises for a continuous time of 20 to 30 minutes. Among them, every fourth one exercises once a week. The reasons of little physical activity are as follows: health condition (37.1%), lack of time (21.1%), and reluctance to exercising (19.1%). The increase of physical activity may be caused by: encouragement from a doctor (27.3%), media (21.9%), and improvement of financial conditions (20.2%). Both, the reasons of little physical activity and conditions to its improvement are strictly connected to the respondents' age. Only every seventh of the surveyed admits to follow a sensible eating scheme. The reasons of inappropriate eating habits are financial problems (53.7%) and their improvement causes the change in nutrition (56.6%). The survey revealed that negative health habits dominate among the patients. That suggests that more impact needs to be placed on promoting healthy behaviour.

Key words: lifestyle, health behaviour, physical activity, sensible nutrition, patient.

Wstęp

Świadomość i wiedza społeczeństwa dotycząca zdrowia i jego promocji jest zdecydowanie niewystarczająca. Wynikiem tego jest pogarszają-

ca się sytuacja zdrowotna, zaś czynniki zagrażające zdrowiu mają tendencję do dalszej ekspansji. Człowiek przestał dostrzegać zagrożenia wynikające ze skutków swej działalności i niedocenia posiadane go kapitału, jakim jest zdrowie

umożliwiający mu rozwój i odpowiedni poziom życia [1]. Zdrowie powinno być traktowane jako zadanie rozwojowe obejmujące „samoświadomość, samodyscyplinę oraz zasoby duchowe” [2]. Zachowania zdrowotne zostały uznane za czynnik, od którego w największej mierze zależy utrzymanie i umacnianie zdrowia, tak poszczególnych osób, jak i całej populacji. Aktualne ustalenia naukowe przypisują stylowi życia jednostki odpowiedzialność za kształtowanie zdrowia populacji w około 50% [3].

Elementami zdrowego stylu życia są pozytywne zachowania zdrowotne dotyczące aktywności fizycznej oraz sposobu odżywiania się. Należy podkreślić, iż systematyczna aktywność fizyczna dostosowana do indywidualnych potrzeb osobnika nie tylko wpływa stymulująco na wzrastanie i dojrzewanie w okresie dzieciństwa i młodości oraz utrzymanie zdrowia i kondycji w latach dorosłości, ale również jest naturalnym środkiem spowalniania procesów starzenia i łagodzenia objawów inwolucji osobniczej oraz dolegliwości nasilających się pod koniec życia [4].

Ważnym elementem zdrowego stylu życia jest także sposób odżywiania się. Żywność jest jednym z ważniejszych problemów ekonomicznych, społecznych i politycznych współczesnego świata. Medycynie znanych jest wiele chorób związanych z wadliwym żywieniem i złą jakością zdrowotną żywności. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć: choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość, cukrzycę, próchnicę, niedokrwistość z niedoboru pokarmu, wole endemiczne, osteoporozę. Do najważniejszych błędów w sposobie żywienia populacji należy: nadmiar energii pobieranej z pożywieniem, zbyt wysoki nadmiar energii pochodzącej z tłuszczów, przede wszystkim nasyconych, nadkonsumpcja produktów bogatych w cholesterol i cukry proste [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych pacjentów dotycząca form aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz zachowań żywieniowych.

Materiał i metody

Do realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, którą zrealizowano za pomocą techniki ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby pracy. Badania przeprowadzono w okresie od maja do czerwca 2002 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej. Objęto nimi 250 hospitalizowanych pacjentów

wybranych losowo (losowano co trzeciego pacjenta z populacji generalnej liczącej 765 osób). Zebrany materiał poddano analizie statystycznej. Wśród respondentów nieznacznie (52,4%) przeważały kobiety. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 45–54 lat (19,2%), przeważały osoby mieszkające na wsi (53,2%), posiadające wykształcenie zasadnicze zawodowe (38,2%), o statusie osoby pracującej zawodowo (39,9%) i określające swoją sytuację materialną jako przeciętną (34,4%).

W analizie statystycznej zastosowano test χ^2 i współczynnik korelacji Pearsona.

Wyniki

Rozpatrując aktywność fizyczną w przeprowadzonych badaniach pytano o umiejętność znalezienia w tygodniu czasu wolnego, przeznaczonego wyłącznie dla siebie. Z badań wynika, iż tylko 15,2% respondentów ma zawsze w tygodniu czas wolny dla siebie, 77,6% przyznaje się, iż tylko czasami udaje im się znaleźć czas wolny, a 7,2% badanych nie ma go nigdy. Istnieje zależność statystyczna umiejętności znalezienia czasu wolnego od wieku $\chi^2 = 34$; $R = 13,6$, wykształcenia $\chi^2 = 16$; $R = 6,39$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 57$; $R = 15,1$. Częściej w tygodniu znajdują czas wolny osoby do 24 roku życia (37,7%), z wykształceniem średnim (24,3%), o dobrych warunkach materialnych (24,8%). Zdecydowana większość osób 75,4% czasu wolnego od pracy zawodowej spędza w sposób bierny – oglądając telewizję, czytając książki i prasę oraz wykonując inne czynności, nie wymagające większego wysiłku fizycznego (tab. 1). Natomiast 24,6% badanych określiło, iż w czasie wolnym często spaceruje, jeździ na rowerze i wykonuje inne czynności związane z wysiłkiem fizycznym. Istnieje zależność sposobu spędzania czasu wolnego od wieku $\chi^2 = 57,6$; $R = 24$, wykształcenia $\chi^2 = 61$; $R = 25,2$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 45,8$; $R = 19,1$. Bierny sposób spędzania czasu wolnego charakteryzował osoby powyżej 55 roku życia (95,5%), z wykształceniem podstawowym (89,4%), o złej sytuacji materialnej (93,3%).

Z badań wynika, iż 23,4% respondentów deklaruje wykonywanie dość intensywnych ćwiczeń fizycznych (np. biegi, gimnastykę, pływanie) trwających co najmniej 20–30 min bez przerwy. Istnieje zależność wykonywania ćwiczeń fizycznych od wieku $\chi^2 = 43,6$; $R = 17,6$, wykształcenia $\chi^2 = 90$; $R = 36,3$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 60,7$; $R = 24,5$. Częściej ćwiczą osoby młode, tj. do 34 roku życia (51,3%), z wykształceniem wyższym (75,6%), o dobrej sytuacji materialnej (76,9%). Wśród osób wykonujących ćwiczenia fizyczne 24,2% ćwiczy raz w tygodniu, 21,2%

dwa, trzy razy w miesiącu, 19,7% tylko kilka razy w roku lub rzadziej, a 12,1% określiło, iż wykonuje ćwiczenia fizyczne co drugi lub trzeci dzień. Istnieje zależność częstości wykonywania ćwiczeń fizycznych od wieku $\chi^2 = 11,4$; $R = 17,3$, wykształcenia $\chi^2 = 7,22$; $R = 10,9$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 15,7$; $R = 23,7$. Badania wykazały, iż wraz z wiekiem maleje liczba osób wykonujących ćwiczenia fizyczne – im starsi, tym rzadziej ćwiczą (10,7% badanych w wieku powyżej 45 roku życia ćwiczy raz w tygodniu, natomiast aż 32,1% respondentów z tego samego przedziału wiekowego ćwiczy tylko kilka razy w roku lub

rzadziej). Raz w tygodniu ćwiczą osoby do 24 roku życia (31,3%), z wykształceniem wyższym (27,3%), o dobrej sytuacji materialnej (35%).

Badani zapytani o przyczynę małej aktywności fizycznej (tab. 2) wskazywali takie kategorie odpowiedzi, jak: nie mogę wykonywać ćwiczeń fizycznych ze względu na zły stan zdrowia (37,1%), nie lubię ćwiczyć fizycznie (19,1%), nie mam czasu (21,1%), jestem zbyt zmęczony wysiłkiem fizycznym w pracy (14,4%), jestem zbyt leniwy (8,25%). Istnieje zależność przyczyn małej aktywności fizycznej od wieku $\chi^2 = 101$; $R = 52,1$, wykształcenia $\chi^2 = 33,4$; $R = 17,2$ i situa-

Tabela 1. Formy aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy zawodowej wśród pacjentów

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	W czasie wolnym od pracy zawodowej oglądam telewizję, czytam i wykonuję inne prace, które nie wymagają większego wysiłku fizycznego.	187	75,4
2.	W czasie wolnym od pracy zawodowej często spaceruję, jeżdżę na rowerze lub wykonuję inne czynności związane z wysiłkiem fizycznym (np. prace na działce, polowanie) przynajmniej przez 3–4 godz. tygodniowo (nie dotyczy to jednak czynności związanych z dojściem lub dojazdem do pracy).	63	24,6
3.	W czasie wolnym od pracy zawodowej wykonuję często (przynajmniej przez 3–4 godz. tygodniowo) specjalne ćwiczenia mające poprawić sprawność fizyczną, jak: biegi, narciarstwo, gimnastyka, pływanie lub wykonuję ciężkie prace fizyczne, np. w ogrodzie lub przy budowie domu.	0	0
	Razem	250	100

Tabela 2. Przyczyny małej aktywności fizycznej wśród pacjentów

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Nie mogę wykonywać ćwiczeń ze względu na zły stan zdrowia.	72	37,1
2.	Nie lubię ćwiczyć fizycznie.	37	19,1
3.	Nie mam czasu.	41	21,1
4.	Jestem zbyt zmęczony(a) wysiłkiem fizycznym w pracy.	28	14,4
5.	Jestem zbyt leniwy(a).	16	8,25
	Razem	194	100

Tabela 3. Warunki potrzebne do zwiększenia aktywności fizycznej wśród pacjentów

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Oczekuję, że lekarz namówi mnie do zwiększenia aktywności fizycznej.	65	27,3
2.	Czekam, aż powstaną atrakcyjne możliwości ćwiczeń zorganizowane przez mój zakład pracy.	7	2,89
3.	Czekam, aż powstaną atrakcyjne możliwości ćwiczeń w pobliżu mojego miejsca zamieszkania.	17	7,02
4.	Czekam, aż w Polsce powstanie dużo nowych dobrze wyposażonych obiektów sportowych (baseny, boiska, korty tenisowe itp.).	17	7,02
5.	Będę więcej czasu poświęcać na ćwiczenia fizyczne, jeżeli wzrosną znacznie (o ponad 50%) moje dotychczasowe finanse.	48	20,2
6.	Oczekuję na wyraźną zachętę do ćwiczeń ze strony prasy, radia i telewizji.	52	21,9
7.	Liczę na to, że namówią mnie do ćwiczeń moi znajomi, rodzina.	31	13,6
	Razem	238	100

cji materialnej $\chi^2 = 24$; $R = 12,4$. Zły stan zdrowia częściej wskazywali respondenci powyżej 55 roku życia (80%), z wykształceniem podstawowym (47,8%), o złej sytuacji materialnej (56,5%), zaobserwowano, iż wraz z wiekiem zdecydowanie rośnie liczba wskazań. Brak wolnego czasu był najczęstszą przyczyną wśród osób do 44 roku życia (37,9%), z wykształceniem średnim (41,4%), o dobrej sytuacji materialnej (41,7%). Duże zmęczenie wysiłkiem fizycznym w pracy częściej wymieniali respondenci z przedziału wiekowego 45–54 lata (39%), z wykształceniem średnim (19%), o przeciętnych warunkach materialnych (20,5%).

Respondenci zapytani o warunki, jakie muszą być spełnione, aby mogli zwiększyć aktywność fizyczną (tab. 3), wskazywali takie kategorie odpowiedzi, jak: oczekuję, że lekarz namówi mnie do zwiększenia aktywności fizycznej (27,3%), oczekuję na wyraźną zachętę do ćwiczeń ze strony prasy, radia i telewizji (21,9%), będę więcej czasu poświęcać na ćwiczenia fizyczne, jeżeli wzrosną znacznie (o ponad 50%) moje dotychczasowe finanse (20,2%). Nieco rzadziej uzależniano aktywność fizyczną od zachęty do ćwiczeń ze strony rodziny, znajomych (13,6%) czy też od organizacji atrakcyjnych możliwości ćwiczeń w pobliżu miejsca zamieszkania oraz dobrze wyposażonych obiektów sportowych (baseny, boiska, korty tenisowe) – 7,02%. Istnieje zależność uwarunkowań aktywności fizycznej od wieku $\chi^2 = 136$; $R = 56,3$, wykształcenia $\chi^2 = 113$; $R = 46,9$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 66,8$; $R = 27,6$. Potrzeba zachęty ze strony lekarza do zwiększenia aktywności fizycznej zdecydowanie wzrasta wraz z wiekiem – najwięcej wskazań było wśród respondentów powyżej 55 roku życia (45,9%), z wykształceniem wyższym (56,5%), o przeciętnych warunkach materialnych (34,2%). Zachęty ze strony mediów oczekują respondenci w wieku 45–54 lata (31,1%), z wykształceniem zawodowym (29,7%), o dobrych warunkach materialnych (22,8%). Poprawa sytuacji finansowej potrzebna jest badanym w wieku 35–44 lata (42,5%), z wykształceniem podstawowym (29,7%), o złych warunkach materialnych (25%). Natomiast uwarunkowanie aktywności fizycznej od organizacji atrakcyjnych możliwości ćwiczeń charakterystyczne jest przede wszystkim wśród osób młodych, tj. do 34 roku życia (20,9%), z wykształceniem średnim (26,1%), o dobrej sytuacji materialnej (20,7%).

Stwierdzono, iż 29,8% respondentów jest zdania, że każdy powinien wykonywać ćwiczenia fizyczne niezależnie od wieku, a 27,4% uważa, iż ćwiczenia fizyczne są niezastąpionym środkiem ochrony zdrowia. Istnieje zależność świadomości potrzeby aktywności fizycznej od wieku $\chi^2 = 115$; $R = 23,2$, wykształcenia $\chi^2 = 149$; $R =$

29,9 i sytuacji materialnej $\chi^2 = 140$; $R = 28,2$. Potrzebę aktywności fizycznej częściej wykazywały osoby do 34 roku życia (po 41%), z wykształceniem wyższym (odpowiednio 44,6 i 42,3%), o dobrej sytuacji materialnej (odpowiednio 48,7 i 45,3%). Im niższy poziom wykształcenia i gorsze warunki materialne, tym świadomość potrzeby aktywności fizycznej maleje.

Z analizy przeprowadzonych badań wynika (tab. 4), iż 12,9% respondentów odżywia się racjonalnie (prawidłowo), tj. w pełni pokrywa zapotrzebowanie organizmu na wszystkie składniki pokarmowe niezbędne dla jego prawidłowego funkcjonowania [6]. 58,2% badanych twierdzi, iż stara się odżywiać prawidłowo, ale tylko czasami udaje im się przestrzegać zasad racjonalnego odżywiania, a 28,9% przyznaje się, iż ich sposób odżywiania jest nieprawidłowy. Istnieje zależność sposobu odżywiania się od wieku $\chi^2 = 34,2$; $R = 13,7$, wykształcenia $\chi^2 = 78,5$; $R = 31,5$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 67,1$; $R = 26,9$. Respondenci deklarujący przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania to częściej osoby do 24 roku życia (30%), z wykształceniem wyższym (51,2%), o dobrej sytuacji materialnej (61,5%). Zaobserwowano, iż wraz ze wzrostem wykształcenia i poprawą sytuacji materialnej zdecydowanie rośnie liczba badanych deklarujących przestrzeganie zasad prawidłowego żywienia.

Jako przyczynę uniemożliwiającą przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania (tab. 5) badani wymieniali: trudności finansowe (53,7%), złe przyzwyczajenia żywieniowe (29%), rzadziej charakter zmianowy pracy (7,94%) i bardzo absorbującą pracę (4,67%). Istnieje zależność przyczyn nieracjonalnego odżywiania się od wieku $\chi^2 = 23,2$; $R = 10,8$, wykształcenia $\chi^2 = 47,6$; $R = 22,2$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 68,3$; $R = 31,9$. Trudności finansowe były przyczyną nieprawidłowego żywienia wśród osób powyżej 55 roku życia (73,3%), z wykształceniem podstawowym (69,6%), o złych warunkach materialnych (78,6%) – im niższy poziom wykształcenia i warunki materialne gorsze, tym wskazań więcej. Złe przyzwyczajenia żywieniowe przyczyniły się do nieprzestrzegania zasad racjonalnego odżywiania w grupie respondentów do 34 roku życia (36,2%), z wykształceniem zawodowym (46,1%), o dobrej sytuacji materialnej (50%).

Warunkiem zmiany sposobu odżywiania się (tab. 6) jest poprawa dotychczasowej sytuacji materialnej (56,6%), ponadto badani odpowiadali, iż zmienią zasady żywieniowe, jeśli będą bardziej dysponować czasem wolnym (15,5%), zostaną zachęceni ze strony prasy, radia i telewizji oraz zostaną zorganizowane szkolenia (kursy) dotyczące prawidłowego odżywiania (po 10% badanych), rzadziej jako warunek wymieniali zachętę ze strony lekarza (7,76%). Istnieje zależność uwa-

Tabela 4. Charakterystyka sposobu odżywiania się pacjentów

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Odżywiam się prawidłowo, prawie zawsze przestrzegam zasad racjonalnego odżywiania.	32	12,9
2.	Staram się odżywiać prawidłowo, ale tylko czasami udaje mi się przestrzegać wszystkich zaleceń racjonalnego odżywiania.	145	58,2
3.	Sposób, w jaki się odżywiam jest raczej nieprawidłowy, prawie nigdy nie udaje mi się przestrzegać zasad racjonalnego żywienia.	73	28,9
	Razem	250	100

Tabela 5. Przyczyny nieracjonalnego sposobu odżywiania się pacjentów

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Odżywiam się prawidłowo, prawie zawsze przestrzegam zasad racjonalnego odżywiania.	32	12,9
2.	Staram się odżywiać prawidłowo, ale tylko czasami udaje mi się przestrzegać wszystkich zaleceń racjonalnego odżywiania.	145	58,2
3.	Sposób, w jaki się odżywiam jest raczej nieprawidłowy, prawie nigdy nie udaje mi się przestrzegać zasad racjonalnego żywienia.	73	28,9
	Razem	250	100

Tabela 6. Warunki potrzebne do zmiany sposobu odżywiania się wśród pacjentów

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Oczekuję na wyraźną zachętę do racjonalnego odżywiania ze strony prasy, radia i telewizji.	22	10
2.	Chcę, aby moi znajomi, rodzina namówili mnie do zmiany sposobu odżywiania.	17	7,76
3.	Zacznę się racjonalnie odżywiać, gdy poprawi się moja dotychczasowa sytuacja finansowa.	125	56,6
4.	Czekam, aż zostaną zorganizowane szkolenia (kursy) dotyczące prawidłowego odżywiania.	22	10
5.	Zacznę się racjonalnie odżywiać, gdy będę bardziej dysponować wolnym czasem.	34	15,5
	Razem	218	100

runkowań zmiany sposobu odżywiania od wieku $\chi^2 = 56,3$; $R = 25,7$, wykształcenia $\chi^2 = 41,3$; $R = 18,8$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 55,4$; $R = 25,3$. Poprawa sytuacji finansowej potrzebna jest szczególnie osobom starszym, tj. powyżej 55 roku życia (82,2%), z wykształceniem podstawowym (73,3%), o złych warunkach materialnych (84,7%). Natomiast większej dyspozycji czasem wolnym potrzebują ludzie młodzi, tj. do 34 roku życia (39,6%), z wykształceniem wyższym (27,8%), o dobrych warunkach materialnych (27,3%).

Stwierdzono, że 35,4% respondentów jest zdania, iż stosowanie zdrowej diety jest kosztowne i pochłania dużo czasu. Tak uważają głównie osoby powyżej 55 roku życia (43,8%), z wykształceniem zawodowym (46,3%), o złych warunkach materialnych (46,7%). Natomiast 16,1% badanej populacji zgadza się ze stwierdzeniem, iż spożywanie 1–2 posiłków dziennie przez czło-

wieka dorosłego sprzyja zachowaniu właściwego ciężaru ciała. Przekonanie to częściej występuje wśród badanych w wieku 45–54 lat (44,8%), z wykształceniem wyższym (43,9%), o dobrych warunkach materialnych (42,4%). Stwierdzono zależność świadomości zasad żywieniowych od wieku $\chi^2 = 56,5$; $R = 11,4$, wykształcenia $\chi^2 = 101$; $R = 20,2$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 83,7$; $R = 16,8$.

Omówienie

Rolę aktywności fizycznej i właściwego żywienia w utrzymaniu zdrowia dostrzegano już w starożytności; to Hipokrates powiedział: „gdybyśmy mogli przepisać każdemu z osobna odpowiednią dlań porcję pożywienia i ćwiczeń cielesnych, ani za dużo, ani za mało, byłoby to najlepszą receptą na zachowanie zdrowia”. Współcześnie aktyw-

ność fizyczna nadal uważana jest powszechnie za jeden z najistotniejszych czynników sprzyjających zdrowiu [7]. Przeprowadzone badania wykazały, iż zdecydowana większość pacjentów biernie spędza czas wolny (75,5%) i tylko 1/5 badanej populacji wykonuje ćwiczenia fizyczne trwające 20–30 minut bez przerwy, w tym co czwarta osoba ćwiczy raz w tygodniu, a większość ogranicza się do ćwiczeń kilka razy w miesiącu (21,2%) lub w roku (20,7%). Przyczyną małej aktywności fizycznej jest zły stan zdrowia (37,1%) oraz brak czasu i niechęć do wykonywania ćwiczeń (co trzecia osoba) – liczba wskazań uwarunkowana jest od wieku. Zaobserwowano niewielką różnicę wskazań między potrzebą aktywności fizycznej a jej brakiem, co wiąże się z małą liczbą osób spędzających aktywnie czas wolny. Na uwagę zasługuje fakt, iż respondenci oczekują dużego wsparcia ze strony pracowników medycznych (w tym lekarzy), warunkując od ich zachęty swoją aktywność fizyczną. Pracownikom ochrony zdrowia przypisuje się znaczącą rolę w procesie promocji zdrowia, powodem tego jest autorytet, jakim są w zakresie wiedzy o zdrowiu i chorobie oraz zasięg i rodzaj ich kontaktów z ludnością, sprzyjające promowaniu zdrowia.

Stwierdzono, że co siódma osoba badanej populacji deklaruje, iż odżywia się racjonalnie, przestrzegając wszelkich zaleceń żywieniowych. Dla połowy badanych przyczyną nieracjonalnego odżywiania się są trudności finansowe, których

poprawa stanowi warunek zmiany sposobu odżywiania. Rola mediów oraz szkoleń (kursów) w zakresie racjonalnego odżywiania jest znacznie mniejsza w porównaniu z udziałem w zwiększeniu aktywności fizycznej (10%). Przekonanie, iż przestrzeganie zasad zdrowej diety jest kosztowne i zajmuje dużo czasu (35,4%) wiąże się z przyczynami nieracjonalnego odżywiania (trudności finansowe i brak wolnego czasu).

Wnioski

1. Istnieje mała świadomość potrzeby aktywności fizycznej, co wiąże się z dominacją biernych form spędzania czasu wolnego i niewielką liczbą osób (24,6%) systematycznie wykonujących ćwiczenia fizyczne.
2. Istnieje przekonanie, iż stosowanie zdrowej diety jest kosztowne i pochłania dużo czasu, co wiąże się z liczną grupą osób (87,1%) nieprzestrzegających zasad racjonalnego odżywiania, a warunkujących zmianę sposobu odżywiania od poprawy dotychczasowej sytuacji materialnej i większej dyspozycji czasem wolnym.
3. Zmianę swoich zachowań zdrowotnych respondenci uzależniają od pracowników medycznych oraz mediów, w związku z tym należy szczególnie uwzględnić rolę tych podmiotów w realizacji procesu promocji zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Kulik TB. *Koncepcja zdrowia w medycynie*. [w:] *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. TB Kulik, I Wrońska. Stalowa Wola: Wydawnictwo Wydziału Nauk Społecznych KUL; 2000: 15–38.
2. Błajet P. Progi i bariery promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne* 2000; 112 (Supl.1): 7–9.
3. Misiuna M, Szcześniewska D. Świadomość zdrowotna mieszkańców Warszawy. *Zdrowie Publiczne* 1999; 109(10): 349–356.
4. Przewęda R. *Działania na rzecz poprawy i utrzymania zdrowia. Kondycja fizyczna*. [w:] *Promocja zdrowia*. Red. JB Karski. Warszawa: Wydawnictwo Ignisk; 1999: 196–216.
5. Szponar L, Respondek W. Jakość zdrowotna żywności i żywienia w promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1995; 2(5–6): 40–52.
6. Szewczyński J, Skrodzka Z. *Higiena żywienia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1990: 12–18.
7. Haładaj K, Chlebna-Sokół D. Aktualne kierunki promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży. *Zdrowie Publiczne* 1998; 108(10): 410–412.

Adres Autorek:

Katedra i Zakład Pedagogiki
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna w Lublinie
Al. Raławickie 1
20-059 Lublin

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY ZDROWIA PUBLICZNEGO
CONTEMPORARY PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH

Zachowania żywieniowe i formy aktywności fizycznej wśród pielęgniarek jako elementy stylu życia

Nutritious habits and physical activity among nurses as elements of lifestyle

ANNA FILIPCZUK, IRENA WRÓŃSKA

Z Katedry i Zakładu Pedagogiki Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. nadzw. dr hab. Irena Wrońska

Streszczenie Zdrowie uznawane jest za największą wartość w życiu człowieka, w związku z tym we wszystkich okresach życia trzeba je doskonalić i umacniać. Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek dotycząca sposobu odżywiania się i aktywności fizycznej. Badaniami objęto 250 osób wybranych losowo. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, którą zrealizowano za pomocą techniki ankiety. Stwierdzono, iż tylko co dwunasta osoba badanej populacji deklaruje, iż odżywia się racjonalnie prawie zawsze, przestrzegając wszelkich zaleceń żywieniowych. Przyczyny nieracjonalnego odżywiania się to: charakter zmianowy pracy (47%) i trudności finansowe (35,9%), których poprawa stanowi warunek zmiany sposobu odżywiania. Wśród badanych dominują biernie spędzanie czasu wolnego (71,1%), ograniczające się do czynności niewymagających większego wysiłku fizycznego. 1/3 badanej populacji wykonuje ćwiczenia fizyczne trwające 20–30 minut bez przerwy, ale tylko co trzynasta osoba ćwiczy codziennie. Przyczyny małej aktywności fizycznej to: duże zmęczenie wysiłkiem fizycznym w pracy (40,7%) i brak wolnego czasu (25%). Do zwiększenia aktywności fizycznej potrzebna jest poprawa dotychczasowej sytuacji finansowej (33,8%). Uzyskane wyniki wskazują na dominację negatywnych zachowań zdrowotnych wśród pielęgniarek. Konieczne jest zatem położenie większego nacisku na promowanie zachowań prozdrowotnych wśród personelu medycznego.

Słowa kluczowe: styl życia, zachowania zdrowotne, aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, pielęgniarka.

Summary Health is considered to be the greatest value in life, therefore it needs to be improved at its every stage. The aim of the paper was to determine the nutritious habits and physical activity of nurses. It was conducted among 250 accidental people and investigated by the method of diagnostic poll carried into effect by the method of inquiry. The survey showed that only every twelfth of the surveyed admits to follow a sensible eating scheme. The reasons of inappropriate eating habits are working in inconvenient shifts (47%) and financial problems (35.9%). Financial improvement causes change in nutrition. Most of the surveyed (71.1%) admit to spend their free time passively with little physical effort. It was determined that 1/3 of the surveyed do physical exercises for a continuous time of 20 to 30 minutes. Among them, only every thirteenth one exercises every day. The reasons of little physical activity are tiredness at work (40.7%) and lack of free time (25%). Increasing physical activity requires the improvement of financial situation (33.8%). The survey revealed that negative health behaviour dominate among the nurses. Therefore, it is necessary to place more impact on promoting healthy behaviour among the medical staff.

Key words: lifestyle, health behaviour, physical activity, sensible nutrition, nurse.

Wstęp

Przekonania i zachowania zdrowotne kształtują się podczas długiego procesu socjalizacji, już od dzieciństwa, pod wpływem różnych czynników. Wiadomo, że są one zmieniane, ulepszone, modyfikowane w ciągu całego życia, a więc

w toku oddziaływań środowiskowych, kulturowych, społecznych, politycznych i edukacyjnych. Przekonania zdrowotne wytyczają pewien kierunek oddziaływań człowieka, wiążą się z zachowaniami, ale niekoniecznie z określonych przekonań muszą wynikać konkretne zachowania zdrowotne [1].

Ważnymi elementami zdrowego stylu życia są pozytywne zachowania zdrowotne dotyczące odżywiania się oraz aktywności fizycznej. Jak wiemy, właściwe pożywienie składa się z wielu odrębnych składników znajdujących się w nim w takich stosunkach, aby składniki te mogły być odpowiednio wyzyskane. Ważne jest, aby między podstawowymi składnikami była zachowana proporcja [2]. Występowaniu wielu chorób sprzyja między innymi wadliwy sposób żywienia [3]. Dotyczy to również aktywności ruchowej niezbędnej do utrzymania i poprawy stanu zdrowia. Mianem aktywności ruchowej lub fizycznej określa się wysiłek mięśniowy wywołujący w organizmie zespół zmian, które prowadzą do wydatku energetycznego wyższego niż poziom spoczynku. Należy pamiętać, iż ograniczenie codziennej aktywności nasilającej się wraz z rozwojem cywilizacji jest reaktywnym zagrożeniem dla zdrowia. Przyczyny chorób społecznych widzi się przede wszystkim w hipokinezji współczesnego człowieka i dlatego w programach promocji zdrowia podkreśla się szczególną rolę aktywności ruchowej [4].

Cel pracy

Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek dotycząca sposobu odżywiania się i form aktywności fizycznej w czasie wolnym.

Materiał i metody

Do realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, którą zrealizowano za pomocą techniki ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby pracy. Badania przeprowadzono w miesiącach maj–czerwiec 2002 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej, ankietę wypełniło 250 pielęgniarek. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej. W badaniu zdecydowanie przeważały kobiety (98,8%), połowa to osoby w wieku 35–44 lata, przeważały oso-

by (49%) ze stażem pracy 10–19 lat, które ukończyły Studium Medyczne 2-letnie (53,6%). Znaczna większość badanych (63,3%) określiła swoją sytuację materialną jako przeciętną.

W analizie statystycznej zastosowano test χ^2 i współczynnik korelacji Pearsona.

Wyniki

Z analizy przeprowadzonego badania wynika (tab. 1), iż tylko 8,03% pielęgniarek odżywia się racjonalnie (prawidłowo), tj. „dostarcza do ustroju pożywienia zawierającego wszelkie niezbędne składniki odżywcze w ilościach i proporcjach zgodnych z zaleceniami nauki o żywieniu, odpowiednio sporządzonego, regularnie i proporcjonalnie rozłożonego na poszczególne posiłki oraz przygotowanego zgodnie z wymaganiami sanitarno-higienicznymi” [5]. Zdecydowana większość badanych (65,5%) twierdzi, iż stara się odżywiać prawidłowo, ale tylko czasami udaje im się przestrzegać zasad racjonalnego odżywiania, a 26,5% respondentów przyznaje się, iż ich sposób odżywiania jest nieprawidłowy. Istnieje zależność statystyczna sposobu odżywiania się od wieku $\chi^2 = 22,9$; $R = 11,7$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 35,2$; $R = 14,2$. Respondenci deklarujący przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania to częściej osoby do 24 roku życia (27,3%), o dobrej sytuacji materialnej (24,6%).

Przyczyną uniemożliwiająca przestrzeganie zasad racjonalnego odżywiania się (tab. 2) jest charakter zmianowy pracy (47%), ponadto badani wymieniali: trudności finansowe (35,9%), złe przyzwyczajenia żywieniowe (15,8%), bardzo absorbującą pracę (1,28%). Istnieje zależność statystyczna przyczyn nieprawidłowego odżywiania od sytuacji materialnej $\chi^2 = 49,6$; $R = 21,2$. Charakter zmianowy pracy był przyczyną nieracjonalnego odżywiania wśród badanych o dobrych warunkach materialnych (84%), trudności finansowe wśród respondentów o złej sytuacji materialnej (73,5%), a złe przyzwyczajenia żywieniowe w grupie badanych o przeciętnej sytuacji materialnej (20,4%).

Tabela 1. Charakterystyka sposobu odżywiania się pielęgniarek

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Odżywiam się prawidłowo, prawie zawsze przestrzegam zasad racjonalnego odżywiania.	20	8,03
2.	Staram się odżywiać prawidłowo, ale tylko czasami udaje mi się przestrzegać wszystkich zaleceń racjonalnego odżywiania.	164	65,5
3.	Sposób w jaki się odżywiam jest raczej nieprawidłowy, prawie nigdy nie udaje mi się przestrzegać zasad racjonalnego żywienia.	66	26,5
	Razem	250	100

Badani zapytani o warunki, jakie muszą być spełnione, aby mogli przestrzegać zasad prawidłowego odżywiania (tab. 3), odpowiedzieli: zaczę się racjonalnie odżywiać, gdy poprawi się moja dotychczasowa sytuacja materialna (43,8%), gdy będę bardziej dysponować czasem wolnym (42,5%), chcę, aby moi znajomi, rodzina namówili mnie do zmiany sposobu odżywiania (12,4%), oczekuję na wyraźną zachętę ze strony prasy, radia i telewizji (1,29%). Istnieje zależność uwarunkowań racjonalnego odżywiania od sytuacji materialnej $\chi^2 = 31,7$; $R = 13,6$. Uwarunkowanie przestrzegania zasad prawidłowego żywienia od poprawy dotychczasowej sytuacji finansowej występuje wśród osób o złej sytuacji materialnej (52,4%), a większa dyspozycja czasem wolnym potrzebna jest respondentom o dobrej sytuacji materialnej (70,8%).

Badania wykazały, że 40,1% respondentów jest zdania, iż stosowanie zdrowej diety jest kosztowne i pochłania dużo czasu. Tak uważają głównie osoby powyżej 55 roku życia (43,1%), o złych warunkach materialnych (47,2%). Natomiast 14,6% badanej populacji zgadza się ze stwierdzeniem, iż spożywanie 1–2 posiłków dziennie przez człowieka dorosłego sprzyja zachowaniu właściwej masy ciała. Przekonanie to częściej występuje w przedziale wiekowym 35–44 lata (18,8%), wśród osób o złych warunkach materialnych (28,6%). Stwierdzono zależność statystyczną świadomości zasad żywieniowych od sytuacji materialnej $\chi^2 = 81,8$; $R = 16,4$.

Rozpatrując aktywność fizyczną w przeprowadzonym badaniu pytano o umiejętność znalezienia w tygodniu czasu wolnego wykorzystanego wyłącznie dla siebie. Z badań wynika, iż tylko

Tabela 2. Przyczyny nieracjonalnego odżywiania się wśród pielęgniarek

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Złe przyzwyczajenia żywieniowe.	36	15,8
2.	Bardzo absorbująca praca.	3	1,28
3.	Charakter zmianowy pracy.	110	47
4.	Trudności finansowe.	81	35,9
	Razem	230	100

Tabela 3. Warunki potrzebne do zmiany sposobu odżywiania się wśród pielęgniarek

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Oczekuję na wyraźną zachętę do racjonalnego odżywiania ze strony prasy, radia i telewizji.	3	1,29
2.	Chcę, aby moi znajomi, rodzina namówili mnie do zmiany sposobu odżywiania.	28	12,4
3.	Zacznę się racjonalnie odżywiać, gdy poprawi się moja dotychczasowa sytuacja finansowa.	101	43,8
4.	Czekam, aż zostaną zorganizowane szkolenia (kursy) dotyczące prawidłowego odżywiania.	–	–
5.	Zacznę się racjonalnie odżywiać, gdy będę bardziej dysponować wolnym czasem.	98	42,5
	Razem	230	100

Tabela 4. Formy aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy zawodowej wśród pielęgniarek

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	W czasie wolnym od pracy zawodowej oglądam telewizję, czytam i wykonuję inne prace, które nie wymagają większego wysiłku fizycznego.	175	71,1
2.	W czasie wolnym od pracy zawodowej często spaceruję, jeżdżę na rowerze. lub wykonuję inne czynności związane z wysiłkiem fizycznym (np. prace na działce, polowanie) przynajmniej przez 3–4 godz. tygodniowo (nie dotyczy to jednak czynności związanych z dojsciem lub dojazdem do pracy).	64	26
3.	W czasie wolnym od pracy zawodowej wykonuję często (przynajmniej przez 3–4 godz. tygodniowo) specjalne ćwiczenia mające poprawić sprawność fizyczną, jak: biegi, narciarstwo, gimnastyka, pływanie, lub wykonuję ciężkie prace fizyczne np. w ogrodzie lub przy budowie domu.	7	2,85
	Razem	250	100

9,27% respondentów ma zawsze w tygodniu czas wolny dla siebie, 82,3% przyznaje się, iż tylko czasami udaje im się znaleźć czas wolny, a 8,47% badanych nie ma go nigdy. Istnieje słaba zależność statystyczna umiejętności znalezienia czasu wolnego od wieku $\chi^2 = 14$; $R = 5,64$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 17,4$; $R = 7,02$. Częściej w tygodniu mają czas wolny osoby do 34 roku życia (15,8%), o dobrych warunkach materialnych (15,4%). Zdecydowana większość osób (71,1%) czas wolny od pracy zawodowej spędza w sposób bierny – oglądając telewizję, czytając książki i prasę oraz wykonując inne czynności niewymagające większego wysiłku fizycznego (tab. 4). 26% badanych określiło, iż w czasie wolnym często spaceruje, jeździ na rowerze i wykonuje inne czynności związane z wysiłkiem fizycznym, a 2,85% w czasie wolnym wykonuje często (przynajmniej przez 2–4 godziny tygodniowo) specjalne ćwiczenia mające poprawić sprawność fizyczną, jak biegi, narciarstwo, gimnastyka, pływanie lub wykonuje ciężkie prace fizyczne np. w ogrodzie. Istnieje zależność sposobu spędzania czasu wolnego od sytuacji materialnej $\chi^2 = 65,8$; $R = 26,7$. Bierne formy spędzania czasu wolnego wskazywali respondenci o dobrej sytuacji materialnej (28,4%) – im gorsze warunki materialne, tym więcej osób deklaruowało aktywne spędzanie czasu wolnego (75% badanych o złych warunkach materialnych).

Badania wykazały, iż 32,9% respondentów deklaruje wykonywanie dość intensywnych ćwiczeń fizycznych (np. biegi, gimnastykę, pływanie) trwających co najmniej 20–30 min bez przerwy. Stwierdzono zależność wykonywania ćwiczeń fizycznych od sytuacji materialnej $\chi^2 = 55,7$; $R = 23,3$. Zdecydowanie częściej ćwiczą respondenci o złych warunkach materialnych (95,2%) – im lepsza sytuacja finansowa, tym mniej osób ćwiczy. Wśród deklarujących wykonywanie ćwiczeń fizycznych 34,1% badanych ćwiczy kilka razy w roku lub rzadziej, 29,7% dwa, trzy razy w miesiącu, 11% co drugi lub trzeci dzień lub raz w tygodniu. Natomiast tylko 6,59% badanych ćwiczy codziennie, a 7,69% prawie każdego dnia (od 4 do 6 dni w tygodniu). Istnieje zależność częstości wykonywania ćwiczeń fizycznych od wieku badanych

$\chi^2 = 16,3$; $R = 17,9$. Do wykonywania ćwiczeń fizycznych kilka razy w roku lub dwa, trzy razy w miesiącu przyznali się głównie badani w wieku 45 lat i więcej (odpowiednio 41,5 i 35,8%), raz w tygodniu ćwiczą osoby do 24 roku życia (22,2%), natomiast codzienne wykonywanie ćwiczeń fizycznych deklarowali przede wszystkim respondenci w wieku 25–34 lata (13,8%).

Badani zapytani dlaczego nie wykonują ćwiczeń fizycznych (tab. 5) wskazywali takie kategorie odpowiedzi, jak: jestem zbyt zmęczony(a) wysiłkiem fizycznym w pracy (40,7%), nie mam czasu (25%), jestem zbyt leniwy(a) (18%), nie lubię ćwiczyć fizycznie (16,3%). Istnieje słaba zależność statystyczna przyczyn małej aktywności fizycznej od wieku $\chi^2 = 3,85$; $R = 2,24$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 9,2$; $R = 5,35$. Duże zmęczenie wysiłkiem fizycznym w pracy wskazywali badani w wieku 45 lat i więcej (43,4%) o złej sytuacji materialnej (56,5%), brak czasu uniemożliwia ćwiczenia fizyczne osobom w wieku 25–34 lata (25,6%) o przeciętnych warunkach materialnych (29,1%), a lenistwo było przyczyną najczęściej wśród osób do 24 roku życia (23%) o dobrej sytuacji materialnej (26,7%).

Respondenci zapytani o warunki, jakie muszą być spełnione, aby mogli zwiększyć aktywność fizyczną (tab. 6), wskazywali takie kategorie odpowiedzi, jak: będę więcej czasu poświęcać na ćwiczenia fizyczne, jeżeli wzrosną znacznie (o ponad 50%) moje dotychczasowe finanse (33,8%), oczekuję na wyraźną zachętę do ćwiczeń ze strony prasy, radia i telewizji (27,9%), liczę na to, że namówią mnie do ćwiczeń moi znajomi, rodzina (22,9%), zdecydowanie rzadziej wymieniano jako warunek organizację atrakcyjnych możliwości ćwiczeń w pobliżu miejsca zamieszkania oraz dobre wyposażenie obiektów sportowych (baseiny, boiska, korty tenisowe) – odpowiednio 9,58 i 3,75%. Istnieje zależność uwarunkowań aktywności fizycznej od wieku $\chi^2 = 42,4$; $R = 17,7$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 74,8$; $R = 31,2$. Uwarunkowanie zwiększenia aktywności fizycznej od poprawy sytuacji finansowej występuje wśród respondentów w wieku 45 lat i więcej (40,2%) o złych warunkach materialnych, rola mediów odgrywa największą rolę wśród badanych w wie-

Tabela 5. Przyczyny małej aktywności fizycznej wśród pielęgniarek

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Nie mogę wykonywać ćwiczeń ze względu na zły stan zdrowia.	–	–
2.	Nie lubię ćwiczyć fizycznie.	28	16,3
3.	Nie mam czasu.	43	25
4.	Jestem zbyt zmęczony(a) wysiłkiem fizycznym w pracy.	70	40,7
5.	Jestem zbyt leniwy(a).	31	18
	Razem	172	100

Tabela 6. Warunki potrzebne do zwiększenia aktywności fizycznej wśród pielęgniarek

Lp.	Wyszczególnienie	N	%
1.	Czekam, aż powstaną atrakcyjne możliwości ćwiczeń zorganizowane przez mój zakład pracy.	5	2,08
2.	Czekam, aż powstaną atrakcyjne możliwości ćwiczeń w pobliżu mojego miejsca zamieszkania.	23	9,58
3.	Czekam, aż w Polsce powstanie dużo nowych dobrze wyposażonych obiektów sportowych (baseny, boiska, korty tenisowe itp.).	9	3,75
4.	Będę więcej czasu poświęcać na ćwiczenia fizyczne, jeżeli wzrosną znacznie (o ponad 50%) moje dotychczasowe finanse.	81	33,8
5.	Oczekuję na wyraźną zachętę do ćwiczeń ze strony prasy, radia i telewizji.	67	27,9
6.	Liczę na to, że namówią mnie do ćwiczeń moi znajomi, rodzina.	55	22,9
	Razem	240	100

ku 25–34 lata (23,9%) o przeciętnych warunkach materialnych (33,9%), a zachęty ze strony znajomych, rodziny oczekują przede wszystkim osoby do 24 roku życia (23,9%) o dobrych warunkach materialnych (34,8%).

Stwierdzono, iż 39,4% respondentów jest zdania, iż każdy powinien wykonywać ćwiczenia fizyczne niezależnie od wieku, natomiast 31,6% uważa, że ćwiczenia fizyczne są niezastąpionym środkiem ochrony zdrowia. Istnieje zależność świadomości potrzeby aktywności fizycznej od wieku $\chi^2 = 70,2$; $R = 14$ i sytuacji materialnej $\chi^2 = 54,9$; $R = 11$. Potrzebę aktywności fizycznej częściej wykazywały osoby do 24 roku życia (odpowiednio 46,1 i 39,5%) o dobrej sytuacji materialnej (po 46,3%) – zaobserwowano, iż im starsi (powyżej 55 roku życia – odpowiednio po 16,7%) oraz im sytuacja materialna gorsza (zła sytuacja materialna – odpowiednio 26 i 24%), tym wskazań mniej.

Omówienie

Stan zdrowia jednostki uzależniony jest w dużej mierze od przejawianych zachowań zdrowotnych w zakresie stylu życia. Jednym z nich jest sposób żywienia, który jest problemem dość rozległym z powodu jego zależności od wielu ściśle ze sobą powiązanych czynników: począwszy od ekologicznych i biologicznych, poprzez społeczno-kulturowe i ekonomiczne, a na indywidualnych kończąc [6].

Przeprowadzone badania wykazały, iż tylko co dwunasta osoba badanej populacji deklaruje, iż odżywia się racjonalnie. Respondenci jako przyczyny nieracjonalnego odżywiania się podają charakter zmianowy pracy (co druga osoba) i trudności finansowe (co trzecia osoba). Uwarunkowania poprawy sposobu odżywiania się wiążą się z istniejącym wśród respondentów przekonaniem, iż stosowanie zdrowej diety jest kosztowne i pochłania dużo czasu (40,1% badanych).

Ważnym elementem umożliwiającym zachowanie zdrowia jest aktywność fizyczna, stanowiąca podstawową cechę charakteryzującą człowieka, która jest zakodowana genetycznie. Informacja genetyczna rzutuje nie tylko na fizyczne ukształtowanie się możliwości ruchowych, ale warunkuje też psychiczne podłoże potrzeby ruchu [7]. Polskie społeczeństwo cechuje mała aktywność fizyczna, czego dowodzą między innymi przeprowadzone badania, na podstawie których stwierdzono, iż wśród pielęgniarek zdecydowanie dominuje bierne spędzanie czasu wolnego (71,1%) i tylko 1/3 badanej populacji deklaruje wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych, ale zaledwie co trzynasta osoba ćwiczy codziennie, natomiast większość osób ćwiczy tylko kilka razy w roku lub rzadziej (co trzecia osoba).

Systematyczność wykonywania ćwiczeń uwarunkowana jest wiekiem respondentów – im starsi, tym rzadziej ćwiczą. Przyczyną małej aktywności fizycznej jest duże zmęczenie wysiłkiem fizycznym w pracy (40,7%), a dla 1/4 badanych przeszkodę stanowi brak wolnego czasu. Pomimo małej aktywności fizycznej zdecydowana większość badanych (70%) jest przekonana o zdrowotnych korzyściach, jakie można uzyskać przez systematyczną aktywność fizyczną. Należy pamiętać, iż aktywności ruchowej nie da się zastąpić niczym i stąd istnieje od wieków zainteresowanie w wykorzystaniu aktywności ruchowej dla celów zdrowotnych [8].

Wnioski

- Istnieje przekonanie, iż stosowanie zdrowej diety jest kosztowne i pochłania dużo czasu, co wiąże się z bardzo liczną grupą osób (92%) nieprzestrzegających zasad racjonalnego odżywiania, a warunkujących zmianę sposobu odżywiania od poprawy dotychczasowej sytuacji materialnej i większej dyspozycji czasem wolnym.

2. Istnieje duże przekonanie potrzeby aktywności fizycznej umożliwiającej poprawę i zachowanie zdrowia. Lecz pomimo podsianej świadomości zdrowotnej w badanej populacji dominują bierne formy spędzania czasu wolnego i tylko 1/3 respondentów wykonuje ćwiczenia fizyczne.
3. Przyczyną małej aktywności fizycznej jest duże zmęczenie wysiłkiem fizycznym w pracy i brak wolnego czasu. Aktywność fizyczną badani mogliby zwiększyć pod warunkiem poprawy sytuacji finansowej.
4. Pracownicy ochrony zdrowia (w tym pielęgniarki) określani są najlepszymi promotorami zdrowia, w związku z tym ich postawy i zachowania zdrowotne powinny być wzorcem do naśladowania w kształtowaniu postaw zdrowotnych ich pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Rokitiańska M. Rola edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w kształtowaniu przekonań, zachowań i postaw prozdrowotnych społeczeństwa. *Zdrowie Publiczne* 2002; 112 (supl.1): 13–17.
2. Kierst W. *Nauka o żywieniu człowieka zdrowego i chorego*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 1989: 4–21.
3. Urbanowska-Żyto B. Zachowania żywieniowe i edukacja żywieniowa z perspektywy socjologicznej. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1995; 2(5–6): 53–64.
4. Przewęda R. *Działania na rzecz poprawy i utrzymania zdrowia. Kondycja fizyczna*. [w:] *Promocja zdrowia*. Red. JB Karski. Warszawa: Wydawnictwo Ignisk; 1999: 196–216.
5. Szewczyński J. *Higiena żywienia człowieka*. [w:] *Higiena – ochrona zdrowia*. Red. C. Korczak. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 1990: 12–18.
6. Narojek L. Społeczno-psychologiczne uwarunkowania postaw względem żywienia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 199; 2 (56): 91–100.
7. Żołnierczuk-Kieliszek D. *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*. [w:] *Zdrowie publiczne*. Red. TB Kulik, M Latański. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002: 93–94.
8. Kuński H. *Ruch i zdrowie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych; 1987: 5–7.

Adres Auterek:
Katedra i Zakład Pedagogiki
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna w Lublinie
Al. Raławickie 1
20-059 Lublin

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY ZDROWIA PUBLICZNEGO
CONTEMPORARY PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH

Ocena zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej jako wyznacznik działań w zakresie zdrowia publicznego

Opinion of wholesome behavior of school youth
as determinant of workings in range of public health

ALICJA PTASZYŃSKA¹, EWA KURIATA²

¹ Ze Studenckiego Koła Młodych Menedżerów przy Zakładzie Organizacji i Zarządzania
Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Z Zakładu Organizacji i Zarządzania Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej
we Wrocławiu

Kierownik: dr. n. przyr. Grażyna Siarkiewicz

Streszczenie Obecny stan wiedzy w zakresie zdrowia publicznego w Polsce pozwala na dość zróżnicowane podejście do kierunków badań mających zastosowanie w tej dziedzinie. Z całą pewnością ważne i uzasadnione są badania wycelowane w diagnozowanie zachowań młodzieży szkolnej odnoszących się do zdrowia. W zależności od poziomu wiedzy młodej populacji oraz od asortymentu zachowań będzie kształtowało się zdrowie tej grupy społeczeństwa. Istotnym elementem szeroko rozumianego „zdrowia publicznego” jest profilaktyka oraz promocja zdrowia. Zatem dla zapewnienia skuteczności tych funkcji należy dokonać rozpoznania aktualnej sytuacji, a następnie określić zapotrzebowanie na działania fachowej kadry na rzecz edukacji młodzieży, wdrażania programów profilaktyki i promocji zdrowia. W ramach działalności Studenckiego Koła Młodych Menedżerów podjęto próbę zdiagnozowania aktualnego poziomu wiedzy młodzieży gimnazjalnej na temat zachowań zdrowotnych. Badania ankietowe prowadzono w 2002 r. w Gimnazjum nr 3 we Wrocławiu. Ankiecie poddano całą społeczność uczniowską. Byli to uczniowie klas pierwszych, drugich i trzecich – ogółem 214, z tego 54,2% społeczności uczniowskiej stanowili chłopcy, natomiast 45,8% dziewczęta. Narzędzie badawcze składało się z pytań diagnozujących takie aspekty zachowań zdrowotnych, jak: warunki mieszkaniowe, odżywianie, higiena osobista, sposoby spędzania wolnego czasu, używki, takie jak: nikotyna, alkohol, narkotyki. Ważnym aspektem było poruszenie problemu bezpieczeństwa w szkole i poza nią. Na zakończenie zadano pytanie diagnozujące zapotrzebowanie uczniów na porady psychologiczne i pedagogiczne. To ostatnie ma istotne znaczenie w argumentowaniu decyzji w zakresie zabezpieczenia fachowego personelu na terenie szkół w celu szeroko pojętej edukacji młodzieży oraz wspierania działań profilaktycznych. Uzyskany materiał został poddany analizie oraz zaprezentowany graficznie za pomocą tabel i rycin.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, edukacja zdrowotna.

Summary Current state of knowledge in range of Public Health in Poland permits on diverse approach to directions of investigations used in this field. Certainly most important and well-founded investigations are measured into diagnosing of young people's behavior related to health. Health of this group of society used from the level of knowledge and from assortment of behavior of the young people. Essential element of Public Health is a prevention as well as promotion of health. For assurance of effectiveness of this function one should to execute recognitions of current situation, and to qualify demand then onto education of professional personnel, initiations of programmes of prevention and promotion of health. The diagnosis of current level of health-knowledge of teenagers, has been taken in frames of activity of Student Public of Young Managers Wheel. Questionnaire investigation was conducted in 2002 year in Secondary School nr 3 in Wrocław. The whole pupils community of that school has taken part in the research. They were this pupils of classes first, second and thirds' – in general 214, from this 54.2% of school's community made up boys, however 45.8% girl. The questionnaire folded such aspects of wholesome behavior from diagnosing questions as: housing conditions, nourishment, personal hygiene, ways of spending of free time, condiments such as: nicotine, liquor, drugs. The questionnaire mentioned a problem of safety was most important aspect in school and beyond her. To end with; last of all question diagnosing were de-

mand of pupils onto psychological and pedagogical advices. The last one has essential meaning in arguing of decision in range of providing professional staff on terrain of schools, in aim wide comprehended education of youth as well as supports of preventive actions. The research material has been analysed and graphically presented in schedules and graphs.

Key words: health education, health behavior's.

Wstęp

Obecny stan wiedzy w zakresie zdrowia publicznego w Polsce pozwala na dość zróżnicowane podejście do kierunków badań mających zastosowanie w tej dziedzinie. Z całą pewnością ważne i uzasadnione są badania wycelowane w diagnozowanie zachowań młodzieży szkolnej pozostających w związku ze zdrowiem. W zależności od poziomu wiedzy młodej populacji oraz od kategorii podejmowanych zachowań będzie się kształtowało zdrowie tej grupy społeczeństwa. Istotnym elementem szeroko rozumianego „zdrowia publicznego” jest edukacja zdrowotna oraz promocja zdrowia i profilaktyka. Zatem dla zapewnienia skuteczności tych funkcji należy dokonać rozpoznania aktualnej sytuacji, a następnie określić zapotrzebowanie na działania fachowej kadry na rzecz edukacji młodzieży, wdrażania programów profilaktyki i promocji zdrowia.

„Niektórzy autorzy dowodzą, że nasze obecne podejście do opieki zdrowotnej wydaje się wciąż bardziej reakcyjne aniżeli prewencyjne (Macdonald 1993). (...) Ale bardziej użyteczne byłoby postrzeganie chorób i urazów jako ostatniego etapu większej całości, w której interwencja, niekoniecznie natury medycznej, niesłaby ze sobą o wiele lepsze rezultaty w etapach wcześniejszych” [1].

Szkoła jest środowiskiem edukacyjnym, w którym kształtują się i utrwalają kulturowe i zdrowotne wzorce zachowań młodego pokolenia, dlatego to jej powierzono funkcje promowania zdrowia jako wartości nadrzędnej. Wychowanie zdrowotne jest elementem procesu wychowawczego, dlatego szkoła w ramach swych zadań wychowawczych powinna uczyć prawidłowych zachowań zdrowotnych. Niezależnie od swojego bezpośredniego oddziaływania na dziecko, szkoła może także wpływać na postawy i zachowania rodziców. Możliwe jest tu oddziaływanie przez uczniów, którzy przenoszą do domów rodzinnych zdobyte w szkole wiadomości, jak i przez bezpośrednie kontakty z rodzicami podczas wywiadówek i innych spotkań. Dzieci na ogół reagują pozytywnie na wszelkie zabiegi podejmowane w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Znacznie trudniejsze bywa przekonanie osób dorosłych do harmonijnej współpracy ze szkołą.

„Niektóre z negatywnych zdrowotnie zachowań, które w programach promocyjnych próbuje się usunąć lub choćby zmodyfikować, mają swoje środowiskowe korzenie. (...) W tej sytuacji próby bezpośredniego wpływania na ludzi, by zmienili swoje postępowanie, podejmowane bez zmiany warunków otoczenia, które je wywołują, są skazane na niepowodzenie. Należy najpierw zmienić te właśnie warunki, by z kolei uzyskać odpowiednie efekty w sferze zachowań” [2].

Kształtowanie właściwych postaw wobec zdrowia, poczynając od najmłodszego pokolenia, jest koniecznym warunkiem poprawy kondycji zdrowotnej ludzkości dzisiaj i w przyszłości.

Celem nadrzędnym pracy jest próba rozpoznania sytuacji w zakresie świadomości zdrowotnej młodzieży oraz czynników środowiskowych, które mają wpływ na ich styl życia.

W ramach działalności Koła Młodych Menedżerów grupa studentów Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu podjęła próbę zdiagnozowania obecnego poziomu wiedzy młodzieży gimnazjalnej na temat zachowań zdrowotnych.

Materiał i metody

Badania zachowań zdrowotnych młodzieży były prowadzone w 2002 r. w Gimnazjum nr 3 we Wrocławiu. Szkoła usytuowana jest w dzielnicy Krzyki, jednak od lat rejon obecnego osiedla Przedmieście Oławskie kojarzy się mieszkańcom Wrocławia z nazwą Trójkąt Bermudzki. Prawdopodobieństwo zwiększonego zapotrzebowania na edukację w tym środowisku może być większe, niż w porównywalnych szkołach na terenie miasta, jednak przyjęcie takiego założenia *a priori* może być krzywdzące. Gimnazjum już przed kilkoma laty zadeklarowało swój akces w sieci szkół promujących zdrowie i za nadrzędny cel przyjęło przekazanie uczniom wiedzy o zdrowiu, kształtowanie ich postaw wobec zdrowia, utrwalanie odpowiednich nawyków, umiejętności i sprawności służących zdrowiu. W ramach współpracy Wydziału Zdrowia Publicznego z Gimnazjum nr 3 podjęto anonimowe badania ankietowe, którymi objęto całą społeczność uczniowską.

Badaną grupę młodzieży stanowili uczniowie klas pierwszych, drugich i trzecich Gimnazjum nr 3 we Wrocławiu – ogółem 214 ankietowanych

w przedziale wiekowym od 13 do 16 lat, z tego 54,2% społeczności uczniowskiej stanowili chłopcy, natomiast 45,8% to dziewczęta.

Kwestionariusz ankiety składał się z pytań obejmujących takie aspekty zachowań zdrowotnych, jak: warunki mieszkaniowe, odżywianie, higiena osobista, sposoby spędzania wolnego czasu, używki, takie jak: nikotyna, alkohol, narkotyki. Ważnym aspektem było poruszenie problemu bezpieczeństwa w szkole i poza nią. Na zakończenie zadano pytanie diagnozujące zapotrzebowanie uczniów na porady psychologiczne i pedagogiczne. Uzyskany materiał badawczy został poddany analizie.

Wyniki

Pierwsza grupa pytań dotyczyła warunków mieszkaniowych różnicujących młodzież według zajmowanego mieszkania oraz posiadania lub nie własnego pokoju. W takim ujęciu warunki mieszkaniowe uczniów można określić jako dobre: 16,8% ankietowanych mieszka w domu jednorodzinnym, 43,5% w mieszkaniu w starym budownictwie, a 39,7% w mieszkaniu w bloku, 65,8% dzieci zajmuje oddzielny pokój.

Następna część zagadnień poruszanych w kwestionariuszu ankiety dotyczyła odżywiania zarówno w szkole, jak i w domu. Niepokojące jest to, że 46,3% uczniów nie je śniadania przed wyjściem do szkoły w ogóle lub spożywa je sporadycznie. Może to doprowadzić do poważnych skutków zdrowotnych (np. wrzody żołądka) lub do wadliwego rozwoju fizycznego bądź psychicznego, gdyż ankietowane dzieci są w wieku dojrzewania. Utrwala to także nieprawidłowe nawyki żywieniowe wśród tej grupy młodzieżowej. Jeszcze gorzej procentowo przedstawia się spożywanie drugiego śniadania w szkole. Około 55,7% nie je śniadania w szkole. W sytuacji wydłużania się pobytu młodzieży w szkole w ciągu dnia do późnych godzin popołudniowych należy wziąć pod uwagę potencjalnie negatywny wpływ na proces uczenia się.

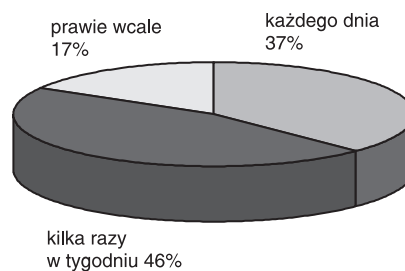
Dziewczęta ograniczają spożycie ważnych mikro- i makroelementów ze względu na modę na odchudzanie. Na pytanie dotyczące uwzględnienia w posiłkach mleka i jego przetworów, respondenci odpowiadali następująco: 37% spożywa te produkty każdego dnia, 46% – kilka razy w tygodniu, natomiast 17% prawie wcale nie uwzględnia produktów nabiałowych w codziennej diecie (ryc. 1).

Należy uświadomić także tej grupie młodej populacji, że zdrowe odżywianie idzie w parze także ze szczupłą sylwetką i nie oznacza wyrzeczeń i rezygnacji z niektórych produktów. Spożywanie słodczy przez młodych ludzi kilka razy

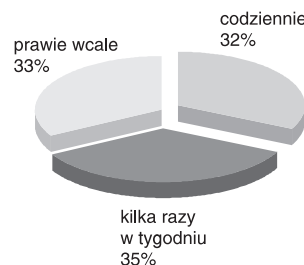
w tygodniu nie jest zjawiskiem niepokojącym. Natomiast kiedy to spożycie ma miejsce codziennie u 35% dzieci, należy podjąć działania profilaktyczne w tym zakresie, gdyż dzieci mogą zastępować główne posiłki smakołykami (ryc. 3).

W konsekwencji może to prowadzić do wielu schorzeń, np. cukrzycy, nadwagi, awitaminozy. Bardzo pozytywnym zjawiskiem jest, że 64,84% dzieci spożywa owoce i warzywa codziennie, a 34,7% dzieci spożywa je kilka razy w tygodniu. Jedynie 0,46% dzieci w ogóle nie jest konsumentami produktów z tej grupy.

Istotnym aspektem badań diagnozujących sytuację w szkole była odpowiedź na pytanie związane z udziałem fachowego personelu medycznego (pielęgniarki, lekarza) w oddziaływaniu na postawy młodzieży. Pielęgniarka szkolna nie jest nadmiernie zaangażowana w działania zdrowotne w tej szkole, albowiem jej działania docierają jedynie do 17,3% ankietowanych. Może być jeszcze jedną hipotetyczną przyczyną tego zjawiska, iż pielęgniarka nie ma indywidualnego kontaktu z uczniami i jej działania mogą nie przynosić efektu. Dla 51,9% uczniów osobami, które rozmawiały z nimi na temat prawidłowego żywienia, są rodzice. Należy uwzględnić, że rodzice mogą także, choć nie zawsze, utrwalac u dzieci nieprawidłowe nawyki żywieniowe obecne w wielu rodzinach od pokoleń (tłusta kuchnia, bez produktów nabiałowych, bez ciemnego bądź razowego pieczywa) (ryc. 2). W domach 52,9% uczniów przestrzega zasad prawidłowego żywie-



Ryc. 1. Jak często młodzież spożywa mleko i jego przetwory (jogurt, twaróg, ser)



Ryc. 2. Jak często młodzież spożywa chleb razowy lub Grahama?

nia, natomiast w 30,5% odpowiedzi uczniowie wskazują, iż nie wiedzą, czy przestrzega się takich zasad w ich domu. Ten odsetek ankietowanych nie ma wiedzy na temat zdrowego sposobu odżywiania się. Należy dotrzeć do tej grupy i rozpocząć działania edukacyjne.

Interesujące jest pytanie o codzienną obecność w diecie ciepłych pokarmów. 96,4% uczniów zjada codziennie ciepłe posiłki, ale też trzeba zwrócić uwagę na fakt, iż 3,6% uczniów tylko raz w tygodniu bądź jeszcze rzadziej jada ciepłe posiłki.

12,9% ankietowanych ma problemy zdrowotne, o których jeszcze z nikim nie rozmawiali. Wynika to z braku odpowiedniej wiedzy tych uczniów na temat zdrowia oraz o braku odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowie. Za przyczynę można też podać brak w otoczeniu młodzieży odpowiednich osób, które mogłyby pomóc w rozwiązaniu ich problemów zdrowotnych albo osób, które byłyby na tyle kompetentne, aby wzbudzić zaufanie tych młodych osób.

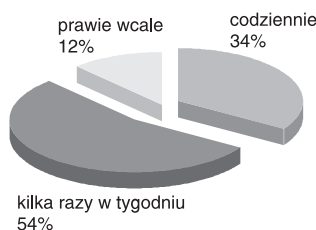
Następna część badań dotyczyła utrzymania higieny osobistej gimnazjalistów. Poziom higieny młodzieży można pobieżnie uznać za zadowalającą: 80% młodych ludzi kąpie się codziennie. Statystycznie ocenia się, iż poziom higieny młodzieży jest o wiele wyższy niż ludzi w wieku dorosłym. Natomiast poziom higieny jamy ustnej nie jest zbyt wysoki, tylko 18,8% młodzieży myje zęby po każdym posiłku, a 61,1% myje zęby dwa razy dziennie, natomiast 16,4% raz dziennie, a 3,5% okazjonalnie (ryc. 4).

Należałoby podjąć działania edukacyjne w zakresie higieny jamy ustnej. 92,9% uczniów zmienia codziennie bieliznę, co jest pozytywne w aspekcie rozpatrywania poziomu higieny wśród młodzieży (ryc. 5).

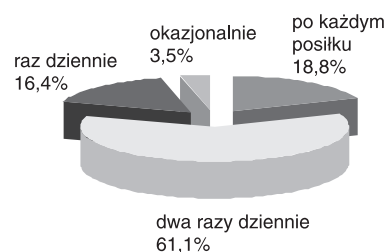
Uczniowie gimnazjum średnio spędzają 17,4 godzin tygodniowo przed telewizorem bądź komputerem. Jest to stanowczo za dużo. Trzeba zachęcić uczniów do innych form aktywności i spędzania wolnego czasu. Jeśli już hipotetycznie założyć, że dzieci dalej będą spędzać tyle czasu przed komputerem i telewizorem, trzeba propagować programy telewizyjne edukacyjne dla młodzieży oraz nauczyć uczniów korzystania

z komputera jako narzędzia nie tylko do zabawy, ale także do pracy i nauki. 14,1% uczniów w ogóle nie uczęszcza na żadne zajęcia fizyczne. Może to powodować u tej grupy dzieci poważne konsekwencje zdrowotne zarówno w wieku dojrzewania, jak i w późniejszych latach ich życia. Mogą się pogłębiać u tych uczniów np. wady postawy, nadwaga. Należy uświadomić im, że aktywność fizyczna może mieć dużo pozytywnych stron, np. łatwo się nawiązuje kontakty z rówieśnikami podczas gier zespołowych, sprzyja utrzymaniu zgrabnej sylwetki, zapewnia sprawność umysłową, co pozwala na osiągnięcie pozytywnych efektów procesu nauczania.

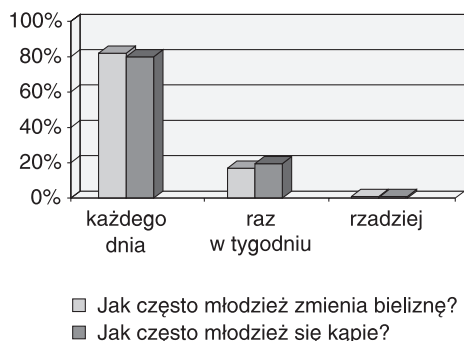
Ważnym aspektem badań było stosowanie przez młodych ludzi używek. 10,5% młodzieży sięga po alkohol raz w tygodniu. Ma to znamiona patologii, gdyż dziecko uzależnia się kilka razy szybciej niż człowiek dorosły od alkoholu. Trzeba pomóc tym dzieciom, ale nie wolno ich tępić za to i traktować inaczej niż inne dzieci, gdyż może się to przerodzić w poważny problem i wtedy potrzebna będzie pomoc profesjonalisty, aby wyprowadzić dziecko z nałogu. W 25,8% ten problem będzie trudny do zwalczania, gdyż picie odbywa się w domu, więc jest przypuszczalnie akceptowane przez rodziców. Bardzo trudne będzie dotarcie do tych dzieci i uświadomienie im problemu, jakim jest picie alkoholu i zagrożeń z tym związanych. Często w tych rodzinach może się okazać, że sami rodzice piją i są źródłem rodzącej się patologii, wtedy pomoc takiemu dziecku musi mieć charakter cykliczny, stały, a nie doraźny, gdyż wykrycie tego problemu jest dopiero początkiem długiej drogi zmierzającej ku jego rozwiązaniu. 23,5% dzieci pije na dyskoteci, więc należy założyć, że młodzież ta traktuje alkohol jako środek, który pomaga nawiązywać kontakty z ludźmi, pomaga być śmielszym, jako środek, bez którego niemożliwa jest dobra zabawa. Przyczyną picia może być także chęć „bycia dorosłym”, według naszych rozważań wynika to z braku autorytetu w swoim domu rodzinnym bądź otoczeniu dziecka. Jeżeli młodzi ludzie piją, to robią to w większości wypadków w towarzystwie swoich rówieśników. Może to być wynikiem mody, chęci zaimponowania, cza-



Ryc. 3. Jak często młodzież spożywa słodczyce?



Ryc. 4. Mycie zębów przez gimnazjalistów



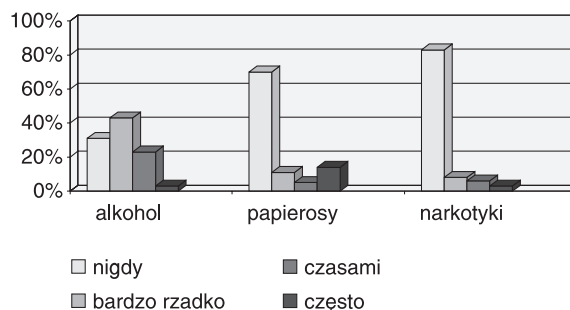
Ryc. 5. Zachowania dotyczące higieny osobistej

sem może to też wynikać z nudy, z braku organizacji wolnego czasu (ryc. 6).

Wyniki dotyczące palenia papierosów są bardziej optymistyczne. Należy wierzyć, że nadszedł kres mody na palenie papierosów. 85,8% uczniów nie ma inklinacji do palenia tytoniu. 5% popala od czasu do czasu. 2,3 pali sporadycznie, zwykle raz w tygodniu. 2,3% pali codziennie, a 3,5% wiele papierosów dziennie. Mimo że odsetek palących uczniów jest niewielki, należy i tak podjąć działania profilaktyczne i edukacyjne na temat skutków palenia tytoniu, gdyż należy założyć, że wśród uczniów niepalących mogą być potencjalni przyszli palacze, którzy jak nie będą posiadać wiedzy w tym zakresie, mogą wpaść w pułapkę uzależnienia. Niepokojące jest to, że 12,9% uczniów uważa, iż tylko niektóre narkotyki są szkodliwe, a 10,5% uważa, że narkotyki nie są w ogóle niebezpieczne. Wnioskujemy, że ci uczniowie nie mają podstaw teoretycznych z wiedzy na temat działania i negatywnego wpływu na zdrowie narkotycznych środków odurzających. Gdy uczniowie mają wskazać kogoś innego, to wskazują w 35% rodziców, a w 65% przyjaciół bądź kolegów lub koleżanki.

W tym pytaniu widać, że nie ma konkretnej osoby bądź organizacji, do której młody człowiek mógłby się zgłosić, aby rozwiązać swój problem. Wynika to także z tego, że młodzież nie ufa pracownikom szkoły, zarówno swoim nauczycielom i wychowawcom, jak i pedagogowi szkolnemu. Uczniowie wolą się zgłosić do koleżanki lub kolegi, którzy nie zawsze w sposób kompetentny potrafią udzielić pomocy.

Ciekawym aspektem poruszonym w badaniach zachowań zdrowotnych młodzieży jest poczucie bezpieczeństwa w drodze do szkoły i w szkole. 80,4% uczniów czuje się bezpiecznie w drodze do szkoły. Natomiast 19,6% uczniów odpowiada, że nie czuje się bezpiecznie w drodze do szkoły. Na pytanie o przyczynę w 31% podają niebezpieczną okolicę, natomiast 69% nie podaje przyczyny. 32,9% procent uczniów nie przebywa chętnie w szkole, co ma negatyw-



Ryc. 6. Jak często młodzież sięga po używki

ny wpływ na proces edukacji, gdyż uczeń z założenia przychodzi apatyczny do szkoły. Ankietowani zapytani o przyczynę niechęci w 21% podają jako powód to, iż nie lubią się uczyć.

Bardzo niepokojący jest fakt, że 58,4% uczniów zadeklarowało, iż brało udział w bójce w szkole lub poza nią. Wskazuje to na to, iż wśród uczniów przeważają postawy agresywne. Należy wśród nich propagować postawy asertywne.

Wnioski

W wyniku wnikliwej analizy danych statystycznych można wysnuć wniosek, iż w kwestii edukacji zdrowotnej młodzieży gimnazjalnej należy jeszcze poczynić wiele starań, aby wiedza tych młodych ludzi na temat zdrowia była zadowalająca. Obecnie reaktywuje się inicjatywy w ramach reformy oświaty, które wydają się sprzyjać dążeniom, aby to podejście do zdrowia jako najwyższej wartości dotarło do każdego ucznia.

Także należy pamiętać, że inne patologie, takie jak np. ubóstwo, alkoholizm, narkomania, mogą powodować niedożywienie. Więc uwzględniamy nie tylko niedożywienie tego dziecka, ale doszukujemy się głębszych przyczyn tego stanu. Tu musi być zaangażowany psycholog szkolny lub wychowawca, który w praktyce ma o wiele większy kontakt z uczniami niż pedagog szkolny.

Pocieszający jest fakt, że jeżeli dzieci się regularnie odżywiają, to jedzenie jest zdrowe i dostarczające podstawowych składników pokarmowych do funkcjonowania młodego organizmu. Należy natomiast dotrzeć do tej grupy dzieci, które nie spożywają regularnie posiłków i uświadomić im, jak to jest ważne dla ich organizmu. Wskutek analiz wyników ankiet można śmiało powiedzieć, że młodzież, która nie uczestniczy w żadnych formach aktywności pozalekcyjnej jest bardziej podatna na wszelkiego rodzaju uzależnienia, w tym od alkoholu.

Podsumowanie

Wśród różnych dziedzin edukacji szkolnej, jako pełnoprawna i obligatoryjna znalazła się „edukacja zdrowotna”, która „ma pomóc uczniom w podejmowaniu odpowiedzialnych wyborów życiowych związanych z troską o zdrowie własne i zdrowie innych, w kształtowaniu zdrowego stylu życia, identyfikacji własnych problemów zdrowotnych”. Treści programowe z edukacji zdrowotnej mają charakter spiralny i narastają wraz z wiekiem ucznia na kolejnych etapach kształcenia. Są ściśle związane z treścią programów dydaktycznych. Realizowane są w postaci „ścieżki międzyprzedmiotowej” w korelacji z innymi przedmiotami.

Popularyzacja zdrowego stylu życia wśród uczniów powinna być wspierana kształtowaniem pożądaných postaw u dzieci, np. poprzez organizowanie kampanii zapobiegania palenia tytoniu, racjonalnego odżywiania się w domu i w szkole czy aktywizacji ruchowej. Szkoła jest środowiskiem edukacyjnym, w którym kształtują się i utrwalają kulturowe i zdrowotne wzorce zachowań młodego pokolenia, dlatego to jej powierzono funkcje promowania zdrowia jako wartości nadrzędnej. Szkoła, niezależnie od swojego bezpośredniego oddziaływania na

dziecko, może również wpływać na postawy i zachowania rodziców.

Możliwe jest tu oddziaływanie przez uczniów, którzy przenoszą do domów rodzinnych zdobyte w szkole wiadomości, jak i przez bezpośrednie kontakty z rodzicami podczas wywiadówek i innych spotkań.

Dzieci na ogół reagują pozytywnie na wszelkie zabiegi podejmowane w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Znacznie trudniejsze bywa przekonanie osób dorosłych do harmonijnej współpracy ze szkołą. Dzieci mogą stać się nawet „sumieniem” rodziny (np. mogą zwracać uwagę, że palenie tytoniu i picie alkoholu szkodzi zdrowiu, mogą ze szkoły przynosić do domu zasady racjonalnego odżywiania się itp.). Właściwe nauczanie i wdrażanie do realizacji prozdrowotnych stylów życia, poczynając od najmłodszego pokolenia, jest warunkiem poprawy stanu kondycji zdrowotnej ludzkości.

W edukacji zdrowotnej należy wykorzystać wszelkie możliwości, a więc treści występujące w programach różnych przedmiotów nauczania, wzory osobowe, środki masowej komunikacji. Należy też wytworzyć w szkole zdrowe środowisko, które w praktyce wspiera to, czego uczniowie dowiadują się na lekcjach – taką swoistą atmosferę kultu zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Pike S, Forster D. *Promocja zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 1998: 6.
2. Gniazdowski A. *Promocja zdrowia w miejscu pracy*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy; 1997.

Adres Autorek:
Zakład Organizacji i Zarządzania,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY ZDROWIA PUBLICZNEGO
CONTEMPORARY PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH

Programy przesiewowe w monitoringu i profilaktyce patologicznych stanów zdrowotnych

Sieve programs in pathological health condition prevention

MARIOLA GŁOWACKA

Z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Akademii Medycznej w Bydgoszczy
Kierownik: vacat

Streszczenie **Cel pracy.** Celem pracy jest ukazanie istotnego znaczenia przesiewowych programów profilaktycznych w monitoringu stanu zdrowia populacji i kierunkowaniu działań zapobiegawczych oraz wykazanie zasadności kontraktowania i realizacji tych programów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej z przeznaczeniem na ten cel odrębnych środków przez płatnika – NFZ. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płocku w latach 2000–2003. Dokonano analizy lekarsko-pielęgniarskich sprawozdań merytorycznych z realizacji programów profilaktycznych oraz ankiet i wyników badań przeprowadzonych w ramach tych programów. W sumie przeanalizowano 6950 ankiet i 12 sprawozdań merytorycznych. **Wyniki.** Z analizy ankiet wynika, że 46,5% osób korzystających z programów pochodziło z rodzin obciążonych problemem zdrowotnym. Niewłaściwe zachowania zdrowotne stwierdzono przede wszystkim w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej, odpoczynku i wypoczynku, radzenia sobie ze stresem oraz palenia tytoniu. W ramach programów wykonano pomiary ciśnienia tętniczego krwi, oznaczono wskaźnik BMI, lipidogram, wykonano badanie poziomu cukru we krwi, badanie EKG, badanie USG tętnic szyjnych metodą Dopplera, oznaczono poziom krwi cholesterolu. Stwierdzono wyniki patologiczne: BMI < 18 – 11,5%, BMI = (25–30) – 52,7%, BMI > 30 – 11,9%, podwyższony poziom cukru we krwi – 23,8%, podwyższone frakcje lipidowe – 56,5%, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi – 35,9% oraz zmiany w EKG – 38,6% i USG tętnic szyjnych – 17,1%. Dla większości uczestników programu wykonane badania i/ lub pomiary były pierwszymi od 5 lat lub od 10 lat. **Wnioski.** Włączenie programów profilaktycznych do podstawowej opieki zdrowotnej, z przeznaczeniem przez NFZ i inne instytucje płatnicze odrębnych środków na ten cel, z jednej strony zwiększy dostępność do świadczeń zapobiegawczych, a z drugiej przyczyni się do skrócenia czasu pobytu pacjenta w programie, zapobiegnie dublowaniu dokumentacji, a co najważniejsze stanowić będzie podstawę do planowania opieki zdrowotnej nad populacją, zapisaną do danej placówki POZ w latach następnych. **Słowa kluczowe:** zdrowie, profilaktyka.

Summary **Objectives.** The aim of this work is to show the importance of sieve prevention programs in populations' health monitoring, adjusting preventive steps and to prove the significance of contracting such programs on the level of general health care with separate National Health Fund funds for that purpose. **Materials and methods.** The research was done at Plock SZPZOZ in 2000–2003. A retrospective assessment of the analysis of questionnaires and doctors' and nurses' reports from the realization of programs was done. In total, 6950 questionnaires and 12 reports were analyzed. **Results.** The analysis shows that 46.5% of the people using the programs came from families with health problems. Improper health behaviour was mainly noticed in the fields of nourishment, physical activity, leisure and resting, dealing with stress and smoking. The programs included blood pressure measurements, defining the BMI index, sugar in blood measurements, ECG, USG of neck arteries with Doppler method, defining the level of cholesterol. Some pathological results have been noticed: BMI < 18 11.5%, BMI = (25–30) – 52.7%, BMI > 30 – 11.9%, increased blood pressure 35.9%, ECG irregularities 38.6%, USG of neck arteries irregularities 17.1%. **Conclusions.** Most of the patients had not been examined for 5 or ten years. In total, 103% of the population have been tested and many more people turned up but could not be tested because of program limitations. Prevention programs into the general health care system with separate funds from the National Health Fund especially for that purpose will increase the availability of prevention and will shorten the time spent by patients in a program. It will also prevent multiplication of documentation and, most importantly, will be a basis for planning future health care for the population of a certain unit.

Key words: health, prevention.

Wstęp

Celem pracy jest ukazanie istotnego znaczenia przesiewowych programów profilaktycznych w monitoringu stanu zdrowia populacji i kierowaniu działań zapobiegawczych oraz wykazanie zasadności kontraktowania i realizacji tych programów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej z przeznaczeniem na ten cel odrębnych środków przez płatnika – NFZ.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz pełny dobrostan biologiczny, psychiczny i społeczny. R. Dubois uzupełnia tę definicję o zespół cech pozytywnych pozwalających człowiekowi na wykorzystanie wszelkich możliwości twórczych oraz osiągnięcie siły i szczęścia. Natomiast M. Kacprzak rozszerza ujęcie WHO-skie o stopień przystosowania się biologicznego i społecznego do środowiska, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach.

Wśród czynników determinujących zdrowie wyróżnia się cztery podstawowe grupy: styl życia, w tym zachowania zdrowotne (53%), środowisko fizyczne i społeczne dotyczące zarówno stopnia zanieczyszczenia powietrza, gleby i wody, jak i ograniczenia w dostępie do podstawowych zasobów materialnych niezbędnych do utrzymania zdrowia (21%), czynniki genetyczne (16%) oraz działania służby zdrowia zarówno z zakresu promocji zdrowia, jak i terapii (10%).

W Polsce do najczęstszych zagrożeń zdrowotnych należą choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, wypadki/urazy/zatrucia, choroby zakaźne, w tym wzw i AIDS oraz choroby psychiczne.

Choroba to stan patologiczny, objawiający się dysfunkcją (niesprawnością, słabą lub brakiem wydolności) narządu, organu, układu w organizmie człowieka. Pojęcie choroby najczęściej pojmowane jest jako wyraz patologii, postrzeganej przez samego chorego jako stan upośledzenia i dyskomfortu (o zróżnicowanym nasileniu), a ponadto dającej się rozpoznać klinicznie (zdiagnozować). Choroba może też oznaczać i obejmować stany, których możemy być nieświadomi, bo nie odczuwamy żadnych dolegliwości, a które można wykryć tylko dzięki bardzo czułym testom laboratoryjnym i klinicznym. Według Talcotta Parsonsa choroba to stan ograniczający lub uniemożliwiający pełnienie przez jednostkę zwykłych, codziennych ról społecznych, z racji uczestnictwa w życiu społecznym i przynależności do różnych grup (rodziny, grupy zawodowej i innych) (Poździuch S, Ryś A, 2000).

Problematyką zdrowia zajmowano się od początku życia człowieka na Ziemi i rozwoju medycyny. Pierwsze sformalizowane zalecenia profilaktyczne pochodzą ze starożytności. Z dostęp-

nych źródeł historycznych dowiadujemy się, że w tradycji medycyny chińskiej ciało ludzkie było uważane za system współzależnych składników, mających tendencję do utrzymywania naturalnej równowagi. Brak tej równowagi, czyli choroba, to wynik działania szeregu czynników, wśród których wymieniano niewłaściwą dietę, brak snu, małą ruchliwość fizyczną ciała oraz niezgodę rodzinną lub społeczną.

Szczególną rolę w zakresie teorii zdrowia i profilaktyki jako członu medycyny odegrał Hipokrates, który przedstawił konkretne wskazówki zdrowotne pozwalające człowiekowi na utrzymanie zdrowia i zmniejszenie ryzyka zachorowania (Karski J, Pawlak J, 1995).

Współcześnie promocja zdrowia jest jednym z zakresów świadczeń kontraktowanych przez Kasę Chorych/Narodowy Fundusz Zdrowia oraz należącym do zadań samorządów terytorialnych. Jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę przez podnoszenie poziomu wiedzy w społeczeństwie, o sposobach skutecznego zapobiegania chorobom, tworzenie odpowiednich warunków społecznych, ekonomicznych i gospodarczych korzystnych dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Dokumentem wyznaczającym wszechstronną strategię promocji zdrowia jest Karta Ottawska, która wskazuje pięć obszarów działań: budowanie zdrowotnej polityki społecznej, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społecznych na rzecz zdrowia, rozwijanie umiejętności osobniczych oraz reorientację służby zdrowia.

Według NFZ promocja zdrowia to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjający rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia (MZIOS, 1996).

Narzędziami promocji zdrowia są: polityka zdrowotna, edukacja zdrowotna i profilaktyka. Profilaktyka (zapobieganie, prewencja) obejmuje wszystkie działania podejmowane w celu zapobieżenia czemuś, obronę przed niepożądanym skutkiem czegoś. Są to działania uprzedzające. Termin ten pochodzi od greckiego słowa *prophylaktikos* – zapobiegawczy (*phylax* – stróż). W medycynie profilaktyka oznacza działania, których celem jest niedopuszczanie do rozwoju chorób, zaburzeń i(lub) zmniejszenie ich skutków, czyli utrzymanie lub wzbogacanie potencjału zdrowotnego organizmu. Profilaktyka koncentruje się na zdrowiu negatywnym, czyli ma wyeliminować lub zredukować do minimum ryzyko zachorowania i/lub rozwoju stanu patologicznego.

Edukacja zdrowotna natomiast obejmuje wychowanie zdrowotne i oświatę zdrowotną. Oświata zdrowotna zorientowana jest na różne grupy odbiorców niezależnie od wieku i stanu zdrowia. Obejmuje swoim zakresem: wiedzę o czynnikach społecznych, politycznych i środowiskowych wpływających na zdrowie; wiedzę o zdrowiu związaną z funkcjonowaniem własnego organizmu; umiejętność zapobiegania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych; wiedzę i umiejętności związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej. Z kolei wychowanie zdrowotne odnosi się do osobników młodych i ma na celu kształtowanie właściwych nawyków i postaw prozdrowotnych.

Działania profilaktyczne powinny być kompatybilne z Narodowym Programem Zdrowia. Celem strategicznym Programu jest: „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności przez stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych; kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki; zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych”.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płocku w latach 2000–2003, w którym zrealizowano programy profilaktyczne: program profilaktyki nowotworów jamy brzusznej, ogólnej interwencji zdrowotnej, opieki nad matką i dzieckiem, profilaktyki raka piersi, raka szyjki macicy, profilaktyki udarów mózgowych, kardiologiczno-diabetologicznej, nowotworów płuc, osteoporozy, chorób zakaźnych, uzależnień, wad postawy u dzieci i młodzieży, środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole, program promocji zdrowia psychicznego i program profilaktyki stomatologicznej. Ze świadczeń realizowanych w ramach powyższych programów skorzystało 134 681 mieszkańców regionu płockiego.

Badania przeprowadzono w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płocku w latach 2000–2003.

Dokonano analizy 12 lekarsko-pielęgniarskich sprawozdań merytorycznych z realizacji programów profilaktycznych oraz ankiet i wyników badań przeprowadzonych w ramach tych programów.

Badaniami objęto 6950 osób, które korzystały z programów profilaktycznych: kardiologiczno-diabetologicznego, profilaktyki udarów mózgowych i programu ogólnej interwencji zdrowotnej, finansowanych przez Urząd Miasta Płocka i finansowanych przez Mazowiecką Regionalną Ka-

sę Chorych. Uczestnictwo w programach rozpoczynano od ankietowego badania przesiewowego. Ankieta składała się z dwóch części. Część pierwsza zawierała pytania dotyczące przede wszystkim: rodzinnego obciążenia chorobowego, zwyczajów i zachowań zdrowotnych, przeszłości diagnostycznej i terapeutycznej, znajomości własnych parametrów (masa ciała, wzrost, BMI, ciśnienie tętnicze krwi, poziom cukru we krwi, poziom cholesterolu). Część drugą ankiety stanowiła karta oceny zagrożenia chorobowego, która uwzględniała wyniki wykonanych pomiarów i badań podstawowych przewidzianych w programach. Druga część ankiety była zakładana po zakwalifikowaniu pacjenta do etapu diagnostycznego programu. W sumie przeprowadzono 6950 ankiet.

Wyniki

Z analizy ankiet wynika, że 46,5% (3231) osób korzystających z programów pochodziło z rodzin obciążonych problemem zdrowotnym. Najczęściej były to choroby układu krążenia – 79,6% (2571), w tym głównie nadciśnienie tętnicze – 50,6% (1301), choroba niedokrwienna serca – 39,4% (1012) oraz cukrzyca – 9,4% (303), udar mózgu – 5% (161), choroby nowotworowe – 5% (131) i inne 1% (35). Najczęściej w programach uczestniczyli pacjenci w wieku 40–50 lat – 57,7% (4013), głównie kobiety – 67,6% (2712), osoby czynne zawodowo – 39% (2710), bezrobotni – 38,9% (2703), emeryci i renciści – 22,1% (1537) oraz osoby zamieszkujące w Płocku – 72% (5004) i w powiecie płockim – 38% (1586).

Niewłaściwe zachowania zdrowotne stwierdzono przede wszystkim w zakresie odżywiania – 59,3% (4121), aktywności fizycznej – 53,1% (3690), odpoczynku i wypoczynku – 49,5% (3440), radzenia sobie ze stresem – 48% (3336) oraz palenia tytoniu – 39,3% (2731). Każda ankieta kończyła się poradą pielęgniarską.

Z badań diagnostycznych i pomiarów wykonano 2735 pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, 1000 oznaczeń wskaźnika BMI, 2468 lipidogramów, 2225 badań poziomu cukru we krwi, 485 badań EKG, 144 badania USG tętnic szyjnych metodą Dopplera, 1200 oznaczeń poziomu cholesterolu. Stwierdzono wyniki patologiczne: BMI < 18 – 11,5% (115), BMI = (25–30) – 52,7% (527), BMI > 30 – 11,9% (119), podwyższony poziom cukru we krwi – 23,8% (530), podwyższone frakcje lipidowe – 56,5% (1394), podwyższone ciśnienie tętnicze – 35,9% (982) oraz zmiany w EKG – 38,6% (187) i USG tętnic szyjnych – 17,1% (41).

Pacjenci z wynikami patologicznymi, po konsultacji lekarza POZ, kierowani byli do poradni specjalistycznych: kardiologicznej i/lub neurologicznej. W sumie wydano 263 skierowania na

konsultację neurologiczną i 428 na konsultację kardiologiczną. Porada neurologiczna po decyzji lekarza neurologa mogła być połączona z badaniem USG tętnic szyjnych metodą Dopplera. W badaniu neurologicznym stwierdzono zmiany patologiczne u 30,4% skierowanych do poradni. Zdiagnozowano: odcinkowe zwężenie tętnic szyjnych, miażdżycowe usztywnienie ściany tętnic szyjnych, zwężenie tętnicy kręgowej, podejrzenie pętli naczyniowej na tętnicy szyjnej wewnętrznej, zaburzenia pamięci, padaczkę, przewlekłe bóle głowy o podłożu naczyniowym, chorobę Parkinsona, zmiany hemodynamiczne, stany po udarze mózgu itp.

Porada kardiologiczna poprzedzona była badaniem EKG, którego opisu dokonywał lekarz kardiolog. Wynik wraz z opisem badania przekazywano ponownie do podstawowej opieki zdrowotnej i lekarz na tym poziomie podejmował decyzję o skierowaniu do poradni kardiologicznej. Powodowało to chaos organizacyjny i wydłużało czas uczestnictwa pacjenta w programie.

Dla większości uczestników programu wykonane badania i/lub pomiary były pierwszymi od 5 lat (59,3% – 4121) lub od 10 lat (37,2% – 2585). Tylko 3,5% (244) kontrolowało swoje parametry w czasie krótszym niż 5 lat.

Wszystkie programy cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem wśród mieszkańców regionu płockiego. Łącznie programy wykonano na poziomie 103%, przy czym dalsza zgłaszalność była bardzo duża, ale limity programowe uniemożliwiały kontynuację programów.

Wnioski

1. Programy profilaktyczne cieszą się dużym zainteresowaniem w społeczeństwie.
2. Programy profilaktyczne kontraktowane na różnych poziomach zakresów świadczeń wymagały prowadzenia odrębnej dokumentacji medycznej, co niejednokrotnie przyczyniało się do jej dublowania. Bardzo często nie uzyskiwano w podstawowej opiece zdrowotnej informacji zwrotnej z poradni specjalistycznych.
3. Włączenie specjalistów do realizacji usług będących w zakresie kompetencji lekarza rodzinnego wydłużało okres uczestnictwa pacjenta w programie i powodowało trudności organizacyjne.
4. Programy profilaktyczne finansowane przez Kasę Chorych były zbyt krótkotrwałe – 6–9-miesięczne. Niekorzystna była również zmiana zakresu świadczeń w danym programie w kolejnych latach. Utrudnia to dokonywanie

analizy porównawczej stanu populacji na przełomie lat i zmniejsza znaczenie dla kształtowania właściwej polityki zdrowotnej. Dlatego programy powinny mieć charakter kilkuletnich.

5. Włączenie programów profilaktycznych do podstawowej opieki zdrowotnej z przeznaczeniem przez NFZ i inne instytucje płatnicze odrębnych środków na ten cel z jednej strony zwiększy dostępność do świadczeń zapobiegawczych, a z drugiej przyczyni się do skrócenia czasu pobytu pacjenta w programie, zapobiegnie dublowaniu dokumentacji, a co najważniejsze stanowić będzie podstawę do planowania opieki zdrowotnej nad populacją, zapisaną do danej placówki POZ w latach następnych.
6. Skrining podstawowy: ankietyzacja, pobranie materiału do badań, wstępna ocena wyników powinna być dokonywana przez pielęgniarkę odpowiedzialną za promocję zdrowia w danym zakładzie opieki zdrowotnej. Ta wstępna selekcja spowoduje kierowanie do lekarza rodzinnego osób obciążonych rodzinnie i/lub ze zmianami patologicznymi w obrębie badań podstawowych.
7. Skrining podstawowy powinna kończyć porada pielęgniarska dotycząca zachowań zdrowotnych.
8. Niekorzystne jest zmniejszanie z roku na rok liczby programów profilaktycznych finansowanych przez KCh/NFZ, samorządy terytorialne itp.
9. Programy profilaktyki zdrowotnej powinny być kompatybilne z wojewódzkimi planami zdrowotnymi zatwierdzonymi przez Sejmik Województwa.

Podsumowanie

Skriningowe programy profilaktyczne należą do najtańszych sposobów szybkiego diagnozowania dużej populacji. Niestety nadal obserwuje się znaczną dominację medycyny naprawczej nad profilaktyką, chociaż od tysiącleci wiadomo, że łatwiej i taniej jest zapobiegać niż leczyć. Niewątpliwie bezpośrednią przyczyną tych proporcji jest obecna sytuacja ekonomiczna w ochronie zdrowia, a w szczególności zasoby finansowe przeznaczone na realizację świadczeń zdrowotnych. Obserwowany spadek liczby finansowanych programów profilaktycznych może w przyszłości doprowadzić do znacznego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia medycyny naprawczej, które pochłoną wielokrotnie większe środki w porównaniu z kosztem programów.

Piśmiennictwo

1. Poździoch S, Ryś A, Włodarczyk C. *Zdrowie publiczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesarius; 2000: 12–35.
2. Karski J, Pawlak J. *Środowisko i zdrowie*. Warszawa: Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia; 1995: 31–58.
3. MZiOS. *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*. Warszawa: Departament Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia; 1996: 3–12.

Adres Autorki:

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej AM
ul. Jagiellońska 13
85-067 Bydgoszcz

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
 „Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
 Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY ZDROWIA PUBLICZNEGO
 CONTEMPORARY PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH

Podstawowe problemy zdrowotne na świecie – tendencje zmian

Major health problems – changing trends

ANDRZEJ M. FAL

Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
 Kierownik: dr hab. med. Bernard Panaszek, prof. nadzw.

Jedną z konsekwencji rozwoju społeczno-gospodarczego ostatniego dwudziestolecia jest zmiana ryzyka zdrowotnego społeczeństwa. Ryzyko zdrowotne są to czynniki wpływające na zachorowalność na poszczególne choroby, których występowanie i rozwój zależy w dużej mierze od warunków i trybu życia. Zgodnie z taką definicją, można oczekiwać zróżnicowania tych czynników między krajami o różnym stopniu rozwoju cywilizacyjnego. Z tego względu, na potrzeby badań i raportów WHO (Światowej Organizacji Zdrowia), przyjęto podział badanych krajów na społeczności: rozwinięte (grupa 1), rozwijające się z małą umieralnością niemowląt (grupa 2), rozwijające się z wysoką umieralnością niemowląt (grupa 3). Podział ten jest podyktowany przede wszystkim faktem wysokiego wpływu stopnia umieralności niemowląt na statystyczną, oczekiwaną średnią długość życia w danym kraju.

Ze względu na różny stopień edukacji zdrowotnej w trzech wymienionych grupach, raport

Tabela 1. Główne czynniki ryzyka zdrowotnego

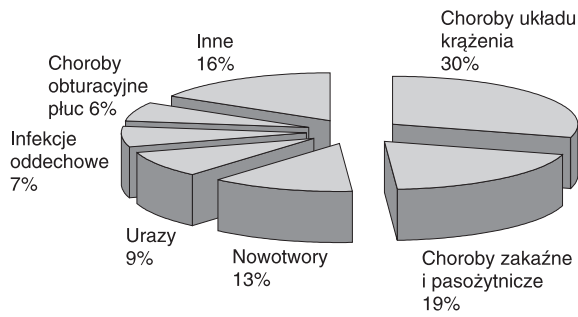
Kraje rozwinięte (grupa 1)	Kraje rozwijające się z małą umieralnością dzieci (grupa 2)	Kraje rozwijające się z wysoką umieralnością dzieci (grupa 3)
tytoń wysokie RR alkohol cholesterol	alkohol wysokie RR tytoń niedowaga	niedowaga seks brak higieny zadymienie pomieszczeń
nadwaga	nadwaga	niedobór cynku i żelaza

WHO w 2002 r. określił różne podstawowe ryzyka zdrowotne (tab.1).

Wstępna ich analiza wskazuje, że w krajach o zadowalającym standardzie finansowym (grupa 1 i 2) podstawowe czynniki ryzyka wynikają z nadużycia używek (tytoń, alkohol) oraz z błę-

Tabela 2. Podstawowe grupy chorób

Kraje rozwinięte	Kraje rozwijające się z małą umieralnością dzieci	Kraje rozwijające się z wysoką umieralnością dzieci
choroba niedokrwienna serca depresje schorzenia naczyniowo-mózgowe alkoholopochodne demencja głuchota POChP wypadki komunikacyjne choroby stawów nowotwory układu oddechowego	depresje schorzenia naczyniowo-mózgowe zakażenia układu oddechowego wypadki komunikacyjne POChP choroba niedokrwienna serca urazy okołoporodowe gruźlica alkoholopochodne głuchota	HIV/AIDS zakażenia układu oddechowego choroby biegunkowe choroby wieku dziecięcego malaria depresje choroba niedokrwienna serca gruźlica wypadki komunikacyjne POChP



Ryc. 1. Podstawowe przyczyny zgonów na świecie

dów dietetycznych (poziom cholesterolu, nadwaga), natomiast w krajach ubogich (grupa 3) zdecydowana większość zagrożeń wynika z niedożywienia (niedowaga, niedobory żywieniowe) oraz z braku edukacji i promocji higieny życia (brak higieny, choroby przenoszone drogą płciową, zanieczyszczenie i zadyminienie pomieszczeń mieszkalnych).

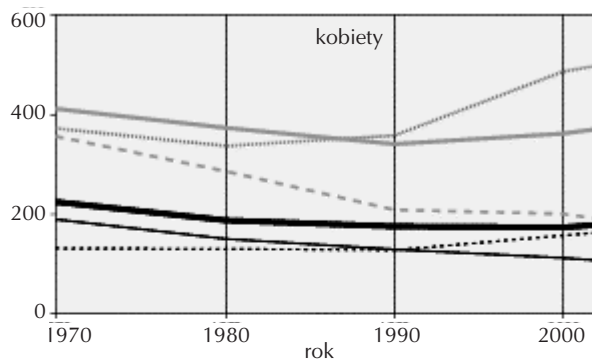
W efekcie dominacji wybranych czynników ryzyka i stosowanych sposobów zapobiegania oraz ich zwalczania poszczególne grupy krajów charakteryzują się przewagą różnych grup schorzeń określanych jako podstawowe choroby społeczne (tab. 2). I ponownie ich wstępna analiza pokazuje, że w krajach grupy 1 dominują choroby powszechnie określane jako „cywilizacyjne”, a związane z układem naczyniowym, zaburzeniami funkcjonowania CUN oraz trybem życia. W tym ujęciu grupa 2 krajów odbiega statystycznie od grupy pierwszej, ponieważ przewagę zy-

skuja schorzenia wynikające z zaniechań bezpieczeństwa, głębokiego stresu związanego z niemożnością samorealizacji oraz niewystarczającą opieką zdrowotną w grupie osób dorosłych. W krajach grupy trzeciej utrzymuje się schemat związany z przedstawionymi w tabeli 1 ryzykami higienicznymi.

Powyższe czynniki doprowadziły w roku 2002 i 2003 do zdecydowanej polaryzacji przyczyn zgonów na całym świecie (ryc. 1). Dominują tu choroby układu krążenia – istotne głównie w krajach grupy 1 i 2, ale na drugim miejscu pojawiają się choroby zakaźne – najistotniejsze w grupie 3. Można spekulować, że w 2004 r., po włączeniu do statystyk SARS i pokrewnych chorób o nie w pełni wyjaśnionym patomechanizmie, ta grupa schorzeń może okazać się dominującą w skali światowej.

Pełny pogląd na rozwój sytuacji epidemiologicznej, niezależnej od czynników ryzyka, daje analiza zmian umieralności w poszczególnych regionach świata na przestrzeni ostatnich lat (ryc. 2).

Eksplozacja przyczyn zgonów na całym świecie i porównania pomiędzy strefami geograficznymi i ekonomicznymi ma relatywnie krótką historię. Dłuższe okresy obserwacji dotyczą przede wszystkim państw europejskich i Ameryki Północnej (ryc. 3). Wnioski z tych obserwacji potwierdzają powyższe opinie raportów WHO – choroby wynikające z nadużywania używek stają się podstawowym problemem zdrowotnym państw rozwiniętych. Wcześniej (ok. 10 lat) dominujące choroby wywołane częściowo stre-



Afryka – bardzo wysoka śmiertelność dorosłych

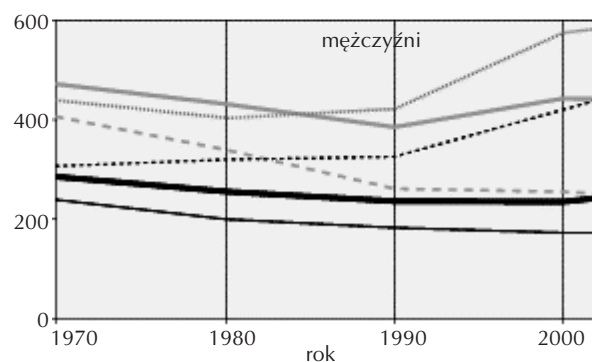
Afryka – wysoka śmiertelność dorosłych

Płd-Wsch. Azja – mała śmiertelność dorosłych

Świat

EUROPA – wysoka śmiertelność dorosłych

Daleki Wschód – mała śmiertelność dorosłych



Afryka – bardzo wysoka śmiertelność dorosłych

Afryka – wysoka śmiertelność dorosłych

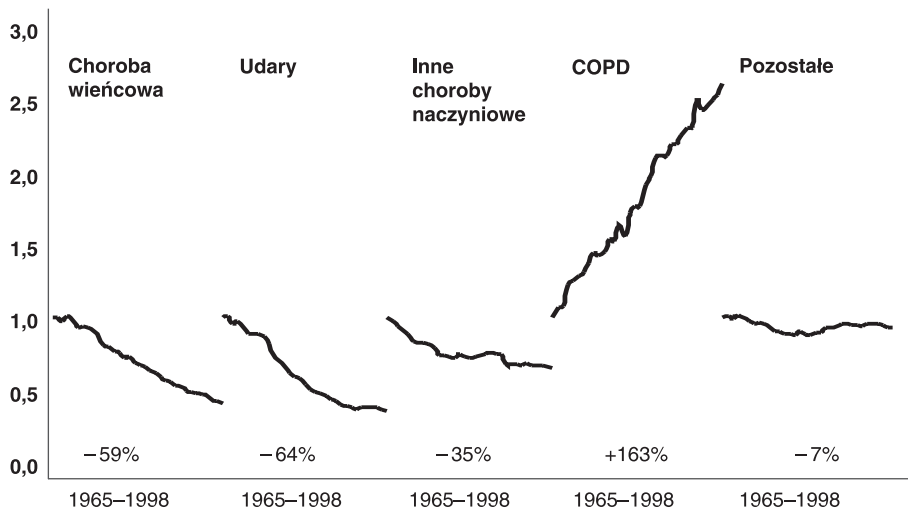
EUROPA – wysoka śmiertelność dorosłych

Świat

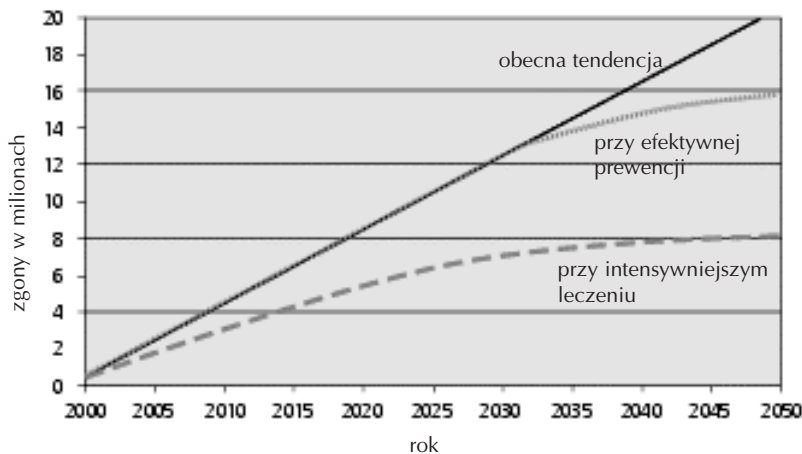
Płd-Wsch. Azja – mała śmiertelność dorosłych

Daleki Wschód – mała śmiertelność dorosłych

Ryc. 2. Prawdopodobieństwo zgonu między 15 a 60 rokiem życia (1/10 000)



Ryc. 3. Zmiana częstości występowania wybranych przyczyn zgonów (na 1000)



Ryc. 4. Przewidywana śmiertelność związana z nałogiem palenia tytoniu

sem tracą umiarkowanie na znaczeniu, m.in. dzięki określeniu pojęcia zespołu przemęczeniowego i wprowadzeniu terapii antystresowej (w tym psychoterapii) (ryc. 3).

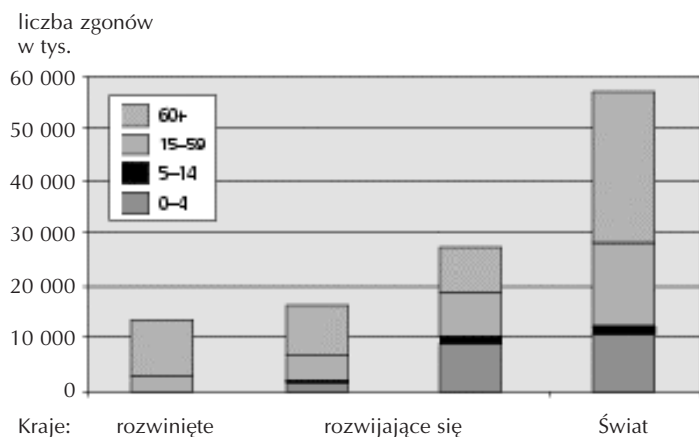
Niepokojącym problemem jest przedstawiony powyżej wzrost zapadalności na POChP, a także przewidywana śmiertelność związana z nałogiem palenia tytoniu, który jest istotnym czynnikiem we wszystkich trzech grupach krajów (ryc. 4). Zwraca uwagę możliwość modulacji, a nawet pełnej kontroli tego zjawiska przy wprowadzeniu prewencji i efektywnego leczenia skutków. Dane wskazują na możliwości wynikające z obecnego stanu wiedzy.

Wnioski

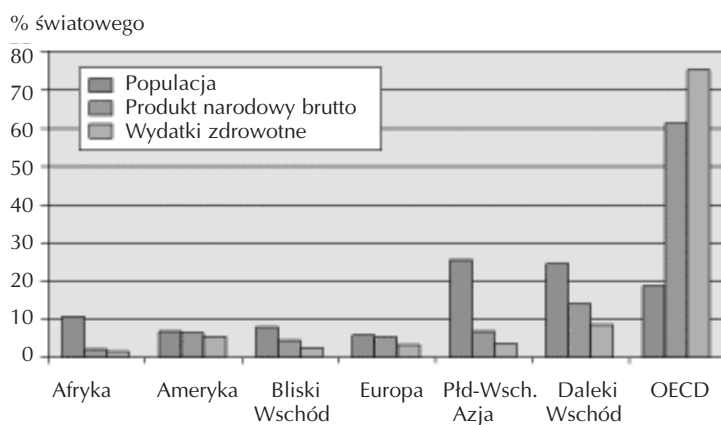
Analizy przedstawione w raportach WHO prowadzą do kilku podstawowych wniosków:

1. Rozwój cywilizacyjny w państwach grupy 1 i 2 efektywnie hamuje zachorowalność i śmiertelność z powodów zaniedbań higienicznych.
2. Pomimo poprawy tej sytuacji, wraz ze wzrostem rozwoju cywilizacyjnego, wzrasta zachorowalność na choroby związane z używkami i intensywnym trybem życia.
3. Palenie tytoniu może po roku 2020 stać się główną przyczyną zgonów we wszystkich grupach państw. Stanowi to zagrożenie ekonomiczne dla rozwoju ich gospodarek.

Dodatkowe problemy stwarzają różnice socjoekonomiczne poszczególnych regionów globu (ryc. 5 i 6). Widać wyraźnie, że wpływają one na przesunięcie populacyjne umieralności w kierunku osób młodszych, co wyraźnie koreluje z wydatkami zdrowotnymi państwa przedstawionymi na rycinie 6 w procentach wydatków światowych w zestawieniu z wielkością populacji.



Ryc. 5. Liczba zgonów w podziale na grupy wiekowe



Ryc. 6. Wydatki na ochronę zdrowia

Piśmiennictwo

1. The European Health Report 2002.
2. The World Health Report 2003.

Adres Autora:

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM
ul. Traugutta 57/59
50-419 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

OPIEKA GERIATRYCZNA • GERIATRIC CARE

Specyfika medycyny geriatrycznej

Geriatric medicine – general principles

KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS

Z Pracowni Gerontologii i Geriatrii Katedry i Zakładu Patofizjologii Akademii Medycznej
w Poznaniu

Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Andrzej Bręborowicz

Streszczenie Geriatria jest działem medycyny zajmującym się profilaktyką i leczeniem chorób występujących u osób starszych. Jej celem jest utrzymanie maksymalnej sprawności funkcjonalnej pacjenta, a więc zminimalizowanie nie tylko skutków choroby, ale i wpływu procesu starzenia na organizm. Typowe jej cechy to wielochorobowość (współwystępowanie u tej samej osoby kilku jednostek chorobowych), wielolekowość (pobieranie przez tę samą osobę wielu różnych leków jednocześnie) i brak typowej symptomatologii (występujące objawy mogą się znacznie różnić od tych występujących u osób młodych). Do jej specyfiki należy również występowanie tzw. wielkich zespołów geriatrycznych. Są to przewlekłe wzajemnie ze sobą powiązane zaburzenia powodujące niepełnosprawność funkcjonalną pacjentów. Należą do nich nietrzymanie moczu i/lub stolca, otępienie i depresja, zaburzenia lokomocji, zaburzenia równowagi i upadki oraz upośledzenie wzroku i słuchu. Żaden z tych zespołów nie stanowi zagrożenia życia, jednak każdy z nich w sposób istotny negatywnie wpływa na jakość życia pacjentów starszych. Jednoczesne występowanie wielu chorób i odmiennosc ich przebiegu u osób w wieku podeszłym wymaga objęcia pacjenta starszego holistyczną opieką. W ramach tego konieczne jest systematyczne wykonywanie kompleksowej oceny geriatrycznej, bo tylko wtedy możliwe jest określenie postępu zmian w czasie i ocena zagrożenia brakiem samodzielności.

Słowa kluczowe: geriatria, pacjent w wieku podeszłym, wielochorobowość, wielolekowość, kompleksowa ocena geriatryczna, wielkie zespoły geriatryczne.

Summary Geriatric medicine is a medical specialty dealing with the prevention and treatment of disorders present in elderly. Its goal is achievement of the best possible functional ability by minimizing not only the effect of diseases but also the process of aging itself. The most typical features of geriatrics are poly pathology (the presence of several diseases in the same subject), polypharmacy (concurrent use of multiple drugs), and the absence of classic symptoms of common diseases. Also, typically, all geriatric problems have multifactorial causes. Moreover, many of geriatric pathologies cross several organs systems. These so called “geriatric giants” include urine and/or stool incontinence, cognitive impairments, depression, immobilization, falls as well as vision and hearing impairment. Since all of them are chronic, interrelated and difficult to treat, they cause functional disability. None of them is an emergency situation but all of them have a negative impact on patients’ quality of life. Due to poly pathologies and different presentation of diseases in old age, wholistic approach is crucial for proper diagnosis and treatment in geriatrics. Multidimensional geriatric assessment is a part of wholistic care. Its systematic follow up allows for monitoring the functional status of geriatric subject.

Key words: geriatric medicine, elderly patient, poly pathology, polypharmacy, multidimensional geriatric assessment, geriatric giants.

Geriatria jest działem medycyny zajmującym się profilaktyką i leczeniem chorób występujących u osób starszych. Celem jej działań jest utrzymanie maksymalnej sprawności funkcjonalnej pacjenta, a więc zminimalizowanie nie tylko skutków choroby, ale i procesu starzenia się organizmu. Ogromne zainteresowanie geriatrią w ostatnich latach jest konsekwencją intensywnie-

go starzenia się społeczeństw. Na świecie liczba osób w wieku 60 i więcej lat pomiędzy rokiem 2000 a 2050 ma wzrosnąć o 60%, a w tym samym czasie liczba osób po 80 roku życia ma ulec potrojeniu. Zjawisko nasilonego starzenia w najstarszych grupach wiekowych nosi nazwę siwiecia siwych lub podwójnego starzenia [1].

Wielochorobowość, wielolekowość, brak typowej symptomatologii

Starzenie się oznacza zmiany zachodzące w organizmach pod wpływem czasu. Polegają one na stopniowym zmniejszaniu się rezerwy czynnościowej wszystkich narządów, co w warunkach zadziałania czynnika patogenego utrudnia zachowanie równowagi wewnątrzustrojowej, a zatem zdrowia. Z naciskiem podkreślić należy, że samo starzenie, będące etapem ontogenezy, należy do procesów fizjologicznych – nie jest więc chorobą. Pojawiające się więc symptomy są wynikiem tzw. patologicznego starzenia, czyli obecnych u osób starszych procesów chorobowych, w pewnym sensie przyspieszających sam proces starzenia [2]. Choć bowiem samo starzenie nie powoduje chorób, jednak w związku z ograniczeniem rezerwy czynnościowej narządów uważa się, że ułatwia ich wystąpienie. Z kolei załamanie się funkcji jednego narządu często uruchamia „efekt domina” i jest przyczyną wielochorobowości rozumianej jako współwystępowanie u tej samej osoby kilku jednostek chorobowych. Z punktu widzenia diagnostyki ma to ogromne znaczenie, gdyż może prowadzić do maskowania objawów jednej choroby przez objawy drugiej. Niezależnie od tego u starszych pacjentów należy zawsze pamiętać, że występujące objawy na ogół znacznie różnią się od tych obecnych u osób młodych. Przykładem mogą być infekcje np. dróg moczowych występujące pod postacią majaczenia. Dodatkowo, trudności diagnostyczne są często znaczne u pacjentów z zespołami otępiennymi, którzy ze względu na zaburzenia funkcji poznawczych nie są w stanie określić swoich dolegliwości. U tych pacjentów np. zespoły bólowe mogą manifestować się znacznym pobudzeniem.

Zagadnieniem nieodłącznie związanym z wielochorobowością jest wielolekowość. Osoby starsze sporadycznie nie pobierają leków, a wiele z nich stosuje codziennie kilka różnych preparatów farmaceutycznych. Wielolekowość jest czynnikiem ryzyka działań niepożądanych leków, w tym oczywiście hospitalizacji. Według danych literaturowych 3–17% hospitalizacji osób starszych ma związek z pobieranymi przez nie lekami [3]. Przyczyn tego zjawiska jest wiele. Leżą one zarówno po stronie pacjentów, jak i lekarzy. Ze strony pacjenta wspomnieć należy o „ingerencji” w proces leczenia. Ta „ingerencja” wynika nie tylko z niezrozumienia zaleceń lekarskich, ale i zwiększania dawek leków w przypadku ich nieskuteczności lub ich zmniejszaniu, po pojawieniu się działań niepożądanych [4]. Ze strony lekarza to przede wszystkim zapisywanie niewłaściwych leków. Według opublikowanych w 1999 r. danych pochodzących z badań przeprowadzonych w jed-

nej z prowincji w Norwegii, co siódme zlecenie lekarskie spełniało kryteria farmaceutycznej nieprawidłowości [5]. Kolejny problem stanowi leczenie działań niepożądanych leków, zamiast ich odstawienia (tzw. „kaskada zapisywania”) [6]. U pacjentów geriatrycznych zawsze należy pamiętać, że pojawienie się jakiegokolwiek nowej dolegliwości czy objawu nakazuje rewizję dotychczasowego leczenia farmakologicznego. Rewizja taka jest też zawsze pożądana przed wprowadzeniem nowego leku do terapii, ze względu na możliwe interakcje ze stosowanymi już lekami.

Czynniki wpływające na kondycję osób starszych – potrzeba kompleksowej oceny geriatrycznej

Według Światowej Organizacji Zdrowia: *zdrowie to pełen dobrostan fizyczny, psychiczny, społeczny, a nie wyłącznie brak niedomagania*. Wszelkie zatem zaburzenia równowagi w zakresie którejkolwiek z komponent mogą być traktowane jako przejaw procesu chorobowego. Ma to szczególne znaczenie u osób starszych, gdyż wraz z wiekiem wzrasta znaczenie komponenty psychicznej i socjalnej dla kondycji ogólnej [2]. Zgodnie z tym, opieka sprawowana nad osobami starszymi powinna obejmować wszystkie zawarte w definicji aspekty zdrowia, a więc powinna być opieką holistyczną.

Opieka ta powinna być sprawowana przez zespół fachowców posiadających niezbędną wiedzę w zakresie postępowania z osobami starszymi. W skład zespołu wchodzi co najmniej: lekarz, pielęgniarka, rehabilitant i pracownik socjalny, co wskazuje na ważną rolę problemów opiekuńczo-bytowych w patologiiach obserwowanych u pacjentów w wieku podeszłym. W ramach działalności zespołu każdy z jego członków ma za zadanie ocenić stan i potrzeby pacjenta samodzielnie, a następnie wszyscy razem powinni skonstruować plan działania uwzględniający hierarchizację potrzeb osoby objętej opieką.

W ramach działania lekarskiego dla zdiagnozowania problemu i wyboru optymalnego postępowania terapeutycznego konieczne jest wykonanie u pacjenta w wieku podeszłym tzw. kompleksowej oceny geriatrycznej. Obejmuje ona zawsze:

- podmiotowe i przedmiotowe badanie internistyczne, ze szczególnym uwzględnieniem liczby i rodzaju pobieranych leków,
- ocenę funkcji poznawczych, czyli badanie skринingowe w kierunku otępienia – najczęściej test MMS i test zegara,
- ocenę nastroju, czyli badanie skринingowe w kierunku depresji – najczęściej wykonywane przy użyciu Geriatrycznej Skali Depresji,

- ocenę sprawności w zakresie czynności dnia codziennego, pozwalającą odpowiedzieć na pytanie o samodzielność pacjenta (skala ADL, IADL indeks Barthel),
- elementy badania neurologicznego.

Celowe jest również wykonanie oceny ewentualnego występowania hipotonii ortostatycznej, gdyż stanowi ona jeden z ważnych czynników ryzyka upadków.

Kompleksowa ocena geriatryczna powinna być powtarzana systematycznie, bo tylko wtedy możliwe jest określenie postępu zmian w czasie i ocena zagrożenia brakiem samodzielności [7].

Wielkie zespoły geriatryczne

Wielkie zespoły geriatryczne (ang. *geriatric giants*) to przewlekłe zaburzenia, które są przyczyną niepełnosprawności funkcjonalnej u osób starszych. Należą do nich nietrzymanie moczu i/lub stolca, otępienie i depresja, zaburzenia lokomocji, zaburzenia równowagi i upadki oraz upośledzenie wzroku i słuchu. Żaden z tych zespołów nie stanowi zagrożenia dla życia pacjenta, jednak każdy z nich w sposób istotny negatywnie wpływa na jego jakość [8]. Ma to szczególne znaczenie wobec częstego ich współwystępowania. Jak stwierdziliśmy, u prawie połowy pacjentów starszych w zaawansowanym stadium chorób przewlekłych jednocześnie występuje nietrzymanie moczu i/lub stolca oraz otępienie, a u prawie 3/4 pacjentów nietrzymaniu moczu towarzyszy znaczna niepełnosprawność ruchowa [9]. Wszystkie omawiane zespoły, jak większość patologii w geriatricii, charakteryzuje wieloprzyczynowość. Wynikają one zarówno z samego procesu starze-

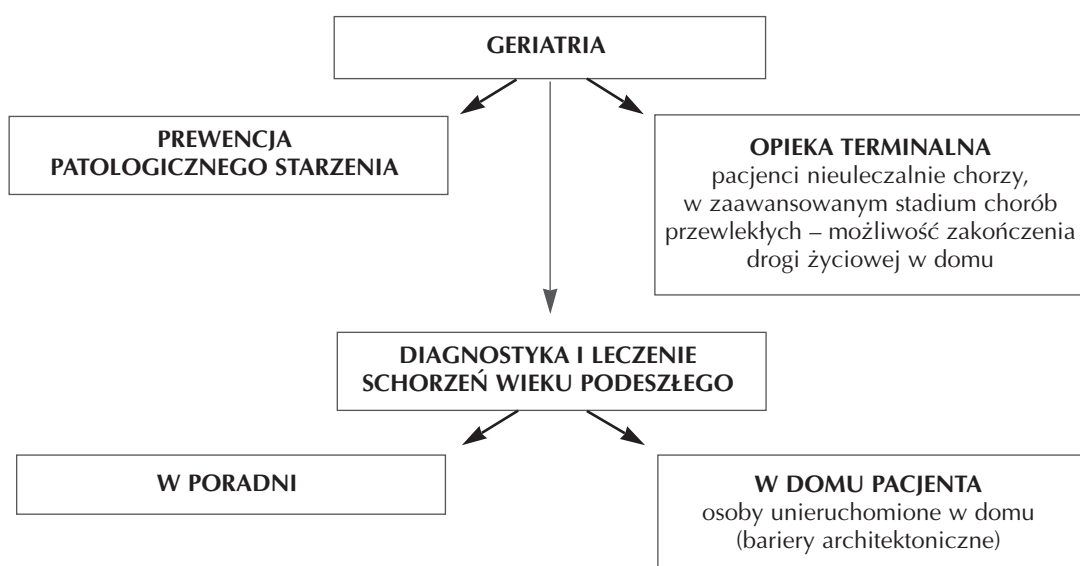
nia i uwarunkowań środowiskowych, ale i współistniejących patologii i pobieranych leków.

Działalność ośrodka geriatrycznego

Profil działalności ośrodków geriatrycznych wynika z zapotrzebowania z jednej strony na kompleksową ocenę stanu zdrowia osób starszych, którzy chcą być długo sprawni, a z drugiej na opiekę domową u pacjentów nieopuszczających domu, zwłaszcza tych radzących sobie samodzielnie z czynnościami dnia codziennego. Geriatra – co wymaga podkreślenia – nie zastępuje lekarza rodzinnego, a jedynie z nim współdziała. Pacjenci kierowani na konsultacje geriatryczne, u których zostaje ustalony schemat leczenia, są bowiem dalej leczeni przez lekarzy rodzinnych.

Szeroki zakres różnorodnej działalności, jaką powinien zajmować się ośrodek geriatryczny zestawiono na rycinie 1.

Modelowa poradnia geriatryczna powinna więc być dedykowana trzem grupom pacjentów: A. Osobom w dobrej kondycji psychofizycznej myślącym o prewencji procesu patologicznego starzenia. W ramach tej działalności okresowo powinna być powtarzana kompleksowa ocena geriatryczna, poszerzona m.in. o analizę stężeń witamin i podstawowych przeciwutleniaczy w surowicy, których niedobory są znanymi czynnikami ryzyka patologicznego starzenia. Ewentualna suplementacja wskazana jest jedynie w przypadku stwierdzonych niedoborów, a pobierane np. witaminy nie mogą być traktowane jako „eliksiry” młodości. Wiadomo bowiem, że np. nadmiar witaminy A może przy-



Ryc. 1. Zakres działalności geriatricii

- spieszać resorpcję tkanki kostnej i zwiększać ryzyko złamań [10].
- B. Osobom ze specyficznymi schorzeniami wieku podeszłego, które ze względu na swoją złożoność sprawiają problemy diagnostyczno-terapeutyczne. Zwrócić tu należy uwagę na istniejącą potrzebę prowadzenia tej działalności w domu pacjenta. Ma to znaczenie nie tylko w przypadku istnienia barier architektonicznych. Celowe wydaje się przeprowadzenie badania wstępnego właśnie w domu pacjenta, ze względu na „poczucie bezpieczeństwa pacjenta” w znanym mu otoczeniu. Jak wynika z doświadczeń własnych, wyniki testów np. oceniających funkcje poznawcze wypadają wtedy znacznie lepiej. Dodatkowo, pozwala to na ocenę i likwidację zagrożeń środowiskowych (nieodpowiednie obuwie, śliska podłoga), a więc przyczynia się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia np. upadków.
- C. Osobom starszym nieuleczalnie chorym, w zaawansowanym stadium chorób przewlekłych, tak aby mieli możliwość zakończenia swojej drogi życiowej w domu. Tutaj warto podkreślić, że zgodnie z aktualną definicją WHO, dziedziną medycyny ukierunkowaną

na poprawę jakości życia u chorych ze schorzeniami postępującymi i progresywnymi w stadium zaawansowanym jest medycyna paliatywna, kojarzona jednak ciągle jeszcze z leczeniem chorych z zaawansowanymi stadiami nowotworów. Dla pacjentów geriatrycznych chorych terminalnie współdziałanie specjalistów geriatry i medycyny paliatywnej jest celowe i pożądane [11].

W oparciu o przedstawione założenia, powstała w Poznaniu w 2001 r. Poradnia Geriatryczna przy Wojewódzkim Stowarzyszeniu Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”. Działalność Poradni obejmuje porady udzielane w ośrodku położonym w centrum miasta oraz opiekę domową i terminalną zapewnianą przez zespół wyjazdowy. Zespół pracowników Poradni obejmuje lekarzy specjalistów geriatry i opieki paliatywnej, pielęgniarki, rehabilitantów, psychologów i pracownika socjalnego. W razie konieczności współpracują z Poradnią również lekarze innych specjalności (psychiatra, neurolog, diabetolog, urolog, hematolog, dermatolog czy okulista). Działalność Poradni wspierana jest przez wolontariuszy, przygotowanych do pracy z osobami starszymi.

Piśmiennictwo

1. GUS. *Rocznik demograficzny 1999*. Warszawa 1999.
2. *The aging patient and geriatric assessment*. [w:] Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Essentials of clinical geriatrics*. 3rd ed. McGraw-Hill Inc. 1994: 3–78.
3. Gay DRP, Artz MB, Halon JT, Schmader K. *The pharmacology of ageing*. [w:] Tallis RC, Fillit HM (red.). *Geriatric Medicine and gerontology*. 6th ed. Elsevier Science Limited 2003: 156–161.
4. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed. *BMJ* 2003; 326: 348–349.
5. Straand J, Rokstad KS. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Fam Pract* 1999; 16: 380–388.
6. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997; 315: 1096–1099.
7. *Kompleksowa ocena geriatryczna*. [w:] Abrams WB, Beers MH, Berkow R. *MSD Podręcznik geriatry*. Wydanie polskie pierwsze, Wrocław: Urban & Partner; 1999: 245–256.
8. Wojszel B, Bień B. Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji osób w późnej starości – wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przeg Lek* 2002; 59(4–5): 216–221.
9. Jakrzewska-Sawińska A, Rajska-Neumann A, Sawiński K, Wieczorowska-Tobis K. Wielkie zespoły geriatryczne u pacjentów leczonych w Hospicjum Domowym. *Gerontol Pol* 2004; 12 (w druku).
10. Ilich JZ, Kerstetter JE. Nutrition in bone health revisited: a story beyond calcium. *J Am Coll Nutr* 2000; 19: 715–737.
11. Jakrzewska-Sawińska A, Sawiński K, Wieczorowska-Tobis K. Opieka nad pacjentem w wieku podeszłym w zaawansowanym stadium choroby przewlekłej. *Now Lek* 2003; 72(4): 323–326.

Adres Autorki:

Pracownia Gerontologii i Geriatry
Katedry i Zakładu Patofizjologii AM
ul. Święcickiego 6
60-781 Poznań

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

OPIEKA GERIATRYCZNA • GERIATRIC CARE

Zjawisko wielolekowości u starszych pacjentów

Polypharmacy in elderly subjects

AGNIESZKA RAJSKA-NEUMANN, KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS

Z Pracowni Gerontologii i Geriatrii Katedry i Zakładu Patofizjologii Akademii Medycznej
w Poznaniu

Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Andrzej Bręborowicz

Streszczenie **Wstęp.** Bezpieczna i skuteczna farmakoterapia to obecnie jedno z największych wyzwań geriatrii. W pracy podjęto charakterystykę zjawiska polipragmazji (definiowanej jako jednoczesne pobieranie co najmniej pięciu leków dostępnych na receptę [Rp]) u starszych osób. **Materiał i metoda.** Grupę 200 mieszkańców Poznania w wieku podeszłym (średni wiek $71,4 \pm 6,3$ lat; 133 kobiety i 67 mężczyzn) poddano badaniu ankietowemu, obejmującemu liczbę pobieranych leków oraz dodatkowe dane mogące mieć wpływ na tę liczbę. Następnie wszystkich badanych podzielono na dwie grupy: grupę A – osoby, u których stwierdzono polipragmazję (113 osób – 56,5%) i grupę B – osoby bez polipragmazji (87 osób). **Wyniki.** Średnia liczba pobieranych leków Rp dla wyróżnionych grup wynosiła odpowiednio: $7,1 \pm 2,1$ i $2,7 \pm 1,2$. Analizowane grupy nie różniły się ani wiekiem, ani płcią. W grupie A 38,9% osób miało wykształcenie podstawowe, podczas gdy w grupie B tylko 17,2% ($p < 0,005$). Aż 35,4% ankietowanych z grupy A oceniło swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, podczas gdy uważało tak tylko 3,4% osób z grupy B ($p < 0,0001$). Osoby z grupy A znacznie częściej korzystały z porad lekarza rodzinnego i co najmniej 2 specjalistów w stosunku do ankietowanych z grupy B (32,7 i 14,9%, $p < 0,0001$). Jednak zgłaszanie objawów niepożądanych po stosowanych lekach było porównywalnie częste w obydwu grupach. **Wnioski.** Polipragmazja była bardzo częstym zjawiskiem u analizowanych osób starszych. Do czynników zwiększających ryzyko jej wystąpienia należały gorsze wykształcenie i deklarowany zły stan zdrowia.

Słowa kluczowe: polipragmazja, determinanty, wiek podeszły.

Summary **Introduction.** Safety and effective pharmacotherapy is an important challenge in geriatric medicine. The aim of the study was to characterize the problem of polypharmacy (defined as concurrent usage of 5 or more prescription drugs [pd]) in elderly subjects. **Methods.** The data of drug usage were collected from a sample of 200 elderly individuals (citizens of Poznan; mean age 71.4 ± 6.3 years; 133 females and 67 males). Thereafter, all analyzed subjects were divided into two groups: group A – with polypharmacy (113 individuals – 56.5%) and group B – without polypharmacy (87 individuals). **Results.** The mean number of pd used by individuals of group A and B was 7.1 ± 2.1 and 2.7 ± 1.2 . As far as age and sex are concerned, there was no difference between the groups. The individuals of group A were less educated than those of group B. Primary education had 38.9% subjects of group A and only 17.2% of group B ($p < 0.005$). Moreover, 35.4% subjects of group A believed that their health status was bad or very bad, whereas only 3.4% subjects of group B ($p < 0.0001$). Also, subjects of group A much more often received prescription from at least 3 different physicians than those of group B (32.7% and 14.9%; $p < 0.0001$). However, the frequency of reported adverse drug reaction did not differ between the groups. **Conclusions.** Polypharmacy was very common among studied subjects. It was related to worthier education and bad perceived health status of analyzed individuals.

Key words: polypharmacy, determinants, elderly.

Wstęp

Bezpieczna i skuteczna farmakoterapia to obecnie jedno z największych wyzwań geriatrii, bowiem występowanie działań niepożądanych po stosowanych lekach określane jest u starszych pacjentów jako „główna współczesna epidemia” (ang. *a major modern epidemic*) [1]. Najważniejszą

determinantą występowania działań niepożądanych jest wielolekowość, gdyż zagrożenie ich wystąpienia wzrasta wykładniczo wraz ze wzrostem liczby stosowanych leków [2]. Wielolekowość z kolei wynika z typowej dla geriatrii wielochorobowości. Wydaje się jednak mieć również związek z chęcią zachowania sprawności funkcjonalnej przez osoby starsze, co m.in. zwiększa sto-

sowanie leków wydawanych w aptekach bez recepty [3]. Według danych z różnych krajów osoby w wieku podeszłym pobierają średnio 3–8 leków [4]. Zjawisko to przybiera na sile w najstarszych grupach wiekowych [5], jednak nie ze względu na sam wiek, ale ze względu na pogorszenie kondycji zdrowotnej wraz z wiekiem i wzrost ryzyka zachorowania na kolejne choroby [2].

Dane dotyczące przyjmowania leków przez osoby starsze w naszym kraju nie są dostępne. Katedra i Zakład Patofizjologii Akademii Medycznej w Wielkopolsce prowadzi od kilku lat ocenę zjawiska wielolekowości wśród starszych mieszkańców Poznania i charakterystykę związanych z nią zagrożeń. Ankietowane osoby starsze sporadycznie nie przyjmują leków przepisywanych na receptę, a większość z nich pobiera 4–8 leków [6, 7].

W niniejszej pracy podjęto wstępną charakterystykę zjawiska polipragmazji (definiowanej jako jednoczesne pobieranie co najmniej pięciu leków dostępnych na receptę) występującej u starszych mieszkańców Poznania.

Materiał i metody

Przypadkową grupę 200 mieszkańców Poznania w wieku podeszłym (65 i więcej lat – pacjenci poznańskich aptek, pensjonariusze Dziennych Domów Pomocy Społecznej, uczestnicy Klubów Seniora) poddano badaniu ankietowemu dla określenia liczby i rodzaju pobieranych leków oraz zdefiniowania determinant wielolekowości. Wśród badanych znalazły się 133 kobiety i 67 mężczyzn, średni wiek osób ankietowanych wynosił $71,4 \pm 6,3$ lat (zakres: 65–97 lat).

Na podstawie uzyskanych wyników wszystkich badanych podzielono na dwie grupy, w zależności od występowania zjawiska polipragmazji. Polipragmazję zdefiniowano jako pobieranie przez ankietowanych 5 i więcej leków dyspensowanych na receptę (Rp). Grupę A stanowiły osoby, u których stwierdzono polipragmazję (113 osób – 56,5% ogółu ankietowanych), a grupę B – osoby bez polipragmazji (87 osób – 43,5%).

Wyniki przedstawiono w postaci średnich \pm SD. Wartości średnie porównano za pomocą testu *t-Studenta*, a analizę jakościową – testem χ^2 . Wartości $p < 0,05$ przyjęto jako istotne statystycznie.

Wyniki

Ankietowane osoby pobierały średnio $5,2 \pm 2,8$ leków Rp (zakres: 0 – 15 leków). Charakterystyczne jest, iż w analizowanej grupie tylko 4 osoby nie pobierały żadnych leków Rp, tak więc 98,0% ankietowanych je stosowało. Wśród analizowa-

nych osób 34 (17,0%) osoby miały wykształcenie wyższe, 6 (3,0%) – niepełne wyższe, 90 (45,0%) – średnie, 11 (5,5%) – zawodowe i 59 (29,5%) – podstawowe. Swój stan zdrowia jako bardzo dobry określiła tylko 1 osoba (0,5%), jako dobry – 32 osoby (16,0%), jako średni – 124 osoby (62,0%), jako zły – 40 osób (20,0%) i jako bardzo zły – 3 osoby (1,5%).

Osoby badane podawały, że średnio korzystają z porad $2,0 \pm 1,0$ (zakres: 0 – 6). Tylko z porad lekarza rodzinnego korzystały 64 osoby (32,0%), z konsultacji lekarza rodzinnego i 1 specjalisty – 76 osób (38,0%), a z lekarza rodzinnego i większej liczby specjalistów aż 50 osób – tj. co czwarta osoba ankietowana. Sześć osób deklarowało, że leczą się jedynie u specjalistów (3,0%), a 4 (2,0%), że nie korzysta wcale z porad lekarskich. Osoby te pomimo to pobierały leki Rp.

Występowanie działań niepożądanych po lekach zgłaszała prawie połowa ankietowanych (96 osób – 48%).

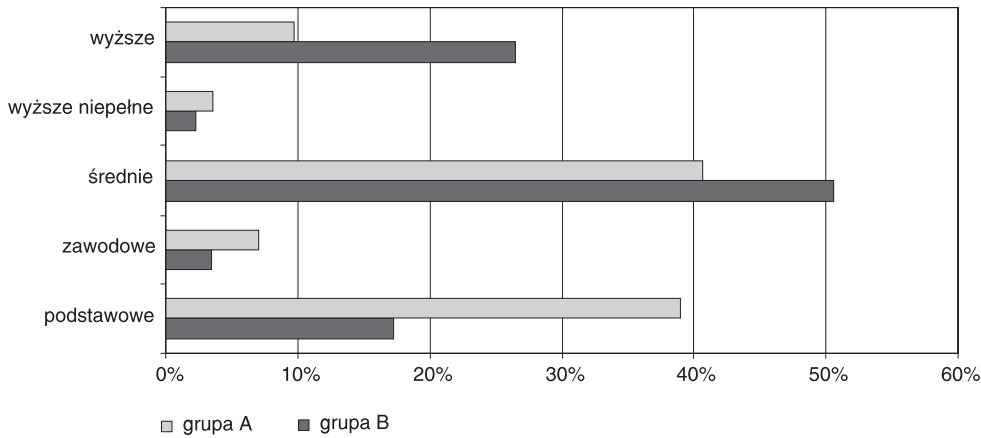
Analiza zjawiska polipragmazji

Średnia liczba pobieranych leków dostępnych na receptę dla grup A i B była następująca: $7,1 \pm 2,1$ i $2,7 \pm 1,2$. Średni wiek osób z obydwu grup był porównywalny i wynosił w grupie A – $71,9 \pm 6,7$ lat, a w grupie B – $70,5 \pm 13,1$ lat. Również nie stwierdzono wpływu płci na częstość występowania zjawiska polipragmazji (kobiety: 66,2% badanych w grupie A i 66,3% – w grupie B). Wśród osób, u których stwierdzono występowanie polipragmazji (grupa A), aż 38,9% miało wykształcenie podstawowe, a wśród pozostałych (grupa B) tylko 17,2% ($p < 0,005$). Procentowe zestawienie wyników analizy posiadanego wykształcenia przez ankietowanych z obydwu grup przedstawia rycina 1.

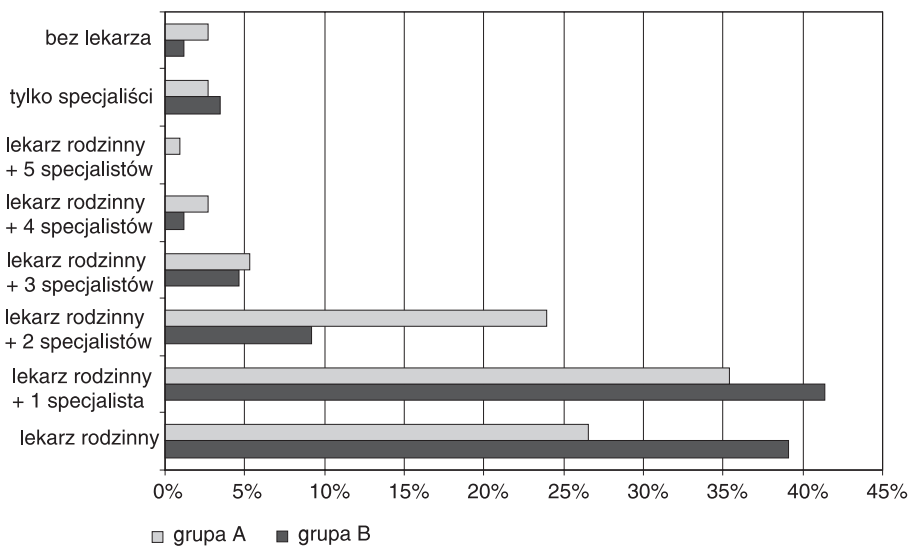
Analizując związek samooceny stanu zdrowia ankietowanych i zjawiska polipragmazji stwierdzono, że aż 40 osób (35,4%) z grupy A oceniało swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, podczas gdy uważały tak tylko 3 osoby (3,4%) z grupy B ($p < 0,0001$). Z kolei dobry (lub bardzo dobry) stan zdrowia deklarowały tylko 4 osoby (3,5%) z grupy A i aż 29 (33,3%) – z grupy B ($p < 0,0001$). Procentowe zestawienie wyników samooceny stanu zdrowia z podziałem badanych na analizowane grupy przedstawia rycina 2.

Co ciekawe, osoby z grupy A znacznie częściej korzystały z porad lekarza rodzinnego i co najmniej 2 specjalistów w stosunku do ankietowanych z grupy B (32,7 i 14,9%, $p < 0,0001$) (ryc. 3), choć średnia liczba lekarzy nie różniła się istotnie między grupami i wynosiła odpowiednio $2,1 \pm 1,1$ i $1,8 \pm 0,9$. Szczegółowe dane dotyczące liczby lekarzy udzielających porad badanym z obydwu grup zestawiono na rycinie 3.

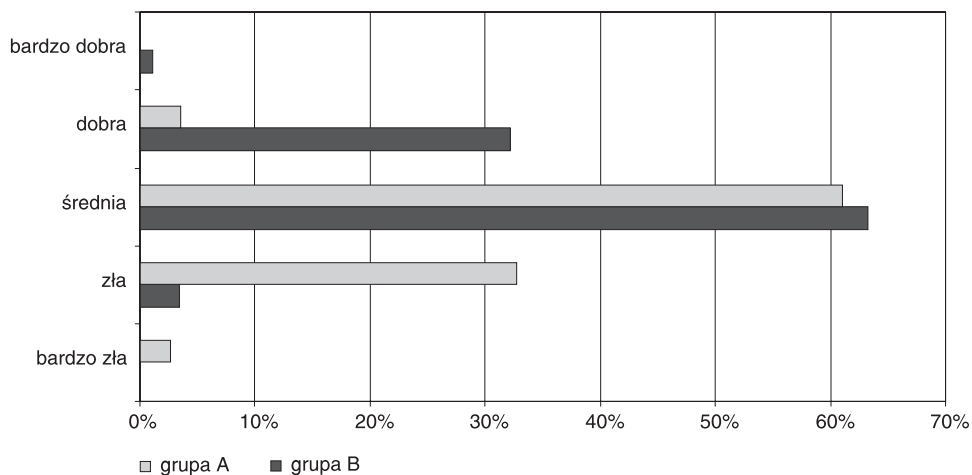
Występowanie złego samopoczucia po stosowa-



Ryc. 1. Procentowe zestawienie wyników analizy posiadania wykształcenia przez ankietowanych z obydwu grup



Ryc. 2. Procentowe zestawienie wyników samooceny stanu zdrowia z podziałem badanych na analizowane grupy



Ryc. 3. Szczegółowe dane dotyczące liczby lekarzy udzielających porad badanym z obydwu grup

wanych lekach występowało porównywalnie często w analizowanych grupach (51,3 i 43,6%).

Dyskusja

Zwiększona konsumpcja leków wydaje się naturalną konsekwencją starzenia. Farmaceutyki

pobierane przez starszych pacjentów mają za zadanie leczenie chorób i zapobieganie zarówno ich powikłaniom, jak i wystąpieniu wielu patologii. Jednocześnie politerapia ze względu na możliwe interakcje leków oraz oddziaływania lek–choroba, może stanowić zagrożenie dla sprawności funkcjonalnej pacjenta [4].

W ostatnich latach lawinowo narastają donie-

sienia o zjawisku polipragmazji u pacjentów starszych. Jak wynika z publikowanych danych, otrzymują oni często leki, do stosowania których nie ma wskazań. Dla samej tylko digoksyny pokazano, że w ocenianej grupie co 3 pacjent leczony tym lekiem otrzymywał go bez uzasadnienia [8]. Co więcej, w innych badaniach stwierdzono, że u osób biorących 5 i więcej preparatów udało się zredukować ich liczbę średnio o 1,5, bez wpływu na sprawność funkcjonalną pacjentów [9].

Polipragmazja definiowana jest jako leczenie przy użyciu wielu leków równocześnie. Najczęściej przyjmuje się, że oznacza ona pobieranie co najmniej 5 leków [10–14], choć nie wszyscy zgadzają się, że uwzględniać tu należy tylko leki dyspansowane na receptę. W naszych badaniach przyjęliśmy definiować ten problem tylko za pomocą leków Rp. Uwzględnienie bowiem również leków OTC znacznie zwiększyłoby częstość występowania ocenianego zjawiska.

Dane literaturowe dotyczące częstości polipragmazji u osób w wieku podeszłym są bardzo rozbieżne i wahają się od 10 do 39% [11–13]. Według naszych obserwacji polipragmazję można stwierdzić u ponad połowy ankietowanych. Są to więc wartości znacznie wyższe od prezentowanych w literaturze. Jednym z możliwych wyjaśnień jest narastanie polipragmazji wraz z upływem czasu. Dostępne dane – często pomimo ich publikacji w ostatnich 2–3 latach – pochodzą z okresu sprzed co najmniej 5 lat. Może więc ich powtórzenie obecnie pozwoliłoby stwierdzić znacznie większą skalę zjawiska. Rzeczywiście Linjakumpu i wsp. [15] oceniając w jednej z fińskich prowincji częstość pobierania 6 i więcej leków, stwierdzili, że w latach 1990–1991 dotyczyło ono 19% ankietowanych, podczas gdy w latach 1998–1999 już aż 25%.

Ponadto należy brać pod uwagę różne źródła pozyskiwania informacji. W przypadku niektórych badań są to kartoteki lekarzy pierwszego kontaktu [14], a znaczne rozbieżności pomiędzy tymi danymi a postępowaniem pacjenta są rzeczą dobrze znaną [16]. Nie można jednak również wykluczyć, że przypadkowy dobór grupy badanych przez nas osób doprowadził do nadreprezentacji osób w stosunkowo złej kondycji fizycznej, biorących znaczne ilości leków. Rzeczywiście w naszych badaniach zaledwie 4 osoby nie brały leków na receptę (98% ankietowanych pobierało leki Rp). Dane pochodzące z różnych krajów wskazują na udział procentowy tych osób w granicach nieco niższych (75–93%) [4], choć ponownie podkreślić należy, że są to dane pochodzące z wcześniejszych lat.

Nie stwierdziliśmy wpływu płci i wieku na częstość występowania zjawiska polipragmazji. Według danych literaturowych, zagrożenie tym zjawiskiem narasta z wiekiem i jest większe u ko-

biet [12, 13]. Jednocześnie, istnieje również pogląd, że liczby pobieranych leków nie determinuje ani wiek, ani płeć, ale liczba współistniejących patologii [2]. Potwierdzeniem tego w naszych badaniach może być deklarowany gorszy stan zdrowia przez osoby biorące więcej leków. Na złą samoocenę stanu zdrowia tych osób wskazują również inne badania [10, 17].

Według naszych analiz, ryzyko polipragmazji wzrasta wraz ze wzrostem liczby konsultujących tego samego pacjenta lekarzy. Osoby z polipragmazją zdecydowanie częściej korzystają z porad lekarza rodzinnego i co najmniej 2 specjalistów, w stosunku do tych biorących mniej leków. Podobnie Anderson i Kerluke [5] stwierdzili, że prawie połowa osób biorących 6 i więcej leków leczy się u co najmniej 3 specjalistów. Ci kolejni specjaliści są skoncentrowani na leczeniu objawów, a nie na poszukiwaniu przyczyn występujących patologii [18]. Co ciekawe, wśród ankietowanych przez nas osób znalazły się aż 4 deklarujące, że wcale nie korzystają z porad lekarzy. Ponieważ biorą one leki Rp – poza niepełnym wypełnieniem ankiety, należy brać pod uwagę np. posiadanie przez te osoby farmaceuty w najbliższej rodzinie, a więc możliwość otrzymania leków Rp na podstawie tzw. recepty farmaceutycznej.

Stwierdziliśmy również u zdecydowanie większej grupy osób gorzej wykształconych polipragmazję. Być może pacjenci ci mniej wiedzą o zagrożeniach wynikających z wielolekowości, nie starają się jej unikać. Obserwowane zjawisko wymaga jednak potwierdzenia na większej grupie ankietowanych, gdyż według doniesień literaturowych to właśnie lepsza edukacja jest czynnikiem sprzyjającym wzrostowi pobierania leków [17].

Największym zagrożeniem polipragmazji są działania niepożądane leków [2]. Co ciekawe, w przeciwieństwie do danych z innych badań wskazujących na zwiększenie liczby działań niepożądanych wraz ze wzrostem liczby leków, nie stwierdziliśmy częstszego zgłaszania złego samopoczucia po lekach u osób z grupy A (osoby z polipragmazją). Wyjaśnienie obserwowanego zjawiska również wymaga dalszych analiz.

Podsumowując, należy stwierdzić, że polipragmazja występuje często u analizowanych osób starszych. Dla zminimalizowania jej występowania konieczne jest przede wszystkim usprawnienie przepływu informacji na drodze pacjent–lekarz i lekarz–lekarz; szczególnie w sytuacji, gdy leczenie prowadzone jest przez kilku specjalistów jednocześnie. Ponieważ – według przedstawionych analiz – determinantą występowania polipragmazji jest m.in. wykształcenie, nie można wykluczyć, że jedną z jej przyczyn jest brak wiedzy pacjentów o szkodliwości zjawiska wielolekowości.

Wnioski

1. Występowanie zjawiska polipragmazji stwierdzono u ponad połowy ankietowanych osób.
2. Czynnikiem ryzyka wystąpienia polipragmazji

– w naszych badaniach – jest niskie wykształcenie oraz deklarowany zły stan zdrowia osób ankietowanych. Nie stwierdzono jej w związku z wiekiem i płcią.

Piśmiennictwo

1. Straand J, Rokstad KS. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Fam Pract* 1999; 16: 380–388.
2. Carbonin P, Pahor M, Bernabei R, Sgadari A. Is age an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalized medical patients? *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 1093–1099.
3. Sihvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinically significant over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adult population. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56: 495–499.
4. Gay DRP, Artz MB, Halon JT, Schmader K. *The pharmacology of ageing*. [w:] Tallis RC, Fillit HM (Red.). *Geriatric Medicine and gerontology*. 6th ed. Elsevier Science Limited 2003: 156–161.
5. Anderson G, Kerluke K. Distribution of prescription drug exposures in the elderly: description and implications. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 929–935.
6. Simon T. *Analiza liczby leków przyjmowanych przez osoby starsze ze szczególnym uwzględnieniem leków psychotropowych*. Praca magisterska. Poznań 2001.
7. Tarczyńska D. *Analiza kosztów leczenia osób starszych – badania ankietowe*. Praca magisterska. Poznań 2004.
8. Ahmed A, Allman RM, DeLong JF. Inappropriate use of digoxin in older hospitalized heart failure patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57: M138–M143.
9. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, Porter C, Koch G. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 93–98.
10. Bjerrum L, Rosholm JU, Hallas J, Kragstrup J. Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *Eur J Clin Pharmacol* 1997; 53: 7–11.
11. Jorgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander MA, Svardsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and health-care utilization among the elderly. *Ann Pharmacother* 2001; 35: 1004–1009.
12. Lassila HC, Stoehr GP, Ganguli M, Seaberg EC, Gilby JE, Belle SH, Echement DA. Use of prescription medications in an elderly rural population: the MoVIES Project. *Ann Pharmacother* 1996; 30: 589–595.
13. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26: 129–140.
14. Kennerfalk A, Ruigomez A, Wallander MA, Wilhelmsen L, Johansson S. Geriatric drug therapy and healthcare utilization in the United kingdom. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 797–803.
15. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 809–817.
16. Barat I, Andreassen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51: 615–622.
17. Bardel A, Wallander MA, Svardsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: a population-based study. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 637–643.
18. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997; 315: 1096–1099.

Adres Autorek:

Pracownia Gerontologii i Geriatrii
Katedry i Zakładu Patofizjologii AM
ul. Świącickiego 6
60-781 Poznań

Analiza wybranych aspektów edukacji zdrowotnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym

The analysis of the selected aspects of health education in geriatric care

URSZULA KWAPISZ

Z Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka, prof. nadzw. AM

Streszczenie Obecnie na świecie obserwuje się nasilenie procesów starzenia się ludności polegające na wzroście odsetka osób starszych w ogólnej liczbie ludności. Pogarszający się stan zdrowia, zwiększenie wydatków na leczenie i potrzeba opieki, dodatkowo pogłębiają trudną sytuację osób w starszym wieku. Celem badań była ocena stanu edukacji zdrowotnej u pacjentów geriatrycznych po leczeniu szpitalnym. **Materiał i metody.** Badania wykonano wśród 60 osób w starszym wieku (kobiety – 25, mężczyzn – 35), w różnym czasie po leczeniu szpitalnym (oddział internistyczny). Do badań zastosowano kwestionariusz samooceny wiedzy zdrowotnej i poczucia satysfakcji badanych pacjentów. **Wyniki badań i omówienie.** W badaniach wykazano, że wśród dostępnych form edukacji zdrowotnej najczęściej korzystano z literatury i telewizji, natomiast rzadziej z usług medycznych. Badani wyrazili pogląd, że wiedza nabyta podczas edukacji ma istotny wpływ na zmianę stylu życia i poczucie satysfakcji. Stan zdrowia, sprawność fizyczna, sytuacja społeczna pełnią istotną funkcję w procesie oceny opieki badanych. Edukacja zdrowia jako proces uczenia poznawczego obejmuje programy, które pomagają zachować zdrowie, sprawność fizyczną i umysłową oraz niezależność osób w starszym wieku. Przeprowadzone badania pozwalają na stwierdzenie, że zastosowanie indywidualnych programów zdrowia może przynieść pożądane efekty poprawy jakości opieki i prewencji niesprawności pacjentów geriatrycznych.

Słowa kluczowe: pacjent geriatryczny, edukacja zdrowotna.

Summary At the present in the world we can observe the process of getting older, depending on creasing percentage of old people in the society. Deteriorating state of health and regarding with that expenses, medical attention, additionally caused very tough situation of the elderly. The purpose of the study was the assessment of the health education in geriatric patients after hospitalization. **Methods.** A group of 60 patients was examined (25 females, 35 males), in different periods of the time after hospitalization (internal ward). During the study the self-evaluation and health-education questionnaire was utilized. **Results.** The results of the research showed that the patients more often applied literature, tv and seldom from medical service, as a health education. Those under examination stated, that the health education, change of life style under the influence of health education enhances the level on the life satisfaction. The state of health, fitness, and social well-being are very important and performed a vital role in evaluation geriatric care. Health education as a learning cognitive process including special health behavior programs which promotes a health, fitness and independence of elderly. The conducted examination allow one to state that the application of the individual health program, may bring desired improvement of the quality of care and prevention disability in geriatric patients.

Key words: geriatric patient, health education.

Wstęp

Liczba osób starszych powyżej 65 roku życia systematycznie wzrasta, co wynika z wydłużania się przeciętnego trwania życia. Starzenie pociąga za sobą wzrost zapotrzebowania na usługi leczniczo-pielęgniacyjne ze względu na zmniejszającą się wydolność organizmu czy choroby. Skutkiem starzenia jest postępująca utrata zdolności adap-

tacyjnych systemów regulacyjnych ustroju do zmieniających się warunków otoczenia, co może wpłynąć na pogorszenie rokowania w chorobach (Halik J, 2002; Synak B, 2003).

Długoterminowe prognozy zapowiadają dalsze narastanie demograficznego starzenia się społeczeństwa. Dający się zaobserwować systematyczny wzrost wskaźnika zależności funkcjonalnej i ekonomicznej obrazuje skalę tzw. spo-

łecznego obciążenia (Tokaj A, 2000). Nakładanie się zjawisk starzenia i narastanie liczby chorób implikuje wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo-lecznicze, a także wzrost oczekiwań w dziedzinie prewencji chorób i profilaktyki (Bień, Halicka, Pędich, 1999). Aktualne problemy zdrowotne osób starszych stanowią obecnie wielkie wyzwanie dla edukacji zdrowotnej, celem motywowania do zmiany zachowań i poprawiania strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach (Juczyński Z, 1999; Sęk H, 1997). Okres starości jest naturalnym okresem życia, w którym można być aktywnym i zachować zdrowie, a działania edukacji mogą zapewnić osobom starszym możliwość samodzielnego funkcjonowania, niezależności oraz pozostawania we własnym środowisku (Pike S, Forster D, 1998). W nowoczesnym ujęciu edukacja zdrowotna dotyczy działań wielokierunkowych, zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi przez podnoszenie wiedzy dotyczącej zmagania się z chorobą, zapobieganiem, radzeniem sobie w sytuacjach trudnych (Juczyński, Karski, Sęk). Stan zdrowia oraz możliwości leczenia są dla osób w starszym wieku podstawowymi problemami. W badaniach J. Halika ogólny stan zdrowia osób starszych został uznany za niezbyt dobry, zdeterminowany głównie poziomem dochodów. Ostatnio obserwuje się zwiększone zainteresowanie w kierunku negatywnych konsekwencji starzenia się, zwłaszcza chorób przewlekłych, niepełnosprawności i stresu, ale niewiele działań w kierunku modelu zachowań zdrowotnych [2, 4, 5, 7]. Według Juczyńskiego (1999), zachowania zdrowotne odgrywają ogromną rolę w utrzymywaniu i zachowaniu zdrowia. Główne czynniki ryzyka

chorób sercowo-naczyniowych wiążą się z indywidualnymi zachowaniami pacjentów (dieta, tytoń, alkohol) [1, 3, 4, 8, 9].

Celem przeprowadzonych badań była ocena stanu edukacji zdrowotnej u pacjentów geriatrycznych po przebytych leczeniu szpitalnym.

Materiał i metody

Badania wykonano wśród 60 osób w starszym wieku: 25 kobiet, 35 mężczyzn, w różnym czasie po leczeniu szpitalnym (oddział internistyczny), z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Do badań zastosowano kwestionariusz samooceny wiedzy zdrowotnej i poczucia satysfakcji badanych pacjentów.

Wyniki badań i omówienie

Badania przeprowadzono wśród 60 pacjentów w wieku od 67 do 81, przy czym z miasta była większość badanych, tj. 45, a ze wsi 15 osób. Najwięcej osób legitymowało się wykształceniem podstawowym, tj. 29, w tym większość mężczyzn, czyli 18 osób. Ze średnim wykształceniem było 22 osoby, a pozostałe 9 osób z wyższym. Źródłem utrzymania większości badanych były emerytury i renty, a 8 osób pozostałych z pracy zawodowej. Ważnym aspektem oceny sytuacji chorych była sytuacja ekonomiczna, którą aż 20 osób oceniają jako złą, a 21 jako dość dobrą, 14 – dobrą, a tylko 5 badanych jako bardzo dobrą (tab. 1). Sprawność fizyczna wraz z wiekiem ulega pogorszeniu, i tak pełną samo-

Tabela 1. Dane demograficzne badanych osób

Cechy społeczno-demograficzne		Kobiety N = 25		Mężczyźni N = 35	
		I	II	I	II
Wykształcenie	podstawowe	7	4	6	12
	średnie	7	4	7	4
	wyższe	2	1	3	3
Stan cywilny	małżeństwo	9	8	17	9
	wdowieństwo	1	2	1	2
	wolny	4	1	4	2
Miejsce zamieszkania	miasto	10	7	19	9
	wieś	4	4	3	4
Źródło utrzymania	praca zawodowa	2	0	4	2
	renta inwalidzka	0	3	1	2
	emerytura	9	11	17	9
Sytuacja ekonomiczna	dość dobra	5	3	6	7
	dobra	4	3	5	2
	bardzo dobra	1	1	2	1
	zła	5	3	7	5

I grupa – 67–77 lat, II grupa – powyżej 77 lat.

dzielność deklarowało 46 badanych, ograniczoną 13, a tylko 1 całkowitą zależność od innych osób. Ocena wiedzy o zdrowiu dotyczyła m.in. źródeł informacji o zdrowiu, z których badani najczęściej korzystali (tab. 2). Kobiety zdecydowanie częściej sięgają po literaturę (książki, prasa), natomiast radio i telewizja w jednakowym niemal stopniu (18 kobiet, 26 mężczyzn) wpływa na czerpanie wiedzy o zdrowiu (tab. 2). Korzystanie z usług służby zdrowia w sposób umiarkowany wpływa na zdobywanie wiedzy (9 kobiet, 6 mężczyzn), który był wyrażany przez uczestnictwo w badaniach leczniczo-profilaktycznych czy szkoleniach. Pytania dotyczące wpływu edukacji na badanych wykazały, że kobiety najczęściej dokonywały zmian w zakresie sposobu żywienia (21 badanych). Zmiany w sposobie życia przez zwiększenie aktywności fizycznej niemal w jednakowym stopniu wpłynęły na badanych: 15 kobiet, 16 mężczyzn. Dzięki edukacji zdrowotnej 10 badanych kobiet i 16 mężczyzn potrafiło unikać sytuacji stresowych. Ponadto analiza danych wykazała, tak jak oczekiwano, że wiedzę zdrowotną stosowały przeważnie osoby z wykształceniem średnim i wyższym, bez wpływu miejsca zamieszkiwania (miasto, wieś). Ocena informacji o zdrowiu wykazała, że wśród ocen (dobra, dostateczna, zła), badani w starszym wieku najczęściej określają jako „dobra”, natomiast najrzadziej określają jako „zła” zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Ponadto badani korzystają z informacji od znajomych i rodziny, jednakże jest to tylko niewielki odsetek badanych, bowiem badani pacjenci doceniają wiedzę fachową i z takiej chcieliby korzystać. Samoocena dotycząca zadowolenia z życia pokrywa się z oceną zadowolenia z dotychczasowego leczenia. Osoby niezadowolone ze swego życia wyrażają także niezadowolenie z leczenia. W grupie osób najbardziej niezadowolonych przeważały kobiety, co może wiązać się ze stanem zdrowia i niższym standardem życia, jednakże sytuacja ta wymaga dalszych badań (tab. 3). Osoby z wykształceniem średnim lub wyższym mają wyższy

poziom motywacji do zdobywania wiedzy o zdrowiu niż osoby z wykształceniem podstawowym, a zwłaszcza mężczyźni (tab. 4).

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań dotyczących edukacji zdrowotnej i poziomu wiedzy osób w starszym wieku. Zagadnienia sytuacji zdrowotnej osób starszych są najczęściej ujmowane w doniesieniach Pędicha, Bień, Synaka w aspekcie sytuacji społeczno-ekonomicznej, dostępności do zakładów ochrony zdrowia czy dolegliwości ze strony organizmu. Interesujące podejście w zakresie wiedzy zdrowotnej przedstawione jest w opracowaniach Halika, który proponuje tworzenie i wdrażanie edukacyjnych programów przygotowania do życia w okresie starości. Programy te mają realizować: Uniwersytet Trzeciego Wieku, Kluby Seniora czy organizacje pozarządowe, przez propagowanie wzoru aktywnego, a także zdrowego stylu życia i umiejętności radzenia sobie z problemami w starszym wieku. Edukacja powinna zmierzać do umacniania rodzinnych więzi oraz integrowania ludzi starszych ze środowiskiem pozarodzinnym, np. przez tworzenie i wspieranie grup samopomocowych. Wyniki badań własnych dotyczących sytuacji ekonomicznej pacjentów wskazują na trudności, a nawet zubożenie, co może negatywnie wpływać na stan satysfakcji życiowej czy zadowolenie z dotychczasowego leczenia.

Przeprowadzone badania nie mogą stanowić

Tabela 2. Źródła informacji o zdrowiu

Rodzaje źródeł	Mężczyźni (n = 35)		Kobiety (n = 25)	
	N	%	N	%
Służba zdrowia	6	17,1	9	36
Prasa, książki	13	37,1	19	76
Telewizja, radio	26	74,3	18	72
Rodzina, znajomi	8	22,9	11	44
Inne	2	5,7	5	20

Wyniki nie sumują się ze względu na możliwość wielokrotnego wyboru.

Tabela 3. Zadowolenie z obecnego życia a płeć

Zadowolenie z życia	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Całkowicie zadowolony	9	25,7	3	12	12	20
Częściowo zadowolony	11	31,4	8	32	19	31,7
Niezadowolony	9	25,7	17	68	26	43,3
Nie potrafię określić	2	5,7	1	4	3	5
Razem	35		25		60	

Tabela 4. Edukacja a wykształcenie i płeć

Czy starszy człowiek powinien korzystać z edukacji zdrowotnej?	Mężczyźni			Kobiety		
	wykształcenie			wykształcenie		
	P	Ś	W	P	Ś	W
Tak	7	9	5	8	10	3
Nie	6	1	0	1	0	0
Nie mam zdania	5	1	1	2	1	0
Razem	18	11	6	11	11	3

P – podstawowe, S – średnie, W – wyższe.

podstawy do wyciągania daleko idących wniosków, jednakże problematyka edukacji zdrowotnej zdobywa coraz wyższą rangę i ma swoje miejsce w programie zdrowotnym Unii Europejskiej jako: Wspólnotowy program zwalczania nowotworów czy promocji zdrowia. Zakres działań edukacyjnych wymaga położenia szczególnego nacisku w kierunku zmiany zachowań zdrowotnych odnośnie do stylu życia, unikania zagrożeń czy radzenia sobie z problemami.

Wnioski

1. Badania wykazały, że kobiety częściej korzystają z różnych, dostępnych form edukacji, które mają wpływ na zmianę ich stylu życia.
2. Osoby wykształcone widzą konieczność zdobywania wiedzy w podtrzymywaniu zdrowia.
3. Należy dążyć do opracowywania indywidualnych programów w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom starzenia się pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Halik J. *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: ISP; 2002: 134–137, 167,172.
2. Synak B (red.). *Polska starość*. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego; 2003: 79–84.
3. Tokaj A. *U progu starości*. Poznań: Eruditus; 2000: 91–95.
4. Halicka M, Pędich W. Uwarunkowania środowiskowe patologicznych zachowań w starości. *Zdrowie Publiczne* 1999; CVII: 3–4.
5. Bień B, Wojszel B, Wilmańska J, Sienkiewicz J. *Starość pod ochroną. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*. Kraków Text; 2001.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przeł Psychol* 1999; 42, 4: 47–51.
7. Sęk H. *Psychologia wobec promocji zdrowia*. [w:] Hesen-Niejodek I, Sęk H (red.). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN; 1997: 42–60.
8. Pike S, Forster D. *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Lublin: Czelej; 1998: 142–149.
9. Karski JB. *Promocja zdrowia*. Warszawa: IGNIS; 1999: 350–358.

Adres Autorki:
Katedra Nauk o Zdrowiu AM
ul. Dąbrowskiego 79
60-529 Poznań

Starcze zwyrodnienie plamki jako wiodąca przyczyna inwalidztwa wzrokowego w podeszłym wieku

Age-related macular degeneration as the main cause of elderly persons' visual disability

MARTA MISIUK-HOJŁO, ANNA BIAŁEK-SZYMAŃSKA, MAŁGORZATA MULAK,
JOANNA JUROWSKA-LIPUT, BARBARA RENIEWSKA

Z Katedry i Kliniki Okulistyki Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik Kliniki: prof. dr. hab. Maria Hanna Niżankowska

Streszczenie Starcze zwyrodnienie plamki stanowi obecnie jedną z głównych przyczyn ciężkiego inwalidztwa wzrokowego u osób w podeszłym wieku. W pracy omówiono istotę choroby z uwzględnieniem jej objawów podmiotowych i przedmiotowych. Przedstawiono podział na postać suchą i wysiękową oraz wyróżniono fazę wczesną i późną. Zaznaczono różnice w rokowaniu w zależności od obrazu klinicznego. Omówiono czynniki ryzyka, metody diagnostyki i leczenia starczego zwyrodnienia plamki. Podkreślono znaczenie działań prewencyjnych w zapobieganiu czy opóźnianiu rozwoju choroby.

Słowa kluczowe: starcze zwyrodnienie plamki, inwalidztwo wzrokowe, druzny, czynniki ryzyka, profilaktyka.

Summary Age-related macular degeneration is now considered as a one of the major causes of the visual disability in elderly patients. In our paper the signs and the symptoms of this disease are described. The classification including dry and exudative form, as well as early and late stage is presented with different prognosis in each type. The risk factors, diagnostic methods and the pharmacological and surgical treatment are reported with special interest in prevention of age-related macular degeneration.

Key words: age-related macular degeneration, visual disability, drusen, risk factors, prevention.

Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (ang. *age-related macular degeneration* – AMD), inaczej starcze zwyrodnienie plamki, stanowi jedną z najważniejszych przyczyn znacznego upośledzenia widzenia u osób po 65. roku życia w krajach rozwiniętych (Klein R, 1995).

W świecie zachodnim przeciętna długość życia, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, zwiększa się. Starzenie się społeczeństw leży u podstaw narastania liczby osób potencjalnie i realnie dotkniętych tą chorobą. Ryzyko wystąpienia AMD wzrasta wraz z wiekiem. U osób powyżej 75. roku życia prawdopodobieństwo rozwoju starczego zwyrodnienia plamki w okresie pięcioletnim jest sześciokrotnie wyższe niż u osób między 43. a 54. rokiem życia (Klein R, 1997). W Europie zapadalność na starcze zwyrodnienie plamki, zgodnie z wynikami programu badawczego Rotterdam Study, ocenia się na około 9,3%, przy czym postać późna rozwija się u około 1,7% populacji

(Vingerling JR, 1995a). W USA co najmniej 10% osób w 65–75 r.ż., a 30% po 75 r.ż. traci częściowo centralne widzenie wskutek tego schorzenia (Margherio RR, Margherio AR, 2000). Nie opracowano dotychczas danych epidemiologicznych dotyczących występowania tej choroby w Polsce. Przypuszcza się, że w naszym kraju około 1250 tys. osób dotkniętych jest starczym zwyrodnieniem plamki, z czego około 250 tys. choruje na postać późną choroby.

Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem jest chorobą centralnej części siatkówki, pojawiającą się najczęściej po 50. roku życia i prowadzącą do znacznego obniżenia ostrości wzroku, a w końcu do praktycznej ślepoty. Zmiany chorobowe dotyczą warstwy barwnikowej siatkówki, błony Brucha oraz warstwy naczyń włosowatych naczyniówki w obszarze siatkówki odpowiedzialnym za widzenie centralne, tj. w plamce żółtej. Zmiany te prowadzą do pojawienia się charaktery-

stycznych objawów klinicznych, takich jak: druzy, geograficzne obszary zaniku warstwy barwnikowej siatkówki i podsiatkówkowa neowaskularyzacja (Sickenberg M, 2001). Czytanie, prowadzenie samochodu czy rozpoznawanie twarzy zależy od prawidłowej funkcji właśnie tego regionu siatkówki.

Pacjenci z AMD uskarżają się na postępujące utrudnienie widzenia, zauważalne początkowo podczas czytania w postaci małych mroczków nakładających się na pojedyncze litery, a potem na większe części środkowego pola widzenia. Przymglenia i zniekształcenia obrazu praktycznie uniemożliwiają pracę wzrokową z bliska. Spadek ostrości wzroku postępuje także przy patrzeniu w dal. Zmiany te występują najczęściej obustronnie, jednak nasilenie procesu chorobowego nie jest jednakowe w obu oczach.

Najwcześniejszym, klinicznie uchwytym objawem rozwoju zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem są druzy, czyli liczne, okrągłe, lekko uniesione, różnorodnego rozmiaru złogi umiejscowione pod nabłonkiem barwnikowym siatkówki w plamce i pod plamką obu oczu. Druzy najczęściej pojawiają się po 60. roku życia i wraz z wiekiem stają się większe i liczniejsze. W populacji osób poniżej 43. roku spotykane są one rzadko. Jednak u ludzi w przedziale wieku 45–60 lat – często, a po 60. roku życia prawie w 100%. Mogą być one wyrazem nie tylko patologii, ale i naturalnych procesów starzenia. U większości pacjentów z druzami plamki żółtej nigdy nie dochodzi do obniżenia ostrości wzroku. U pacjentów z druzami, u których dochodzi do pogorszenia ostrości wzroku, stwierdza się postępujący zanik geograficzny warstwy barwnikowej siatkówki i/lub surowicze czy też krwotoczne odwarstwienie warstwy barwnikowej siatkówki i siatkówki.

Zatem obecność samych druz twardych, zwłaszcza jeśli występują one pojedynczo, nie może być podstawą do rozpoznania wczesnej fazy starczego zwyrodnienia plamki (Holz FG, 1994). Ich obecność niepowodująca żadnych zaburzeń widzenia uważana jest za wynik naturalnych procesów starzenia się organizmu.

Dla rozpoznania starczego zwyrodnienia plamki niezbędne jest dokładne badanie dna oka oraz wykonanie angiografii fluoresceinowej siatkówki uzupełnianej w niektórych przypadkach angiografią indocyjaninową. Niezwykle pomocną w śledzeniu dynamiki choroby jest wykonywana przez pacjentów samokontrola centralnego pola widzenia za pomocą siatki Amslera (Sickenberg M, 2001).

Wyróżnia się dwie główne postaci AMD: postać suchą i wysiękową.

U większości pacjentów ze starczym zwyrodnieniem plamki (85–90%) rozwija się postać sucha choroby, zwana również zanikową czy też

postacią bez nowotwórstwa naczyniowego. Tylko 10–15% przypadków stanowi postać wysiękowa choroby, tj. postać neowaskularna. Jednak to ona jest odpowiedzialna za około 90% przypadków ślepoty spowodowanej przez AMD (Bressler NM, 2002).

Poważne upośledzenie wzroku jest również cechą AMD bez nowotwórstwa naczyniowego. Znaczna utrata widzenia jest jednak w tym przypadku rzadziej spotykana. W badaniach amerykańskich wysiękowe AMD stanowiło 79% przypadków tzw. prawnej ślepoty (Smith W, Assink J, 2001).

Postać „suchą” AMD charakteryzują druzy oraz odgraniczony, okrągły lub owalny obszar hiperpigmentacji bądź też braku barwnika w nabłonku barwnikowym siatkówki, w obrębie którego widoczne są naczynia naczyniówki – tzw. zanik geograficzny warstwy naczyń włosowatych naczyniówki i warstwy barwnikowej siatkówki.

Postać wysiękowa AMD, inaczej neowaskularna, tarczowata czy „wilgotna”, manifestuje się odwarstwieniem warstwy barwnikowej siatkówki, błonami proliferacyjnymi, podsiatkówkowymi wylewami krwi oraz twardymi wysiękami lipidowymi wewnątrz obszaru plamkowego. Stany te charakteryzują się obecnością płynu i/lub nowo powstałych naczyń oraz tkanki włóknistej pod warstwą barwnikową siatkówki albo bezpośrednio pod siatkówką zmysłową.

W 1995 roku wprowadzono nową klasyfikację AMD, dzielącą proces rozwoju tej choroby na okres wczesny i późny. Klasyfikacja ta oprócz oceny zmian przedmiotowych widocznych w badaniu okulistycznym uwzględnia również wpływ tych zmian na widzenie chorego.

W okresie wczesnym funkcjonalne efekty procesu zwyrodnieniowego ograniczają się zwykle do niewielkiego obniżenia ostrości wzroku (5/5,5–5/8), niewielkiego obniżenia wrażliwości na kontrast oraz nieznacznie zaburzonej adaptacji do ciemności. Zmiany widoczne na dnie oka obejmują wówczas obecność druz twardych i miękkich oraz zmian barwnikowych o typie ognisk hipopigmentacji warstwy barwnikowej siatkówki czy też przegrupowań barwnika.

W fazie późnej obserwować można zanik geograficzny, odwarstwienie warstwy barwnikowej siatkówki, neowaskularyzację podsiatkówkową oraz bliznę tarczowatą. Zmiany te powodują znacznie większe zaburzenia procesów widzenia objawiające się wyraźnym, a nawet znacznym obniżeniem ostrości wzroku zarówno do dali, jak i do bliży, utratą wrażliwości na kontrast, pojawieniem się metamorfopsji, ubytkami w centralnym polu widzenia oraz poważnymi zaburzeniami w widzeniu barwnym i adaptacji do ciemności.

Etiopatogeneza zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem, jak dotychczas, nie jest wyjaśniona, a stosowane obecnie metody leczenia nie

są w stanie trwale zabezpieczyć pacjentów przed jej postępem. Wobec powyższego szczególnego znaczenia nabiera profilaktyka. Jednakże opracowanie skutecznych metod zapobiegania starczemu zwyrodnieniu plamki wymaga w pierwszej kolejności dokładnego poznania czynników ryzyka wystąpienia i progresji choroby.

Liczne epidemiologiczne badania populacyjne (Framingham, NHANES I, NHANES III, Beaver Dam Eye Study, Barbados Eye Study Group, Blue Mountains Eye Study, Victoria Study, Rotterdam Study, Hisayama Study) pozwoliły wyróżnić wśród czynników ryzyka rozwoju AMD grupę czynników niepodlegających modyfikacji, takich jak wiek, płeć czy czynniki genetyczne oraz grupę czynników, na które pacjent ma wpływ i może je modyfikować, tj.: styl życia, czynniki sercowo-naczyniowe, socjoekonomiczne czy środowiskowe.

Wszystkie dotychczas prowadzone badania nad starczym zwyrodnieniem plamki wykazały wzrost częstości występowania tej jednostki chorobowej wraz z wiekiem (Vingerling JR, 1995a).

Niektóre programy badawcze (Beaver Dam Eye Study, Blue Mountains Eye Study) wykazały różnice w częstości występowania AMD u kobiet i u mężczyzn. Stwierdzono, że kobiety powyżej 75 r.ż. dwa razy częściej chorują na wczesną postać starczego zwyrodnienia plamki i aż siedem razy częściej na postać późną (Klein R, Klein BEK, 1992). Inne duże badania epidemiologiczne nie potwierdziły jednak tych różnic. Nie wykazano również istotnych statystycznie różnic pomiędzy wskaźnikami chorobowości całkowitej dla różnych ras. Zauważono jednak, że zapadalność na postać późną starczego zwyrodnienia plamki jest mniejsza u rasy czarnej niż u rasy białej (odpowiednio: 0,4–0,6% i 0,5–1,9%), co tłumaczy się ochronnym działaniem melaniny (Jampol LM, Tielsch J, 1992). Częstość występowania postaci późnej starczego zwyrodnienia plamki u rasy żółtej wynosi około 0,87%.

Starcze zwyrodnienie plamki coraz częściej jest uznawane za chorobę uwarunkowaną genetycznie (Gorin MB, Breitner JC, 1999). Prawie wszystkie badania epidemiologiczne wykazały zwiększone ryzyko wystąpienia AMD u członków rodziny osoby dotkniętej tą chorobą (badania Seddona: chorobowość członków rodzin osób chorych – 26,9%, dla całej populacji – 11,6%) (Seddon JM, Ajani UA, 1997). Jak na razie nie udało się ustalić sposobu dziedziczenia starczego zwyrodnienia plamki, ale istnieją przesłanki, że bierze w nim udział wiele genów.

Stwierdzono natomiast zwiększone ryzyko zachorowania na starcze zwyrodnienie plamki wśród osób posiadających allel epsilon 2 genu kodującego apolipoproteinę E. Wykazano również ochronne działanie allelu epsilon 4 (Klaver CCW, 1998).

Badania immunologiczne wykazały u pacjentów z AMD podwyższony poziom przeciwciał skierowanych przeciwko niektórym białkom siatkówki, zewnętrznym członom fotoreceptorów, neurofilamentom komórek nerwowych i astrocytom siatkówkowym. Rozważany jest więc również mechanizm autoimmunizacyjny prowadzący do rozwoju AMD (Smith W, Assink J, 2001; Haddad W, Coscas G, 2003).

Zaobserwowano poza tym częstsze występowanie starczego zwyrodnienia plamki u osób z jasnymi tęczówkami, jak i w oczach nadwzrocznych (Chaine G, 1998).

Wśród czynników ryzyka wystąpienia AMD podlegających modyfikacji wymienia się podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. Stwierdzono dodatkową korelację między częstością występowania postaci wysiękowej AMD a nadciśnieniem tętniczym (Hyman L, 2000). Wykazano również, że ryzyko rozwoju postaci późnej zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem u osób z blaszkami miażdżycowymi w tętnicach szyjnych potwierdzonych ultrasonograficznie jest 4,7 razy większe niż w normalnej populacji (Vingerling JR, 1995b).

Liczne badania populacyjne i kliniczne dowiodły istnienia zwiększonej zapadalności na starcze zwyrodnienie plamki w populacji osób palących obecnie i w przeszłości (Seddon JM, 1996). Podobnej zależności nie potwierdzono jednak w odniesieniu do zaburzeń w lipidogramie osocza predysponujących do rozwoju miażdżycy.

Niektóre badania epidemiologiczne (program badawczy Beaver Dam Eye Study) wykazały większą zapadalność na wczesną postać starczego zwyrodnienia plamki u osób z podwyższonym BMI, podkreślając tym samym wpływ otyłości na rozwój tej jednostki chorobowej (Klein R, Klein BEK, 1993). Dane epidemiologiczne nie wykazały jednak żadnego związku między cukrzycą a AMD.

Podobnie nie stwierdzono znamiennych statystycznie zależności między ilością i rodzajem spożywanego alkoholu a starczym zwyrodnieniem plamki. Badano również wpływ czynników socjoekonomicznych na rozwój AMD. Część klinicznych badań kontrolowanych sugerowała mniejsze ryzyko zachorowania na starcze zwyrodnienie plamki u osób bardziej wykształconych, czego jednak nie potwierdziły inne badania (Klein R, 1994).

Wykazano, że ekspozycja na promieniowanie UV nie wpływa na ryzyko zachorowania na AMD, gdyż prawie w całości jest ono absorbowane przez rogówkę i soczewkę (McCarthy C, Taylor HR, 1999).

Badania z Beaver Dam wykazały jednak istnienie takiej zależności u mężczyzn w odniesieniu do światła widzialnego, co potwierdza ochronne działanie okularów słonecznych w tej jednostce chorobowej (Cruickshanks KJ, Klein R, 1993).

Analiza wyników badań wielu programów badawczych wykazała, że wystarczająco udokumentowanymi czynnikami ryzyka z grupy czynników niepodlegających modyfikacji są wiek i predyspozycja genetyczna; natomiast z grupy czynników modyfikowalnych: palenie tytoniu, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze oraz ekspozycja na światło widzialne. Dane te mają istotne znaczenie z punktu widzenia profilaktyki. Dowodzą one bowiem, iż najważniejszym działaniem prowadzącym do zmniejszenia ryzyka zachorowania na starcze zwyrodnienie plamki jest zmiana stylu życia. Zaleca się zaprzestania palenia tytoniu, gdyż dowiedziono, że związki chemiczne zawarte w dymie tytoniowym upośledzają procesy antyoksydacyjne w siatkówce, zmniejszają przepływ krwi w naczyniówce oraz zmniejszają zdolność detoksykacji leków w nabłonku barwnikowym siatkówki i poprzez te zmiany zwiększają ryzyko wystąpienia starczego zwyrodnienia plamki (Pryor WA, 1983). Pacjenci palący chorują na AMD 6 razy częściej niż pacjenci nie palący. Wzrost ryzyka stwierdza się już przy paleniu 10 paczek papierosów na rok. Rzucenie palenia nie jest od razu jednoznaczne ze zmniejszeniem tego ryzyka. Okazało się, że ryzyko wystąpienia późnej postaci starczego zwyrodnienia plamki u osób palących powyżej 20 papierosów dziennie wraca do poziomu charakterystycznego dla osób niepalących dopiero po 20 latach od zaprzestania palenia (badania Delcourt) (Delcourt C, 1998).

Podkreślono profilaktyczne znaczenie działań mających na celu zapobieganie rozwojowi miażdżycy, gdzie obok zaprzestania palenia papierosów zaleca się ograniczenie spożycia tłuszczów nasyconych i cholesterolu, kontrolę ciśnienia tętniczego krwi i ograniczenie spożycia soli, aktywność fizyczną, nienadużywanie alkoholu, kontrolę cukrzycy oraz zwalczanie otyłości.

Poglądy na temat związku światła widzialnego z rozwojem starczego zwyrodnienia plamki nie są jednoznaczne. Niektóre badania podkreślają rolę niebieskiej części widma promieniowania świetlnego w procesie uszkodzenia nabłonka barwnikowego siatkówki. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że okulary słoneczne z filtrem promieniowania ultrafioletowego mają pozytywny wpływ na inne struktury oka – głównie soczewkę, wydaje się słuszne zalecanie stosowania takich okularów.

Badania populacyjne przeprowadzone w ramach Beaver Dam Eye Study nie wykazały znamiennej statystycznie zależności między ryzykiem zachorowania na starcze zwyrodnienie plamki a spożywaniem karotenoidów, tokoferolu, kwasu askorbinowego i cynku (VandenLangenberg GM, Mares-Perlman JA, 1998). Oceniano również skuteczność stosowania antyutleniaczy w prewencji wtórnej AMD (badania kliniczne przeprowadzane w ramach Age-Related Eye Di-

sease Study). Wykazano zmniejszone ryzyko progresji choroby tylko w grupie pacjentów z średnimi i dużymi druzami lub zanikiem geograficznym poza plamką czy też zaawansowaną postacią starczego zwyrodnienia plamki lub obniżoną ostrością wzroku poniżej 20/32 w przebiegu choroby. Dotychczasowe badania nie pozwalają jednak na wysunięcie jednoznacznego wniosku co do celowości stosowania antyoksydantów w profilaktyce starczego zwyrodnienia plamki.

Brak znajomości przyczyn powodujących powstawanie druzów i zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem sprawia, że nie istnieje leczenie przyczynowe choroby. Wczesna prewencja powinna obejmować osoby obciążone rodzinnie i pacjentów, u których stwierdza się druzy w tylnym biegunie dna oka.

Leczenie obejmuje: leczenie farmakologiczne, ochronę przed światłem słonecznym, fotokoagulację laserową, leczenie chirurgiczne, radioterapię, dietę oraz stosowanie pomocy optycznych. Leki wpływając na poprawę metabolizmu siatkówki jednocześnie poprawiają jej funkcję. Dla poprawy metabolizmu tkankowego zalecane jest stosowanie witamin A, B, C i E oraz preparatów zawierających mikroelementy: cynk, miedź, selen. W razie konieczności stosuje się leki lipotropowe i przeciwmiażdżycowe. Przed nadmiarem światła słonecznego chroni stosowanie szkieł okularowych, zawierających filtry UV.

Celem leczenia fotokoagulacją laserową jest zniszczenie wszystkich błon proliferacyjnych. Leczenie to jest szczególnie korzystne w przypadku oczu z małymi zmianami i stosunkowo dobrą ostrością wzroku. Leczenie fotokoagulacją laserową zmniejsza ryzyko utraty widzenia w ponad 50% przypadków oczu z błonami neowaskularnymi.

W razie nieskuteczności leczenia laserową fotokoagulacją wdraża się chirurgiczne usunięcie błon podsiatkówkowych łącznie z witrektomią.

W nielicznych przypadkach stosuje się radioterapię. Promieniowanie jonizujące zapobiega proliferacji komórek śródbłonka nowo powstałych naczyń podsiatkówkowych i powoduje częściową obliterację nieprawidłowych naczyń krwionośnych. Stabilizację ostrości wzroku uzyskiwano w 60–80% przypadków. Duże znaczenie w profilaktyce i leczeniu zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem wydaje się mieć stosowanie odpowiedniej diety – niskotłuszczowej i niskocholesterolowej, zawierającej karotenoidy oraz witaminę A. Zaleca się niepalenie papierosów oraz zwiększenie aktywności fizycznej.

W przypadku zaawansowanego stadium zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem działania okulistyczne skupia się głównie na zaleceniu pomocy optycznych, szczególnie stwarzających możliwość czytania i pracy z bliska, tj. lup, oku-

larów lupowych, okularów lornetkowych, monokularów czy pomocy elektronicznych.

Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem, prowadząc w stadiach zaawansowanych do całkowitego zaniku widzenia centralnego, a więc praktycznej ślepoty, stanowi problem społeczny w krajach o wysokich standardach bytowych i wzrastającej przeciętnej długości życia. Schorzenie to już teraz jest jedną z najważniejszych przyczyn inwalidztwa wzrokowego w Europie i USA. Szacuje się, że w skali całego globu do roku 2020 AMD będzie występowało u około 8 mln osób po 65 r.ż., co dobitnie podkreśla wagę tego narastającego problemu zdrowia publicznego (Smith W, Assink J, 2001).

Wobec tragicznych dla wzroku konsekwencji rozwoju AMD i braku właściwego leczenia przyczynowego dużego znaczenia nabiera opracowa-

nie skutecznych metod zapobiegania tej jednostce chorobowej, wśród których na szczególne podkreślenie zasługują działania prewencyjne mające na celu zmianę stylu życia osób predysponowanych. Dotyczy to zwłaszcza grupy pacjentów podwyższonego ryzyka rozwoju AMD, a więc osób starszych, głównie płci żeńskiej, obciążonych rodzinnie tą chorobą, o jasnych tęczęwkach, z wadą refrakcji układu optycznego oka o typie nadwzroczności, otyłych, palących papierosy, z nadciśnieniem tętniczym i miażdżycą.

Poważne konsekwencje rozwoju zaawansowanej postaci AMD, związane z upośledzeniem wzrokowego komfortu życia, uzasadniają konieczność wykonywania regularnych, dokładnych badań okulistycznych z oceną dna oka u osób w wieku powyżej 55 lat.

Piśmiennictwo

1. Klein R i wsp. The relationship of age-related maculopathy, cataract, and glaucoma to visual acuity. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1995; 36: 182–191.
2. Klein R i wsp. The five-year incidence and progression of age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1997; 104: 7–12.
3. Vingerling JR i wsp. The prevalence of age-related maculopathy in the Rotterdam Study. *Ophthalmology* 1995; 102: 205–210.
4. Margherio RR, Margherio AR, DeSantis ME. Laser treatments with verteporfin therapy and its potential impact on retinal practices. *Jour Retinal Vitreous Diseases* 2000; 20: 325–330.
5. Sickenberg M. Early Detection, Diagnosis and Management of Choroidal Neovascularization. Age-Related Macular Degeneration: The Role of Ophthalmologists. *Ophthalmologica* 2001; 215: 247–253.
6. Holz FG. Bilateral macular drusen in age-related macular degeneration: prognosis and risk factors. *Ophthalmology* 1994; 101: 1522–1528.
7. Bressler Neil M. Early Detection and Treatment of Neovascular. *Medical Practice* 2002; 2: 142–152.
8. Smith W, Assink J, Klein R, Mitchell P, Klaver CC, Klein B i wsp. Risk factors for age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 2001; 108: 697–704.
9. Klein R, Klein BEK, Linton KLP. Prevalence of age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1992; 99: 933–943.
10. Jampol LM, Tielsch J. Race, macular degeneration, and the Macular Photocoagulation Study. *Arch Ophthalmol* 1992; 62: 1699–1700.
11. Gorin MB, Breitner JC, De Jong PT, Hageman GS, Klaver CC, Kuehen MH, Seddon JM. The genetics of age-related macular degeneration. *Mol Vis* 1999; 3: 5–29.
12. Seddon JM, Ajani UA, Mitchell BD. Familial aggregation of age-related maculopathy. *Am J Ophthalmol* 1997; 123: 199–206.
13. Klaver CCW i wsp. Genetic association of apolipoprotein E with age-related macular degeneration. *Am J Hum Genet* 1998; 63: 200–206.
14. Haddad W, Coscas G, Soubrane G. Degenerescence maculaire liée à l'âge et apoptose. *J Fr Ophthalmol* 2003; 26, 3: 307–311.
15. Chaine G i wsp. Case-control study of the risk factors for age related macular degeneration. *Br J Ophthalmol* 1998; 82: 996–1002.
16. Hyman L i wsp. Hypertension, Cardiovascular Disease, and Age-Related Macular Degeneration. *Arch Ophthalmol* 2000; 118: 351–358.
17. Vingerling JR. Age-related macular degeneration is associated with atherosclerosis: the Rotterdam Study. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 404–409.
18. Seddon JM i wsp. A prospective study of cigarette smoking and age-related macular degeneration in women. *JAMA* 1996; 276: 1141–1146.
19. Klein R, Klein BEK, Franke T. The relationship of cardiovascular disease and its risk factors to age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1993; 100: 406–414.
20. Klein R i wsp. The relation of socioeconomic factors to age-related cataract, maculopathy, and impaired vision: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1994; 101: 1969–1979.
21. McCarthy C, Taylor HR. *Light and risk for age-related eye diseases*. [In:] Taylor A. *Nutritional and Environmental Influences on the Eye*. New York, NY: CRC Press; 1999: 135–150.

22. Cruickhanks KJ, Klein R, Klein BEK. Sunlight and age-related macular degeneration: the Beaver Dam Eye Study. *Arch Ophthalmol* 1993; 111: 514–518.
23. Pryor WA i wsp. The radicals in cigarette tar: their nature and suggested physiological implications. *Science* 1983; 220: 425–427.
24. Delcourt C i wsp. Smoking and age-related macular degeneration. The POLA Study. *Arch Ophthalmol* 1998; 116: 1031–1035.
25. Bressler NM, Bressler SB. Preventative ophthalmology. Age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 1995; 102: 1206–1211.
26. VandenLangenberg GM, Mares-Perlman JA, Klein R, Klein BE, Brady WE, Palta M. Associations between antioxidant and zinc intake and 5-year incidence of age-related maculopathy in the Beaver Dam Eye Study. *Am J Epidemiol* 1998; 148: 204–214.

Adres Autorów:
Katedra i Klinika Okulistyki AM
ul. Chałubińskiego 2a
50-368 Wrocław

Międzynarodowa Konferencja Jubileuszowa
„Problemy zdrowia publicznego u progu XXI wieku”
Wrocław, 18–19 czerwca 2004 r.

OPIEKA GERIATRYCZNA • GERIATRIC CARE

PL ISSN 1508-2121

Nadciśnienie tętnicze a styl życia chorych w podeszłym wieku

Correlation between arterial hypertension and lifestyle of the elderly

HALINA ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, KORNELIA KĘDZIORA-KORNATOWSKA

Z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Akademii Medycznej w Bydgoszczy,
Katedry i Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dr. Jurasza
w Bydgoszczy

Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii: Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. nadzw. AM

Streszczenie **Wstęp.** Częstość występowania nadciśnienia tętniczego wzrasta wraz z wiekiem i w grupie osób starszych (po 65 roku życia) wynosi ponad 60%. Nadal stanowi jedną z najczęstszych przyczyn chorobowości i śmiertelności w społeczeństwach krajów rozwiniętych. Podstawą podjęcia terapii, bez względu na stopień nadciśnienia tętniczego, jest modyfikacja stylu życia. Celem pracy było poznanie stylu życia osób w wieku podeszłym z nadciśnieniem tętniczym oraz wykazanie potrzeby ustawicznego oddziaływania na chorego i jego rodzinę, na każdym etapie choroby. **Materiał i metody.** Przebadano 100 pacjentów leczonych w Katedrze i Klinice Geriatrii oraz Poradni Geriatrycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dr. Jurasza w Bydgoszczy. W badaniach zastosowano metodę wywiadu bezpośredniego, narzędziem badawczym był kwestionariusz autorski, zawierający ważne elementy stylu życia. **Wyniki.** Wśród badanej populacji dominowały kobiety, głównie samotne. Znajomością zaleceń lekarskich wykazała się nieco ponad połowa pacjentów, a co czwarta osoba ich nie знаła. Prawie 1/5 chorych przyznała, że nie przestrzega zaleceń lekarskich. Znaczny odsetek chorych mierzy ciśnienie tętnicze krwi tylko sporadycznie. Prawie połowa badanych osób przejawiała niewielką aktywność ruchową. Wykazano związek między nadciśnieniem tętniczym a nadwagą i otyłością. U chorych z nadciśnieniem tętniczym istnieje tendencja do zwiększonego spożycia soli. Zdecydowana większość chorych wymaga pomocy w przyjmowaniu leków, zwłaszcza hipotensyjnych. **Wnioski.** Badania wskazują, że w populacji osób starszych nadal zbyt mało uwagi poświęca się promowaniu zdrowego stylu życia oraz problemom wychowania do starości. Edukację ogranicza się do udzielania doraźnych informacji w gabinecie lekarskim. Chorych w wieku podeszłym cechuje raczej mała motywacja do wprowadzenia w ich życiu koniecznych zmian dotyczących zachowań zdrowotnych. Swoją pogarszającą się sytuację zdrowotną tłumaczą jako fakt nieuchronny wynikający z wieku. **Słowa kluczowe:** nadciśnienie tętnicze, styl życia, osoby w podeszłym wieku.

Summary **Introduction.** The incidence of arterial hypertension rises with increasing age and 60% of people aged over 65 suffer from this disorder. It is one of the most common causes of morbidity and mortality in developed (industrialised) countries. The therapy can be started after the patient has made an effort to change his lifestyle. The aim of the work was to study lifestyle of elderly patients affected by the arterial hypertension and to show that there was a need for continuing influence on these patients and their families. **Materials and methods.** The study included 100 patients of the Department and Clinic of Geriatrics and Outpatient Geriatric Clinic in the Jurasz Clinical Hospital in Bydgoszcz. The method of direct interview was used and the screening instrument was author's original questionnaire focusing on important aspects of life. **Results.** In the studied group women were in the majority. Most of them were single. Only 50% were aware of the doctor's recommendations and 25% were not familiar with them. Almost 1/5 admitted that they did not follow doctor's suggestions. Many patients took their pressure only occasionally. Almost 50% were not physically active. The study showed that there was a correlation between the arterial pressure and obesity. Patients with arterial hypertension tended to eat more salt in their diet. Most of the arterial hypertension patients needed assistance in taking their medications. **Conclusions.** The study shows that health promotion and education concerning problems of old age are not sufficient. The only education the patients receive is that in the doctor's surgery. Elderly patients do not feel motivated to change their health behaviours. They seem to accept their bad condition as a result of ageing. **Key words:** arterial hypertension, the lifestyle, old people.

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze stanowi nadal poważny problem społeczny. Jest jedną z najczęstszych przyczyn chorobowości i śmiertelności w społeczeństwach krajów rozwiniętych (Grodzicki T, Nęcki M, 2003). Częstość występowania nadciśnienia wzrasta wraz z wiekiem. W populacji osób po 65. roku życia chorobę tę stwierdza się u ponad 60% pacjentów zgłaszających się do lekarza (Grodzicki T, Kocemba J, 2000a). Problem ten jest godny szczególnej uwagi, zwłaszcza że starzenie się populacji światowej jest jednym z najwyraźniej zaznaczonych zjawisk demograficznych XXI wieku.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, o nadciśnieniu tętniczym mówimy wówczas, gdy wartość ciśnienia skurczowego wynosi 140 mm Hg lub powyżej, a rozkurczowego 90 mm Hg i więcej. Najpowszechniej występującą w wieku podeszłym postacią nadciśnienia tętniczego jest nadciśnienie pierwotne i stanowi około 90% wszystkich (Kokot F, 2002).

Styl życia zgodnie z definicją WHO to sposób bycia, wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje oraz z indywidualnych wzorców zachowań, które zostały określone przez społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru (Karski JB, 1999).

Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005 wyodrębnił cztery główne czynniki zdrowia i przypisał im następującą siłę działania: styl życia 50%, środowisko 20%, uwarunkowania genetyczne 20%, opieka medyczna 10%. Z powyższej koncepcji wynika, że podstawowym determinantem zdrowia jest styl życia (Uszyński M, 2001).

Różne składniki stylu życia wyznaczone wzorami kulturowymi wpływać mogą bądź pozytywnie, jak też negatywnie na stan zdrowia jednostki (Tobiasz-Adamczyk B, 1995).

Niekorzystne warunki środowiskowe, błędy żywieniowe, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej, szybkie tempo cywilizacji i związane z tym stresy stwarzają zwiększone ryzyko ujawnienia się choroby nadciśnieniowej.

Jednym z istotnych elementów terapii bez względu na wiek i stopień nadciśnienia tętniczego jest modyfikacja stylu życia, którą należy wdrożyć możliwie jak najwcześniej. Powinna zmierzać do: ograniczenia spożycia soli, zwiększenia aktywności fizycznej, wyeliminowania palenia tytoniu, ograniczenia spożycia alkoholu, zwiększonej podaży potasu (Kocemba J i wsp., 1997a). Pozwoli ona w znacznym stopniu zapobiec groźnym powikłaniom sercowo-naczyniowym (udar mózgu, zawał), powstaniu inwalidztwa oraz zmniejszyć śmiertelność.

Sytuację zdrowotną chorego pogarsza fakt

współistnienia wielu schorzeń, charakterystycznych dla wieku podeszłego (np. cukrzyca, miażdżyca, otyłość, niewydolność krążenia i nerek, zmiany zwyrodnieniowe). W wieku starszym znacznie pogarsza się sprawność narządów zmysłu oraz narządu ruchu.

Celem pracy była analiza stylu życia osób w podeszłym wieku z nadciśnieniem tętniczym oraz uzasadnienie potrzeby ustawicznego oddziaływania edukacyjnego na chorego i jego rodzinę.

Materiał i metoda

Badania wykonano u 100 pacjentów w podeszłym wieku, leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego w Katedrze i Klinice Geriatrii oraz w Poradni Geriatrycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dr. Jurasza w Bydgoszczy. Za kryterium doboru osób do badań przyjęto: wiek powyżej 65. roku życia, nadciśnienie tętnicze oraz brak poważnych zaburzeń w zakresie sprawności umysłowej. Z badań wyłączono osoby w bardzo ciężkim stanie, z którymi nie można było nawiązać kontaktu.

Metodą badawczą był wywiad bezpośredni. Narzędziem badawczym – kwestionariusz własny, zawierający ważne składowe stylu życia.

Na wykonanie badań uzyskano zgodę Terenowej Komisji Bioetycznej AM w Bydgoszczy (KB/70/2003).

Analizie poddano następujące składowe stylu życia:

- świadomość zdrowotna chorego dotycząca odpowiedzialności za własne zdrowie,
- znajomość oraz stosunek do zaleceń lekarskich,
- kontrola ciśnienia tętniczego krwi,
- aktywność fizyczna,
- masa ciała,
- w przypadku nadwagi i otyłości – czy chory podejmuje starania, by ją zmniejszyć,
- zwyczaje żywieniowe (spożycie soli, tłuszczu),
- przyjmowanie używek (kawa, papierosy, alkohol),
- trudności w przyjmowaniu leków.

Wyniki

Charakterystyka próby badawczej

Badaniem objęto 100 chorych w przedziale wiekowym od 65 do 96 roku życia. W tej grupie pacjentów w wieku zaawansowanym powyżej 80. roku życia było 38 osób. Dominującą grupę stanowiły kobiety (71%), pozostałe 29% – to mężczyźni. Badaną populację w 60% stanowiły osoby samotne oraz w 40% – pozostające w związku małżeńskim. Przeprowadzona analiza

wykazała, że 40% badanych to osoby z wykształceniem podstawowym, 15% z zasadniczym zawodowym, 38% ze średnim, a 7% badanych miało wykształcenie wyższe.

Czas trwania choroby nadciśnieniowej był różny, od kilku tygodni do 30–40 lat. Obok nadciśnienia dominowały schorzenia typowe dla wieku podeszłego, jak: cukrzyca, miażdżyca, otyłość, choroba zwyrodnieniowa stawów, niewydolność krążenia i nerek, obniżona sprawność narządów zmysłu.

W nadciśnieniu tętniczym z uwagi na czynniki ryzyka ważna jest świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie. W badaniach własnych ponad połowa respondentów (60%) uważała, że stan ich zdrowia zależy w dużej mierze od nich samych, a 17% twierdziła, że nie ma wpływu. Pozostałe 23% chorych nie było przekonanych o znajomości zaleceń.

Ponad połowa pacjentów (55%) wykazała się ogólną znajomością zaleceń lekarskich, a co czwarta osoba (25%) – ich nie znała. Pozostali respondenci nie potrafili w tej kwestii zająć jednoznacznego stanowiska (ryc. 1).

Niepokoi natomiast fakt, że tylko 28% ze 100 badanych osób zawsze przestrzega zaleceń lekarskich, a 19% – raczej nigdy się do nich nie stosuje.

Ciśnienie krwi regularnie kontrolowało 59% badanych osób, pozostali chorzy czynią to tylko sporadycznie (ryc. 2). Ich zdaniem nieświadomość własnych wyników korzystniej działa na samopoczucie. Główną okolicznością sprzyjającą

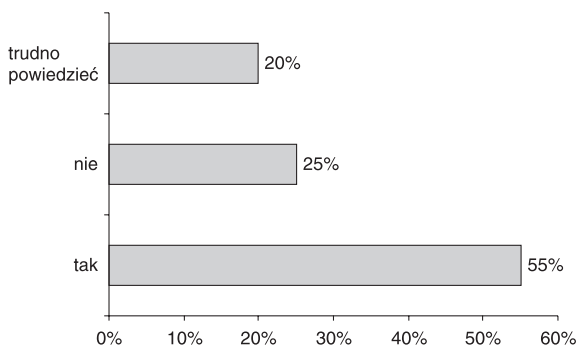
dokonywaniu u nich pomiarów ciśnienia krwi były złe warunki meteorologiczne oraz gorsze samopoczucie.

Ważnym wyznacznikiem stylu życia poddanym analizie była aktywność chorego. Wystarczającą aktywność ruchową przejawiało 40% respondentów, niewielką – 45% badanej próby. Natomiast brak aktywności (pozostawanie w łóżku) stwierdzono u 15% chorych poddanych badaniu (ryc. 3). Najczęściej wymienianą formą aktywności były spacery, nieliczne osoby deklarowały pracę na działce oraz ćwiczenia gimnastyczne. U 20% badanych osób aktywność ograniczała się do poruszania po mieszkaniu.

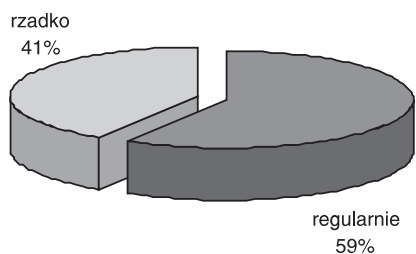
Analizując masę ciała chorych posłużono się wskaźnikiem BMI i przyjęto kryteria zgodne ze Światową Organizacją Zdrowia. Spośród 100 badanych osób prawidłową masę ciała miało 28% chorych. Natomiast w 69% stwierdzono nadwagę i otyłość, a w 3% – zbyt małą masę ciała. Obrazuje to rycina 4.

Wśród osób z nadwagą i otyłością (69%) żadnych działań, by zmniejszyć nadwagę, nie podejmowało aż 48% respondentów, w 15% czyniono to z niewielkim efektem, a w 6% – udawało się zmniejszyć masę ciała z widocznym skutkiem.

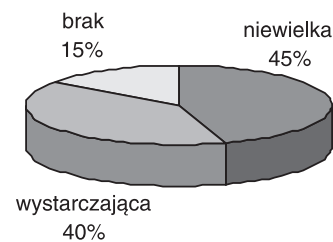
Kolejnym ważnym elementem podlegającym analizie były zwyczaje żywieniowe. Ponad połowa (52%) badanych chorych spożywała potrawy niezbyt słone, z czego zdecydowana większość przyznała, że w przeszłości były one najczęściej dosalane. Jednak nadal dużo soli używała 1/3 cho-



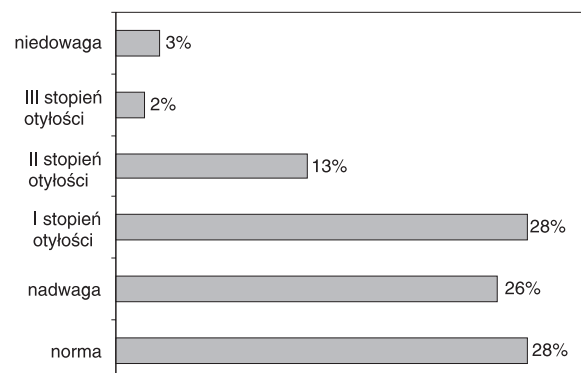
Ryc. 1. Znajomość zaleceń dotyczących obecnego trybu życia



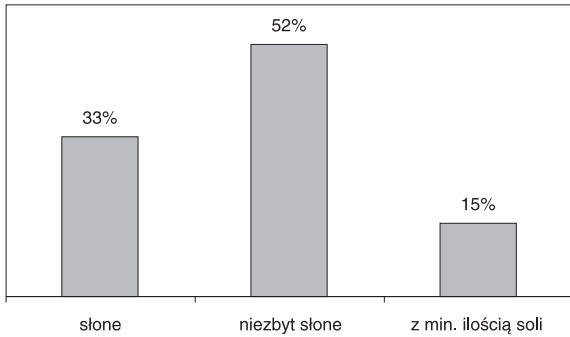
Ryc. 2. Pomiar ciśnienia krwi



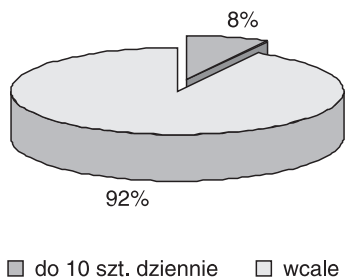
Ryc. 3. Aktywność fizyczna



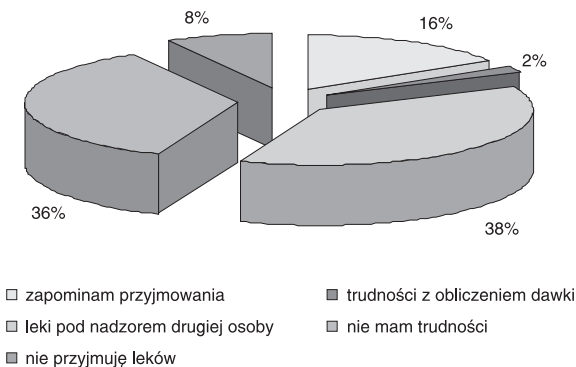
Ryc. 4. Masa ciała



Ryc. 5. Spożywanie potraw z zawartością soli



Ryc. 6. Palenie papierosów



Ryc. 7. Przyjmowanie leków

rych (ryc. 5). Natomiast potrawy z dużą zawartością tłuszczu spożywała co czwarta badana osoba.

W nadciśnieniu tętniczym ważny jest stosunek chorego do stosowania używek. Przeprowadzona analiza wykazała, że zdecydowana większość osób (92%) z nadciśnieniem tętniczym nie paliła papierosów (ryc. 6). Podobnie jak i większość respondentów nie przyjmowała napojów alkoholowych – 88%. Pozostałe osoby czyniły to tylko okazjonalnie, w niewielkich ilościach. Kawę zawierającą kofeinę piła nieco ponad połowa badanych (53%), w tym 2 osoby nawet 4–5 razy dziennie.

W terapii nadciśnienia tętniczego niezmiernie istotne jest zgodne z zaleceniami regularne przyjmowanie leków, zwłaszcza hipotensyjnych. Badania własne wykazały, że tylko 36% chorych nie ma żadnych kłopotów z przyjmowaniem leków,

a 8% stwierdziło, że mimo zaleceń lekarskich nie leczy się, tłumacząc ten fakt trudną sytuacją materialną. Pozostałe osoby przejawiały różnego rodzaju trudności, co ilustruje rycina 7.

Wnioski

1. Edukacja zdrowotna chorych z nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym, jako ważny element procesu terapeutycznego, powinna zmierzać do zmiany nawyków żywieniowych, zwłaszcza do ograniczenia spożycia soli i tłuszczu, normalizacji masy ciała, utrzymania aktywnego stylu życia możliwie jak najdłużej, wyeliminowania używek (głównie papierosów) oraz wskazania sposobów radzenia sobie ze stresem. Ważne jest kształtowanie u chorego postawy konstruktywnej.
2. Brak skuteczności oddziaływań edukacyjnych w starszym wieku może być związane z gorszym funkcjonowaniem narządów zmysłu.
3. Wpłynięcie na zmianę stylu życia w kierunku zachowań prozdrowotnych przez osoby w starszym wieku jest trudnym zadaniem dla członków zespołu terapeutycznego.
4. Zbyt mało uwagi poświęca się na promowanie zdrowego stylu życia w starości.
5. Motywację chorego do pożądaných działań podtrzymujących własne zdrowie można zwiększyć przez nawiązanie dobrej współpracy z chorym, wysłuchanie jego problemów, okazanie życzliwości, poświęcenie mu więcej czasu, a nade wszystko wykazanie w stosunku do niego ogromnej cierpliwości.

Podsumowanie

Analiza otrzymanych wyników wskazuje, że na edukację chorych w starszym wieku należałoby poświęcać więcej czasu. Najlepsze efekty daje wówczas, jeżeli prowadzona jest w kilkuosobowych grupach (Grodzicki T, Kocemba T, 2000b).

Badania własne wykazały, że świadomość zdrowotna chorych z nadciśnieniem tętniczym jest różna, dlatego każda osoba wymaga indywidualnego podejścia. Chorzy w wieku podeszłym prezentują raczej pasywną postawę wobec choroby, o czym dowiadujemy się również na podstawie przeglądu literatury. Mają utrwalone już przez lata nawyki, które niechętnie chcą zmieniać. Swoją małą motywację uzasadniają też nieuchronnym faktem nadchodzącej śmierci. Stąd edukacja chorego jest zadaniem trudnym, o czym pisze wielu autorów. O powodzeniu leczenia przeciwnadciśnieniowego w podeszłym wieku decyduje edukacja, styl życia, leki (Kocemba J i wsp., 1997b). W terapii nadciśnienia tętnicze-

go niezmiernie ważną rolę odgrywa aktywność chorego. Bierność pociąga za sobą przyspieszoną involucję psychiczną i fizyczną. Prawie połowa badanych pacjentów przejawiała niewielką aktywność ruchową ograniczającą się głównie do wykonywania podstawowych czynności samoobsługi i krótkich spacerów związanych najczęściej z robieniem drobnych zakupów. W starszym wieku zmniejszona aktywność może być również podyktowana lękiem przed zdarzającymi się w tym okresie życia upadkami, związanymi m.in. z symptomami choroby nadciśnieniowej (np. zawrotami głowy).

Potwierdziła się hipoteza, że nadciśnienie tętnicze często współwystępuje z nadwagą i otyłością, wpływając niekorzystnie na jakość życia. W badaniach własnych przeważająca większość chorych z nadwagą i otyłością nie podejmowała w tym kierunku jakichkolwiek działań. Gerontolodzy apelują, że jakość życia okazuje się niejednokrotnie ważniejszym parametrem niż jego długość. Związek nadciśnienia z otyłością dowodzą również inne badania, prowadzone wśród osób w podeszłym wieku w środowisku domowym (Fortuniak, 2003a). Była to zbliżona grupa badawcza, w której 70% stanowiły osoby z nadciśnieniem tętniczym.

Obniżenie masy ciała o 1 kg daje przeciętny spadek ciśnienia o 1,6/1,3 mm Hg (Kocemba J i wsp., 1997c). W zmniejszeniu otyłości zaleca się głównie ograniczenie ilości spożywanych kalorii do poniżej 2000 kcal dziennie oraz zwiększenie aktywności fizycznej (Tykarski A, 2000a). Posiłki powinny być lekkostrawne, przyjmowane częściej, ale w mniejszych ilościach, głównie gotowane. Zaleca się dietę z minimalną zawartością

solii, niskotłuszczową, bogatą w potas i sole mineralne oraz owoce i warzywa. Związki potasu mają szczególne znaczenie w zapobieganiu udarom mózgu (Tykarski A, 2000b).

Na podstawie przeglądu literatury wiemy, że istnieje ścisły związek pomiędzy zwiększonym spożywaniem soli a występowaniem nadciśnienia tętniczego (Tykarski A, 2000c). Zdaniem wielu ekspertów, należy dążyć do diety z zawartością około 6 gramów soli dziennie, przy czym warto podkreślić, że dieta przeciętnego Polaka przekracza nawet dwukrotnie dopuszczalną wartość (Tykarski A, 2000d). Nadciśnienie tętnicze u chorych w starszym wieku jest najczęściej sodowrażliwe. Efekt hipotensyjny można uzyskać przy pozostawianiu na diecie przez co najmniej 5 tygodni i dalsze jej podtrzymywanie (Grodzicki T, Kocemba J, 2000c). W badaniach własnych co trzecia osoba nadal używała dużo soli. Natomiast 3/4 chorych pozostawało na diecie niskotłuszczowej.

Jak potwierdzają też wyniki innych badaczy, zdecydowana większość chorych w wieku podeszłym nie pali już papierosów (Fortuniak M, 2003b). Jednak skutki palenia tytoniu są konsekwencją wcześniejszych nałogów. Wypaleniu każdego papierosa, również bezdymnego, towarzyszy 15–30-minutowy wzrost ciśnienia tętniczego krwi (Grodzicki T, Kocemba J, 2000d). Stąd każda osoba z nadciśnieniem tętniczym powinna bezwzględnie zaprzestać palenia tytoniu.

Przeprowadzone badania wskazują, że chory w podeszłym wieku wymagają podjęcia wielu działań o charakterze interdyscyplinarnym.

Piśmiennictwo

1. Grodzicki T, Nęcki M. Nadciśnienie tętnicze u chorego w wieku podeszłym. *Przewodnik Lekarza* 2003; 1: 70–81.
2. Grodzicki T, Kocemba J. *Nadciśnienie tętnicze u osób w wieku podeszłym*. Gdańsk: Via Medica; 2000.
3. Kokot F. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002.
4. Karski JB. *Promocja zdrowia*. Warszawa: Ignis; 1999.
5. Uszyński M. *Propedeutyka medycyny klinicznej i zdrowia publicznego*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane AM w Bydgoszczy; 2001.
6. Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i rodziny*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1995.
7. Kocemba i wsp. Terapia hipotensyjna u osób w wieku podeszłym. *Terapia* 1997; 5: 9–12.
8. Tykarski A. *Nadciśnienie tętnicze u osób w wieku podeszłym*. Bielsko-Biała: Augustana; 2000.
9. Fortuniak M. Problemy zdrowotne osób chorych w wieku podeszłym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2003; 1 (15): 54–58.

Adres Autora:

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej AM
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

Obszary interwencji pielęgniarstwa w opiece nad człowiekiem starym i przewlekle chorym

The areas of nursing in the case of the elderly and chronically ill

MARIOLA GŁOWACKA

Z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Akademii Medycznej w Bydgoszczy
Kierownik: vacat

Streszczenie **Cel.** Celem głównym pracy jest ukazanie priorytetowych obszarów interwencji pielęgniarstwa w opiece nad pacjentami przewlekle chorymi przebywającymi w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO) oraz wykazanie zasadności i konieczności integracji i kontynuacji działań w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej domowej nad pacjentami po wypisie z tego zakładu. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 106 pacjentów przebywających w latach 2001–2003 w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płocku. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kartę monitoringu stanu pacjenta oraz dokonano analizy pakietów dokumentacji medycznej tej populacji. **Wyniki.** Największą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 80–89 r.ż., a nieco mniejszą 90-latkowie i starsi, ze szczególną dominacją kobiet. Były to przede wszystkim osoby zamieszkujące w mieście, pozostające w stanie wdowieństwa i bezdzietne lub posiadające dzieci w wieku starszym obciążone problemami chorobowymi. Przeważająca liczba pacjentów w momencie przyjmowania do zakładu wymagała kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarstwa jako zakwalifikowana do grupy III. Swoistą cechą tej populacji była wielochorobowość i wielorakie problemy pielęgnacyjne. Szczególnie często występowało ograniczenie ruchomości, fragmentacja snu, suchość skóry, brak akceptacji siebie, lęk przed śmiercią, poczucie osamotnienia, zdeformowana sylwetka, niska samoocena, bezwiedne oddawanie moczu i/lub stolca, zaburzenia nastroju, niechęć do przyjmowania posiłków, zaburzenia pamięci, trudności w połykaniu, zaparcia, utrudniony kontakt słowny itp. **Wnioski.** Osiągnięta poprawa wydolności samoopiekuńczych i samopielęgnacyjnych oraz ewentualne wdrożenie rodziny do kompensowania braków pacjentów w tych zakresach wymagają kontynuowania, po wypisaniu z ZPO, w ramach opieki długoterminowej domowej lub podstawowej opieki zdrowotnej. Dlatego dla większej integracji działań pielęgniarstwa w zakresie opieki długoterminowej z działalnością pielęgniarek i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej zasadne byłoby włączenie pielęgniarstwa opieki długoterminowej do zespołu podstawowej opieki zdrowotnej z jasnym i jednoznacznym podziałem kompetencji dla tych dwóch grup pielęgniarstwa. **Słowa kluczowe:** opieka długoterminowa, problemy pielęgnacyjne, skala Barthel.

Summary **Aim.** The main aim of this work is to show priority areas of nursing intervention in the case of the elderly and chronically ill at a nursing unit and to show the importance and necessity of integration and continuation of actions in the field of basic health care and long-term home care. **Materials of methods.** The research was done on 106 patients from 2001 to 2003 at the Nursing Unit at SPZOZ Płock. The research tool used was the health condition monitoring chart. **Results.** The biggest group were patients aged 89–90 and a bit smaller group were patients aged 90 or more. Significantly dominant sex group were women. Most of the patients lived in towns and cities, widows and widowers, with no or adult children, with health problems. The majority of patients, at the time of admission required complex and intense nursing help and as they were qualified to group III. An interesting feature of this group was suffering from many diseases and different nursing problems. The most frequent problems were: movement limitations, fragmentation of sleep, skin dryness, lack of self-acceptance, fear of death, loneliness, deformed posture, low self-esteem, enuresis, mood disorders, reluctance to eating, memory disorders, difficulty at swallowing, constipation, limited verbal contact, etc. **Conclusions.** The achieved improvement in self-care and self-nursing abilities and possible inclusion of the family in the compensation of the patients' disabilities in these field need continuing after leaving the nursing unit, in the framework of long-term home care or basic health care. Therefore, in order to integrate the actions of long-term nursing and basic health care nursing it would be essential to include long-term nurses into the basic health care system, with clear division of those two groups' competences. **Key words:** long-term care, nursing problem, Barthel chart.

Wstęp

Celem głównym pracy jest ukazanie priorytetowych obszarów interwencji pielęgniarskiej w opiece nad pacjentami przewlekle chorymi przebywającymi w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO) oraz wykazanie zasadności i konieczności integracji i kontynuacji działań w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej domowej nad pacjentami po wypisie z tego zakładu.

Starość jest naturalną fazą w życiu człowieka, która nadchodzi powoli i rozwija się stopniowo. W ujęciu ogólnospołecznym traktowana jest jednak jako okres małej aktywności, nieatrakcyjności, konsumowania wcześniejszych zdobyczy i osiągnięć, okres osamotnienia, symbol nieodwracalnego końca, okres oczekiwania na śmierć. Kojarzona jest z niedołężnością, chorobami, słabością, uzależnieniem od innych osób (Woźnicka E, 2002).

Niewątpliwie wydłużanie się średniej życia prowadzi do zwiększania się liczebności populacji osób starych i przewlekle chorych.

Konieczność podejmowania badań w zakresie opieki nad człowiekiem starym i niepełnosprawnym wynika z regresywnego charakteru społecznej struktury świata. Postępujący proces starzenia się społeczeństw niesie za sobą zmianę proporcji poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych na rzecz opieki długoterminowej. Obserwuje się wzrost liczby podmiotów świadczących usługi tego typu, zwiększa się liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, rozwija się opieka długoterminowa domowa oraz zwiększa się liczba ubezpieczonych oczekujących na miejsca w ww. formach opieki (Szwalkiewicz E, Kwadrans E, 1999; NFZ, 2003; CKPPIP, 2000).

Opieka długoterminowa może mieć charakter stacjonarny, tj. może być realizowana w ramach zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub może mieć charakter opieki domowej realizowanej przez zakłady długoterminowej opieki domowej lub praktyki grupowe długoterminowej opieki domowej.

Zgodnie z materiałami opracowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia „do opieki długoterminowej kwalifikują się osoby z chorobą przewlekłą, skutkującą pogłębiającą się niepełnosprawnością, u których wystąpiły bądź mogą wystąpić powikłania związane z długotrwałym unieruchomieniem. Są to chorzy z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stałej profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki” (NFZ, 2003).

Podstawą prawną umożliwiającą tworzenie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych jest ustawa z dnia 30 sierpnia

1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin.

Celem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego jest: zapewnienie okresowej intensywnej opieki pielęgniarskiej rekonwalescentom umożliwiającej im powrót do środowiska zamieszkania i w miarę możliwości samodzielne funkcjonowanie oraz osobom przewlekle chorym, które ze względu na stan zdrowia wymagają stacjonarnej pielęgnacji i rehabilitacji (Szwalkiewicz E, Kwadrans E, 1999; NFZ, 2003; CKPPIP, 2000).

Dla ujednoczenia kryteriów przyjęcia pacjenta do pielęgniarskiej opieki domowej lub zakładów opieki długoterminowej wprowadzono ocenę zdolności pacjentów do samoopieki według międzynarodowej skali Barthel. Od 2003 roku finansowane są jedynie pobyty pacjentów, którzy sklasyfikowani zostali w skali Barthel na poziomie od 0 do 40 punktów. Zasada ta nie dotyczy finansowania pobytów pacjentów przebywających w zakładach dla dzieci. W przypadku uzyskania większej wartości punktowej zakwalifikowanie pacjenta do opieki w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wymaga indywidualnej zgody NFZ (Szwalkiewicz E, Kwadrans E, 1999; NFZ, 2003; CKPPIP, 2000).

Standardowy pakiet świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych obejmuje świadczenia pielęgniarskie, świadczenia lekarskie (nie mniej niż 2 razy w tygodniu wizyta lekarska oraz na wezwanie w razie potrzeby), rehabilitację zgodnie z zaleceniem lekarza, badania i terapię psychologiczną, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zabezpieczenie w leki i materiały medyczne zlecone przez lekarza zakładu, zapewnienie konsultacji specjalistycznych, zapewnienie podstawowych badań, edukację i poradnictwo zdrowotne, zapewnienie zleconego transportu, pomoc w zaopatrywaniu w przedmioty ortopedyczne i lecznicze środki techniczne, zaopatrywanie w środki pomocnicze oraz materiały medyczne.

Wniosek o skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarz prowadzący pacjenta z oddziału szpitalnego w ciągu 1 miesiąca po zakończonym procesie leczenia w warunkach szpitalnych (Szwalkiewicz E, Kwadrans E, 1999; NFZ, 2003).

W zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym chory może przebywać czasowo – średni czas

pobytu pacjenta wynosi 3–6 miesięcy, lub w uzasadnionych przypadkach także na stałe, po uzyskaniu zgody płatnika (NFZ, 2003).

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich. Opieką w domu mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby, którzy w ocenie według skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów i bezwzględnie wymagają przynajmniej jednego ze świadczeń pielęgniarskich: kroplowych wlewów dożylnych wynikających ze stałego zlecenia lekarskiego związanych z prowadzonym procesem leczenia, wykonywania opatrunków (rany, odleżyny i owrzodzenia troficzne podudzi), karmienia przez zgłębnik, karmienia przez przetokę, pielęgnacji przetoki, założenia i usunięcia cewnika (stałe zlecenie lekarskie), płukania pęcherza moczowego, pielęgnacji rurki tracheostomijnej. Warunkami objęcia chorego opieką w ramach świadczeń długoterminowych domowych są również: zgoda pacjenta wyrażona na piśmie, wniosek lekarza rodzinnego lub lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego w ciągu 1 miesiąca po zakończonym procesie leczenia w warunkach szpitalnych i kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej (NFZ, 2003).

Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest zapewnienie świadczeń pielęgniarskich w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym, przygotowanie chorego (i jego rodziny) do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Do głównych zadań pielęgniarskiej opieki długoterminowej należą: świadczenia pielęgniarskie we współpracy z lekarzem rodzinnym, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu (NFZ, 2003; Szwatkiewicz E, Kwadrans E, 1999).

Pielęgniarską opieką długoterminową nie mogą być objęci pacjenci w ostrej fazie choroby psychicznej i w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Czas objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest warunkowany stanem zdrowia pacjenta, ale nie może przekraczać 3–6 miesięcy. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek świadczeniodawcy, termin ten może być przedłużony za zgodą płatnika.

Pielęgniarka określa stan pacjenta według ska-

li Barthel raz w tygodniu. Pielęgniarka zobowiązana jest do informowania lekarza rodzinnego, jeżeli zmiany w stanie zdrowia pacjenta skutkują przekroczeniem 40 pkt. według skali Barthel i pacjent nie wymaga świadczeń pielęgniarskich kwalifikujących go do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową (NFZ, 2003; Szwatkiewicz E, Kwadrans E, 1999).

Materiały i metody

Badaniami objęto 106 pacjentów przebywających w latach 2001–2003 w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płocku. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kartę monitoringu stanu pacjenta oraz dokonano analizy pakietów dokumentacji medycznej tej populacji. Karta monitoringu stanu pacjenta uwzględniała cotygodniową ocenę wydolności samoopiekuńczej i samopielęgnacyjnej pacjentów w oparciu o kryteria skali Barthel, a w szczególności oceniano czynności: spożywanie posiłków, przemieszczenie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety/wc, mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie zwieraczy: odbytu i pęcherza moczowego.

Każdy pakiet dokumentacji medycznej zawierał: historię choroby, historię pielęgnowania, indywidualną kartę pielęgnowania, kartę gorączkową, kartę zleceń lekarskich, kartę wizyt lekarskich i zapytań do lekarza, kartę informacyjną, wywiad pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, zaświadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, decyzję i skierowanie do ZPO, kartę zgód na zabiegi i procedury ewentualnie kartę monitorowania wkucia, kartę kontroli podawania i zużycia antybiotyku, kartę zakażenia szpitalnego, kartę leczenia odleżyny.

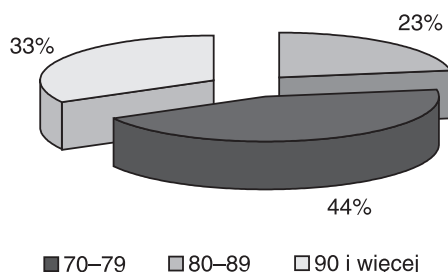
Historia choroby zawierała wszystkie dane personalne, łącznie ze wskazaniem płatnika, wstępne rozpoznanie lekarskie, rozpoznanie końcowe kliniczne, wywiad wstępny i ocenę stanu przy przyjęciu do zakładu, wyniki badania przedmiotowego, plan diagnostyczno-terapeutyczny, ocenę stanu pacjenta przez lekarza w trakcie każdej jego wizyty w ZPO, opis przebiegu leczenia.

Historia pielęgnowania zawierała afiliacje chorego, tryb przyjęcia, choroby współistniejące, główne dolegliwości, przebyte choroby, pobyty w szpitalu, przyzwyczajenia, sprzęt pomocniczy, czynniki ryzyka, ocenę stopnia sprawności pacjenta przy przyjęciu i przy wypisie, diagnozę bio-psycho-społeczną, indywidualną kartę pielęgnowania i ocenę działań pielęgniarskich, ocenę stanu pacjenta na każdym dyżurze.

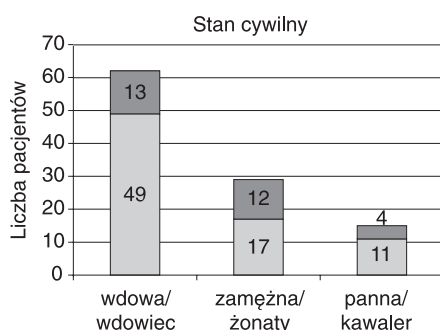
Środowiskowy wywiad pielęgniarski określał strukturę rodziny, sytuację mieszkaniową, wydolność opiekuńczą rodziny i zakres wymaganej przez pacjenta opieki. Zaświadczenie wystawione przez lekarza POZ uwzględniało dane osobowe chorego, wydolność poszczególnych narządów i układów oraz zakres wymaganej opieki.

Wyniki

W latach 2001–2003 w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku przebywało 106 pacjentów. Zakład zapewniał jednocześnie opiekę 23 pacjentom. Liczba ta uległa zwiększeniu w II połowie 2003 r. do 25. Z roku na rok wzrastało zainteresowanie stacjonarną opieką długoterminową. Liczba osób korzystających z tej formy usług wynosiła odpowiednio w roku 2001 – 26, w 2002 – 29, a w 2003 – 51. Średni czas pobytu w ZPO wynosił 143 dni, przy czym był najdłuższy w roku 2002 (166 dni), nieco krótszy w roku 2001 (161 dni) i najkrótszy w roku 2003 (103 dni). Największą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 80–89 r.ż., a nieco mniejszą 90-latkowie i starsi, ze szczególną dominacją kobiet (72,6%) (ryc. 1). Były to przede wszystkim osoby mieszkające w mieście (kobiety – 59,7%, mężczyźni – 52,2%) i pozostające w stanie wdowieństwa (kobiety – 63,6%, mężczyźni – 44,8%) (ryc. 2). Bezdzietne 31,1% lub posiadają-



Ryc. 1. Struktura pacjentów w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku wg wieku



Ryc. 2. Struktura pacjentów w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku wg stanu cywilnego

ce dzieci w wieku starszym (50–59 lat – 33,1%, 60–69 lat – 45,3%, 70 lat i więcej – 21,6%) obciążone problemami chorobowymi (82,1%).

Do ZPO kierowano pacjentów, których wydolność rodziny w zakresie warunków mieszkaniowych była zła (42,5%) lub zadowalająca (48,0%), przy jednoczesnym braku opieki nad potrzebującym członkiem rodziny ze strony najbliższych i pełnej zależności od osób obcych (69,8%) (tab. 1). Przeważająca liczba pacjentów w momencie przyjmowania do zakładu wymagała kompleksowej intensywnej opieki pielęgniarskiej. Swoistą cechą tej populacji była wielochorobowość. Najczęściej współwystępowało 5–6 schorzeń u kobiet (42,9%) i 3–4 choroby u mężczyzn (44,8%). Najrzadziej stwierdzano współistnienie 1–2 chorób (kobiety – 7,8%, mężczyźni – 6,9%). W zakresie stanów patologicznych dominowały: stany otępienne średniego i znacznego stopnia (73,6%), niedowłady (40,6%), stany po udarze mózgu (37,7%), choroby układu krążenia, przede wszystkim choroba niedokrwienna mięśnia sercowego (31,1%) i nadciśnienie tętnicze (31,1%), niedowidzenie (30,2%), miażdżycy uogólniona (29,3%), cukrzyca (25,5%) itp. Średnio u jednego pacjenta stwierdzano pięć schorzeń współistniejących (tab. 2). Stany te dodatkowo wikały pojawiające się w trakcie pobytu w ZPO odparzenia (38,7%), okresowo podwyższona temperatura ciała (37,7%), zakażenia wewnątrzszpitalowe (36,8%), odleżyny (33,3%), zejścia śmiertelne (31,1%) (ryc. 3). Liczba zgonów była jednakowa w roku 2001 i 2003 (po 12 zgonów) i nieco mniejsza w roku 2002 (9 zgonów). Pogorszenie stanu pacjentów obserwowano najczęściej w 10–19 dni od momentu przyjęcia do Zakładu.

U pacjentów przebywających w ZPO identyfikowano wiele i wielokrotnie problemy pielęgnacyjne. Szczególnie często występowało ograniczenie ruchomości (100%), fragmentacja snu (89,6%), suchość skóry (82,1%), brak akceptacji siebie (70,8%), lęk przed śmiercią (70,8%), poczucie osamotnienia (68,9%), zdeformowana sylwetka (68,9%), niska samoocena (58,5%), bezwiedne oddawanie moczu i/lub stolca (53,8%), zaburzenia nastroju (53,8%), niechęć do przyjmowania posiłków (42,5%), zaburzenia pamięci, trudności w połykaniu (36,8%), zaparcia (34,9%), utrudniony kontakt słowny (34,9%) itp. (tab. 3).

Powyższe stany wymagały ze strony pielęgniarek kompensacji całkowitej, częściowej i wspierająco-edukacyjnej. Kompensacja całkowita najczęściej dotyczyła zmiany pampersów/wkładek (47,2%) lub toalety częściowej (67,9%), profilaktyki przeciwoleżynowej (87,7%), stosowania zaleceń lekarskich (89,6%), monitorowania parametrów życiowych (100%) itp. Kompensacja częściowa dokonywana była przez pielęgniarki głównie w zakresie ubierania

Tabela 1. Warunki rodzinno-materialne pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku

Sytuacja	Stopień wydolności					
	A		B		C	
	n	%	n	%	n	%
Sytuacja mieszkaniowa	13	12,3	48	45,3	45	42,5
Wydolność opiekunów rodziny	0	0	32	30,2	74	69,8
Zakres wymaganej opieki przed przyjęciem do ZPO	0	0	27	25,5	79	74,5

i robienia (51,9%), czesania (45,3%), sadzenia (44,3%), pojenia (30,2%), karmienia (25,5%), pionizowania (32,1%) oraz chodzenia (31,1%). Wsparcie edukacyjne stosowano w większości działań mających na celu zaspokojenie potrzeb, rozwiązanie problemów pielęgnacyjnych i poprawę stanu pacjenta (tab. 4).

W momencie przyjęcia pacjentów do zakładu ich sprawność w poszczególnych zakresach była zależna (Z), rzadko ograniczona (O), a sporadycznie samodzielna (S). Mała sprawność dotyczyła głównie wydalania (Z – 88,6%, O – 9,4%, S – 1,9%), mycia i czesania (Z – 83,0%, O – 14,2%, S – 2,3%), organizacji czasu wolnego (Z – 74,5%, O – 25,5%, S – 0%), jedzenia i picia (Z – 58,5%, O – 39,6%, S – 1,9%) oraz poruszania się (Z – 54,7%, O – 40,6%, S – 4,7%). W chwili wypisu

sprawność ta była większa i miała najczęściej charakter ograniczonej, np. organizacja czasu wolnego (Z – 24,5%, O – 70,8%, S – 4,7%), poruszanie się (Z – 26,4%, O – 65,1%, S – 8,5%), mycie i czesanie (Z – 31,0%, O – 58,5%, S – 10,4%), wydalanie (Z – 34,9%, O – 55,7%, S – 9,4%) (tab. 5, ryc. 4, 5). Efektem treningów pielęgnacyjno-rehabilitacyjnych było zmniejszenie grupy pacjentów zakwalifikowanych do III kategorii według skali Barthel (0–20 pkt.) z 64,2% w czasie przyjęcia do ZPO do 26,4% w czasie wypisu. Natomiast zwiększyła się populacja pacjentów zakwalifikowanych do kategorii II (21–85 pkt.) i wynosiła odpowiednio – 35,7% w czasie przyjęcia i 73,6% w czasie wypisu (tab. 6).

Człowiek jest istotą funkcjonującą w trzech płaszczyznach: biologicznej, psychicznej i społecznej. W sytuacji pełnej wydolności samoopiekun jest samowystarczalny w zakresie utrzymania zdrowia, zaspokajania potrzeb i rozwiązywania ewentualnych problemów pielęgnacyjnych. Jedyne niedobory mogą występować w zakresie wiedzy i umiejętności koniecznych dla wzmacniania i potęgowania zdrowia. Dopiero w przypadku deficytu samoopieki człowiek wymaga interwencji ze strony innych osób, które będą kompensowały te niedobory. Zgodnie z teorią D. Orem, kompensacja może mieć charakter całkowity, częściowy lub wspierająco-edukacyjny. Pierwsza odnosi się do pacjentów całkowicie uzależnionych od osób drugich, np. pielęgniarce, członka rodziny. Wydolność samopielęgnacyjna tych pacjentów jest praktycznie zerowa. Kompensacja częściowa polega na realizacji za pacjenta tych czynności, których sam nie może dokonać ze względu na jego obecny stan zdrowia oraz na mobilizowaniu jego dzia-

Tabela 2. Choroby współistniejące u pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku

Choroba	Pacjenci	
	n	%
Stan otępienny	78	3,6
Stan po udarze mózgu	40	37,7
Osteoporoza z następstwami w zakresie ograniczenia ruchomości do niedowładów włącznie	29	27,6
Choroba niedokrwienna serca	33	31,1
Nadciśnienie tętnicze	33	31,1
Stan po urazach/zabiegach ortopedycznych	23	21,7
Choroba Alzheimera	19	17,9
Zmiany zapalne w drogach oddechowych	17	16
Owrzodzenia podudzia/stopy	12	11,3
Stan po operacji w obrębie układu pokarmowego	19	17,9
Cukrzyca	27	25,5
Jaskra	11	10,4
Miażdżycy uogólniona	31	29,3
Niewydolność nerek	17	16
Niedowidzenie	32	30,2
Niedowład	43	40,6
Inne	28	26,4

Tabela 3. Problemy pielęgnacyjne u pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku

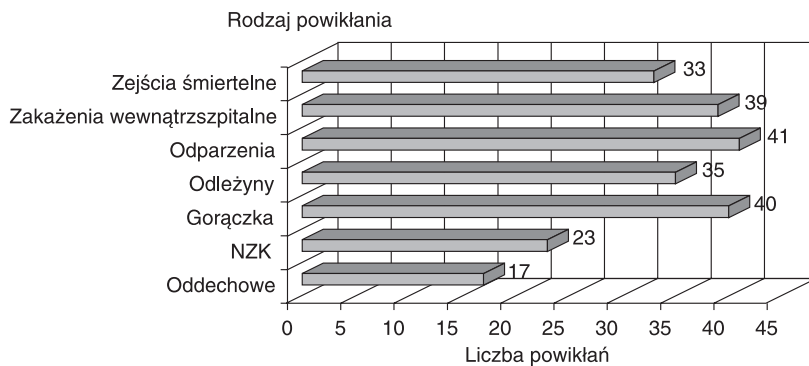
Problem	Pacjenci	
	n	%
Ograniczona ruchomość	106	100
Zdeformowana sylwetka	73	68,9
Fragmentacja snu	95	89,6
Lęk przed śmiercią	75	
Poczucie osamotnienia	73	68,9
Brak akceptacji siebie	62	58,5
Niska samoocena	62	58,5
Niedosłuch	60	56,6
Bezwiedne oddawanie moczu i/lub stolca	57	53,8
Zaparcia	37	34,9
Odleżyny	35	33,0
Odparzenia	41	38,7
Niechęć do przyjmowania pokarmów	45	42,5
Trudności w połykaniu	39	36,8
Trudności w oddychaniu	33	31,1
Utrudniony kontakt słowny	37	34,9
Zaburzenia pamięci	41	38,7
Stany podgorączkowe/gorączka	40	37,7
Suchość skóry	87	82,1
Zaburzenia nastroju	57	53,8

Tabela 4. Zakres zabiegów pielęgnacyjnych stosowanych u pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku

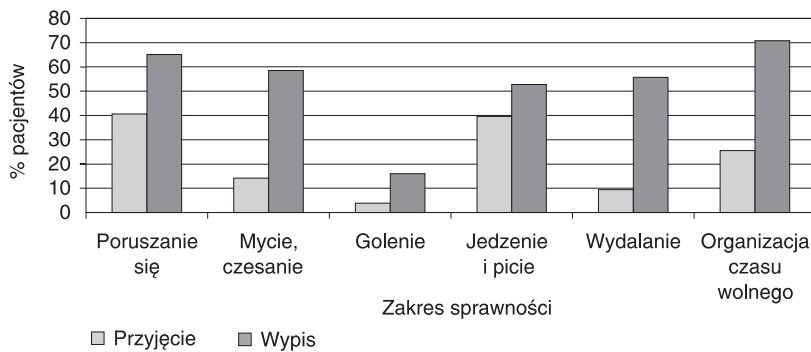
Rodzaj czynności	Zakres kompetencji					
	Całkowity		Częściowy		Wspierająco- edukacyjny	
	n	%	n	%	n	%
Toaleta częściowa	72	67,9	23	21,7	11	10,4
Toaleta całego ciała	106	100	0	0	0	0
Toaleta przeciwoleżynowa	93	87,7	13	12,3	0	0
Zmiana pampersów, wkładek, pieluchomajtek	50	47,2	7	6,6	0	0
Karmienie	62	58,5	27	25,5	17	16
Pojenie	57	53,8	32	30,2	17	16
Przyjmowanie leków	73	68,9	37	34,9	4	3,8
Słanie łóżka/zmiana pościeli	103	97,2	3	2,8	0	0
Siadanie	53	50	47	44,3	6	5,7
Pionizacja	72	67,9	34	32,1	0	0
Chodzenie	67	63,2	33	31,1	6	5,7
Ubieranie/rozbieranie	43	40,6	55	51,9	8	7,6
Czesanie	51	48,1	48	45,3	7	6,6
Wykonywanie zleceń lekarskich	95	89,6	8	7,6	3	2,8
Monitorowanie parametrów życiowych	106	100	0	0	0	0
Inne	42	39,6	58	54,7	6	5,7

łań w zakresach posiadanych zdolności i aktywności. Kompensacja wspierająco-edukacyjna prowadzi do wyposażenia pacjenta w wiedzę i umiejętności, które pozwolą mu na utrzymanie lub wzmacnianie zdrowia, zapobieganie chorobom, zapobieganie rozwojowi choroby, łagodzenie skutków stanów patologicznych ewentualnie na życie z chorobą.

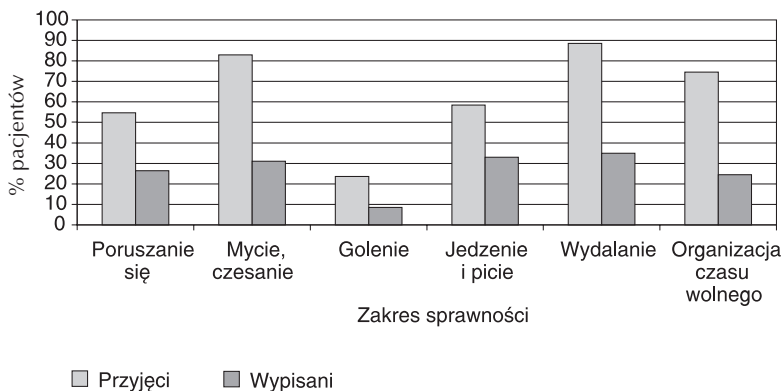
Bardzo ważnym ogniwem w sprawowaniu opieki nad drugim człowiekiem jest nie tylko rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych, ale również zaspokajanie jego potrzeb. Punktem wyjścia do działań zmierzających w tym kierunku winno być sporządzenie hierarchii potrzeb danego pacjenta. Hierarchizacja może być dokonywana zgodnie z piramidą potrzeb A. Masłowa, te-



Ryc. 3. Powikłania występujące u pacjentów w czasie pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku



Ryc. 4. Zakresy ograniczonej sprawności pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku



Ryc. 5. Obszary zależności opiekuńczej pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku

orią V. Henderson lub innych. Z punktu widzenia praktyki pielęgniarskiej bardziej efektywne jest stosowanie teorii Henderson, która z jednej strony klasyfikuje potrzeby człowieka i wskazuje stany patologiczne wymagające intensywnej interwencji i opieki pielęgniarskiej, z drugiej natomiast określa obszary, w których świadczenia może realizować pielęgniarka.

Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem reguluje jego stopień wydolności samoopiekuńczej i samopielęgnacyjnej według powyżej wspomnianej teorii D. Orem. Zarówno w działaniach kompensacyjnych, jak i ukierunkowanych na zaspokajanie potrzeb niezbędne dla osiągnięcia zamierzonych celów jest nawiązanie i utrzymanie właściwego kontaktu interpersonalnego z pacjentem. H. Peplau podkreśla, że kontakt ten powinien mieć charakter psychoedukacyjny.

Zastosowanie powyższych teorii i zapewnienie pacjentowi kompleksowej opieki jest możliwe tylko dzięki pracy metodą procesu pielęgnowania. Jest to jedyna metoda pracy pielęgniarki pozwalająca na całościowe podejście do pacjenta, rozpoznanie jego stanu we wszystkich sferach funkcjonowania, określenie obszarów niedoborów samoopiekuńczych i zakresów wydolności samopielęgnacyjnej, rozpoznanie i zhierarchizowanie potrzeb, sprecyzowanie celów opieki i ocenę ewaluacji tych celów w konsekwencji zaplanowanych i zrealizowanych działań pielęgniarskich, aktywną i efektywną współpracę w zespole terapeutycznym, pełnienie roli nauczyciela, kierownika, osoby dobrze zorientowanej, środka zastępczego, prakseologa, anioła dobroci, powiernika, naukowca itp.

Model procesu pielęgnowania ma szczególne

Tabela 5. Ewolucja stanu pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku

Zakres sprawności	Sprawność											
	Przyjęcie						Wypis					
	S		O		Z		S		O		Z	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Poruszanie się	5	4,7	43	40,6	58	54,7	9	8,5	69	65,1	28	26,4
Mycie, czesanie	3	2,8	15	14,2	88	83	11	10,4	62	58,5	33	31,1
Golenie	0	0	4	3,8	25	23,6	2	1,9	17	16	9	8,5
Jedzenie i picie	2	1,9	42	39,6	62	58,5	15	14,2	56	52,8	35	33,0
Wydalenie	2	1,9	10	9,4	94	88,6	10	9,4	59	55,7	37	34,9
Organizacja czasu wolnego	0	0	27	25,5	79	74,5	5	4,7	75	70,8	26	24,5

S – samodzielna, O – ograniczona, Z – zależna

Tabela 6. Ocena stanu pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku według skali Barthel

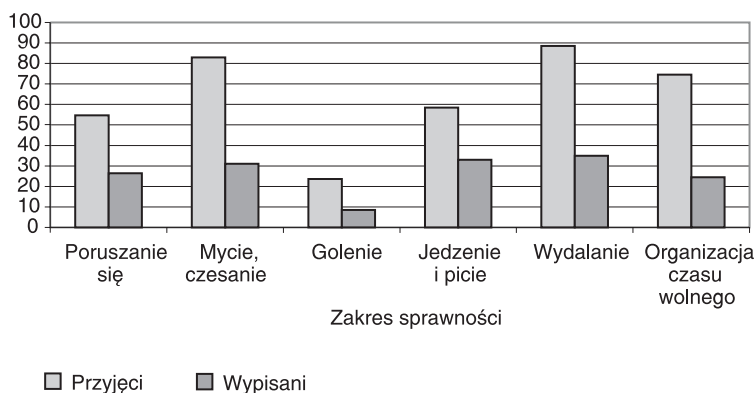
Zakres sprawności wg skali Barthel	Sprawność					
	Przyjęcie		Połowa okresu pobytu w ZPO		Wypis	
	n	%	n	%	n	%
0–20 pkt.	68	64,2	51	48,1	28	26,4
21–85	38	35,7	55	51,9	78	73,6
86–100	0	0	0	0	0	0

znaczenie w opiece nad pacjentem przewlekle chorym.

Osoby przewlekle chore należą do populacji posiadającej duże braki w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, czego konsekwencją jest ograniczenie samodzielności i pogorszenie stanu zdrowia. Niewątpliwie do przyczyn tego stanu należą zniedołężnienie starcze, niepełnosprawność fizyczna i/lub psychiczna, ograniczona świadomość, przebyte schorzenia wymagające długotrwałej rekonwalescencji i usprawniania.

Wnioski

1. W zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym przebywają najczęściej osoby po 80 r.ż. z wieloma stanami patologicznymi oraz licznymi i wielorakimi problemami pielęgnacyjnymi.
2. Wielość i wielorakość problemów pacjentów wymaga kompleksowej opieki i ścisłej współpracy pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów, dietetyków, terapeutów zajęciowych, psychologów, duchownych, pacjentów i ich rodzin. Realizacja tak szerokiego zakresu świadczeń jest możliwa dzięki pracy metodą procesu pielęgnowania w oparciu o teorię V. Henderson, D. Orem i H. Peplau.
3. Obszary działań pielęgniarstwa w opiece nad człowiekiem starym i przewlekle chorym wytyczają jego deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, a w szczególności ograniczenia i zakresy zależności od osób drugih.
4. Osiągnięta poprawa wydolności samoopiekuńczych i samopielęgnacyjnych oraz ew. wdrożenie rodziny do kompensowania braków pacjentów w tych zakresach wymagają kontynuowania, po wypisaniu z ZPO, w ramach opieki długoterminowej domowej lub podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Dla większej integracji działań pielęgniarstwa



Ryc. 6. Zakresy zależności pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SZPZOZ w Płocku

w zakresie opieki długoterminowej z działalnością pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej zasadne byłoby włączenie pielęgniarki opieki długoterminowej do zespołu podstawowej opieki zdrowotnej z jasnym i jednoznacznym podziałem kompetencji dla tych dwóch grup.

6. Zastosowanie skali Barthel umożliwia obiektywny monitoring ewolucji stanu pacjenta w czasie jego przyjęcia, pobytu i wypisu z ZPO oraz w warunkach domowych.
7. Dla pacjentów zakwalifikowanych do III kategorii okres pobytu w ZPO powinien być automatycznie wydłużany na wniosek i/lub za zgodą pacjenta czy jego bliskich bez dodatkowej zgody płatnika, tj. NFZ.

Podsumowanie

Z powyższych badań wynika, że zjawisko starzenia się społeczeństwa polskiego oraz wydłużanie średniej długości życia prowadzi do zwiększania się liczebności populacji wymagającej kompleksowej i intensywnej opieki pielęgniarstwa. Opieka ta w zależności od wydolności opiekuńczej rodziny, jej struktury i warunków materialno-mieszkaniowych może być realizowana przez pielęgniarki w środowisku domowym lub w zakładach stacjonarnych: pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym. Stwierdzenie przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną złych warunków mieszkaniowych, niepełnej lub braku wydolności opiekuńczej rodziny oraz zakwalifikowanie pacjenta do kategorii osób wymagających kompleksowej i intensywnej opieki pielęgniarstwa stanowi priorytetowe kryteria w kwalifikowaniu do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Wielochorobowość i wiktające stany patologiczne stanowią podłoże wielorakich problemów pielęgnacyjnych. Rozwiązanie tych problemów wymaga holistycznego podejścia do pacjenta począwszy od postawienia diagnozy pielęgniarstwa aż do zakończenia procesu pielęgnowania. Praca tą metodą pozwala na ścisłą integrację i wzajemne uzupełnianie się działań pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów, psychologów, dietetyków, terapeutów zajęciowych, duchownych, chorych i ich rodzin. Odzwierciedleniem tej współpracy jest interdyscyplinarny plan opieki i wynikające z niego dalsze działania osób świadczących usługi na rzecz danego pacjenta.

Kompletna, czytelna, datowana i autoryzowana dokumentacja medyczna pozwala na retrospektywną ocenę przebiegu opieki nad pacjentem, a opisy jego stanu podczas każdego dyżuru przedstawiają ewolucję tego stanu i ewaluację celów opieki. Każdy pracownik odnotowując wy-

konane świadczenia w dokumentacji potwierdza rzeczywistość wykonaną przez siebie pracę. Każdy wpis jest datowany i autoryzowany czytelnym podpisem lub parafowany i potwierdzany pieczęcią, co umożliwia ewentualną identyfikację autora wykonanych procedur.

Ocena stanu pacjenta na koniec każdego dyżuru przez pielęgniarkę i w czasie każdej wizyty lekarza w Zakładzie oraz wyniki wszystkich wykonanych badań i konsultacji oddają rzeczywisty stan pacjenta i rozwój tego stanu od momentu przyjęcia aż do wypisu ew. zgonu.

Wielorakość problemów pielęgnacyjnych wymaga kompleksowej opieki pielęgniarstwa, która może być realizowana w oparciu o połączone teorie V. Henderson, D. Orem i H. Peplau. Ograniczenie ruchomości, fragmentacja snu, suchość skóry, brak akceptacji siebie, lęk przed śmiercią, poczucie osamotnienia, zdeformowana sylwetka, niska samoocena, bezwiedne oddawanie moczu i/lub stolca, zaburzenia nastroju, niechęć do przyjmowania posiłków, zaburzenia pamięci, trudności w połykaniu, zaparcia, utrudniony kontakt słowny wyznaczają obszary instrumentalnych działań pielęgniarstwa, do których punktem wyjścia jest nawiązanie kontaktu interpersonalnego z pacjentem i jego rodziną. Pielęgniarka w tym kontakcie pełni rolę nieznanego (faza wzajemnej orientacji), osoby dobrze zorientowanej (faza identyfikacji), partnera, środka zastępczego, pomocnika, kierownika, nauczyciela i instruktora, doradcy (faza realizacji) aż do uwolnienia się ze wzajemnego związku. Główne problemy pielęgnacyjne pacjentów w ZPO dotyczą wszystkich sfer ich funkcjonowania. W sferze biologicznej dominują: ograniczenie ruchomości i zdeformowana sylwetka, suchość skóry, bezwiedne oddawanie moczu i/lub stolca, niechęć do przyjmowania posiłków, trudności w połykaniu oraz zaparcia. W sferze psychicznej najczęściej występują fragmentacja snu, brak akceptacji siebie, lęk przed śmiercią, niska samoocena, zaburzenia nastroju oraz zaburzenia pamięci.

W sferze społecznej priorytetowymi są: poczucie osamotnienia, bezdzietność lub brak ewentualnie znacznie ograniczona wydolność opiekuńcza rodziny, mała częstość odwiedzin, szczególnie dzieci, utrudniony kontakt słowny, poczucie bezradności i beżużyteczności społecznej, bardzo często dodatkowy lęk o zdrowie i los własnych dzieci, współmałżonka lub innych krewnych. Powoduje to pogorszenie stanu zdrowia średnio po około 2–3 tygodniach od momentu przyjęcia do zakładu. Przyczynia się do tego niewątpliwie przebywanie w obcym środowisku, brak wsparcia ze strony najbliższych lub tylko okazjonalne odwiedziny, uzależnienie od pomocy obcych osób, ciągły kontakt z innymi niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi, monotonia

itd. Niewątpliwie jest to również czynnikiem przyczyniającym się do obniżenia odporności, zwiększenia podatności na infekcje zakładowe oraz okresowe wzrosty temperatury ciała. Dlatego bardzo ważne w opiece nad pacjentami przebywającymi w ZPO jest nie tylko zaspokajanie ich potrzeb i troska o stan zdrowia, ale również rozwiązywanie ich problemów biologicznych, psychicznych i społecznych. Wymaga to praktycznie ciągłego kontaktu pielęgniarki z pacjentem, zaangażowania psychologa, terapeuty zajęciowego, duchownego i rodziny.

Wdrożenie rodziny do opieki nad chorym pozwala na wzmocnienie ich więzi i niweluje poczucie osamotnienia oraz przygotowuje rodzinę do opieki nad pacjentem po wypisaniu z zakładu. Istotne

jest również maksymalne przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji w środowisku domowym i wdrożenie rodziny do kompensowania braków pacjenta w tym zakresie. Potwierdza to zasadność pracy pielęgniarek w oparciu o powyższe wspomniane teorie: V. Henderson, D. Orem i H. Peplau metodą procesu pielęgnowania.

Aktywizacja pacjentów powoduje, że ich duża zależność w momencie przyjęcia do zakładu zmniejsza się do ograniczonej przy wypisie, co jest możliwe dzięki zespołowej pracy wszystkich profesjonalistów zatrudnionych w ZPO. W chwili wypisu większa sprawność pacjentów o charakterze ograniczonej dotyczy przede wszystkim organizacji czasu wolnego, poruszania się, mycia i czesania oraz załatwiania potrzeb fizjologicznych.

Piśmiennictwo

1. Woźnicka E (red.). Gerontologia – ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi 2000; 7, 15–24.
2. Szwałkiewicz E, Kwadrans E. *Opieka długoterminowa. Standardy i założenia do funkcjonowania*. Warszawa: Zarząd Główny Stowarzyszenia na rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol”; 1999: 5–61.
3. NFZ Centrala. Materiały Informacyjne Narodowego Funduszu Zdrowia 2003.
4. NFZ Centrala. Szczegółowe warunki zawierania umów na świadczenia zdrowotne z NFZ 2003.
5. CKPPIP. Organizacja systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w aspekcie opieki długoterminowej. Przewodnik dla pielęgniarek 2000; 1: 5–40.
6. CKPPIP. Organizacja systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w aspekcie opieki długoterminowej. Przewodnik dla pielęgniarek 2000; 2: 5–32.
7. CKPPIP. Organizacja systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w aspekcie opieki długoterminowej. Przewodnik dla pielęgniarek 2000; 2: 5–24.

Adres Autorki:

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej AM
ul. Jagiellońska 13
85-067 Bydgoszcz

Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia serca w wieku podeszłym

Quality of life of elderly patients after myocardial infarction

SYLWIA KRZEMIŃSKA, MARTA ARENDARCZYK, ALICJA KOWALISKO,
KRYSTYNA ŁOBOZ-GRUDZIEŃ

Z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, Oddziału Kardiologicznego Szpitala im. Marciniaka we Wrocławiu, Ośrodka Diagnostyki i Rehabilitacji Kardiologicznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

Streszczenie W piśmiennictwie spotyka się prace dotyczące odrębności klinicznych zawału mięśnia serca w wieku podeszłym. Mało natomiast jest prac, dotyczących jakości życia. Celem zatem naszej pracy była ocena, w jakim stopniu przebyty zawał mięśnia serca wpływa na odległą jakość życia osób po 65 roku życia. Czy na jakość życia tych osób wpływa rehabilitacja pozawałowa, jaki jest wpływ czynników socjalno-bytowych? Badania przeprowadzono w 12–24 miesiące po przebytych zawałach mięśnia serca u 67 osób w wieku 65–74 lata (średnio 69,3), w tym 10 kobiet (średnia wieku 69,5) oraz 40 mężczyzn (średnia wieku 69,1). Chorych podzielono na dwie podgrupy (1a i 1b). Grupa 1a n = 36 byli to chorzy poddani rehabilitacji kardiologicznej, grupa 1b n = 31 byli to pacjenci nierehabilitowani. Grupę kontrolną stanowiły 43 osoby w wieku 65–74 lata bez przebytego wcześniej zawału mięśnia serca i bez współistniejących ciężkich chorób. W pracy posłużono się następującymi narzędziami badawczymi: 1. analizą historii choroby, 2. kwestionariuszem Quality of Well-Being Scale, 3. kwestionariuszem Oceny Jakości Życia (według własnego opracowania), 4. Skalą Lęku według Tylki. Wyniki z kwestionariusza własnego opracowania poddano analizie matematycznej metodą Krefft. Obliczono średnie wartości jakości życia w poszczególnych grupach. Wyznaczono też wagi cech diagnostycznych określające siłę wpływu danej cechy na jakość życia. Najwyższą wagę diagnostyczną uzyskała subiektywna cecha określająca występowanie bólów serca 0,738, drugie miejsce cecha określająca występowanie duszności 0,700, trzecie miejsce cecha określająca sprawność fizyczną 0,690. Wskaźnik jakości życia badany kwestionariuszem QWB w grupie badanej wynosił $0,613 \pm 0,22$ i był niższy niż w grupie kontrolnej $0,65 \pm 0,3$. Grupa badana rehabilitowana miała wyższy wskaźnik jakości życia $0,642 \pm 0,17$ od grupy nierehabilitowanej $0,575 \pm 0,16$. Chorzy z grupy rehabilitowanej charakteryzowali się niższym poziomem lęku niż chorzy nierehabilitowani. Wykazano również, że poziom lęku wpływa na jakość życia. **Wnioski.** 1. Rehabilitacja kardiologiczna wpływa korzystnie na jakość życia u osób po zawałach mięśnia serca w wieku podeszłym. 2. Najwyższą wagę diagnostyczną dla jakości życia pacjentów po zawałach mięśnia serca w wieku podeszłym mają: bóle serca, duszności i sprawność fizyczna. 3. Chorzy poddani rehabilitacji kardiologicznej mają niższy poziom lęku.

Słowa kluczowe: jakość życia, zawał mięśnia serca, wiek podeszły, rehabilitacja kardiologiczna.

Summary **Aim of the study.** The purpose of this study is to assess quality of life of elderly patients. **Materials and methods.** The study was conducted after 12–24 months from myocardial infarction. To the study were enrolled 67 patients from the age 65 to 74 (average 69.3). Among them were 10 women (average age 69.5) and 40 men (average age 69.1). Patients were divided into two groups (1a and 1b). In the group of 1a n = 36, were patients who were going under cardiac rehabilitation, in the group 1b n = 31, were patients without cardiac rehabilitation. In the control group were 43 people in the age of 65–74 without myocardial infarction and serious coexisting diseases. **Methods used in the study.** 1. Analysis of medical documentation. 2. Quality of Well-Being Scale. 3. Quality of life developed by authors of the study (QL). 4. Tylka's scale of fear. Results of QL questionnaire were analysed using Krefft's method. QL index in the study group was lower than in the control group. 1a group had a higher index of QL than 1b. The highest level of diagnostic factor had a subjective factor assessing the heart pain (0.738), than dyspnea (0.700), and activity level (0.601). Other statistically important factors were: active contacts with family (0.601), and taking care of grandchildren (0.530). Appearance of fear was also assessed. 2% of patients defined their fear as high. The level of fear influences quality of life. It was confirmed that myocardial infarction has a distance influence on quality of life of elderly patients; however, everything depends on medical

factors. **Conclusions.** 1. Cardiac rehabilitation has a positive influence on the quality of life after myocardial infarction in elderly patients. 2. The highest diagnostic factor for the quality of life of patients after myocardial infarction in the older age have; chest pain, dyspnea, and activity level. 3. Patients who are going under cardiac rehabilitation have lower level of fear.

Key words: quality of life, myocardial infarction, elderly patients, cardiological rehabilitation.

Wstęp

Umieralność z powodu epizodów sercowo-naczyniowych rośnie wraz z wiekiem, osiągając 58% u osób powyżej 85 r.ż., wśród osób powyżej 65 r.ż. wzrasta także wskaźnik hospitalizacji z powodu zawału mięśnia serca [1]. Zachorowalność osób starszych na choroby układu krążenia spowodowana miażdżycą jest dwukrotnie większa niż osób w średnim wieku [2, 3].

Współczesna medycyna musi dostosować się do sytuacji, w której społeczeństwo starzeje się. We wszystkich gałęziach medycyny, jak również w kardiologii, obserwuje się rozwój badań interdyscyplinarnych traktujących problemy chorego w starszym wieku holistycznie. Choroby układu krążenia ze względu na częstość występowania i znaczenie społeczne są głównym problemem opieki medycznej w Polsce i stanowią największe zagrożenie zdrowotne naszego społeczeństwa [1].

Ludność Ziemi starzeje się i pod koniec zeszłego tysiąclecia na naszej planecie żyło 580 milionów ludzi w wieku ponad 60 lat, co stanowi 50% wzrost w okresie 20 lat [4].

Polacy również się starzeją. Liczba ludności powyżej 65 r.ż. stale wzrasta. W 1996 roku osoby powyżej 65 r.ż. stanowiły 11,4%, a 2% przekroczyło 80 rok życia, ze znaczną przewagą kobiet. Tak więc jesteśmy społeczeństwem starym, ponieważ za takie uznaje się społeczeństwo, w którym odsetek ludzi powyżej 65 r.ż. przekroczył 7% (ustalenia ONZ) [5].

Określenie „starsza osoba” czy „starszy wiek” jest pojęciem szerokim. Problemem w dokładnym zdefiniowaniu tego pojęcia stanowi fakt współistnienia 4 kategorii kryteriów:

- metryka urodzenia,
- sfera biologiczna, wyrażająca stan somatyczny organizmu,
- obraz psychiczny, czyli funkcjonowanie intelektualne, stan emocjonalny,
- sytuacja społeczna, na którą wpływ ma wyłączenie z czynnego życia zawodowego, ograniczenie w pełnieniu ról społecznych i stan rodziny.

Dlatego mówi się o starości socjoekonomicznej i fizycznej. Pierwsza zaczyna się od 65 r.ż., druga od 75 r.ż. [6].

W różnych krajach różnie przyjmuje się podział starości. W Polsce przyjmuje się, że 65–75 r.ż. to starszy wiek, 76–85 to wiek podeszły, a powyżej 85 r.ż. to wiek sędziwy lub długowieczność. W USA przyjęto zaś inny podział: 65–75 to młodszy starzy (oldest young) i starsi starzy (oldest old) powyżej 75 r.ż. [5].

Klasyfikacja według WHO przyjmuje podział całego okresu starości na 3 części:

- wiek podeszły 60–75 r.ż.
- wiek starczy 76–90 r.ż.
- wiek sędziwy po 90 r.ż.

W tej pracy dla celów metodologicznych według międzynarodowej skali przyjętej przez ONZ jako wiek podeszły traktowano wiek 65–75 r.ż. [6].

Kardiologia geriatryczna musi mieć na uwadze, że odmienny przebieg chorób w tym wieku wynika z: psychologicznych odrębności ludzi starszych, sumowania się czynników patogeneznych i długiego czasu ich oddziaływania, częstego w tym wieku zjawiska polipatologii, narastających z wiekiem zmian strukturalnych i zaburzeń czynnościowych.

Zawał mięśnia serca występujący u osób powyżej 65 r.ż. charakteryzuje się pewną odmiennością obrazu klinicznego.

Typowe dla starszego wieku jest występowanie kilku chorób jednocześnie, np.: choroby wieńcowej, cukrzycy, chorób narządu ruchu. To właśnie sprawia, że często objawy kliniczne zawału zostają zamaskowane przez objawy innych chorób i nie są tak charakterystyczne jak u ludzi młodych [7].

Przebieg zawału mięśnia serca u ludzi powyżej 65 r.ż. w porównaniu z przebiegiem u ludzi młodszych cechuje też większa śmiertelność, a rokowanie pogarsza wiek chorych, uszkodzenie serca przed aktualnym zawałem, powikłania i choroby towarzyszące.

Pomiary jakości życia cieszą się zainteresowaniem badaczy w różnych dziedzinach życia społecznego [7]. W ostatnich latach medycyna poszukuje sposobu oceny efektów swojej działalności wskazując na odległe skutki terapii oraz rehabilitacji osób dotkniętych chorobą. Zwrócenie uwagi na jakość życia wynika z unowocześnienia podejścia medycyny, gdzie brana jest pod uwagę nie tylko skuteczność terapii, ale przede wszystkim poprawa jakości funkcjonowania pacjenta i jego subiektywna ocena swojej sytuacji [8].

Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym i odzwierciedla wiele aspektów funkcjonowania człowieka, lecz jest zawsze wartością subiektywną i zależy w dużym stopniu od stanu psychicznego, osobowości, upodobań i systemu wartości.

Jakość życia można więc odnosić do normy klinicznej (brak objawów choroby), normy społecznej (wypełnianie określonej roli) lub normy indywidualnej (realizacja celów osobistych) [2, 3].

Różni autorzy podają wiele różnych definicji jakości życia. W naszej pracy przyjęto definicję zdrowia według WHO „zdrowie jest to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub kalectwa”, i określamy jakość życia jako globalną ocenę dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki. Tak jak nie ma jednej „jedynie słusznej” teorii starzenia, tak nie istnieje jedna jedynie dobra metoda badawcza [7].

Jakość życia badana jest za pomocą różnych kwestionariuszy. Jest ich bardzo wiele, ponieważ każdy ośrodek stosuje własne metody badawcze. Stosowane kwestionariusze są uniwersalne, co powoduje ich małą precyzję lub są dostosowane do oceny jakości życia w różnych jednostkach chorobowych i nie zawsze można porównać ocenę jakości życia w różnych chorobach.

Najczęściej stosowanymi kwestionariuszami są:

- Quality of Well-Being Scale (QWB),
- The Sickness Impact Profile (SIP),
- Nottingham Health Profile (NHP) [8].

WHO zmierza do wypracowania takiego narzędzia badawczego, które byłoby w miarę precyzyjne i uniwersalne oraz akceptowane przez badaczy. Jednak jakość życia jest możliwa do zmierzenia. Trzeba tylko przyjąć jasną definicję w obszarze zastosowanej metody.

Badania własne

W piśmiennictwie spotyka się prace dotyczące odrębności klinicznych zawału mięśnia serca w wieku podeszłym. Mało natomiast jest prac dotyczących jakości życia. Celem zatem naszej pracy była ocena, w jakim stopniu przebyty zawał mięśnia serca wpływa na odległą jakość życia osób po 65 roku życia. Czy na jakość życia tych osób wpływa rehabilitacja pozawałowa, jaki jest wpływ czynników socjalno-bytowych?

Materiał chorych

Badania przeprowadzono u 67 osób pomiędzy 65–75 r.ż., w 12–24 miesiące po przebytym zawale mięśnia serca. 14 pacjentów (21%) było pod kontrolą Poradni Kardiologicznej Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu. 53 pacjentów (73%) korzystało z opieki świadczonej przez Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Kardiologicznej. 31 pacjentów (46%) z grupy badanej było rehabilitowanych kardiologicznie, 36 (54%) nie było rehabilitowanych.

Grupa badana składała się z 17 kobiet i 50 mężczyzn, o średniej wieku $69,2 \pm 2,35$ lat. Grupę kontrolną stanowiło 43 osoby między 65–74 r.ż., bez przebytego wcześniej zawału mięśnia serca i bez współistniejących ciężkich chorób, które mogłyby maskować prawdziwą jakość życia.

Rehabilitacja kardiologiczna w Ośrodku Diagnostyki i Rehabilitacji Kardiologicznej obejmowała trzeci etap, czyli rehabilitację ambulatoryjną. Było to 6 miesięcy ćwiczeń prowadzonych 2 lub 3 razy w tygodniu przez wykwalifikowany personel rehabilitacyjny. Najpierw 16 treningów na cykloergometrze metodą interwałową (poprzedzonych testem wysiłkowym), potem 24 treningi adaptacyjne w sali gimnastycznej (1 trening trwał 30–45 minut, grupy 2–3-osobowe), następnie 24 treningi w sali gimnastycznej (45-minutowe, w grupach 6–10-osobowych, ćwiczenia bardziej intensywne z elementami gier zespołowych).

Metodyka badań

W pracy posłużono się następującymi narzędziami badawczymi:

1. analizą dokumentacji chorobowej pacjentów,
2. kwestionariuszem Quality of Well-Being Scale [8],
3. kwestionariuszem Oceny Jakości Życia wg własnego opracowania,
4. skalą Lęku według Tylki [13].

Oceny jakości życia dokonano metodą wywiadu przeprowadzonego osobiście z chorym, w okresie 12–24 miesiące po wystąpieniu zawału mięśnia serca, za pomocą kwestionariusza QL według własnego opracowania i kwestionariuszem QWB. Poziom lęku oceniano Skalą Lęku według Tylki. Ankietowani chorzy zostali poinformowani o celu badania.

Wyniki badań

Charakterystyka badanych chorych

Populacja badana składała się z 67 osób, $n = 67$. Kobiet było 17, $n = 17$, mężczyzn było 50, $n = 50$; średnia wieku populacji badanej wynosiła $69,2 \pm 2,35$ roku; średnia wieku grupy kobiet wynosiła $69,6 \pm 2,7$ roku; średnia wieku grupy mężczyzn wynosiła $69,1 \pm 2,19$ roku.

Ocena jakości życia w 12–24 miesiące po zawale mięśnia serca

Badania przeprowadzono kwestionariuszem „Quality of Well-Being Scale” (QWB).

Obliczeń wskaźnika jakości życia dokonywano według równania:

$$QL = (CPX*wt) + (MOB*wt) + (PAC*wt) + (SAC*wt),$$

gdzie wt jest wagą przyjętą dla danej grupy.

W grupie badanej $n = 67$ najwyższa wartość QWB wynosiła **0,856**, najniższa **0,356**, średnia **0,613 ± 0,22**. W grupie kontrolnej $n = 43$ najwyższa wartość QWB wynosiła **1**, najniższa **0,266**, średnia **0,65 ± 0,23**. Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę między grupą badaną a kontrolną, gdzie $p < 0,05$.

W grupie badanej 36 pacjentów (54%) to pacjenci rehabilitowani i 31 pacjentów (46%) to pacjenci nier rehabilitowani. Wykazano wyższą średnią wartość QWB w grupie osób rehabilitowanych **0,642 ± 0,17** w porównaniu z średnią wartości QWB w grupie osób nier rehabilitowanych **0,575 ± 0,16**. Wartości te różniły się statystycznie $p < 0,05$.

Badania przeprowadzone za pomocą kwestionariusza Oceny Jakości Życia (wg własnego opracowania)

Ponieważ kwestionariusz QWB jest jedną z metod ilościowej oceny jakości życia i głównym jego przeznaczeniem jest pomiar wskaźnika jakości życia populacji i grup ludności, z określonymi problemami np. kardiologicznymi, nie jest jednak specyficzny dla określania wskaźnika jakości życia chorych po zawale mięśnia serca w podeszłym wieku [8]. Dlatego zdecydowano się na opracowanie własnego kwestionariusza badawczego. Punktem wyjścia do opracowania kwestionariusza było określenie definicji jakości życia osób w podeszłym wieku po przebytych zawale mięśnia serca. Według danych z literatury przyjęto następującą definicję jakości życia: „Jakość życia jest to globalna ocena dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki oraz negatywne efekty choroby i niedomagania” [2, 3].

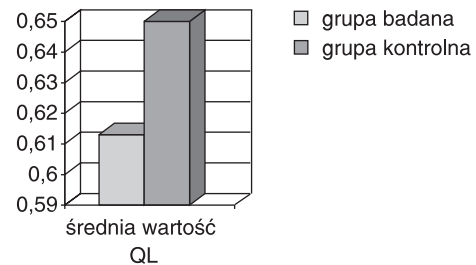
Kwestionariusz składa się z elementów społeczno-demograficznych (pytania 1–10) oraz elementów, które składają się na treść jakości życia ocenianej przez pacjenta jako jego subiektywne odczucia, czyli:

1. objawy kliniczne (występowanie bólów serca, duszności, zawrotów głowy, pytania 11 do 15),
2. sprawność fizyczna (stopień wydolności i sprawności mający wyraz w codziennych czynnościach, pytania 16 do 17),
3. stan emocjonalny (reakcja na chorobę, dostosowanie się do nowej sytuacji, pytania 18 do 20),
4. sytuacja socjalna (zdolność do funkcjonowania w rodzinie, społeczeństwie, pytania 21 do 28),
5. subiektywna ocena samopoczucia i jakości życia (potrzeba planowania przyszłości, określenie stanu zdrowia, pytania 29 do 31),
6. życie seksualne (pytanie 33).

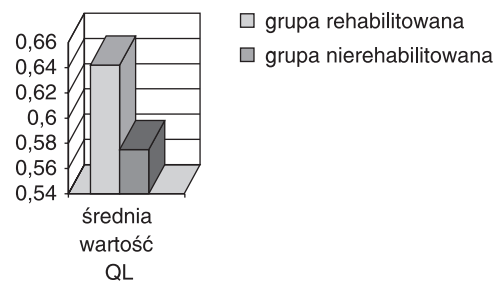
Materiał badawczy, który uzyskano za pomocą kwestionariusza Oceny Jakości Życia (QL) poddano matematycznej analizie metodą Krefft, uzyskano wartości od 0 do 1 określające wskaźniki jakości życia pacjentów grupy badanej.

Wykazano wyższą średnią wartość QL w grupie osób rehabilitowanych **0,686 ± 0,13** w porównaniu z osobami nier rehabilitowanymi **0,484 ± 0,22**. Wartości te różniły się istotnie statystycznie $p < 0,05$. Uzyskano również wagi poszczególnych cech diagnostycznych, które uszeregowano w tabeli 1 od najwyższej do najniższej.

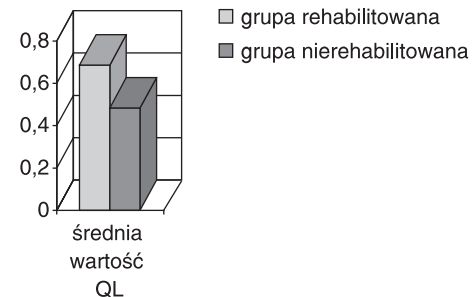
Największą wagę diagnostyczną uzyskały subiektywne cechy X1 – bóle serca (0,738) i X2 –



Ryc. 1. Średnie wartości jakości życia obliczane za pomocą kwestionariusza QWB



Ryc. 2. Średnie wartości jakości życia obliczane za pomocą kwestionariusza QWB w grupie rehabilitowanej i nier rehabilitowanej



Ryc. 3. Średnie wartości jakości życia obliczane za pomocą kwestionariusza Oceny Jakości Życia QL według własnego opracowania w grupie rehabilitowanej i nier rehabilitowanej

Tabela 1. Wagi cech diagnostycznych

Lp.	Cecha diagnostyczna	Waga cechy
X1.	bóle serca	0,738
X2.	duszności	0,700
X3.	sprawność fizyczna	0,690
X4.	tryb życia	0,650
X5.	występowanie depresji	0,630
X6.	aktywny kontakt z rodziną	0,601
X7.	opieka nad wnukami	0,530
X8.	zadowolenie z życia	0,500
X9.	stan zdrowia	0,470
X10.	plany na przyszłość	0,450
X11.	omdlenia	0,325
X12.	niemiarowość bicia serca	0,320
X13.	zawroty głowy	0,310
X14.	występowanie lęków	0,300
X15.	zaburzenia snu	0,276
X16.	czynności dnia codziennego	0,275
X17.	zainteresowania	0,230
X18.	środki transportu	0,210
X19.	czas wolny	0,203
X20.	aktywność seksualna	0,118
X21.	prowadzenie auta	0,115
X22.	inne czynności	0,113

duszności (0,700) oraz X6 – sprawność fizyczna (0,690). Najmniejszą wagę diagnostyczną uzyskały cechy X22 – aktywność seksualna i X17 – prowadzenie auta oraz X12 – inne czynności.

Badania przeprowadzone Skalą Lęku według Tylki wykazały, iż w grupie badanej niski poziom lęku występował u 58 osób, co stanowiło 86% grupy badanej, w tym 13% kobiet i 73% mężczyzn. Średni poziom lęku występował u 7 osób, co stanowiło 11% grupy badanej, w tym 10% kobiet, wśród mężczyzn średni poziom lęku nie występował. Natomiast wysoki poziom lęku wykazywały 2 osoby, co stanowiło 3% grupy badanej w tym 1,5% kobiet i 1,5% mężczyzn. W grupie rehabilitowanej (n = 36) niski poziom lęku występował u 92%, średni i wysoki u 8%, w grupie nie-rehabilitowanej (n = 31) niski poziom lęku występował u 81%, średni i wysoki u 19%. Analizując wpływ lęku na jakość życia stwierdzono, że u osób z niskim poziomem lęku (n = 58) średnia QL wynosiła $0,578 \pm 0,15$, u osób ze średnim i wysokim poziomem lęku (n = 9) średnia wartość QL wynosiła $0,504 \pm 0,15$.

Omówienie wyników i dyskusja

Pojęcie jakości życia w różnych ujęciach teoretycznych przybiera różne znaczenia. Traktowanie jakości życia jako subiektywnego stanu psychicznego podmiotu umożliwia uznanie, że poczucie jakości życia pośredniczy między obiektywnymi warunkami życia człowieka, jego cechami osobowości a zachowaniem [10]. Obiektywne ujmowa-

nie jakości życia łączy się zwykle z ilościowym określeniem jej poziomu, pojmowanie zaś jakości życia jako subiektywnego poczucia jednostki sprawia, że jedyną osobą decydującą o wartości tego poczucia jest ona sama [10].

Jakość życia w psychologii najczęściej rozumiana jest w dwojaki sposób: jako odczuwanie własnego życia przez poznawanie go, tj. jako refleksja nad przebiegiem, bilansem i obecnym stanem własnego życia, oraz jako odczuwanie własnego życia przez przeżywanie go, tj. doświadczanie różnych stanów subiektywnych w trakcie trwania życia jednostki. Pojęcie jakości życia jako zespołu przeżyć psychicznych uświadamianych przez daną jednostkę oznacza subiektywne poczucie i wewnętrzne przeżycie jednostki, którego egzemplifikacją stanowi poczucie szczęścia lub nieszczęścia, komfortu lub dyskomfortu, zadowolenia czy niezadowolenia z życia, poczucia oswojenia z życiem i światem zewnętrznym i wewnętrznym. Poziom poczucia jakości życia wynika z przekonania jednostki o aktualizowaniu swoich możliwości, o własnym rozwoju, a także o realizowaniu przez jednostkę i innych ludzi uznanych przez nią wartości oraz o zaspokojeniu potrzeb o charakterze psychicznym i społecznym [10]. Takie traktowanie poczucia jakości życia daje możliwość ujmowania go zarówno w kategoriach pozytywnych i negatywnych, a jedyną miarę stanowi wewnętrzne przekonanie danej jednostki o satysfakcji lub dysatisfakcji czerpanej z życia [10]. Aby skutecznie rozwiązywać złożone problemy starszych pacjentów, konieczna jest zmiana tradycyjnego podejścia. Praktyczna ocena czynników funkcjonalnych oraz podtrzymujących sprawność życiową, które wpływają na jakość życia starszych wiekiem pacjentów, powinna być integralną częścią postępowania medycznego [11].

Poczucie jakości życia osób w starszym wieku może stać się predyktorem ich aktywności, zarówno pod względem poziomu, jak i niezależności w jej podejmowaniu. Im wyższe jest poczucie jakości życia starszej osoby, tym większa będzie jej aktywność. Większej aktywności ludzi starszych pod względem poziomu zróżnicowania i niezależności w jej podejmowaniu sprzyjają warunki domowe [10]. Możliwość wykonywania czynności dnia codziennego, tj. ubieranie, poruszanie się, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych i higiena osobista, stanowi aspekt osobistej niezależności pacjenta, określa również jego zapotrzebowanie na pomoc ze strony otoczenia. Umiejętności pozwalające wykonywać złożone czynności dnia codziennego tj. zdolność robienia zakupów, możliwość wykonywania prac domowych, przygotowywanie posiłków, korzystanie z transportu stanowi również określenie potrzebnej pacjentowi pomocy [11]. Jakość życia stano-

Tabela 2. Średnie wartości QL w zależności od cech społeczno-demograficznych

Cecha	Liczebność	Średnia wartość QL	Istotność statystyczna
Kobiety	N=17	0,544±0,22	p<0,05
Mężczyźni	N=50	0,588±0,16	
Osoby > 70	N=32	0,542±0,18	p<0,05
Osoby < 70	N=35	0,590±0,15	
Zamężne/żonaci	N=38	0,564±0,12	NS
Wolni	N=29	0,572±0,15	
Wykształcenie podstawowe	N=8	0,590±0,14	NS
Wykształcenie średnie	N=43	0,556±0,13	NS
Wykształcenie wyższe	N=16	0,590±0,23	
Samotni	N=14	0,469±0,22	p<0,05
Niesamotni	N=53	0,568±0,12	
Praca fizyczna	N=48	0,589±0,17	NS
Praca umysłowa	N=19	0,554±0,15	
Dodatkowe zatrudnienie	N=23	0,617±0,13	p<0,05
Tylko emerytura	N=44	0,542±0,14	

wi podmiot zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, oczywiście wydaje się zatem, że wśród teoretyków nie ma pełnej zgodności co do definicji, zakresu i zastosowań tego pojęcia [10].

Badania nasze przeprowadzone kwestionariuszem QWB wykazały, że lepszą jakość życia mieli pacjenci z grupy badanej rehabilitowani w porównaniu z grupą nierehabilitowaną. Rehabilitacja kardiologiczna po zawale mięśnia serca jest podstawową działalnością prowadzącą do przywrócenia normalnego życia, a nawet poprawą jakości tego życia. Podobne wyniki uzyskali Arendarczyk, Świętecka, Tylka i Żakowska-Wachełko [7, 12–14] potwierdzając, że prowadzenie ćwiczeń usprawniających jest bardzo istotne, program ustalony przez rehabilitanta w porozumieniu z kardiologiem (uwzględniający zarówno stan kliniczny, jak i wiek pacjenta) prowadzi do stopniowego włączania się do życia rodzinnego, podejmowania w domu dotychczasowych obowiązków i ewentualnego powrotu do wykonywanych dawniej zajęć.

Największą wagę diagnostyczną dla pacjentów w wieku podeszłym miały: cecha X1 – bóle serca, X2 – duszności oraz X6 – sprawność fizyczna, które w sposób znaczący mogą ograni-

czyć aktywność fizyczną, a co za tym idzie, obniżyć jakość życia. Podobne wyniki uzyskała Śmi-giel wykazując, że poczucie jakości życia może stać się predyktorem ich jakości, tak pod względem poziomu, jak i niezależności jej podejmowania. Im większe jest poczucie jakości starszej osoby, tym będzie ona bardziej aktywna [5]. Najmniejszą wagę diagnostyczną miały cechy X22 – aktywność seksualna, X17 – prowadzenie auta, X12 – inne czynności, czyli złożone czynności dnia codziennego typu: załatwianie spraw urzędowych, dalsze wyjazdy czy większe porządki, co mogłoby wiązać się z odstawieniem tych problemów na dalszy plan lub w przypadku cechy X17 i X22 z możliwością pomocy ze strony rodziny lub innych osób.

Na odległą jakość życia wpływ miały również czynniki demograficzne. Odnotowano wyższy wskaźnik jakości życia u mężczyzn w stosunku do kobiet. Mogłoby to wynikać z tego, iż kobiety w większości przypadków są bardziej obciążone obowiązkami dnia codziennego. Także wyższy wskaźnik jakości życia odnotowano u osób wolnych. Być może spowodowane jest to tym, iż wiek podeszły nierozzerwalnie związany jest z przejściem na emeryturę. To z kolei łączy się, z częstszym przebywaniem z partnerem życiowym czy rodziną, co nie zawsze przybliży emocjonalnie. Emerytura bowiem może zarówno zmniejszyć, jak i zwiększyć problemy małżeństw i rodzin. Nie będąc stale, rozdzielone przez pracę, osoby te mogą przeżywać trudności, żyjąc stale wśród rodziny [6, 16].

Obserwacje nasze dotyczące wyższej jakości życia u osób pracujących fizycznie przed emeryturą są zbieżne ze stanowiskiem Webstera. Wynika z nich, że osoby, które żyły i pracowały aktywnie,

Tabela 3. Poziom lęku w grupie rehabilitowanej i nierehabilitowanej

	Nierehabilitowani n = 31		Rehabilitowani n = 36	
	Osoby	%	Osoby	%
Niski	25	81%	33	92%
Średni i wysoki	6	19%	3	8%

korzystały w pełni z życia, będą tak samo starały się żyć po przejściu na emeryturę, a te, które realizowały się w aktywnej pracy fizycznej, będą starały się spędzić resztę życia w sposób jak najbardziej aktywny [30]. Według Webstera również osoby, które otrzymały pełne wykształcenie o szerokim profilu witają wiek emerytalny w lepszej niż inni kondycji, zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Opinia Webstera znajduje potwierdzenie w naszych badaniach, gdzie najwyższy wskaźnik jakości życia występuje u osób z wyższym wykształceniem [15].

Przeprowadzona przez nas analiza potwierdza, że dla osób po 65 roku życia dodatkowe zatrudnienie podwyższa wskaźnik jakości życia. Dla przeważającej liczby osób w tym właśnie wieku starość jest równoznaczna z obniżeniem standardu życiowego, mniejszą ilością środków finansowych do dyspozycji, a dla wcale niemałej grupy oznacza to wejście w biedę.

Ponieważ starość przeżywana jest jako osłabienie sił psychofizycznych i drastyczne zmiany w dotychczasowej ustabilizowanej egzystencji, staje się ona zagrożeniem i źródłem lęku. Lęku tego nie wolno ani przeceniać, ani lekceważyć. Należy on do podstawowych doświadczeń każ-

dego człowieka, z drugiej strony, jeśli zaczyna występować zbyt często lub zbyt intensywnie, może prowadzić do zaburzeń psychicznych. Stany lękowe zaczynają się zwykle negatywnym myśleniem, które potem powoduje lawinowe niszczenie jakości życia [13]. W badanej grupie zaobserwowano u 98% lęk niski, średni tylko w 2% (co stanowili mężczyźni). Z analizy wynika, że lęk miał negatywny wpływ na jakość życia.

Wnioski

1. Rehabilitacja kardiologiczna wpływa korzystnie na jakość życia u osób po zawale mięśnia serca w wieku podeszłym.
2. Według kwestionariuszy QWB i Oceny Jakości Życia (według własnego opracowania) chorzy poddani kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej mają lepszą jakość życia od chorych nierehabilitowanych.
3. Najwyższą wagę diagnostyczną dla jakości życia pacjentów po zawale mięśnia serca w wieku podeszłym mają bóle serca, duszności i sprawność fizyczna.

Piśmiennictwo

1. Kannel WB. Czynniki ryzyka chorób układu krążenia u osób w wieku podeszłym. *Medycyna po Dyplomie* 1997; 5: 225–237.
2. Arendarczyk M, Łoboz-Grudzień K. Jakość życia chorych w 2 lata po zawale mięśnia serca. 1. Kwestionariusz do badań. *Pol Merk Lek* 2000; 8: 44, 91–93.
3. Arendarczyk M, Łoboz-Grudzień K. Jakość życia chorych w 2 lata po zawale mięśnia serca. 2. Ocena wpływu wyników. *Pol Merk Lek* 2000; 8: 44, 94–97.
4. King D. Diagnostyka i leczenie niewydolności serca u osób w podeszłym wieku, *BMJ* 1997; 7: 44–48.
5. Śmigiel J. Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku. *Gerontol Pol* 1997; 5, 2.
6. Bręczewski G. Jakość życia osób niepełnosprawnych przebywających w domach pomocy społecznej. *Post Rehabil* 1997; XI, 4: 1–8.
7. Świątecka G. Wprowadzenie do kardiologii starszego wieku. *Kardiologia starszego wieku*. Gdańsk: Via Medica; 1997/98: 1–5.
8. Walker S, Rosser R. *Quality of life Assessment: Key Issues in the 1990s*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands, 1993.
9. Troncale JA. Starzenie się. *Medycyna po Dyplomie* 1997; 6, 1.
10. Synak B. Badania jakościowe w socjologii starości: możliwości i dylematy. *Gerontol Pol* 1997; 5, 2.
11. Paist SS. Ocena czynnościowa pacjentów w starszym wieku. *Medycyna po Dyplomie* 1997; 3: 33–41.
12. Żakowska-Wachełko B, Pędich W. *Pacjenci w starszym wieku*. Warszawa: PZWL; 1995: 74–79.
13. Tylka J. Zagadnienia jakości życia w rehabilitacji kardiologicznej. *Post Rehabil* 1996; X, 4.
14. Arendarczyk M, Wawrzyniak S, Kowalisko A, Łoboz-Grudzień K. Wpływ rehabilitacji kardiologicznej na jakość życia po zawale mięśnia serca u chorych w wieku podeszłym. *Rehabil Med* 1999; 3, 49.
15. Webster S i wsp.. *Starzenie się*. Warszawa: PZWL; 1995: 54–68.
16. Halicka M. Człowiek stary w środowisku domowym. Implikacje dla lekarza rodzinnego. *Med Rodzinna* 1998; 1.
17. Hirnle T, Bross T. *Jakość życia po operacjach kardiologicznych u osób w starszym wieku*. [w:] Świątecka G. *Kardiologia starszego wieku*. Gdańsk: Via Medica; 1997/98: 224–238.

Adres Autorów:
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartla 5,
51-618 Wrocław

Jakość życia po pomostowaniu aortalno-wieńcowym u chorych po 65 roku życia

Quality of life after surgical coronary artery by-pass graft in patients after 65

ANNA DRAPAŁA, MARTA ARENDARCZYK, TOMASZ HIRNLE, ADELA BARTCZUK,
KRYSZYNA ŁOBOZ-GRUDZIEN

Z Oddziału Kardiologicznego Dolnośląskiego Szpitala im. T. Marciniaka, Kliniki Chirurgii Serca AM we Wrocławiu, Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Krystyna Łoboz-Grudzień

Streszczenie Celem pracy była ocena jakości życia (QOL) chorych w podeszłym wieku przed i 12 miesięcy po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) oraz badanie czynników wpływających na jakość życia chorych. **Materiał i metoda.** Badania wykonano u 50 pacjentów, w wieku 66–78 (średnia wieku 70 lat), w tym 24 kobiety (średnia wieku 70 lat) i 26 mężczyzn (średnia wieku 69 lat). Zastosowano kwestionariusz oceny QOL według własnego opracowania uwzględniający 19 cech (klinicznych, emocjonalnych i funkcjonowanie społeczne), Kwestionariusz Czynności Dnia Codziennego, Mini Mental State Examination, Wskaźnik Obciążenia Opiekuna, Geriatryczną Skalę Oceny Depresji oraz Inwentarz Stanu i Cechy Łęku. Wyniki badań QOL opracowano programem Komputerowej Diagnostyki Medycznej „SyntMed” (metoda Krefft). Dla każdego pacjenta wyznaczono wartość QOL w przedziale 0÷1. Wyznaczono wagi cech diagnostycznych, określające siłę wpływu cechy na wartość QOL. **Wyniki.** Średnia wartość wskaźnika QOL przed zabiegiem wynosiła 0,469, a 12 miesięcy po zabiegu CABG 0,583. Najwyższy wpływ na wskaźnik QOL wykazywały cechy diagnostyczne: sprawność fizyczna (0,798), występowanie bólów serca (0,750), tryb życia (0,749), występowanie duszności (0,730) i występowanie lęku (0,630). Zaobserwowano wzrost niezależności w samoopiece według skali Katza po zabiegu CABG (60% vs 94%) i wzrost samodzielności według skali Lowtona (46% vs 79%). **Wnioski.** Zaobserwowano wzrost średniej wartości wskaźnika QOL u chorych 12 miesięcy po zabiegu CABG ($x = 0,479$ vs $x = 0,583$). Wykazano, że pacjenci w wieku podeszłym po zabiegu w mniejszym stopniu wymagają opieki opiekuna.

Słowa kluczowe: jakość życia, choroba niedokrwienna serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe, wiek podeszły.

Summary The purpose of the present study was to assess the quality of life index and factors influencing on QOL in patients in elderly after surgical coronary artery by-pass graft (CABG). The study was performed in 50 pts (mean age 70) including 24 women (men age 70), and 26 man (age 69). We used: quality of life questionnaire QL by authors of this study, questionnaire including 19 factors in terms of: subjective of QOL, psychical effort, relax time, sleep disorder, sexual activity. The QOL index was assessed using mathematical Krefft method; Mini Mental State Examination, Index of Katz – ADL – activities of daily living, Index of Lowton – IADL – instrumental activities of daily living, Caregiver Strain Index. The increase mean value of the QOL after CABG was observed ($x = 0.469$ vs $x = 0.583$). The method of Krefft showed, that out most important diagnostic power factor on the QOL index revealed: psychical level (0.798), chest pain (0.750), life style (0.749), dyspnea (0.730). We also noticed the increase index of Katz (90% vs 60%) after CABG and the index of Lowton respectivity. Conclusions: Patients in elderly age after the CABG need less caregiver support.

Key words: quality of life, surgical coronary, artery by-pass graft.

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią najczęstszą przyczynę zachorowań i zgonów w krajach wysoko rozwiniętych i stanowią największe wyzwanie dla systemu ochrony zdro-

wia. Według danych WHO, liczba ludności powyżej 65 roku życia stale wzrasta. Do roku 2015 zwiększy się do 540 milionów, a w roku 2025 wyniesie 1 miliard.

U pacjentów w wieku podeszłym z chorobą niedokrwienną serca (ch.n.s.) rzadziej występuje

ból przedsercowy, częściej zaś duszność, męczliwość, osłabienie, splątanie lub zawroty głowy.

Farmakoterapia u ludzi starszych często nie jest w stanie skutecznie usuwać lub łagodzić bólów stenokardialnych. Na całym świecie obserwuje się zwiększoną liczbę chorych w starszym wieku (70–80 lat) kierowanych do operacji pomostowania naczyń wieńcowych. W Polsce liczba pacjentów poddanych zabiegowi pomostowania tętnic wieńcowych wzrosła pięciokrotnie, a ponad 40% dotyczyło osób powyżej 65 roku życia [1]. Chirurgiczne leczenie ma przedłużyć życie chorego oraz podnieść jakość życia przez zniesienie lub ograniczenie bólów wieńcowych i zapobiec powstawaniu nagłych incydentów wieńcowych. Celem leczenia chirurgicznego choroby niedokrwiennej jest poprawa funkcjonowania chorych, przywracanie normalnej aktywności i niezależności.

Zainteresowanie jakością życia wiąże się z nową koncepcją medycyny holistycznej. Definicja WHO określa „jakość życia” jako indywidualny sposób spostrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów [2].

W zakres jakości życia WHO włącza: stan fizyczny, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, środowisko i religię, wierzenia, przekonania, poglądy. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia to optymalny poziom psychicznych i fizycznych możliwości pełnienia ról dotyczących pracy, rodziny, kariery i społecznego funkcjonowania. Poczucie jakości życia w starszym wieku jest predyktorem aktywności i niezależności w samostanowieniu. Im wyższe jest poczucie jakości życia osoby starszej, tym bardziej jest ona aktywna.

Celem pracy jest ocena jakości życia chorych w wieku podeszłym przed i 12 miesięcy po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) oraz badanie czynników wpływających na jakość życia chorych.

Materiał i metody badań

Badania przeprowadzono wśród 50 losowo wybranych chorych w wieku 66–78 lat po zabiegu CABG (średnia wieku 70 lat), w tym 24 kobiet (średnia wieku 70 lat) i u 26 mężczyzn (średnia wieku 69 lat).

W pracy posłużono się następującymi metodami badawczymi:

1. Analizą dokumentacji medycznej.
2. Kwestionariuszem Oceny Jakości Życia (QOL) według własnego opracowania [3]. Punktem wyjścia do opracowania kwestionariusza było przyjęcie definicji jakości życia: „Jakość życia

jest to globalna ocena sytuacji życiowej, ocena dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki oraz negatywne efekty choroby i niedomagania” [4]. Wyróżniono następujące elementy jakości życia: objawy kliniczne (wydolność wieńcową według klasyfikacji CCS, wydolność wysiłkową według klasyfikacji NYHA), sprawność fizyczną, stan emocjonalny, sytuację socjalną, życie seksualne, subiektywną globalną ocenę samopoczucia.

3. Kwestionariusze Czynności Dnia Codziennego. Skala do oceny podstawowych czynności życia codziennego (skala Katza) [5]: 6 p. – w pełni zachowana wydolność, 4 p. – średnie natężenie upośledzenia wydolności, 2 p. – ciężkie upośledzenie wydolności. Skala do oceny złożonych czynności życia codziennego (skala Lowtona) [6]: 27 p. – pełna samodzielność.
4. Kwestionariusz „Mini Mental State Examination” (MMSE), Skala Folsteina [7]. Bada najważniejsze aspekty sprawności umysłowej. Służy on do badania czynności poznawczych (sprawność umysłową), ocenia orientację, funkcje językowe, uwagę, koncentrację, plastyczność poznawczą, pamięć krótkotrwałą, prakcję konstrukcyjną.
5. Wskaźnik obciążenia opiekuna „Caregiver Strain Index” [8]. Służy do oceny stopnia obciążenia opiekunów należących do rodziny pacjenta.
6. Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavaga [9]. Bada obecność lub możliwość wystąpienia depresji.
7. Kwestionariusz „Inwentarz Stanu i Oceny Lęku” (ISCL) według Spielbergera. Bada lęk jako stan i lęk jako cechę [10].
8. Matematyczna Metoda Krefft [11]. Pakiet komputerowy SyntMed umożliwiający określenie złożonego, wieloczynnikowego zjawiska, jakim jest jakość życia chorego, w postaci jednolitego parametru w przedziale 0÷1 oraz wyznaczenie wag cech diagnostycznych, określających siłę wpływu danej cechy na wartość QOL [11].

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy

Badana grupa składała się z 50 osób w wieku 66–78 lat. Współistniejącymi chorobami były: cukrzyca – u 18% chorych, nadciśnienie – 74% chorych, choroby nerek – 14%, choroby układu kostno-stawowego – 32%. 56% pacjentów przebyło zawał mięśnia sercowego. W badanej grupie u 84% pacjentów wykonano 3 pomostowania

aortalno-wieńcowe. Prawidłową masę ciała miało 16% pacjentów, nadwagę 52%, otyłość 32%.

Analiza cech diagnostycznych przeprowadzona kwestionariuszem QOL według własnego opracowania

Przed zabiegiem u 90% pacjentów występowały bóle serca, częściej obserwowane u kobiet. Po zabiegu bóle serca występowały u 20% chorych. Przed zabiegiem u 90% pacjentów występowała duszność, po zabiegu u 28%. Przed zabiegiem 72% pacjentów odczuwało kołatanie serca, po zabiegu 56%. Zastąpienia obserwowano u 58% pacjentów przed zabiegiem i u 18% po zabiegu. Przed zabiegiem czynnie odpoczywało 38% pacjentów, po zabiegu 70%. Zaburzenia snu występowały u 80% pacjentów, po zabiegu u 60%. Lęk przed śmiercią występował u 90% pacjentów przed i u 60% po zabiegu. Radość z życia przed zabiegiem odczuwało 36%, po zabiegu 66% pacjentów.

Tabela 1. Wagi cech diagnostycznych

Opis cechy	Wartość cechy	Istotność statystyczna
Sprawność fizyczna	0,798	$p < 0,05$
Występowanie bólów serca	0,750	$p < 0,05$
Tryb życia	0,749	$p < 0,05$
Występowanie duszności	0,730	$p < 0,05$
Występowanie lęku	0,630	$p < 0,05$
Występowanie zaburzeń emocjonalnych	0,628	$p < 0,05$
Sposób spędzania wolnego czasu	0,608	$p < 0,05$
Występowanie zaburzeń snu	0,606	$p < 0,05$
Subiektywne odczuwanie jakości życia	0,580	$p < 0,05$
Uczestnictwo w życiu rodzinnym	0,573	$p < 0,05$
Opieka nad wnukami	0,513	$p < 0,05$
Odczuwanie radości życia	0,503	$p < 0,05$
Samoocena stanu zdrowia	0,501	$p < 0,05$
Występowanie zastąpić	0,498	$p < 0,05$
Uczucie kołatania i nierównego bicia serca	0,485	$p < 0,05$
Określenie celów na przyszłość	0,470	$p < 0,05$
Uczestnictwo w organizacjach	0,438	$p < 0,05$
Aktywność seksualna	0,430	$p < 0,05$
Poczucie wsparcia społecznego	0,420	$p < 0,05$

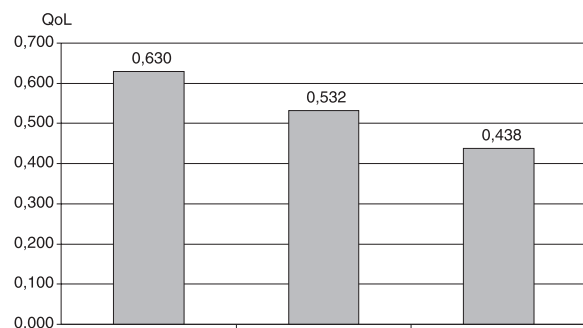
Analiza wag cech diagnostycznych obliczona matematyczną metodą Krefft

Za pomocą danych z kwestionariusza własnego opracowania i matematycznej metody Krefft oceniono wartość wpływu poszczególnych cech diagnostycznych na wartość wskaźnika QOL.

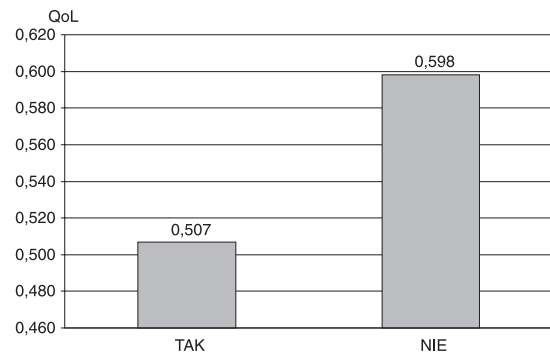
Analiza wskaźnika jakości życia QOL wyliczona matematyczną metodą Krefft

Dane z wywiadu poddano analizie matematycznej metodą Krefft i obliczono wartość wskaźnika QOL u kobiet dla każdego chorego. Średnia wartość wskaźnika QOL u mężczyzn przed zabiegiem wynosiła $x = 0,469 \pm 0,17$, QOL kobiet wynosiła $x = 0,441 \pm 0,13$. Po zabiegu CABG średnia wartość wskaźnika QOL u 50 chorych wynosiła $x = 0,583 \pm 0,14$, kobiet $x = 0,491 \pm 0,17$, mężczyzn $x = 0,501 \pm 0,15$ (ryc. 1). Chorzy po przebyciu zawale mięśnia serca mieli niższą wartość QOL (ryc. 2).

Obserwowano wzrost wskaźnika QOL wraz ze wzrostem wykształcenia pacjentów (wykształcenie wyższe $x = 0,530$, średnie $x = 0,518$, podstawowe $x = 0,500$). Nie obserwowano istotnych różnic w wartości wskaźnika QOL w zależności od stanu cywilnego (wolni $x = 0,511$, zamężni/żonaci $x = 0,512$).



Ryc. 1. Średnia wartość wskaźnika QOL w zależności od wieku chorych



Ryc. 1. Średnia wartość wskaźnika QOL w zależności od przebycia zawalu mięśnia serca

Pacjenci mieszkający w mieście mieli wyższą wartość QOL ($x = 0,530$ vs $x = 0,512$). Wartość wskaźnika QOL była wyższa u pacjentów mieszkających z rodziną ($x = 0,530$ vs $x = 0,503$).

Analiza wyników badania kwestionariuszem Czynności Dnia Codziennego

Niezależność w samoopiece (6 p.) (kąpanie się, ubieranie, poruszanie, jedzenie) ocenianej w skali Katza obserwowano u 60% chorych przed zabiegiem i u 94% po zabiegu. Samodzielność (27 p.) w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego (zakupy, przyjmowanie leków, korzystanie z telefonu, spacer) ocenianej w skali Lowtona obserwowano u 46% chorych przed zabiegiem i 79% chorych po zabiegu.

Analiza wyników badania kwestionariuszem „Mini Mental State Examination”

W badanej grupie nie obserwowano otępienia. Najwyższą liczbę punktów (30) obserwowano u 30% chorych przed zabiegiem i 52% po zabiegu.

Analiza wyników badania Wskaźnika Obciążenia Opiekuna

Przed zabiegiem 32% chorych wymagało opieki (41% kobiet i 23% mężczyzn). Po zabiegu tylko 12% pacjentów wymagało opieki.

Analiza wyników badania za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji

Przed zabiegiem CABG depresję obserwowano u 45% kobiet i 23% mężczyzn. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji stwierdzono u 45% kobiet i 42% mężczyzn. Po zabiegu zmniejszyło się występowanie depresji do 2% u kobiet i 1% u mężczyzn.

Analiza wyników badania kwestionariuszem Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem lęku, zarówno jako cecha ($x = 42,3$ vs $x = 41,3$), jak i stan ($x = 52,8$ vs $x = 44,14$). Poziom lęku po zabiegu obniżył się zarówno u kobiet, jak i mężczyzn ($x = 43,2$ vs $x = 40,2$).

Wnioski

1. Zaobserwowano wzrost średniej wartości wskaźnika QOL u chorych 12 miesięcy po zabiegu CABG.
2. Średnia wartość wskaźnika QOL była niższa u kobiet.

3. Zaobserwowano wpływ wieku na wartość wskaźnika QOL.
4. Największą wagę diagnostyczną miały cechy: sprawność fizyczna, bóle serca, tryb życia oraz występowanie duszności.
5. Zaobserwowano wzrost niezależności w samoopiece według skali Katza po zabiegu CABG (60% vs 94%) i wzrost samodzielności według skali Lowtona (46% vs 79%).
6. Zaobserwowano spadek poziomu zaburzeń emocjonalnych (lęku i depresji) i wzrost wskaźnika czynności poznawczych.
7. Wykazano, że pacjenci w wieku podeszłym po zabiegu w mniejszym stopniu wymagają opieki opiekuna.

Podsumowanie

Pojęcie „jakości życia” jest wyrazem nowego modelu podejścia do człowieka chorego. Obok przedłużenia długości życia istotne stało się, aby przedłużone przez interwencję medyczną życie było zbliżone jakością do życia osób zdrowych. Uznając, że jakość życia ma charakter holistyczny, za jej wskaźniki przyjmuje się stan somatyczny, możliwość funkcjonowania, ogólny stan zdrowia, dobrostan psychologiczny, zdolność kontrolowania własnego życia, umiejętność zmagania się z przeciwnościami, umiejętność przystosowania się, niezależność od innych, satysfakcję z życia, wsparcie społeczne [12].

Problem upośledzenia sprawności fizycznej i psychicznej ludzi w podeszłym wieku został w ostatnich latach wyeksponowany przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia. Zjawisko wyżu demograficznego populacji geriatrycznej rodzi nowe zadania dla strategów służby zdrowia wielu krajów. Liczba badań umożliwiających bezpośrednie porównanie danych dotyczących pacjentów starszych i młodszych, którzy byli poddani zabiegom pomostowania tętnic wieńcowych jest bardzo ograniczona. Istotnym źródłem informacji są dane Coronary Artery Surgery Study (CASS) opracowane przez National Heart Lung and Blood Institute w latach 1974–1997 [13].

Analiza badań CASS wskazuje, że pacjenci starsi mieli bardziej zaawansowaną chorobę niedokrwienną (dłuższy czas trwania choroby), częściej mieli niestabilną chorobę wieńcową, niewydolność krążenia, chorobę wieńcową wysokiego ryzyka (zwiększenie pnia lewej tętnicy wieńcowej powyżej 70% i zajęcie trzech tętnic), dysfunkcję lewej komory ze zmniejszeniem frakcji wyrzutowej, nieprawidłową ruchomość ściany, powiększone serce i podwyższone ciśnienie końcowo-rozkurczowe w lewej komorze. Wymienione różnice przedoperacyjne są istotne i wydają się częściowo decydować o różnicach między star-

szymi i młodszymi pacjentami pod względem wczesnej i późnej śmiertelności po zabiegach pomostowania tętnic wieńcowych.

W badaniach CASS stwierdzono wyższą śmiertelność między 80–90 r.ż. aniżeli między 70–79 r.ż. (4,2% vs 14,7%). W badaniach tych wiek powyżej 65 roku był niezależnym, lecz nie najsilniejszym czynnikiem negatywnie wpływającym na rokowania. Odległe wyniki zabiegów były również przedmiotem wielu badań [13–15].

W badaniach Cleveland Clinic [14] pięcioletnie przeżycie wynosiło 78% u pacjentów poniżej 65 r.ż. i 64,2% u osób w 65–74 r.ż. U pacjentów powyżej 75 r.ż. ośmioletnie przeżycie wynosiło 53,3%.

Niewiele jest prac oceniających jakość życia chorych po zabiegach pomostowania aortalno-wieńcowego. Guadagnoli i wsp. [15] obserwowali wzrost wskaźnika jakości życia po operacjach CABG zarówno u młodszych, jak i starszych operowanych. Gehlot i wsp. zaobserwowali poprawę jakości życia chorych u 92% chorych [16], Kallis u 60% [17]. W badaniach własnych przeanalizowano 19 cech diagnostycznych, wyznaczono wagi tych cech oraz wyznaczono wartość wskaźnika QOL dla każdego chorego. W naszych badaniach zaobserwowano wzrost średniej wartości wskaźnika QOL u chorych po zabiegu CABG ($x = 0,479$ vs $x = 0,583$). Największy wpływ na wartość wskaźnika QOL miały cechy: sprawność fizyczna $x = 0,798$ i występowanie bólów serca $x = 0,750$, występowanie duszności $x = 0,730$, tryb życia $x = 0,749$, występowanie lęku $x = 0,630$. Ważnym wskaźnikiem jakości życia jest ocena wydolności chorego po operacji. Zaobserwowaliśmy poprawę wydolności chorego wyrażającą się przejściem do wyższej klasy według NYHA. 30% chorych zakwalifikowanych przed operacją do III i IV klasy według NYHA po operacji zakwalifikowano do I i II klasy. Wyniki te są zbliżone do badań Kumara i Hirnlego [18, 19]. U osób po zabiegu CABG obserwowaliśmy zmniejszenie dolegliwości wieńcowych według Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego (CCS) (90% vs 20%). Obserwowaliśmy również po zabiegu u naszych chorych wzrost wydolności wysiłkowej ocenianej według Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA). Wiele badań wskazuje, że u osób starszych dolegliwości wieńcowe ustępują po zabiegach równie często

lub nawet częściej niż u osób młodszych, choć pewne znaczenie może mieć mniejsza aktywność fizyczna starszych pacjentów.

Analizowano średnią wartość wskaźnika QOL w zależności od wieku. Zaobserwowano spadek wartości wskaźnika QOL wraz z wiekiem. Osoby z wyższym wykształceniem miały wyższy wskaźnik QOL. Prawdopodobnie jest to związane z lepszym uposażeniem finansowym, znajomością czynników ryzyka, świadomością konsekwencji prowadzenia antyzdrowotnego trybu życia.

Samotność upośledza zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności, pogarsza samopoczucie fizyczne i psychiczne. Z rodziną mieszkało 75% pacjentów. Osoby te miały wyższy wskaźnik QOL. Większość osób starszych jest przed zabiegiem CABG uzależniona od osoby drugiej, po zabiegu może prowadzić samodzielne życie. Stwierdzono u nich także poprawę samopoczucia oraz więcej odczuć pozytywnych.

Z przeprowadzonych naszych badań wynika, że przed zabiegiem 32% pacjentów wymagało pomocy osoby drugiej. Kobiety częściej wymagały opieki. Po zabiegu odsetek uzależnionych od osób drugich zmniejszył się o połowę. Problemy w wykonywaniu czynności dnia codziennego po zabiegu również się zmniejszyły.

Zaburzenia poznawcze i objawy psychiczne są dość częste w starszym wieku (15% osób powyżej 65 r.ż. [8]). Pogorszenie funkcji poznawczych potęgować może niedotlenienie i zaburzenia metaboliczne. Proces ten jest potencjalnie odwracalny. W naszych badaniach obserwowaliśmy wzrost funkcji poznawczych po zabiegu (30% vs 52%).

Wpływ zabiegu na sprawność umysłową był większy u osób powyżej 65 roku życia niż poniżej 65 roku życia. Objawy depresji należą do najczęstszych zaburzeń psychicznych (8–15%) u osób w wieku podeszłym. Stany lękowe występują u 5% starszych osób. W naszych badaniach obserwowaliśmy zmniejszenie zaburzeń emocjonalnych po zabiegu.

Przeprowadzona analiza potwierdza, że poddanie się zabiegowi CABG w podeszłym wieku przynosi ustąpienie bólów wieńcowych, lepszy komfort życia, poprawę wydolności fizycznej, zmniejszenie stanów lękowych i depresyjnych, zmniejszenie uzależnienia od osób drugich i ma wpływ na czynności poznawcze.

Piśmiennictwo

1. Opolski G. Opieka kardiologiczna w Polsce, stan obecny, perspektywy, zagrożenia. *Kard Pol* 2002; 57.
2. Walker S, Rosser R. *Quality of life assessment: Key Issues in The 1900s*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, The Netherlands.
3. Arendarczyk M, Łoboz-Grudzień K. Jakość życia po zawale mięśnia serca. Część I. Kwestionariusz do badań. *Pol Merk Lek* 2000; 6: 16.

4. Elkington IR. Medicine and quality of life. *Ann Intern Med* 1996; 664.
5. Katz S, Dvornik TD, Cash HR. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970.
6. Lowton M. A research and service – oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol* 1982; 37: 91–99.
7. Folstein MF. Mini-mental state; practical method for grading the cognitive state of patients of the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3).
8. Glen M. Nieporadność w wieku podeszłym. *Medycyna po Dyplomie* 1999; 6, 81.
9. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24(4).
10. Sosnowski T, Wrześniewski K. Polska adaptacja inwentarzu STAI. *Przeł Psychol* 1983; 26.
11. Krefft A. Szacowanie funkcji prognozującej dotyczącej zjawisk nieobserwowalnych. *Pr Naukozn* 1983; 3.
12. Śmigiel J. Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku. *Gerontol Pol* 1997/1998: 32.
13. Bernard I, Gersh MB. *Chirurgia serca i naczyń*. [w:] *MSD Podręcznik geriatrii*. Wrocław: Urban & Partner; 1999.
14. Higgins TL, Estefanos HG, Loop F. Stratification of morbidity and mortality outcome by preoperative risk factors in coronary artery bypass patients. *JAMA* 1992; 267.
15. Guadagnoli E, Ayanian IZ, Cleary PD. Comparison of patient-reported outcomes after elective coronary bypass grafting in patients aged >end< 65 years. *Am J Cardiol* 1992; 70.
16. Gehlot A, Mullany CI, Ylstrump D. Aortic valve replacement in patients age eighty years and older: early and long term results. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 11.
17. Kallis P, Unsworth White I, Munsh C. Disability and distress following cardiac surgery in patients over 70 years of age. *Eur J Cardiothorac Surg* 1993; 7.
18. Kumar P, Zehr KI, Chang A. Quality of life in octogenarians after open heart surgery. *Chest* 1995; 108.
19. Hirnle T. *Jakość życia po operacjach kardiologicznych u osób w starszym wieku*. [w:] Świątecka G. *Kardiologia starszego wieku*. Gdańsk: Via Medica; 1997/1998: 224.

Adres Autorów:

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego AM
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław

STRESZCZENIA

Streszczenia wydrukowano według kolejności alfabetycznej Autorów

Diagnostyka radiologiczna zmian płucnych u dzieci z zespołem CVID – opis trzech przypadków

BARBARA BASIEWICZ-WORSZTYNOWICZ, WIEŚŁAWA KARNAS-KALEMBA,
ALEKSANDRA LEWANDOWICZ-USZYŃSKA, BOŻENA POLAŃSKA, ADAM JANKOWSKI
Z Katedry Propedeutyki Pediatrii i Kliniki Immunologii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej
we Wrocławiu

W przebiegu pospolitego zmiennego niedoboru odporności (CVID) mogą występować objawy chorobowe dotyczące różnych narządów, m.in. układu oddechowego. Po raz pierwszy związek śródmiąższowego, limfocytnego zapalenia płuc z pierwotnymi niedoborami odporności opisali Liebow i Carrington w 1973 r.

Obraz kliniczny choroby nie jest charakterystyczny. Mogą występować objawy typowe dla zapalenia płuc, zaburzenia o typie restrykcji w badaniach czynnościowych płuc, obniżone PO_2 w badaniu gazometrycznym lub może nie być żadnych objawów klinicznych. W obrazie radiologicznym stwierdza się duże zmiany przy dobrej na ogół kondycji dziecka. Rozstrzygające o rozpoznaniu jest badanie TK i histopatologiczna ocena tkanki płucnej.

Celem pracy było przedstawienie trzech przypadków pacjentów z rozpoznaniem CVID z towarzyszącymi rozległymi zmianami w tkance śródmiąższowej płuc, w których szybka diagnoza umożliwiła wdrożenie właściwego leczenia.

Opis przypadków

1. Pacjentka NJ, 16,5 lat, została przyjęta do Kliniki z powodu nawracających zapaleń płuc. W wywiadzie: anemia hemolityczna w 7. i 9. roku życia, małopłytkowość, hepatosplenomegalia. Rozpoznano CVID, hipogammaglobulinemię IgG i IgA. W wykonanej TK stwierdzono liczne rozsiane ogniska konsolidacji tkanki płucnej, zmiany ogniskowe, obszary o zmniejszonej powietrzności i pogrubienie zrębu płuc

oraz powiększone pojedyncze węzły chłonne. W śródpiersiu tylnym opisano masę miękko-tkankową, przemawiającą za pakietem węzłów chłonnych. W badaniu histopatologicznym stwierdzono nacieki zapalne utworzone głównie z limfocytów i komórek plazmatycznych.

2. Pacjentka TK, 17,5 lat, przyjęta do Kliniki z powodu nawracających zakażeń dróg oddechowych. W wywiadzie: małopłytkowość, splenektomia. Rozpoznano zespół CVID, niedobór immunoglobulin IgG i IgA. Badanie HRCT klatki piersiowej przedstawiało ogniska naciekowe i konsolidacji tkanki płucnej, guzki i zgrubienia tkanki śródmiąższowej, zniekształcone i poszerzone oskrzela. Powiększone węzły chłonne stwierdzono w sąsiedztwie łuku aorty, przedsionka lewego i przytchawicy. W badaniu histopatologicznym stwierdzono nacieki zapalne utworzone głównie z limfocytów i komórek plazmatycznych.

3. Pacjent PA, 8 lat, został przyjęty do Kliniki z powodu przewlekłego zapalenia jamy ustnej i dziąseł. W wywiadzie: nawracające zakażenia dróg oddechowych. Rozpoznano CVID, agammaglobulinemię IgA i hipogammaglobulinemię IgG oraz obniżenie liczby limfocytów T CD8⁺. Wynik badania TK przedstawia obszar konsolidacji tkanki płucnej z nieznacznie zniekształconymi i poszerzonymi oskrzelami, drobne rozsiane zagęszczenia i pogrubienia struktur zrębowych. W dolnym biegunie węzki stwierdzono obecność struktury miękko-tkankowej, która może odpowiadać powiększonemu węzłowi. Dziecko przygotowywane jest do biopsji płuca.

W przypadkach, kiedy objawy kliniczne wskazują na zmiany śródmiąższowe płuc u dzieci z CVID wskazane jest badanie TK (HRCT) klatki

piersiowej. Otwarta biopsja płuc i badanie histopatologiczne zalecane jest w przypadkach wymagających szczegółowej diagnostyki różnicowej.

Udział kwasu moczowego w progresji makroangiopatii cukrzycowej

DOROTA BEDNARSKA-CHABOWSKA, MICHAŁ WADOWCZYK, RAJMUND ADAMIEC

Z Katedry i Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Założenia i cel pracy. Hiperurikemia postrzegana jest jako niezależny czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Współistnieje z zaburzeniami lipidowymi, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą i otyłością. Pozostaje składową aterosogenego zespołu metabolicznego. Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, jaki jest udział podwyższonych stężeń kwasu moczowego w surowicy krwi w progresji makroangiopatii cukrzycowej.

Materiał i metody. Badaniami objęto 35 chorych na cukrzycę typu 1, w wieku od 12 do 50 lat (16 K i 19 M, średnia wieku $32,58 \pm 10,59$ lat) chorujących na cukrzycę od roku do 15 lat (średni czas trwania choroby $7,83 \pm 5,40$ lat) oraz 28 chorych na cukrzycę typu 2 (15 K i 13 M, średnia wieku $41,3 \pm 2,3$ lat) o porównywalnym średnim czasie trwania choroby ($6,04 \pm 4,5$ lat). Z badań wyłączono chorych ze świeżo ujawnioną cukrzycą, z upośledzoną czynnością nerek, ze współistniejącymi ostrymi i przewlekłymi stanami zapalnymi, chorobami nowotworowymi, a także osoby, u których stwierdzono niedokrwienie obwodowe w okresie III i IV przewlekłego niedokrwienia tętniczego według klasyfikacji Fontaine'a. Odsetek badanych chorych obciążonych cukrzycą typu 1 ze współistniejącym nadciśnieniem tętniczym to 31,5%, a chorych na cukrzycę typu 2 i nadciśnienie tętnicze to 67,9%. Grupę kontrolną stanowiło 22 zdrowych ochotników (10 K i 12 M) w analogicznej grupie wiekowej. Analizie poddano: 1. Ilościową ocenę złuszczonej ściany śródbłonna (EC) – bezpośrednio odzwierciedlającą stopień dokonanego uszkodzenia ściany naczyniowej. Zastosowano metodę immunofluorescencyjną według R. Sparbati z wykorzystaniem swojego monoklonalnego przeciwciała CLB-HEC (współpraca z *Central Laboratory of the Netherlands Red Cross Blood Transfusion – Amsterdam*). Wynik badania wyrażono liczbą komórek/1 ml krwi. 2. Stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi (AC.URIC) oznaczano rutynową metodą laboratoryjną. Wynik wyrażono w mg/dl.

Wyniki badań. Średnie stężenie AC.URIC

Tabela 1.

	(EC) kom/ml	(AC.URIC) mg/dl
Cukrzyca typu 1	$1,24 \pm 0,71$	$3,63 \pm 1,91$
Grupa kontrolna	$0,52 \pm 0,23$	$3,86 \pm 2,51$
Istotność różnic	9,32 E-7	NS
Cukrzyca typu 2	$1,91 \pm 0,67$	$4,54 \pm 1,56$
Grupa kontrolna	$0,52 \pm 0,23$	$3,86 \pm 2,51$
Istotność różnic	4,98 E-6	$p < 0,05$

w surowicy krwi z uwzględnieniem typu cukrzycy, wieku chorych i czasu trwania choroby wykazuje istotny statystycznie wzrost ($p < 0,05$) w grupie chorych na cukrzycę typu 2, w wieku od 31 do 50 lat i czasie trwania choroby od 6 do 15 lat. Średnia wartość AC.URIC z uwzględnieniem liczby krążących EC wskazuje, iż istotnemu statystycznie wzrostowi stężenia AC.URIC ($p < 0,0168$) towarzyszy destrukcja śródbłonna wyrażona liczbą EC w surowicy krwi pomiędzy 2,1–3,0 kom/ml. Zależności wzrostu stężenia kwasu moczowego (AC.URIC) i ciśnienia tętniczego skurczowego (R1) i rozkurczowego (R2) ma charakter liniowy i wyrażona jest odpowiednio wzorami: $y = 9,83 x + 110,66$ $r = 0,84$ $p = 0,008$ oraz $y = 10,26 x + 42,41$ $r = 0,90$ $p = 0,0025$.

Wnioski. 1. Stężenie kwasu moczowego przekraczające wartości 4 mg/dl istotnie zwiększa ryzyko uszkodzenia śródbłonna naczyniowego u chorych na cukrzycę typu 2. 2. Chorych w starszej grupie wiekowej obciążonych cukrzycą typu 2 trwającą około 15 lat cechuje istotny statystycznie wzrost stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi w stosunku do grupy kontrolnej. 3. Wykazano istotną statystycznie zależność wysokich wartości stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi i nadciśnienia tętniczego. U około 70% chorych na cukrzycę typu 2 wzrost stężenia kwasu moczowego przebiega z nadciśnieniem tętniczym. 4. Hiperurikemia u chorych na cukrzycę typu 2 w wysokim odsetku przypadków przebiega z nadciśnieniem tętniczym.

Rola lekarza w procesie opieki nad pacjentem chorym terminalnie

JERZY BŁASZCZUK, PAWEŁ LESIAK, PAWEŁ SZYMAŃSKI, MIROŚLAW NIENARTOWICZ
Z Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej
we Wrocławiu oraz Państwowej Wyższej Medycznej Szkoły Zawodowej w Opolu

Zagadnienie opieki nad pacjentem w terminalnym stadium nieuleczalnej choroby, mimo iż niezwykle ważne, wydaje się w dalszym ciągu traktowane w sposób wybiórczy. O ile bowiem znakomita większość lekarzy zdaje sobie sprawę z konieczności zwalczania tzw. somatycznych objawów choroby (ból, duszność, nudności, wymioty, obrzęki itp.), to nasz stosunek do pozostałych składowych – bólu wszechogarniającego (ang. *total pain*) – pozostawia wiele do życzenia. Cierpienia chorego wynikające z problemów psychicznych, duchowych czy socjalnych są przecież równie ważne i nie powinniśmy pozostawiać ich li tylko specjalistom – psychologom, kapelanom czy pracownikom socjalnym, szczególnie w sytuacji, w jakiej znajduje się bardzo wiele ośrodków w kraju, gdzie dostęp do psychologa klinicznego jest ze względów ekonomicznych – źle pojętej oszczędności – po prostu niemożliwy. Osobną kwestią, niedającą się już wytłumaczyć

wpływem czynników zewnętrznych, jest praktykowane w dalszym ciągu, pomimo jednoznacznych opinii specjalistów z dziedziny opieki paliatywnej, nieinformowanie pacjenta o jego prawdziwym stanie zdrowia w przypadku rozpoznania choroby nowotworowej. Najczęściej postępowanie takie uzasadniane jest prośbami rodziny lub fałszywie pojętą troską o stan chorego, który „mógłby źle zareagować na taką wiadomość”. Zapomina się przy tym, że atmosfera kłamstwa nie sprzyja uzyskaniu zaufania chorego, co jest przecież jednym z niezbędnych warunków skutecznego leczenia w ogóle, a paliatywnego w szczególności.

Przedstawienie, a raczej przypomnienie standardów postępowania z pacjentem chorym terminalnie, wydaje się nie być pozbawione sensu w sytuacji, kiedy w XXI w. traktowanie takich pacjentów nierzadko przywołuje na myśl obrazy z zamierzchłej przeszłości.

Wchodzimy do Europy – problem eutanazji

JERZY BŁASZCZUK, PAWEŁ LESIAK, PAWEŁ SZYMAŃSKI, PIOTR PELCZAR, JACEK ZWIERZCHOWSKI
Z Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej
we Wrocławiu, Z Katedry i Kliniki Anestezjologii i Reanimacji Akademii Medycznej we Wrocławiu
oraz Państwowej Wyższej Medycznej Szkoły Zawodowej w Opolu

Polska wchodzi do wspólnoty europejskiej – wraz z przystąpieniem do Unii Europejskiej zmienia się sytuacja życiowa i zawodowa każdego Polaka. Pierwsze miesiące, a może nawet lata, będą okresem poznawania nowych mechanizmów systemowych i organizacyjnych, przyzwyczajania się do nowej sytuacji oraz praktycznego wyjaśniania niejasności. Integracja Polski ze Wspólnotą Europejską stawia lekarza przed nowymi wyzwaniami, obowiązkami, ale i prawami. Wiele jest wątpliwości, znaków zapytania i niejasności.

„Nikomui, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny” – brzmią słowa przysięgi Hipokratesa, składanej przez każdego lekarza. A jednak w wielu krajach toczy się dyskusja nad legalizacją eutanazji, a dwa kraje Unii Europej-

skiej: Holandia i Belgia, zalegalizowały jej stosowanie. W dyskusji zwolennicy stosowania „dobrej śmierci” głoszą pogląd szanowania woli i decyzji podjętych przez pacjenta. Dobrem nadrzędnym staje się „jakość życia” i jego „prawdziwa wartość”.

W Holandii do 2001 r. eutanazja była przestępstwem. Nowelizacja kodeksu karnego ustanowiła wyjątek, według którego eutanazja nie jest przestępstwem, o ile spełnione zostaną następujące warunki:

1. sprawcą czynu jest lekarz (wyłączona jest możliwość dokonania eutanazji przez inne osoby), oraz
2. zachowanie lekarza odpowiadało „wymaganiom troskliwej staranności”.

Uchwalona 16 maja 2002 r. w Belgii ustawa legalizuje eutanazję, jest ona jednak bardziej restrykcyjna niż ustawa holenderska. Zasadnicze różnice to: okres co najmniej jednego miesiąca, jaki musi upłynąć między zgłoszeniem żądania eutanazji a jej wykonaniem, belgijska ustawa wymaga, aby żądanie eutanazji miało formę pisemną.

We Francji 19 grudnia 2001 r. wpłynął do parlamentu projekt ustawy o „prawie do śmierci w godności”. Projekt ten przewiduje, że: „Każdy może żądać pozbawienia go życia za pomocą środka bezbolesnego, gdy jego stan zdrowia jest nieuleczalny i pozwala przewidywać zgon w okresie krótszym niż trzy miesiące”. Pewną nowością jest, że jak mówi projekt: „czynność przerwania życia może być dokonana wyłącznie przez lekarza, lub na jego odpowiedzialność”.

Współcześnie, ze względu na priorytet świa-

domiej zgody pacjenta, zrównały się ze sobą oceny prawne niepodjęcia leczenia oraz przerwania leczenia już rozpoczętego. Ten ostatni przypadek nie jest interpretowany jako eutanazja, lecz jako zaprzestanie interwencji medycznych u pacjenta, który ich sobie nie życzy i nie ma obowiązku znosić. Dzięki temu odstąpienie od sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych znalazło się wśród zachowań prawnie dopuszczalnych. Na żądanie pacjenta wolno niepodłączyć go do aparatury podtrzymującej życie lub zaprzestać stosowania takich zabiegów leczniczych.

W Polsce potrzebna jest szeroka dyskusja dotycząca zakresu akceptacji woli pacjenta oraz możliwości stosowania aktywnej eutanazji. Brak takiej dyskusji prowadzi do tego, że górę biorą w niej emocje i sądy wypowiedziane przez przypadkowych, samozwańczych specjalistów.

Polipy jelita grubego – epidemiologia

JERZY BŁASZCZUK, PAWEŁ SZYMAŃSKI, PAWEŁ LESIAK, MIROSŁAW NIENARTOWICZ
Z Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej
we Wrocławiu

W latach 2000–2003 w Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej wykonano 1090 badań kolonoskopowych u 565 kobiet (51,83%) i 525 mężczyzn (48,17%). Kobiety były w wieku od 19 do 95 lat, wiek mężczyzn mieścił się natomiast w granicach 18–90 lat. W 330 na 1090 wykonanych w Klinice kolonoskopii stwierdzono występowanie polipów jelita grubego w liczbie od 1 do kilkunastu. Po jednym polipie stwierdzono w 172 badaniach w równej liczbie u kobiet, jak i u mężczyzn. Równoczesne występowanie 2 polipów u 42 kobiet i 29 mężczyzn, 3 polipy u 11 kobiet i 17 mężczyzn. Więcej niż 5 polipów stwierdzono natomiast u 23 mężczyzn i tylko u 5 kobiet. W kilku badaniach zaobserwowano polipowość jelita grubego, we wszystkich przypadkach u mężczyzn.

Wielkość polipów na szerokiej podstawie oraz polipów uszypułowanych wahała się od 1 do kilkudziesięciu milimetrów. Najczęściej zlokalizowane były one w esicy i odbytnicy, rzadziej natomiast

w prawej połowie okrężnicy. W ciągu 4 zanalizowanych lat przebadano więcej kobiet, jednak polipy stwierdzano częściej u płci męskiej: 178 do 152 na 330 badań, w których je zaobserwowano.

Obecność polipów w jelicie grubym niesie ze sobą ryzyko przemiany nowotworowej. Uważa się, że średni czas, jaki upływa od powstania polipa do pojawienia się komórek raka, to około 10 lat. Dane z literatury, choć trochę rozbieżne, mówią również, że obecność raka stwierdza się w około 1% do ponad 9% preparatów uzyskanych podczas endoskopowej polipektomii.

Wynika stąd wniosek, że pacjenci, u których zdiagnozowano polipy jelita grubego, powinni poddawać się okresowym kontrolom, polipektomiom, a ich leczenie będzie zależało od badania histopatologicznego. Częstość występowania polipów jelita grubego oraz jego nowotworów wzrasta po 50 roku życia, dlatego pacjenci od szóstej dekady życia począwszy powinni być rutynowo poddawani badaniom przesiewowym.

Problemy diagnostyczno-terapeutyczne w obturacyjnych chorobach płuc w starszym wieku

E. BOGACKA¹, Z. MACHAJ¹, J. DEREJCZYK²

¹ Z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM we Wrocławiu

² Ze Szpitala Geriatrycznego w Katowicach

Rozważając odmienności w podejściu do diagnostyki i leczenia chorób obturacyjnych wieku podeszłego, należy brać pod uwagę wpływ wieku na następujące czynniki:

- spadek sprężystości płuc,
- spadek wydolności fizycznej,
- spadek wrażliwości receptorów układu wegetatywnego,
- zwiększoną skłonność do infekcji,
- zaburzone odczuwanie i utrudnioną ekspresję objawów chorobowych, co przekłada się na gorszą współpracę w diagnostyce.

Spadek sprężystości płuc, związany z naturalnym procesem starzenia się płuc, prowadzi do zwiększenia rozdęcia płuc i rozedmy, co ma wpływ na parametry spirometryczne. Nie opracowano norm dla wyników pirometrii w wieku 80 lat i powyżej. Spadek wydolności fizycznej wy-

ka ze stanu mięśni, serca i płuc. Stan płuc wieku podeszłego zależy od układu prostaglandyn, stopnia stresu oksydacyjnego i poziomu endoteliny 1.

Do chorób obturacyjnych zalicza się astmę wieku podeszłego i POChP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc). Wraz z wiekiem zwiększają się trudności diagnostyczne, koszty leczenia i liczba powikłań. Z powodu możliwości nakładania się wielu chorób w wieku podeszłym, objawy kliniczne chorób płuc mogą odbiegać od kryteriów stosowanych dla ludzi poniżej 70 roku życia.

Kolejny problem chorób obturacyjnych wieku podeszłego to zwiększona możliwość wystąpienia objawów niepożądanych po zastosowanych lekach, dotycząca szczególnie kortykosteroidów, teofiliny i β -mimetyków. W wykładzie omówiono aktualne doniesienia dotyczące działań ubocznych leków bronchodilatacyjnych u ludzi starych.

Wszczepialne „porty” donaczyniowe – ułatwienie dla chorych, personelu czy dla wszystkich?

MAŁGORZATA CZAPLIŃSKA, DANUTA WIERZBICKA-ROJEWSKA

Z Zakładu Anestezjologii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Cel pracy. Oceniano użyteczność „portów” donaczyniowych wszczepianych chorym w celu podawania długotrwałej chemioterapii.

Materiał i metody. 1. Zestawiono liczbę i rodzaj powikłań w grupie 429 chorych, u których „porty” wszczepiono w latach 2001–2003. 2. Na podstawie ankiety w grupie 71 chorych i 90 pielęgniarek oceniono najważniejsze zalety, wady i akceptację metody przez chorych i pielęgniarki. Oceniano sposoby radzenia sobie z problemami.

Wyniki. Podczas implantacji „portów” obserwowano powikłania: nakłucie tętnicy – 5,3% chorych, odma opłucnowa, miejscowy krwiak oraz nakłucie przewodu piersiowego, które stwierdzano w pojedynczych przypadkach (poniżej 1% chorych).

- Najczęściej obserwowanym powikłaniem związanym ze stosowaniem „portu” była częstociowa niedrożność zestawu – 25% chorych.

- 93% chorych uważało, że stosowanie „portów” jest znacznie lepsze niż wykorzystanie innych dostępów dożylnych. Jako najważniejsze zalety wymieniali: ograniczenie stresu i bólu – 37%. Największą wadą był brak możliwości korzystania z „portu” w innych placówkach służby zdrowia.
- U 70% chorych zastosowanie „portu” pozytywnie zmieniło stosunek do leczenia onkologicznego.
- Według pielęgniarek, zaletę stanowi komfort psychiczny chorych, a wady częste problemy z drożnością i niewygodne umiejscowienie zestawu.

Wnioski. Zastosowanie „portów” donaczyniowych stanowi dobre rozwiązanie w przypadku konieczności podawania długotrwałej chemioterapii. Metoda jest chętnie akceptowana zarówno przez chorych, jak i personel.

Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie wczesnego wykrycia nowotworów sutka

EDYTA FLORCZAK¹, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA²

¹ Z Kolegium Karkonoskiego w Jeleniej Górze, Instytutu Edukacji Medycznej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej

² Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wstęp. W nowym podejściu do problemu ochrony zdrowia centralnym zagadnieniem stają się zachowania zdrowotne, jako przejaw wręcz strategicznej zmiany, polegającej na odejściu od orientacji skoncentrowanej na chorobie i jej leczeniu do koncentracji na zdrowiu i jego zasobach. Podstawowym kierunkiem tej nowej strategii jest według Gniazdowskiego [5] eliminowanie możliwości choroby przez różnego rodzaju działania, których bezpośrednim celem jest umocnienie zdrowia i jego rozwój.

Jednym z tych działań są korzystne dla zdrowia zachowania własne poszczególnych osób.

Spośród zachowań zdrowotnych wydzielono te, które realizowane są poza pracą, i nazwano je zachowaniami życia codziennego, oraz zachowaniami podejmowanymi w związku z pracą zawodową.

Zachowania zdrowotne, styl życia kobiet ma bardzo duże znaczenie w epidemiologii nowotworów, a przede wszystkim w zachorowaniu na nowotwory piersi.

Wiedza o raku piersi, przyczynach jego występowania, czynnikach ryzyka oraz metodach zapobiegania i wczesnego wykrywania choroby jest sprawą podstawowej wagi dla zmniejszenia umieralności kobiet w Polsce i na świecie. Poznanie przyczyn i następstw choroby znacznie zwiększa szansę zarówno jej uniknięcia, jak i wyleczenia. Znajomość czynników ryzyka może pomóc kobietom zmienić styl życia, aby zredukować ryzyko zachorowania.

W Polsce od wielu lat wzrasta zachorowalność na raka piersi, a w ostatnich latach przyrost ten przybrał na sile. Wzrost zachorowalności dotyczy zwłaszcza nowotworów piersi u kobiet w wieku pomenopauzalnym i związany jest ze zmianą stylu życia kobiet polskich, szczególnie tych elementów, które wpływają bezpośrednio na metabolizm hormonalny [3, 4]. Zmiany te widoczne są także w różnicach zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w mieście i na wsi. Częściowo powodem jest występowanie w mieście większej liczby czynników rakotwórczych, związanych z uprzemysłowieniem, a także z przedłużeniem średniej długości życia [3].

Pod pojęciem raka piersi kryje się grupa kilku nowotworów. Dla każdego z nich wspólną cechą

charakterystyczną jest niekontrolowany wzrost komórek.

Nie znamy bezpośredniej przyczyny powstawania nowotworów złośliwych piersi, możemy tylko określić, z pewnym prawdopodobieństwem, jaki wpływ na powstanie raka piersi mają określone czynniki. Nazywamy je **czynnikami ryzyka**. Są to: czynniki hormonalne endogenne i egzogenne, rodzinne i genetyczne, związane ze stylem życia oraz wiek.

Dla wczesnego wykrywania raka piersi bardzo duże znaczenie ma diagnostyka. Stosuje się: samobadanie piersi, mammografię, USG i okresowe badania ginekologiczne.

W leczeniu raka piersi w zależności od okresu choroby stosuje się: leczenie chirurgiczne, radioterapię, leczenie hormonalne lub chemioterapię.

Cel pracy. Celem pracy była próba odpowiedzi na pytania: które z wybranych przez autorkę czynników ryzyka mogą mieć wpływ na zachorowanie na raka piersi oraz czy styl życia, jaki przed zachorowaniem prowadziły kobiety mógł mieć wpływ na wystąpienie choroby.

Do osiągnięcia założonego celu konieczne było określenie czynników ryzyka raka piersi i ich wpływu na życie kobiet. Ważna była również ocena świadomości zdrowotnej odnośnie do problematyki raka.

Materiał i metoda. Przedmiotem badań autorek, przeprowadzonych w lutym 2004 roku, była grupa kobiet zrzeszonych w Klubie Amazonek w Jeleniej Górze przy ul. Bankowej 15.

Populację tę stanowiły kobiety z rozpoznaniem raka piersi po wykonanej mastektomii.

Grupa była zróżnicowana pod względem wieku, uczestniczyły w niej kobiety podzielone na 4 grupy wiekowe. Od 37 do 49 lat było 6 osób, w grupie 50–60 lat – 30 osób, w przedziale wiekowym 61–70 lat – 10 kobiet i powyżej 71 lat – 4 osoby.

Ankietowane przebadano pod kątem zależności genetycznej raka piersi. W ankiecie 70% ankietowanych podawało zależność genetyczną. W badaniach brano również pod uwagę wpływ stresu na zachorowanie, wykonywanie badań mammograficznych oraz samobadania piersi. 80% respondentek potwierdziło w ankiecie

wpływ stresu. Spośród badanych 70% kobiet nie wykonywało badań mammograficznych i nie prowadziło samobadania piersi.

Metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą której posłużono się do realizacji założonego celu, była ankieta składająca się z pytań zamkniętych i otwartych.

Wyniki. Z charakterystyki badanej populacji wynika, że u 26% respondentek pierwsza miesiączka wystąpiła między 11 a 13 rokiem życia, a ostatnia po 50 roku życia u 48% badanych.

Stwierdzono, że u 80% ankietowanych przed zachorowaniem stan wiedzy o problematyce raka piersi był słaby. Większość nie interesowała się tym problemem. Zestawienie to obrazuje tabela 1 i 2.

Bardzo ważny w leczeniu raka piersi jest również wiek kobiet, w którym rozpoznano chorobę.

Wyniki badań dowodzą, że u 44% ankietowa-

zów, tłuszcz powoduje tworzenie się wolnych rodników, które uszkadzają komórki DNA. Podnosi również poziom estrogenów i prolaktyny. Bardzo ważne jest prowadzenie przez kobiety samokontroli piersi, wykonywanie kontrolnych badań mammograficznych oraz wykonywanie okresowych badań ginekologicznych raz na rok.

Badania dowodzą, że najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które na badania ginekologiczne chodziły raz na trzy lata. Jest to 60% badanych. 24% kobiet do ginekologa chodziło raz do roku, a 14% rzadziej niż raz na trzy lata. Jedna respondentka w ogóle nie była u ginekologa. Dane przedstawia tabela 4.

Wnioski. Większość analizowanych czynników ryzyka ma wpływ na zachorowanie na raka piersi. Również styl życia, jaki prowadziły ankietowane miał wpływ na zachorowanie.

Tabela 1. Zainteresowanie problematyką raka piersi (opracowanie własne)

Zainteresowanie	Liczba osób	Zestawienie %
Tak	10	20%
Nie	40	80%
Razem	50	100%

Tabela 2. Opinia kobiet odnośnie do swojej wiedzy na temat raka piersi (opracowanie własne)

Wiedza	Liczba osób	Zestawienie %
Słabo	40	80%
Dobrze	10	20%
Bardzo dobrze	0	0%
Razem	50	100%

nych chorobę rozpoznano między 50 a 60 rokiem życia, u 26% między 36 a 49 rokiem życia, u 20% powyżej 60 lat. Najmniejszą grupę stanowiły kobiety, u których raka piersi wykryto między 28 a 35 rokiem życia i jest to 10% ogółu badanych. Zestawienie to przedstawia tabela 3.

Styl życia, jaki prowadzą kobiety, ma duży wpływ na możliwość zachorowania na raka piersi. Dieta bezcholesterolowa hamuje rozwój gu-

Tabela 3. Wiek rozpoznania choroby (opracowanie własne)

Wiek	Liczba osób	Zestawienie %
28–35	5	10%
36–49	13	26%
50–60	22	44%
> 60	10	20%
Razem	50	100%

Tabela 4. Okresowe badania ginekologiczne

Częstość badań ginekologicznych	Liczba osób	Zestawienie %
Raz do roku	12	24%
Raz na 3 lata	30	60%
Rzadziej	7	14%
W ogóle	1	2%
Razem	50	100%

Do czynników wpływających na raka piersi należą: wiek respondentek, miejsce zamieszkania, wczesne pokwitanie, jak i późna menopauza. Jednym z najważniejszych jest obciążenie genetyczne.

Piśmiennictwo

1. Chojnacka-Szawłowska G. *Rozpoznawanie choroby nowotworowej*. Warszawa: PZWL; 1998.
2. Holte Dahl K. *Wczesne wykrywanie choroby nowotworowej*. Warszawa: PWN; 1995.
3. Pawlicki M (red.). *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*. Bielsko-Biała: α-medica press; 2002.
4. Pawłęga J. *Zarys onkologii, podręcznik dla studentów i lekarzy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.

Improving Public Health by the development of National Clinical Guidelines: the case of stroke (CVA)

BERNARD GIBBON

From University of Central Lancashire, Preston, Lancashire, United Kingdom

Background. Stroke is common with some 100,000 to 120,000 new cases per annum in the UK (population c. 55 m) and additionally there are about 30,000 recurrent strokes per annum in the UK. Stroke carries a high mortality with about 70,000 (one third) stroke patients per year dying making stroke the third biggest killer in the UK behind cancer and heart disease. A further third of the stroke patients will make a full recovery without any particular interventions and the remaining third will go on to require acute stroke care, stroke rehabilitation and may require care for the rest of their lives. In the UK district general hospitals (DGH) are designed to meet a local population of c. 250,000 people and a DGH can expect to admit between 500 and 650 new stroke patients per annum and expect to have between 900 and 1200 stroke survivors with some degree of disability in their area. Over 80% of all stroke patients are aged over 65 years and stroke patients will occupy about 25% to 33% of a DGH's medical beds.

Objective. To provide an evidenced based approach in the form of National Clinical Guidelines for the Management of Stroke.

Materials and Methods. The Royal College of Physicians hosted an intercollegiate working party for the establishment of clinical guidelines based on the best available research evidence for the management of stroke. Funding was provided by the Department of Health of the UK Government. The working party included representatives from all the professional colleges including medicine, nursing, physiotherapy, occupational therapy, speech and language therapy, clinical psycho-

logy, radiology and a number of service user (patient) and carer's organisations.

The task was to locate, and review all available evidence from primary research sources to form conclusions on how best to approach the management of stroke including Service Organization, Multidisciplinary Team working, Use of assessments and measures in clinical practice, acute clinical care, rehabilitation interventions, transfer back to home (community), long term patient management, secondary prevention and service evaluation.

Outcomes and Conclusions. The first National Clinical Guidelines for Stroke was produced in 2000 and was well received by clinicians. It has been the subject of review and amendment as new evidence emerges and updates are made available free via the world wide web. A sentinel audit of stroke services has been undertaken on a bi-annual basis and the guidelines have been demonstrated to have improved clinical care. Department of Health Guidelines have made it a requirement for all DGH's to develop a dedicated Stroke Unit/Service providing, rapid access, acute clinical care (including high dependency care), and a stroke rehabilitation unit with consistent inter-disciplinary team working. Stroke medicine (Consultant Stroke Physician) has been recognised by the Royal College of Physicians as a career grade. Specialist nurses in stroke have been recognised and specialist career tracks for therapy professions recognised by their Royal Colleges. Patient outcomes have improved in terms of reduced duration of in-patient stay, reduced morbidity from the acute stroke and from complications of stroke, and reduced mortality.

The development of a national screening programme for diabetic retinopathy in England

WARREN GILLIBRAND

Member, Policy Advisory Group, National Screening Committee, Department of Health, Lecturer: Department of Nursing, University of Central Lancashire, Preston

Background. Diabetic retinopathy remains the main cause of registration of blindness in working populations in the developed world. This figure is

reducible and preventable due to effective treatment being available. The St. Vincents Declaration set a target of reduction of blindness in the

world by one-third by 2004. Currently over 2% of the United Kingdom population has been diagnosed with diabetes. Nationally and globally the incidence of diabetes is predicted by the World Health Organization to continue to rise with the global diabetic population expected to double by 2010. In terms of chronic ill health, diabetes is recognized for its impact on society and resources in the National Health Service of the United Kingdom, costing 8% of the total health budget. The National Service Framework for Diabetes has set the first target that all people with diabetes in England will be screened annually for the detection of sight threatening eye disease (STED) by 2007. There is consistent evidence that screening for diabetic retinopathy is effective and treatment modalities have been established which could prevent partial sight and blindness registration in 80–90% of cases.

Aims. To establish a national screening programme for diabetic retinopathy in England.

Methods. Evidence has been collected from various UK studies in screening for diabetic retinopathy and collated to formulate the national policy. One example of empirical work is the Liverpool diabetic eye study which uses a mobile screening system utilising 35 mm (converting to digital) 3-field fundus photography in all people with diabetes not attending an ophthalmologist. Currently total population coverage of 5,600 patients is aimed for at a point prevalence estimate of 3.5% diabetes mellitus. Data is recorded via a grading system for any signs of retinopathy for

detection of sight threatening eye disease requiring hospital monitoring and/or treatment.

Outcomes. In 1995/1996 we reported detection of STED in 7.4% of cases compared to a rate of 3.7% in 2001/2002, with a sensitivity of 93% and specificity of 94%. Currently a number of validated and high sensitivity programmes in the UK are contributing to the evidence base to establish a national diabetic retinopathy screening programme.

Conclusion and Recommendations. The Policy Advisory Group has been formulated with the main aim to establish a cost effective national STED screening programme. There is currently inconsistency in service provision for diabetic retinopathy screening in the UK, ranging from organised services employing cost effective technology to ad hoc services with no central organisation. A model of service delivery is recommended which adhere to the National Screening Committee's requirements for a screening programme: diabetic retinopathy screening using digital mydriatic retinal photography in both community and secondary care settings with image reading by accredited individuals and/or combined with diabetic retinopathy screening using indirect slit lamp mydriatic retinal biomicroscopy performed by trained personnel. Increased funding for resources is required in some health authority regions in order to establish a screening programme. It is hoped that all people with diabetes will be screened for STED in order to reduce the burden of diabetic retinopathy in society.

Poznanie oczekiwań pacjentów elementem kształtującym postawy pielęgniarek i położnych

ELŻBIETA GRAJCZYK

Celem niniejszej pracy jest ukazanie oczekiwań pacjentów hospitalizowanych wobec pielęgniarek i położnych.

Ogółem badaniami objęto 380 pacjentów Specjalistycznego Szpitala w Wałbrzychu, Szpitala Miejskiego w Świdnicy oraz Kliniki Ginekologii we Wrocławiu. Instrumentem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. W ocenie statystycznej użyto metody badania zależności pomiędzy dwoma lub trzema zmiennymi za pomocą testu χ^2 .

Grupę badawczą stanowiły kobiety i mężczyźni w wieku powyżej 18 lat. Wśród nich były osoby legitymujące się wykształceniem podstawowym, zawodowym, średnim i wyższym. An-

kietę wypełniły osoby samotne i mieszkające z rodziną, a także osoby, które przebywały w szpitalu po raz pierwszy, jak i takie, które były hospitalizowane powyżej 6 razy.

Na podstawie wyników badań oraz analiz statystycznych można przedstawić następujące wnioski:

Stwierdzono występowanie różnic w wypowiedziach pacjentów ze względu na rodzaj oddziału, płeć, miejsce i rodzaj zamieszkania, wiek, poziom wykształcenia oraz liczbę hospitalizacji:

A. Pacjenci mieszkający w mieście w wizerunku pielęgniarki/położnej za najważniejszy element uznają sposób rozmowy z pacjentem, w odróżnieniu od pacjentów zamieszkałych na wsi, którzy wybierają jej wygląd zewnętrzny.

- B. Kobiety oraz pacjenci do 40 roku życia oczekują rozmowy z pielęgniarką w odosobnionym miejscu (tzw. pokój rozmów).
- C. Pacjenci samotni, częściej niż mieszkający z rodziną, oczekują pomocy ze strony pielęgniarki/położnej w załatwianiu spraw osobistych.
- D. Pacjenci samotni częściej oczekują od pielęgniarki, w sytuacji odczuwania ciągłego bólu, wykonania iniekcji lub podania tabletki przeciwbólowej, w odróżnieniu od pacjentów mieszkających z rodziną, którzy rozmowę, odwracając uwagę od bólu oraz zrozumienie i współczucie, przedkładają nad wykonanie iniekcji czy podanie tabletki.
- E. Pacjenci hospitalizowani od 1 do 4 razy oraz pacjenci powyżej 40 roku życia i pacjenci z oddziałów zabiegowych częściej oczekują pomocy ze strony pielęgniarki w załatwianiu spraw osobistych.
- F. Pacjenci z oddziałów zachowawczych częściej oczekują od pielęgniarki informacji na tematy zdrowego stylu życia i zapobiegania nawrotom choroby, w odróżnieniu od pacjentów z oddziałów zabiegowych, którzy oczekują informacji na temat obecnego stanu zdrowia i jednostki chorobowej.

Wymienione wnioski są istotne nie tylko z punktu widzenia samych pacjentów i pielęgniarek/położnych, ale mogą stanowić wskazówki dla podniesienia jakości świadczonych usług. Poznanie opinii pacjentów na temat oczekiwań wobec pielęgniarek/położnych umożliwia ich spełnienie. Oznacza to także możliwość kształtowania postaw przyszłych pielęgniarek/położnych już na etapie kształcenia zawodowego, a w przypadku pracujących pielęgniarek/położnych zmianę ich nastawienia i sposobu postępowania wobec podopiecznych.

Zaniechanie badań w kierunku kiły u kobiet ciężarnych – realną groźbą wzrostu zachorowań na kiłę wrodzoną

JAROSŁAW GRUSZKA, LESZEK SZENBORN, ALEKSANDRA PRANDOTA-SCHOEPP, ERNEST KUCHAR, JOLANTA JASONEK, IRMA KACPRZAK-BERGMAN
Z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Dzieci Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wstęp. W ostatnich latach zgłaszalność chorób przenoszonych drogą płciową jest znikoma, co wynika prawdopodobnie z zaniechania badań przesiewowych. Kiedy przesiewowe badania serologiczne kobiet ciężarnych w kierunku kiły były obowiązkowe i skrupulatnie ich przestrzegano, a każde świeżo wykryte zakażenie było leczone, w Polsce prawie nie obserwowano kiły wrodzonej.

Cel pracy. Celem pracy była analiza przypadków kiły u dzieci hospitalizowanych w naszej klinice, ze szczególnym uwzględnieniem wykonywania badań przesiewowych matek tych dzieci.

Wyniki. Przeanalizowano historie chorób dzieci z podejrzeniem zakażenia wrodzonego. W naszej klinice od 1991 do 2002 roku nie hospitalizowano dziecka z kiłą. Natomiast od kwietnia 2002 do kwietnia 2004 r. obserwowano 10 dzieci z podejrzeniem kiły. 7 matek tych dzieci nie dysponowało badaniem WR z okresu ciąży, u jednej badanie utrzymywało się dodatnie jeszcze przed zajściem w ciążę, jedna została zakażona po urodzeniu dziecka, jedna przedstawiła ujemne badanie z okresu ciąży. Przy porodzie zbadano i wykryto dodatnie odczyny serologiczne u 4 matek. Dodatkowo w jednym przypadku matka, która miała ujemny wynik badania WR w ciąży, została przebadana w związku z choro-

bą swego 3-miesięcznego dziecka i okazała się wybitnie seropozytywna (!). Po roku zaszła ponownie w ciążę i przy przyjęciu dziecka do naszej kliniki nie przedstawiła badań z okresu ciąży i porodu. 2 matki to czynne narkomanki zakażone wirusem HIV. 9 kobiet pochodziło z bardzo złych warunków socjoekonomicznych.

Ostatecznie kiłę potwierdzono u 4 dzieci. Jeden przypadek to kiła nabyta wczesna u 2-letniej dziewczynki i 3 przypadki kiły wrodzonej u niemowląt w wieku od 4 do 10 tygodni. 2 z nich, późno rozpoznane, przebiegały z obrazem posocznicy – ciężkimi zmianami skórno-narządowymi. Jedno z nich zmarło, u drugiego współistnieje zakażenie HIV.

Wnioski. 1. Zaniechanie badań przesiewowych w kierunku kiły u kobiet ciężarnych budzi duży niepokój, zwłaszcza w kontekście zakażeń stwierdzonych u dzieci, w tym także dzieci urodzonych przez matki tzw. wysokiego ryzyka. 2. Obserwowany w ostatnim czasie w klinice wzrost liczby odmatczynnych zakażeń kiłą może być związany z niewykonywaniem rutynowych badań w kierunku kiły w ciąży, z migracją ludności z terenów o wysokim wskaźniku zachorowalności na STD (Sexual Transmitted Diseases), coraz większą liczbą dzieci matek wysokiego ryzyka i wzrastają-

cym ubóstwem społeczeństwa. 3. U kobiet w ciąży badania serologiczne w kierunku kiły powinny być wykonywane rutynowo po stwierdzeniu ciąży i w 8 miesiącu ciąży. U kobiet wysokiego ryzyka

badania należy wykonać zawsze, kiedy pacjentka zgłasza się do ginekologa. U noworodków matek zakażonych badania należy wykonać po urodzeniu oraz w 2, 6 i 12 miesiącu życia.

Poczucie lęku u pacjentów uzależnionych od alkoholu na początku i po miesiącu leczenia w oddziale odwykowym

MARZENA A. HUMAŃSKA¹, KRZYSZTOF OPOZDA², MARCIN ZIÓŁKOWSKI²

¹ Z Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Akademii Medycznej w Bydgoszczy

² Z Zakładu Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Celem pracy było określenie, czy leczenie odwykowe w oddziale uzależnień wpływa na stopień odczuwania lęku i poczucie bezpieczeństwa u chorych z chorobą alkoholową.

Materiał i metoda. Badania zostały przeprowadzone u 40 mężczyzn leczonych stacjonarnie w oddziale leczenia uzależnień Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy w drugiej połowie 2002 r. Badanie przeprowadzono dwukrotnie: w okresie 1 tygodnia pobytu oraz po 4 tygodniach prowadzonej terapii. W badaniu zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz skróconą wersję Kwestionariusza Spielberga. Kwestionariusz ten zawierał 20 pytań, w których chorzy mogli zaznaczyć jedną z dwóch dostępnych odpowiedzi (TAK lub NIE).

Wyniki. Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjenci leczeni na oddziale odwykowym byli w wieku 20–60 lat (średnia 42,17), posiadali przeważnie wykształcenie zawodowe (42,5%), najczęściej zamieszkiwali miasto wojewódzkie (47,5%) i utrzymywali się przeważnie z renty/emerytury lub zasiłku dla bezrobotnych (po 22,5%). Większość badanych osób (62,5%) pozostawała w związku małżeńskim, a prawie wszyscy uważali się za osobę uzależnioną od alkoholu. Dwukrotnie przeprowadzone badania za pomocą kwestionariusza Spielberga wykazały, iż poziom lęku u badanych osób na początku le-

czenia był wysoki. Stwierdzono u prawie połowy badanych oznaki zdenerwowania, ponad 2/3 osób martwiło się, prawie wszyscy pacjenci (90%) czuli się winni, niespełna połowa chorych była niespokojna (47,5%). Stany lękowe zostały znacznie zredukowane po 4 tygodniach leczenia. Tylko 10% chorych było niespokojnych, 17,5% badanych odczuwało zdenerwowanie, ponad 80% pacjentów miało dobre samopoczucie i wyrównany nastrój. Natomiast poczucie bezpieczeństwa na oddziale odwykowym było porównywalne zarówno na początku leczenia, jak i pod koniec terapii.

Wnioski. 1. Samopoczucie mężczyzn przebywających w oddziale odwykowym uległo poprawie po 4 tygodniach leczenia, co może świadczyć o pozytywnym wpływie leczenia na ogólne funkcjonowanie chorych. 2. U większości chorych na początku leczenia stwierdzono nasilenie poczucia winy, które istotnie zmniejszyło się po zastosowanej terapii. Wskazuje to na korzystne oddziaływanie terapii odwykowej na niektóre cechy depresyjne chorych. 3. Poczucie bezpieczeństwa badanych było wysokie już na początku leczenia szpitalnego i nie zmieniło się po 4-tygodniowej terapii, co może świadczyć o wzroście poczucia bezpieczeństwa, na skutek odizolowania od środowiska i bodźców prowokujących do picia alkoholu.

Główne zmiany osobowości i trudności w funkcjonowaniu psychicznym osób chorych na astmę oskrzelową

EWA HUMENIUK, ANTONI NIEDZIELSKI

Z Zakładu Psychologii Klinicznej Akademii Medycznej w Lublinie

Każda ciężka choroba somatyczna jest doświadczeniem, które może spowodować zmianę

osobowości, jej degradację lub wzrost ku wyższemu poziomowi funkcjonowania. Przewlekłe

schorzenia prowadzą zwykle do niekorzystnych zmian i trudności w funkcjonowaniu psychicznym człowieka chorego.

Celem pracy była analiza zmian osobowości występujących u pacjentów chorych na astmę oskrzelową. Zbadano 121 chorych na astmę oskrzelową o różnym stopniu nasilenia, leczonych w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy AM w Lublinie. Osoby badane w oparciu o kryteria medyczne podzielono na dwie grupy: lżej i ciężiej chorych. Do badań wykorzystano Test Przymiotnikowy ACL autorstwa H.B. Gougha i A.B. Heilbruna oraz wywiad standaryzowany dotyczący zmian osobowości.

Wyniki przeprowadzonych badań pokazały, że osoby chore na astmę mają poczucie zmian osobowości pod wpływem choroby. Zakres zmian zależy od płci i stopnia ciężkości schorzenia.

Niektóre osoby, głównie lekko chore, mają poczucie pozytywnych zmian osobowości pod wpływem choroby (lepiej rozumieją siebie i innych, stali się bardziej współczujący i wrażliwi). Może to oznaczać, że choroba o niezbyt dużym nasileniu działa na człowieka mobilizująco. Zmienia sposób widzenia świata i ludzi, zwiększa wrażliwość na potrzeby innych. Pod wpływem

ciężkiej astmy u pacjentów następują negatywne zmiany osobowości. Powodują one trudności w prawidłowym funkcjonowaniu i przystosowaniu oraz poczucie niezadowolenia z siebie.

Kobiety na skutek choroby utraciły autonomię i niezależność, bardziej potrzebują wsparcia, czują się gorsze od innych, podporządkowują się. Szczególnie akcentują niezadowolenie z powodu negatywnych zmian w zakresie emocji (wzrost drażliwości, wybuchowość, depresja, reakcje lękowe).

Mężczyźni pod wpływem choroby stali się mniej zdolni do nawiązywania przyjaznych kontaktów z ludźmi, bardziej zahamowani i nieśmiały. Odczuwają niezadowolenie z powodu utraty aktywności życiowej i konfliktów w rodzinie. Mają skłonność do poniżania się, czują się mniej wartościowi, utracili wiarę we własne możliwości.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają przypuszczać, że negatywne zmiany osobowości chorych na astmę oskrzelową mogą utrudniać i zaburzać oddziaływanie terapeutyczne lekarza. Dlatego też wydaje się zasadne, by poza opieką lekarską, proponować pacjentom inne formy terapii, takie jak: grupy wsparcia, psychoterapia, szeroko pojęta edukacja zdrowotna.

Wybrane psychospołeczne problemy osób chorych na astmę oskrzelową

EWA HUMENIUK, ANTONI NIEDZIELSKI

Z Zakładu Psychologii Klinicznej Akademii Medycznej w Lublinie

Astma oskrzelowa należy do często występujących chorób, cierpi na nią od 7 do 10% populacji. Pomimo ogromnej dynamiki osiągnięć współczesnej medycyny astma nadal stanowi poważny problem kliniczny, społeczny i ekonomiczny.

Psychospołeczne problemy osób chorych na astmę wynikają przede wszystkim z faktu, że jest to ciężka, przewlekła, zagrażająca życiu choroba. Sytuacja ta rodzi wiele problemów i zmienia sposób funkcjonowania człowieka w wielu sferach jego życia oraz w mechanizmach psychicznej regulacji.

Celem pracy była odpowiedź na pytania: jakie problemy psychospołeczne występują u osób chorych na astmę oskrzelową, jakie jest i od czego zależy ich nasilenie. Badaniami objęto 121 osób chorych na astmę oskrzelową, leczonych w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy AM w Lublinie. Analizy psychospołecznych problemów dokonano przy użyciu Inwentarza HPI (The Handicap Problems Inventory), autorstwa G.N. Wright

i H.H. Remmers, w opracowaniu i adaptacji polskiej T. Witkowskiego. Inwentarz ten pozwala ustalić ogólny poziom nasilenia trudności psychospołecznych (wynik globalny) oraz nasilenie trudności w czterech wyodrębnionych sferach: osobowościowej, rodzinnej, społecznej i zawodowej.

Uzyskane wyniki badań pokazały, że osoby chore na astmę, zarówno kobiety, jak i mężczyźni przeżywają liczne problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym. Istotnie więcej problemów występuje w grupie osób ciężiej chorych na astmę. Obserwuje się u nich skłonność do wycofywania się z kontaktów społecznych, mniejszą aktywność towarzyską, małą spontaniczność i satysfakcję z kontaktów międzyludzkich. Przyczyną tego jest wstyd z powodu choroby, która obierana jest przez pacjentów jako piętno, coś czego należy się wstydzić, co czyni człowieka gorszym od innych. Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że pacjenci chorzy na astmę mają także problemy w funkcjonowaniu zawodowym. Tracą wiarę w swoje możli-

wości zawodowe, szansę na sukces w tej dziedzinie, obawiają się o przyszłość materialną. Stosunkowo najmniej problemów występuje w środowisku rodzinnym. Dobrze świadczy to o trosce rodzin o to, by osobie chorej stworzyć jak najlepszą atmosferę. Jednak osoby chore mają poczucie winy, że są obciążeniem dla swoich bliskich.

Podsumowując rezultaty otrzymanych badań, można stwierdzić, że leczenie chorego na astmę oskrzelową wymaga uwzględnienia wszystkich wymiarów jego funkcjonowania. Poza tradycyjną opieką medyczną potrzebna jest także opieka psychologiczna oraz edukacja chorych. W procesie

edukowania i opieki psychologicznej nad chorym należy położyć szczególny nacisk na zagadnienie akceptacji choroby. Akceptacja i wiedza o chorobie chronią przed negatywnymi zmianami osobowości i dają większą szansę na normalne funkcjonowanie pacjenta w społeczeństwie. Umiejętność radzenia sobie z chorobą, jaką pacjent zdobywa w procesie edukacji, daje również szansę na jego długie i pomyślne funkcjonowanie zawodowe. Wszechstronna opieka nad chorym chroni go przed negatywnymi skutkami choroby, które wtórnie mogą zaburzać proces leczenia i zmniejszać jego efektywność.

Znaczenie kształtowania postaw wśród studentów na kierunku pielęgniarstwo

ANNA JANCZAR, ALEKSANDRA LISOWSKA, AGNIESZKA STRAMA, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA
Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Niniejsza praca dotyczy zagadnień z zakresu etyki w pielęgniarstwie. Jest próbą zwrócenia uwagi na kształtowanie postaw, w tym zasad etyki zawodowej na poziomie przygotowywania do pełnienia roli i funkcji pielęgniarstkich. Słowo postawa jest tu rozumiane jako określony stosunek, stałe nastawienie do przedmiotu postawy, którym może być jakaś rzecz, działanie, idea lub osoba. Podstawowym przedmiotem oddziaływania pielęgniarki jest drugi człowiek potrzebujący pomocy, opieki, świadczonej zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Zawód pielęgniarki nie polega tylko na nabywaniu określonych umiejętności i przyswajaniu form zachowania właściwych dla określonych sytuacji zawodowych. Polega także na poznaniu wartości moralnych zawodu w sposób, który będzie sprzyjał kształtowaniu intelektu, osobowości i podejmowanego stylu życia. Działania takie z kolei są punktem wyjścia w kształtowaniu u kandydatów do zawodu pielęgniarstkiego pożądanego postaw. Wśród nich wyróżnia się m.in.: szacunek dla życia, gotowość do akceptowania zmian, aktywność, kreatywność, samodzielność, tolerancję, życzliwość, odpowiedzialność, wrażliwość, asertywność, empatię. Poniższa praca akcentuje empatię jako postawę, zdawać by się mogło mało zauważaną w toku rozwoju i w procesie kształcenia.

Celem pracy była ocena rozumienia, kształtowania i stosowania przez studentów koniecznych w pracy pielęgniarki postaw etyki zawodowej i wartości związanych z podejmowaną pracą.

Materiał i metoda. Dla realizacji założonego

celu przeprowadzono badanie studentów Wydziału Zdrowia Publicznego. Badanie wykonano w kwietniu 2004 r. i objęto nim 100 osób. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji (19 pytań). Ankietowani to jednorodna pod względem płci i wykształcenia grupa studentek licencjackich i magisterskich studiów dziennych i zaocznych na kierunku pielęgniarstwo. Badana populacja była zróżnicowana pod względem wieku, stażu pracy w zawodzie: studentki pracujące w zawodzie pielęgniarstkim oraz odbywające zajęcia praktyczne i studenckie praktyki zawodowe.

Wyniki badań i omówienie. Z analizy materiału badawczego wynika, że aż 90% studentek jest zadowolonych z wybranego kierunku studiów. Jako motywy wyboru studiów 44% badanych podaje chęć pogłębienia wiedzy, 18% zawsze chciało być pielęgniarkami, a 17% zamiar wyjazdu za granicę. Blisko 80% ankietowanych chce po ukończeniu studiów pracować w zawodzie. Studentki wysoko oceniły wartość zajęć teoretycznych i praktycznych, aż 65% uważa, że są interesujące. Zdecydowana większość (80%) jest zgodna, że bycie dobrą pielęgniarką jest związane z powołaniem. Zdaniem ankietowanych zmiany w pielęgniarstwie na pierwszym miejscu powinny dotyczyć podniesienia pozycji społecznej zawodu (60%) oraz weryfikacji kandydatek do zawodu (20%). W opinii badanych czas pracy wolny od czynności instrumentalnych pielęgniarka powinna poświęcić na: pełnienie innych funkcji zawodowych (72%), oczekiwanie na wezwanie lub go-

dzinowo wyznaczone zadanie (14%), czytanie gazety lub literatury zawodowej (8%). Według 80% ankietowanych nie ma czynności zawodowych uwłaczających godności pielęgniarki, pozostali uważają za takie pielęgnację osób wymiotujących, brudnych, pijanych. Spośród badanych, przyszłych pielęgniarek, 60% podaje, iż w realizacji zadań i funkcji zawodowych kieruje się ideą służby człowiekowi, a 20% filozofią humanizmu chrześcijańskiego. Zdecydowana większość dostrzega konieczność kształcenia przyszłej kadry pielęgniarskiej w zakresie etyki. W ich opinii także zagadnienie inteligencji emocjonalnej powinno być ujęte w treściach programowych oraz kształtowane podczas praktycznej nauki zawodu.

Wnioski. 1. Badana populacja jest zadowolona z wybranego kierunku studiów, ale nie wszyscy zamierzają pracować w wyuczonym zawodzie. 2. Studentki cenią w pielęgniarstwie powołanie i takie postawy, jak: sumienność, otwartość, życzliwość, tolerancję, aktywność, kreatywność, empatię, dobro pacjenta. 3. Większość rozumie, czym jest inteligencja emocjonalna, widzi konieczność wdrażania jej w pracy zawodowej i postuluje za kształceniem jej w toku nauki, gdyż

wpływa to na kierowanie się etycznymi postawami w pielęgniarstwie. 4. Ankietowane osoby nie widzą w pielęgniarstwie czynnościach zawodowych takich, które by uwłaczały godności pielęgniarki, ale niewielka grupa za takie uważa opiekę nad osobami pijanymi i brudnymi. 5. Kandydatki na pielęgniarki patrzą na przyszły zawód przez pryzmat służby człowiekowi. 6. Wśród oczekiwanych zmian w pielęgniarstwie, za priorytetowe uznane zostały: podniesienie pozycji społecznej zawodu i weryfikacja kandydatów do pełnienia funkcji i zadań pielęgniarskich.

Z powyższych rozważań wyłania się postulat, aby zarówno na poziomie zdobywania wykształcenia zawodowego, jak i zaawansowanego praktykowania, dokładać starań o więcej humanizmu w postawach.

Badania, których wyniki zaprezentowano, są dowodem na zapotrzebowanie zarówno na promocję szeroko rozumianego humanizmu, jak i na przeciwdziałania zagrożeniom wobec wartości humanistycznych w pielęgniarstwie. Starania te mogą być drogą do ukazania bogactwa tych wartości, związanych z nimi postaw oraz drogą do umocnienia pozycji społecznej zawodu.

Standardy leczenia bólów nowotworowych Polskiej Unii Onkologii

JERZY JAROSZ

Z Zakładu Anestezjologii Centrum Onkologii – Instytut im M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

W 2003 roku Polska Unia Onkologii opublikowała zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w nowotworach złośliwych. W wydaniu zawarte są także wytyczne dotyczące leczenia bólów nowotworowych*. „Každy chory na nowotwór ma prawo oczekiwać i domagać się, aby bóle towarzyszące jego chorobie były starannie leczone, a jego problemy zmagania się z chorobą spotykały się ze zrozumieniem ze strony najbliższych, pracowników medycznych, jak i całego społeczeństwa. Obecny stan świadomości społecznej i wiedzy medycznej gwarantuje zaspokojenie takich oczekiwań pod warunkiem wykorzystania istniejących możliwości działania”.

Zalecenia „leczenie bólów nowotworowych” określają obowiązki poszczególnych podmiotów

w zapewnieniu chorym należnych im praw w zakresie leczenia bólów nowotworowych. Wytyczne zostały opracowane w oparciu o istniejące, modyfikowane od 1989 roku standardy Centrum Onkologii. Uwzględniono też wszystkie zalecenia WHO. Zmodyfikowana jest lista leków pod kątem ich zastosowań w Polsce. Autorzy opracowania przyjęli założenie, że podstawowe zasady leczenia przeciwbólowego są znane polskim lekarzom.

Istotną innowacją jest zaliczenie metod nefarmakologicznych, przede wszystkim neurofizjologicznych, jako leczenia wspomagającego (adiuwantowego) i umieszczenie ich w ogólnym schemacie na równi z lekami adiuwantowymi. Konsekwencją rozszerzenia pojęcia leczenia uzupełniającego o stosowanie metod zabiegowych jest dodatkowe podkreślenie roli rozpoznania etiologii, jak i patomechanizmu bólu u konkretnego chorego, a najlepiej, choć to nie zawsze jest możliwe, ułożenie wszystkich elementów rozpoznania w spójny obraz tzw. zespołu bólowego.

* Jarosz J, Hilgier M, Kaczmarek Z, Walden de Gatuszko K. *Leczenie bólów nowotworowych*. Jarosz J. (red.). [w:] *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*. Red. Krzakowski. Polska Unia Onkologii 2003.

Leczenie bólów nowotworowych przedstawiono jako kojarzenie 2 podstawowych elementów:

1. Stosowanie leków przeciwbólowych; rodzaj i dawki leków dobierane są w zależności od nasilenia bólu – według drabiny analgetycznej.
2. Stosowanie leków i metod uzupełniających (adiuwantowych); wybór leku/ów lub metody zależy przede wszystkim od ustalonego rozpo-

znania – według ustalonego mechanizmu. Nasilenie bólu ma tu drugoplanowe znaczenie.

Podobnie, analiza niepowodzeń leczenia to korygowanie doboru i dawkowania leków po rotację opioidów, a jednocześnie weryfikacja rozpoznania i uzupełnianie go o identyfikacje bólów przebijających, współistnienie różnych rodzajów bólu, aspektów psychologicznych.

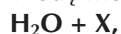
Woda w XXI wieku

EDWARD S. KEMPA

Z Politechniki Wrocławskiej

Rola wody w życiu człowieka jest znana od zarania dziejów. Lecz dopiero w czasach nowożytnych, budowa centralnego zaopatrzenia w wodę (wodociągów) w końcu XIX wieku pozwoliła uniknąć często występujących do tego czasu epidemii chorób zakaźnych przenoszonych przez wodę.

Wodę można opisać jako



przy czym przez „X” należy rozumieć wszystkie domieszki: swoiste i pożyteczne, szkodliwe i chorobotwórcze. Analiza chemiczna wody z podstawowych 16 oznaczeń rozszerzyła się do ponad 150 oznaczeń. Stosunkowo łatwo oznacza się domieszki o stężeniach na poziomie ppm (10^{-6}), zaś znacznie trudniej o stężeniach na poziomie ppb czy ppt (10^{-9} do 10^{-12}). Współczesna analiza instrumentalna potrafi jednak oznaczyć nawet ta-

kie stężenia i stwierdza, że w wodzie do picia (tj. tej uzdatnionej klasycznymi metodami) występują składniki przeciwdziałające wydzielaniu substancji endokrynologicznych, a więc, że jest ona w sumie szkodliwa dla zdrowia.

Dlatego jednym z nowoczesnych rozwiązań jest używanie do spożycia zdrowych (gwarantowanej jakości) wód podziemnych w postaci wód butelkowanych, co propaguje m.in. *International Bottled Water Association*. Największymi dostawcami na rynek konsumenta są Stany Zjednoczone, a w Europie – Finlandia. Takie rozwiązanie jest bardzo ekonomiczne, gdyż przebudowa współczesnych zakładów uzdatniania wody do pożądanego poziomu jakości pociągnęłaby za sobą niewyobrażalnie wysokie koszty. A przecież z 150 czy 200 litrów uzdatnionej wody, człowiek wypija tylko 2 litry dziennie.

Źródła wiedzy o antykoncepcji wśród młodzieży w wieku 15–25 lat

BOGUMIŁA KIEŁBRATOWSKA, MARZENA ZYDOREK

Z Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego Akademii Medycznej w Gdańsku

Celem pracy było zbadanie źródła uzyskiwania przez młodzież w wieku 15–25 lat wiedzy o metodach i środkach antykoncepcyjnych oraz jakie czynniki wpływają na stosowanie antykoncepcji.

Zbadano 430 osób: 173 chłopców i 257 dziewcząt. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał 4 pytania zamknięte i 5 pytań otwartych oraz metryczkę. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że podczas podejmowania kontaktów płciowych młodzież stosowała najczęściej prezerwatywę i tabletki an-

tykoncepcyjne, a najrzadziej metody antykoncepcji naturalnej. Najczęstszym źródłem wiedzy o antykoncepcji u respondentów była koleżanka lub kolega oraz lekcje w szkole w ramach zajęć z biologii i wychowania do życia w rodzinie.

Badanie wykazało również, że młodzież akademicka ma większą wiedzę na temat metod i środków antykoncepcyjnych niż młodzież szkół ponadgimnazjalnych.

Poziom wiedzy na temat antykoncepcji jest ogólnie niski i należałoby go poprawić przez szeroko zakrojoną edukację seksualną.

Problemy pacjentów z nefropatią cukrzycową objętych programem przewlekłych dializ

RENATA KŁAK, BEATA MILCZANOWSKA, WACŁAW WEYDE, JÓZEF PENAR, MARIAN KLINGER, KATARZYNA MADZIARSKA

Z Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Zapadalność i chorobowość z powodu cukrzycy oraz jej powikłań stale rośnie i według alarmujących prognoz Światowej Organizacji Zdrowia tendencja wzrostowa ma się utrzymać w nadchodzących 25 latach. Cukrzyca, niezależnie od typu, prowadzi do wielu groźnych powikłań. Jednym z nich jest nefropatia cukrzycowa, będąca jedną z najczęstszych przyczyn schyłkowej niewydolności nerek i włączania pacjentów do programu przewlekłych dializ. Dializoterapia jest na całym świecie najbardziej rozpowszechnioną formą leczenia nerkozastępczego, która nie tylko ratuje, ale również umożliwia dobrą jakość życia pacjentom z terminalną niewydolnością nerek.

Każda choroba w życiu człowieka jest sytuacją traumatyzującą i wpływa w sposób bezpośredni lub pośredni na jego stan bio-psycho społecz-

ny, szczególnie gdy jest nieuleczalna i wymaga przewlekłego leczenia, niosącego ze sobą wiele powikłań. Tego typu schorzeniem jest schyłkowa niewydolność nerek na podłożu nefropatii cukrzycowej.

W pracy omówiono najczęstsze problemy, jakie występują u pacjentów z nefropatią cukrzycową włączonych do programu przewlekłych dializ. Szczególną uwagę zwrócono na aspekt psychologiczny, odnoszący się do akceptacji choroby i możliwości wystąpienia zaburzeń emocjonalnych, oraz na aspekt społeczny, określający relacje międzyludzkie w rodzinie i środowisku. Starano się również przedstawić, w rozbiciu na dializę otrzewnową i hemodializę, problemy pacjentów wynikające z wyboru metody leczenia nerkozastępczego.

Analiza porównawcza kształcenia licencjackiego pielęgniarek w Akademii Medycznej we Wrocławiu i kształcenia według 3-letniego programu w Medycznym Studium Zawodowym

JOLANTA KOLASIŃSKA, HALINA TARGOSZ

Z Zakładu Nauki Zawodu Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Zmiana systemu kształcenia zawodowego pielęgniarek w Polsce podyktowana została planowaniem przyszłości Polski związanej ze strukturami Unii Europejskiej. Nowy system ma realizować ustalenia porozumienia strasburskiego w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek. Cykl kształcenia, zgodnie z ustaleniami porozumienia, ma być nie krótszy niż 3 lata, zawierać 4600 godzin, w tym 2300 przeznaczonych na praktyczną naukę zawodu. W roku 2000 po raz pierwszy dokonano naboru na 3-letnie studia pielęgniarstwa na AM we Wrocławiu. Jednak program kształcenia nie był zgodny z przytoczonymi ustaleniami porozumienia. W skutek tego obecni studenci III i II roku ukończą kształcenie według programu, w którym liczba godzin przeznaczonych na praktyczną naukę zawodu została ograniczona do 800. Ponieważ pielęgniarstwo jest działalnością praktyczną i teoretyczną, uważamy,

że w kształceniu nie można praktycznej nauki zawodu traktować jak elementu mniej ważnego od kształcenia teoretycznego. Oprócz wymiaru godzin przeznaczonych na praktyczną naukę zawodu, istotna jest również organizacja procesu kształcenia praktycznego. Uczelnie wyższe nie posiadają doświadczenia w kształceniu zawodowym na poziomie podstawowym. Warto zadbać o to, by absolwent uczelni był przygotowany do zawodu lepiej niż absolwent wcześniej funkcjonujących pomaturalnych szkół medycznych. Taki był cel transformacji. Poczucie, że kształceniu praktycznemu w realizowanej obecnie formule przypisuje się zbyt małe znaczenie, było powodem podjęcia próby analizy porównawczej procesów kształcenia licencjackiego (według minimum programowego) z kształceniem według 3-letniego programu w Medycznym Studium Zawodowym. Dla potrzeb badania postawiono te-

zę: ograniczenie wymiaru godzin praktycznej nauki zawodu oraz funkcjonująca organizacja procesu kształcenia praktycznego są powodem obniżenia poziomu umiejętności praktycznych absolwenta. Anonimowym badaniem ankietowym objęto w 2004 r. 91 studentów VI semestru pielęgniarstwa – licencjat. Do porównania wykorzystano dane z badań dokonanych w MSZ we Wrocławiu w latach 1996–2001. Ankieta składa się z 14 pytań zamkniętych i 1 otwartego. Zgodnie z wynikami badań, studenci nie czują się w pełni przygotowani do pełnienia funkcji zawodowych. Część studentów uważa, że w ramach kształcenia licencjackiego nie nauczono ich wielu zachowań przydatnych w zawodzie, takich jak: odpowiedzialność za efekty kształcenia, samodzielność, odpowiedzialność wobec pracy, siebie i innych ludzi. Wielu badanych uważa, że nie posiada umiejętności wsparcia człowieka, efektywnej pomocy człowiekowi w chorobie, w potęgowaniu zdrowia, w niepełnosprawności, w stanach zagrożenia życia, uczenia pacjenta samoopieki i samopielegnacji, promowania zdrowia. Odpowiedzialność za efekty kształcenia studenci przypisują w równej mierze sobie i nauczycielom akademickim. Oceniając kształcenie, studenci często nie dostrzegają jego wpływu na jakość przyszłej opieki. Wielu studentów nie dostrzega w nauczycielu akademickim konsultanta, doradcy, wreszcie profesjonalisty w zawodzie pielęgniarstwa. Blisko połowa studentów nie wiąże kształcenia z samorealizacją. Większość studentów nie posiada wiedzy na temat wymogów europejskiego standardu kształcenia pielęgniarstwa. Studenci nie są wystarczająco przygotowani do stosowania żadnego z modeli i teorii pielęgnowania w praktyce. W ocenie studentów kształcenie w kolejnych semestrach nie sprzyja systematycznemu rozwojowi wiedzy i umiejętności. Większość ankietowanych uważa, że w kształceniu zbyt mało było zajęć ćwiczeniowych, a za największą trudność uznają brak nauczyciela akademickiego na zajęciach praktycznych. Większość studentów chciałaby kontynuować kształcenie na poziomie magisterskim. Wyniki badań potwierdzają stawianą tezę. Obniżony wymiar godzin oraz organizacja kształcenia praktycznego obniżyły poziom umiejętności praktycznych studentów obecnego III roku.

Wnioski: Studenci nie posiadają pełnej świadomości filozofii kształcenia; nie czują się przygotowani w pełni do pełnienia roli zawodowej pielęgniarstwa; nie są przygotowani do wykorzystywania w pracy zawodowej nowoczesnych modeli pielęgnowania. Należy poprawić organizację procesu praktycznej nauki zawodu. Rozważyć możliwości wprowadzenia programu niwelującego różnice wymiaru godzin praktycznej nauki zawodu w stosunku do standardu dla obecnego II r.

Słowa kluczowe

Funkcje zawodowe – zbiór zadań i czynności zawodowych realizowanych przez osobę przygotowaną do pełnienia roli zawodowej.

Kształcenie – ogół czynności i procesów umożliwiających ludziom uzyskanie orientacji w otaczającej rzeczywistości, zmierza do wszechstronnego rozwoju osobowości, kształcenia określonych uzdolnień i zainteresowań.

Kształcenie zawodowe – to zakres i jakość przygotowania niezbędnego do wykonywania określonego zawodu.

Pielęgniarka – osoba, która ukończyła program kształcenia pielęgniarstwa na poziomie podstawowym, uzyskała prawo wykonywania zawodu; profesjonalistka kompetentna do podejmowania decyzji dotyczących pielęgnowania, odpowiedzialna za organizację opieki pielęgniarstwa, za jakość oferowanych i świadczonych usług.

Pielęgniarstwo – dyscyplina naukowa i działalność praktyczna.

Pielęgnowanie – profesjonalne pomaganie jednostce, rodzinie, innej grupie społecznej w sprawach zdrowia w wymiarze informacyjnym, emocjonalnym, usługowo-rzeczowym.

Umiejętności zawodowe – układ struktur umiejętności praktycznych i intelektualnych, pozwalających na wykonywanie zadań zawodowych.

Zawód – wykonywanie zespołów czynności społecznie użytecznych, wyodrębnionych w społecznym podziale pracy, wymagających od pracownika wiedzy i umiejętności, powtarzanych systematycznie i będących źródłem utrzymania.

Zmiana systemu kształcenia pielęgniarstwa w Polsce podyktowana została potrzebą dostosowania naszego kształcenia do wymagań ICN (Międzynarodowej Rady Pielęgniarek). Nowy system ma być realizacją postanowień Europejskiego Porozumienia w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarstwa sporządzonego w Strasburgu 25 października 1967 r., a podpisanego w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej przez Prezydenta RP Lecha Wałęsę (Dz.U. nr 83, poz. 384 z 1996 r.).

Ogólne założenia określają, że cykl kształcenia pielęgniarstwa będzie nie krótszy niż 3 lata i będzie zawierał nie mniej niż 4600 godzin, w tym 2300 godzin zostanie przeznaczonych na praktyczną naukę zawodu.

Prace nad dostosowaniem naszego programu kształcenia rozpoczęły się już w roku 1996. W ramach innowacji pedagogicznej w 6 wytypowanych w drodze konkursu szkołach medycznych w Polsce, w tym w Medycznym Studium Zawodowym we Wrocławiu przy ulicy K. Bartla, rozpoczęto kształcenie pielęgniarstwa zgodnie z wymogami ICN. W okresie wdrażania tego programu miało miejsce wiele wydarzeń między innymi:

zmiana podległości szkół wynikająca z reformy administracji kraju, wejście w życie ustawy o wyższych szkołach zawodowych, zmiany w Ustawie o Systemie Oświaty, na skutek których kształcenie trwające minimum 3 lata może się odbywać wyłącznie w strukturze szkolnictwa wyższego.

W roku 2000 po raz pierwszy dokonano naboru na 3-letnie pielęgniarskie studia licencjackie na AM we Wrocławiu. Jednak program kształcenia oparty był na obowiązującym wówczas minimum programowym i nie realizował dyrektyw Unii Europejskiej dotyczących wymiaru godzin kształcenia. Prace nad standardem kształcenia pielęgniarki i położnej, który zapewnia realizację tych dyrektyw, zaowocowały zatwierdzeniem standardu dopiero w końcu roku 2003. Studenci obecnego III i II roku ukończą zatem studia według programu realizującego mniejszy wymiar godzin. Szczególnie niepokojąca wydaje się liczba godzin przeznaczonych na praktyczną naukę zawodu – 800 godzin wydaje się być wymiarem nie wystarczającym do osiągnięcia celu, jakim jest przygotowanie do zawodu pielęgniarki. Pielęgniarstwo jest bowiem działalnością praktyczną i teoretyczną. Nie można zatem ograniczać kształcenia przygotowującego do tego zawodu do teorii, traktując praktyczną naukę zawodu jak mniej ważny element tego kształcenia. Warto przypomnieć, że pielęgniarka jest samodzielnym praktykiem, profesjonalistą przygotowanym do efektywnego pielęgnowania i kierowania opieką pielęgniarską. Rolą zawodową pielęgniarki jest pielęgnowanie. Na pełnienie roli składa się pełnienie funkcji zawodowych, rozumianych jako zbiór zadań i czynności zawodowych. Nie bez znaczenia jest również fakt, że absolwent kierunku pielęgniarstwo, zgodnie z prawem, ma być gotowy do pełnienia roli zawodowej bezpośrednio po ukończeniu kształcenia. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nie przewiduje bowiem stażu zawodowego dla absolwentów licencjatu.

Oprócz wymiaru godzin przeznaczonych na praktyczną naukę zawodu, istotna jest również organizacja procesu kształcenia praktycznego. Praktyczna nauka zawodu daje studentowi możliwość weryfikacji wiedzy teoretycznej w praktyce. Jest miejscem, gdzie kształtują się umiejętności i postawa zawodowa, gdzie można się wykazać samodzielnością.

Obowiązujący wykaz kompetencji zawodowych zawiera szereg umiejętności praktycznych, do których absolwent musi zostać właściwie przygotowany (Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r.). Bez właściwej, starannej organizacji kształcenia praktycznych umiejętności zawodowych absolwent nie będzie właściwie przygotowany do pełnienia roli zawodowej.

Uczelnie wyższe, które obecnie prowadzą kształcenie zawodowe pielęgniarek, zajmują się

tym zagadnieniem od niedawna. Wydaje się, że okres transformacji w kształceniu pielęgniarek nie sprzyja uzyskiwaniu wysokiej jakości przygotowania zawodowego absolwentów. Uczelnie nie posiadają doświadczenia w kształceniu na poziomie podstawowym. Dotychczas zajmowały się „nadbudową”. Prowadziły kształcenie pielęgniarek na poziomie magisterskim. Warto zauważyć, że wówczas kandydat na studia posiadał już umiejętności zawodowe, dające mu prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.

Osobne zagadnienie stanowi fakt, że efektem wprowadzenia nowego, zgodnego z dyrektywami programu kształcenia pielęgniarki ma być automatyczne uznawanie prawa zawodu oraz prawo do swobodnego przepływu pracowników w krajach Unii Europejskiej. Oznacza to, że absolwent tegoroczny, który nie ukończył studiów według programu zgodnego z wymogami dyrektyw, będzie musiał wykazać się 3-letnim stażem zawodowym, zanim jego kompetencje zostaną uznane w krajach Unii. Zapewne uzupełni i udoskonali umiejętności zawodowe w ramach pracy. Absolwenci kolejnych roczników, kształceni według nowego standardu zgodnego z dyrektywami będą mieli uznawane kwalifikacje automatycznie.

Transformacja kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych jest niezbędna. Nie powinna sprowadzać się jednak tylko do zmiany programu kształcenia. Przemiany dokonujące się w obrębie zawodu pielęgniarki oraz w kształceniu do zawodu zmuszają nas więc do monitorowania procesu kształcenia. Warto bowiem zadbać o to, by absolwent uczelni był przygotowany do zawodu lepiej, niż absolwent wcześniej funkcjonujących szkół pomaturalnych. Taki był przecież główny sens transformacji kształcenia. Wieloletnie doświadczenia zdobyte w kształceniu zawodowym pielęgniarek, świadomość przedstawionych powyżej faktów, obawa że kształceniu praktycznemu w realizowanej obecnie formule przypisuje się zbyt małe znaczenie oraz przekonanie, że z doświadczeń wcześniejszych warto korzystać, stało się przyczyną podjęcia próby analizy porównawczej procesu kształcenia studentów, którzy w obecnym roku opuszczą mury Akademii Medycznej z procesem kształcenia absolwentów Medycznego Studium Zawodowego we Wrocławiu realizującego 3-letni program kształcenia.

Dla potrzeb badania postawiono tezę: ograniczenie wymiaru godzin praktycznej nauki zawodu oraz funkcjonująca organizacja procesu kształcenia praktycznego są powodem obniżenia poziomu umiejętności praktycznych absolwenta.

Anonimowym badaniem ankietowym w marcu 2004 r. objęto studentów ostatniego semestru na kierunku pielęgniarstwo-licencjat Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ogółem badaniem objęto 91 studentów z Wrocławia, Świdnicy

i Zielonej Góry. Kwestionariusz ankiety ze względu na zamiar dokonania porównań zawiera zmodyfikowane, wybrane elementy kwestionariuszy wykorzystywanych do ewaluacji 3-letniego programu zgodnego z wymogami dyrektyw, dokonywanej przez Centrum Edukacji Medycznej z Warszawy. Do porównania wykorzystano dane z badań dokonanych w Medycznym Studium Zawodowym we Wrocławiu przy ul. K. Bartla w latach 1996 do 2001. Ankieta zawiera 14 pytań zamkniętych i 1 pytanie otwarte.

Wyniki badania wskazują, że studenci nie czują się przygotowani do pełnienia funkcji zawodowych składających się na rolę zawodową. Uzyskano ogółem tylko 50,5% odpowiedzi wskazujących, że studenci czują się przygotowani do pełnienia wszystkich funkcji zawodowych. Najbardziej czują się przygotowani do funkcji opiekuńczej, najmniej przygotowani czują się do funkcji: zarządzania i naukowo-badawczej.

Odsetek studentów oceniających pozytywnie swoje przygotowanie do pełnienia poszczególnych funkcji zawodowych rozkłada się następująco: opiekuńcza – 86,8% ankietowanych, profilaktyczna – 80,2%, promocji zdrowia – 64,8%, terapeutyczna – 50,5%, rehabilitacyjna – 46,1%, wychowawcza – 45%, kształcenia – 41,3%, zarządzania – 19,8%, naukowo-badawcza – 19,8%. Niepokojący jest fakt, blisko 14% grupy, która we własnej ocenie nie jest przygotowana nawet do pełnienia funkcji opiekuńczej, która na tej liście uzyskała najwięcej wskazań. W stosunku do funkcji: rehabilitacyjnej, wychowawczej, zarządzania i naukowo-badawczej studenci w większości nie zgadzali się ze stwierdzeniem, że zostali do pełnienia ich przygotowani. Część studentów nie miała wyrobionego zdanie na ten temat.

W badaniach przeprowadzonych wśród słuchaczy MSZ do funkcji opiekuńczej czuło się przygotowanych 100%. We wszystkich funkcjach wartości wskazań potwierdzających przygotowanie były wyższe niż wśród studentów. Nawet odsetek potwierdzających przygotowanie do pełnienia roli naukowo-badawczej był wyższy wśród słuchaczy o 28,2% od wskazań wśród studentów. Jedynie do funkcji zarządzania słuchacze czuli się gorzej o 3,8% przygotowani niż studenci.

Ankietowani studenci uważają, że w ramach kształcenia nauczono ich: odpowiedzialności wobec innych ludzi – 86,8%, pracy – 82,4%, siebie – 82,4%; empatii – 75,8%; samokontroli – 72,5%; samokrytycyzmu – 72,5%; asertywności – 65,9%; samodzielności – 64,8%; odpowiedzialności za efekty kształcenia – 62,6%. Słuchacze MSZ częściej średnio o około 10% potwierdzali, że w ramach kształcenia nauczono ich wymienianych w pytaniu zachowań. Największa różnica dotyczyła samodzielności. Słuchacze MSZ

o 27,2% częściej wskazywali, że w ramach kształcenia zostali nauczeni samodzielności.

Oceniając swoje umiejętności zawodowe uzyskane w toku kształcenia studenci uznali, że nauczono ich: efektywnej pomocy człowiekowi w chorobie – 73,6%, potęgowaniu zdrowia – 62,6%, niepełnosprawności – 61,5%, od początku aż do końca – 43,9%, stanie zagrożenia życia – 41,7%; umiejętności wsparcia człowieka, pacjenta – 71,4%; umiejętności efektywnego uczenia pacjenta samoopieki i samopielęgnacji – 63,7%; całościowej opieki nad człowiekiem, pacjentem – 40,6%; umiejętności bycia liderem, promotorem zdrowia – 28,6%. Słuchacze MSZ czuli się wyraźnie bardziej przygotowani do całościowej opieki nad człowiekiem pacjentem. 96% słuchaczy, to jest o 55,4% więcej niż studentów, wskazywało, że w ramach kształcenia nauczono ich tego. Słuchacze, tak jak studenci uważali, że najbardziej efektywnie potrafią pomagać człowiekowi w chorobie, a procent wskazań potwierdzających wynosił wśród słuchaczy 92% i był wyższy o 18,4% niż wśród studentów. Pozostałe wskazania były średnio o około 20% wyższe u słuchaczy niż u studentów. Jedynie umiejętność wsparcia człowieka pacjenta wyżej oceniają u siebie studenci niż słuchacze o 3,4%. Studenci również wyżej o 9,5% oceniają swoją umiejętność efektywnej pomocy człowiekowi w niepełnosprawności.

W opinii studentów odpowiedzialność za efekty kształcenia ponosi w równej mierze student i nauczyciel akademicki. Odpowiedzi te uzyskały po 80,2% twierdzących wskazań. Na odpowiedzialność uczelni za efekty kształcenia wskazało 57,1% studentów. Słuchacze MSZ większą odpowiedzialność za wyniki kształcenia przypisywali nauczycielowi niż sobie. Według 60% słuchaczy to nauczyciel ponosił odpowiedzialność za efekt i tylko 40% badanych wskazywało na słuchacza.

Na pytanie czy kształcenie na kierunku pielęgniarstwo stawia na profesjonalne przygotowanie, które wpłynie na efekt opieki nad pacjentem, twierdząco odpowiedziało 67% ankietowanych, oczekiwania człowieka w sytuacji pacjenta – 46,1%, nową jakość opieki w reformowanej służbie zdrowia – 38,5%. Odsetek odpowiedzi twierdzących wśród słuchaczy MSZ wynosił kolejno 96, 92 i 60% i był średnio do 30% wyższy niż wśród studentów.

Studenci dostrzegają w nauczycielu akademickim rolę: profesjonalisty w zawodzie pielęgniarstwa – 54,9%, doradcy – 45%, konsultanta – 43,9%, przewodnika – 24,2% inspiratora – 24,2%. Słuchacze MSZ udzielali potwierdzających wskazań częściej. Kolejno w 84, 76, 72, 68 i 28%.

Studenci potwierdzali wpływ kształcenia na: samorealizację – 50,5%, twórczą atmosferę nau-

ki i pracy – 36,2%, inicjowanie badań naukowych w pielęgniarstwie – 19,8%. Słuchacze MSZ udzielili różniącej się odpowiedzi jedynie w aspekcie wpływu kształcenia na inicjowanie badań naukowych. Odsetek wskazań potwierdzających ten wpływ wynosił 36%. Był zatem o 16,2% wyższy niż u studentów.

Nie wszyscy studenci posiadają świadomość, że program kształcenia, który realizują nie jest zgodny z wymogami dyrektyw. 22% twierdzi, że program kształcenia odpowiada standardom europejskiego kształcenia pielęgniarów. Na pytanie, czy uważasz, że kształcenie na kierunku pielęgniarstwo stawia na profesjonalne pomaganie człowiekowi? Studenci odpowiedzieli twierdząco: w zdrowiu – 74,7%, w chorobie – 74,7%, w stanach zagrożenia życia – 62,6%, w niepełnosprawności – 60,4%, od początku do końca – 56%. Wyniki badań w MSZ były porównywalne. Największa różnica wystąpiła wśród wskazań dotyczących ukierunkowania na pomaganie w chorobie. Uzyskano 96% twierdzących odpowiedzi. Zatem więcej o 21,3% niż wśród studentów.

Podjmując kształcenie studenci oczekiwali: motywowania do samodzielnej pracy – 70%, formułowania celów samokształcenia – 60%. Słuchacze MSZ potwierdzali wskazane oczekiwania kolejno w 68 i 44%.

W odpowiedzi na pytanie o zastosowanie w praktyce koncepcji pielęgnowania studenci oceniają swoje umiejętności w następujący sposób: procesu pielęgnowania – 74,7%, modelu opieki V. Henderson (o naturze pielęgniarstwa) – 52,7%, modelu D. E. Orem (teorię deficytu samoopieki) – 50,5%, modelu Sr. C. Roy (model adaptacji) – 41,7%, modelu I. King (teorię osiągania celu opieki pielęgniarskiej) – 37,3%, modelu M. E. Rogers (model o jedności istoty ludzkiej) – 34%, modelu B. Neuman (systemowy model opieki zdrowotnej) – 33%, modelu J. Riehl-Sisca (modelu wzajemnego oddziaływania) – 33%, modelu J. Watson (teorię humanistycznej opieki pielęgniarskiej) – 30,7%, modelu H. E. Peplan (modelu psychodynamicznej opieki) – 29,7%, modelu M. Leininger (teorię kulturowej opieki pielęgniarskiej) – 27,4%. Niepokojący jest fakt, że mimo przyjęcia i wdrożenia w wielu szpitalach modelu procesu pielęgnowania jako sposobu organizacji opieki nad pacjentem, studenci oceniają, że nie nabyli umiejętności stosowania tego modelu w pracy zawodowej. W ocenie umiejętności zastosowania pozostałych modeli odsetek odpowiedzi przeczących przewyższa odpowiedzi potwierdzające.

Słuchacze MSZ czuli się w 100% przygotowani do prowadzenia procesu pielęgnowania. Studenci uważają, że w ramach kształcenia przygotowano ich do przyjęcia roli: aktywnej – 68,1%, samodzielnej – 53,8%, wytyczającej sobie same-

mu cele edukacyjne – 51,6%, docieklivej – 46,1%, wyzwalającej – 25,3%. Słuchacze MSZ oceniali wyżej swoje przygotowanie do przyjęcia poszczególnych ról. Najistotniejsze różnice dotyczyły roli aktywnej – 96%, samodzielnej – 92%, docieklivej – 68%.

W odpowiedzi na pytanie, czy kształcenie w poszczególnych semestrach nauki stopniowo, systematycznie i efektywnie zmierza w kierunku:

- podnoszenia poziomu wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem i chorobą, budową i funkcjonowaniem ciała, zapobieganiem i radzeniem sobie w sytuacjach trudnych – 71,4% wskazań twierdzących;
- eksponowania pozytywnego, całościowego, ekologicznego i holistycznego podejścia do spraw zdrowia człowieka – 70,3%;
- rozszerzania wiedzy i umiejętności związanych z dokonywaniem właściwych wyborów w kształtowaniu odpowiedzialności za zdrowie własne i innych oraz z korzystaniem z systemu służby zdrowia – 69,2%;
- podwyższania poziomu świadomości społecznych, politycznych i środowiskowych czynników wpływających na zdrowie – 46,1%.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że blisko 30% studentów ocenia, że kształcenie w kolejnych semestrach nie rozwijało ich wiedzy i umiejętności systematycznie, efektywnie. Słuchacze MSZ o wiele wyżej ocenili efektywność kształcenia w kolejnych semestrach. Średnio o około 20% częściej udzielali potwierdzającej odpowiedzi.

Liczba potwierdzających odpowiedzi na pytanie, czy wybierając zawód i realizując kształcenie na kierunku pielęgniarskim, masz: nadzieję zdobycia wykształcenia magisterskiego – 85,7%, świadomość, że stawia on na promowanie zdrowia, pielęgnowania w zdrowiu i holistyczna koncepcję zdrowia – 80,2%, świadomość, że odpowiada on standardom europejskiego kształcenia – 26,4%. Słuchacze MSZ równie często jak studenci licencjatu oczekiwali możliwości uzyskania wykształcenia magisterskiego. Świadomość słuchaczy dotycząca standardu europejskiego kształcenia była znacznie wyższa.

W trakcie realizacji kształcenia na kierunku pielęgniarstwo–licencjat największą trudność stwarza tobie: rozbieżność między teorią a praktyką – 71,4%, zbyt mała liczba ćwiczeń – 64,8%, brak stałej opieki nauczyciela akademickiego nad grupą w czasie praktyk – 59,3%, brak korelacji treści – 42,8%. Odpowiedzi udzielane przez studentów i słuchaczy MSZ były w zakresie większości powyższych zagadnień zbieżne. Prawie 65% studentów uważa, że w kształceniu zbyt mało było ćwiczeń (800 godzin). Słuchacze MSZ mimo, że suma godzin przeznaczona na praktyczną naukę zawodu wynosiła 2300 i tak w 16% uznali, że było ich za mało.

Organizacja procesu kształcenia w MSZ przewidywała stałą opiekę nauczyciela nad grupą słuchaczy w placówkach szkolenia praktycznego. W ramach kształcenia licencjackiego praktyki prowadzone są pod nadzorem opiekuna z zakładu pracy, w którym odbywają się zajęcia. Warto zwrócić uwagę, że blisko 60% studentów uważa ten fakt za największą dla nich trudność w kształceniu.

W ostatnim punkcie ankiety pozostawiono wolne miejsce na wyrażenie przez studentów spostrzeżeń i uwag dotyczących kształcenia na kierunku pielęgniarstwo.

Wypowiedzi studentów dotyczyły przede wszystkim organizacji praktycznej nauki zawodu. Według studentów liczba godzin przeznaczonych na ten rodzaj zajęć jest zbyt mała. Wręcz dramatycznie opisują swoje doświadczenia z zajęć bez nauczyciela akademickiego. Przytaczają negatywne przykłady sposobów organizowania

zajęć, lub raczej ich braku. Zgłaszają potrzebę prowadzenia praktyk przez nauczycieli akademickich.

Analiza wyników ankiety pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. Studenci Wydziału Zdrowia Publicznego na kierunku pielęgniarstwo nie posiadają pełnej świadomości filozofii kształcenia.
2. Studenci VI semestru nie czują się w pełni przygotowani do pełnienia roli zawodowej pielęgniarki.
3. Studenci nie są przygotowani do wykorzystywania w pracy zawodowej nowoczesnych modeli pielęgnowania.
4. Należy poprawić organizację praktycznej nauki zawodu.
5. Należy rozważyć możliwości wprowadzenia programu niwelującego różnice wymiaru godzin praktycznej nauki zawodu w stosunku do standardu dla obecnego II roku.

Ocena przydatności stosowania standardów w pracy pielęgniarki

K. KOWALCZUK¹, B. JANKOWIAK², E. KRAJEWSKA-KUŁAK², H. ROLKA², K. KRAJEWSKA², J. LEWKO²

¹ Z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Białymstoku

² Z Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

Wprowadzenie. Na całym świecie obserwuje się tendencje do wprowadzania procedur, certyfikatów i akredytacji. Gwarantują one, że dane organizacje, np. szpital, spełniają szereg ustalonych wcześniej norm jakościowych, uzyskując oczekiwane poziomy jakości. Według zaleceń Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, standardy powinny stanowić punkt odniesienia w planowaniu, wprowadzaniu oraz ocenie jakości usług, jak również podstawę do wykazania, że pielęgniarstwo jest odpowiedzialne wobec społeczeństwa i osób korzystających z usług pielęgniarstwa za jakość świadczeń.

Cel pracy. Celem pracy było określenie poziomu wiedzy pielęgniarek o zasadach konstruowania i wprowadzania standardów oraz analiza czynników, które utrudniają wprowadzanie standardów do praktyki zawodowej pielęgniarek.

Materiał i metoda. Populację badanych osób stanowiło 127 pielęgniarek zatrudnionych w dwóch białostockich szpitalach. Grupa pielęgniarek została wybrana w sposób losowy. Blisko 50% były to osoby ze stażem zawodowym 11–20 lat. Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 88%, posiadało średnie wykształcenie medyczne, a tylko 8% wyższe pielęgniarstwo. Dodatkowe wykształcenie zadeklarowało 64% ankietowa-

nych. Było to głównie uzyskanie specjalizacji pielęgniarskiej (34%) i odbycie kursu kwalifikacyjnego (28%). Wśród ankietowanych zdecydowanie dominowały pielęgniarki odcinkowe (78%).

Materiał został zebrany drogą anonimowych ankiet. Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 8 pytań metryczkowych oraz 21 pytań zasadniczych.

Wyniki. W obu szpitalach, w których prowadzone były badania, funkcjonują zespoły do spraw jakości opieki medycznej, natomiast 27% respondentek nie wiedziało o istnieniu takiego zespołu. 93% respondentek wiedziało, iż w szpitalach są opracowane i wdrożone standardy pielęgniarstwa, 79% przyznało, że są one potrzebne w pracy, ale już tylko 69% ankietowanych odpowiedziało, że pracuje zgodnie z wdrożonymi standardami. Jednocześnie 27% pielęgniarek wskazało, że metodą osiągnięcia wysokiej jakości opieki może być doskonalenie zawodowe (64%) oraz postępowanie według opracowanych wzorców postępowania (27%). Ankietowane pielęgniarki stwierdziły, że praca w oparciu o standardy jest efektywniejsza (88%), ponieważ jasno są określone zasady i cele działania, 57% odpowiedziało, że standardy określają sposób i zasady postępowania nad pacjentem, 14%, że

dają więcej pracy pielęgniarkom, a tylko 9% uważało, że niczemu nie służą, a wręcz niekiedy dezorganizują pracę. Pielęgniarki swoją wiedzę o standardach uzyskują ze szkoleń zakładowych (39%), na kursach i specjalizacjach (34%), a tylko 2% przez samokształcenie. Wśród ankietowanych 48% potrafiło poprawnie zdefiniować pojęcie „standard” oraz jego poszczególne składowe. Za przyczyny utrudniające pracę w oparciu o standardy,

28% respondentek uważało „brak wiedzy o możliwości ich stosowania w praktyce”, a 34% „niechęć do akceptacji nowych zasad pracy”. Zdecydowana większość pielęgniarek (73%) deklaruowała chęć poszerzenia swojej wiedzy z zakresu konstruowania standardów pielęgniarskich. 47% ankietowanych uważało, że tworzeniem

standardów powinien zajmować się zespół pielęgniarek i innych współpracowników danej placówki. Natomiast 28% uważało, że standardy powinien tworzyć zespół ds. jakości. Wśród czynników utrudniających wdrażanie standardów do praktyki były wymieniane: „zbyt mała liczba zatrudnionych pielęgniarek” (39%), „braki w sprzęcie do pielęgnacji” (28%), „opór ze strony pracowników przyzwyczajonych do starych, wypróbowanych metod pracy” (15%).

Wnioski. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat konstruowania i wdrażania standardów pielęgniarskich jest dobry. Pielęgniarki widzą korzyści płynące z wdrażania i korzystania ze standardów, a proces wdrażania standardów dobitnie pokazuje istnienie braków sprzętowych i kadrowych w szpitalach.

Polityka zdrowotna – autorski program nauczania przedmiotu

KRZYSZTOF KRAJEWSKI-SIUDA

Z Zakładu Polityki Zdrowotnej Wydziału Zdrowia Publicznego Śląskiej Akademii Medycznej

Autor niniejszego artykułu przedstawia opracowany przez siebie program nauczania przedmiotu Polityka zdrowotna, który przewidziany jest w harmonogramie zajęć dla trzeciego roku studiów licencjackich na kierunku Zdrowie publiczne, realizowanym na Wydziale Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W artykule zaprezentowana została charakterystyka nowego przedmiotu, jakim jest Polityka zdrowotna oraz merytoryczna zawartość programu dydaktycznego tego przedmiotu; ponadto omówiono również proponowane formy dydaktyczne do wykorzystania w procesie nauczania, z których większość wciąż jest w polskich warunkach rzadko stosowana, jak przykładowo studia przypadków, bądź też jest praktycznie w ogóle nieznaną, jak ma to miejsce w przypadku debaty

oksfordzkiej czy komputerowej analizy politycznej z wykorzystaniem metody tzw. mapowania politycznego (ang. *political mapping*). Oprócz tego, w dalszej części pracy opisane zostały materiały dydaktyczne stanowiące podstawę dla poszczególnych działów merytorycznych zawartych w programie przedmiotu Polityka zdrowotna, obejmujące podręczniki, czasopisma naukowe z obszaru zdrowia publicznego oraz witryny internetowe. Ponadto zaprezentowane zostały także zakładane przez autora podstawy, na których opierać się będzie ewaluacja programu w przyszłości (anonimowe ankiety wypełniane przez studentów), jak również źródła jego powstania w kształcie, w jakim prezentowany jest w tekście, obejmujące zarówno dorobek renomowanych ośrodków naukowych, jak doświadczenia własne autora.

Profil nauczania na kierunku Zdrowie publiczne (specjalność Zdrowie publiczne) – studia licencjackie w Śląskiej Akademii Medycznej

KRZYSZTOF KRAJEWSKI-SIUDA, PIOTR ROMANIUK

Z Zakładu Polityki Zdrowotnej Wydziału Zdrowia Publicznego Śląskiej Akademii Medycznej

W ostatnim czasie, w związku z opracowaniem przez Ministerstwo Zdrowia nowych stan-

dardów nauczania na kierunku Zdrowie publiczne, zauważalna stała się dyskusja nad właściwym

kierunkiem ewolucji profilu nauczania na tym kierunku studiów. Niniejsza praca stanowi próbę opracowania charakterystyki dwóch zasadniczych kierunków możliwej ewolucji, jakie kształtują się na podstawie analizy profilu dydaktycznego obowiązującego na Wydziale Zdrowia Publicznego Śląskiej Akademii Medycznej. Zawiera ona omówienie profilu dydaktycznego obowiązującego na tym Wydziale w kontekście modyfikacji projektowanych w związku z ministerialnymi standardami, które polegają m.in. na zmianie rozłożenia akcentów pomiędzy poszczególnymi dyscyplinami, wchodzącymi w zakres nauczania na specjalności Zdrowie publiczne. Zaprezentowane zostały dotychczasowe zasady charakteryzujące się dominacją przedmiotów z zakresu epidemiologii oraz higieny środowiskowej i zdrowia środowiskowego, jak również zarys nowych za-

sad, w których wydatnemu zwiększeniu uległa liczba godzin zajęć poświęconych na przedmioty z zakresu nauk społecznych oraz ekonomicznych. W celu przeprowadzenia tej analizy użyte zostały dane dotyczące zasad kształcenia na Wydziale Zdrowia Publicznego Śląskiej Akademii Medycznej oraz informacje na temat nowych standardów nauczania opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia. W jej rezultacie wypracowane zostały wnioski, iż kierunek modyfikacji stymulowanych wytycznymi Ministerstwa Zdrowia wiąże się ze zmianą sylwetki absolwenta specjalności zdrowie publiczne. Nowy profil nauczania w większym stopniu nastawiony jest bowiem na wykształcenie profesjonalnych kadr zarządzających dla ochrony zdrowia, osadzając zdrowie publiczne w szerokim kontekście dyscyplin z zakresu nauk społecznych.

Wiedza o zdrowiu i chorobie jako efekt pracy pielęgniarki diabetologicznej

M. KRYSOŃ-SERAFIN¹, B. JANKOWIAK², E. KRAJEWSKA-KUŁAK², H. ROLKA², K. KRAJEWSKA², M. SIERAKOWSKA²

¹ Z Miejskiego Ośrodka Diabetologicznego w Białymstoku

² Z Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

Wprowadzenie. Cukrzyca jest chorobą, która ze względu na rozpowszechnienie, przewlekłość i nieuleczalność ma charakter choroby społecznej. Istnieją podstawy do przypuszczeń, że cukrzyca jest jednym z największych zagrożeń zdrowotnych, a cukrzyca typu 2 to epidemia XXI wieku.

Jednym z zasadniczych elementów terapii cukrzycy jest edukacja. Celem jej jest zapewnienie chorym jak najwyższej jakości życia oraz uczynienie ich samodzielnymi i niezależnymi oraz wyrobienie u chorych motywacji do podjęcia trudów leczenia.

Cel pracy. Celem pracy było określenie poziomu wiedzy i przygotowania pacjentów z cukrzycą do samoopieki dla potrzeb przyszłej edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę edukacyjną.

Materiał i metoda. Badaniami objęto 100 pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych w warunkach ambulatoryjnych. Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, opracowany na potrzeby badań.

Wyniki. Większość ankietowanych stanowiły kobiety (58%) oraz osoby posiadające wykształcenie średnie (44%) i zawodowe (20%). Ponad połowa respondentów (57%) to osoby utrzymujące się z emerytury lub renty. W większości były to osoby pozostające w związku małżeńskim (78%). Wśród

badanych, 96% osób zamieszkiwało w mieście, a tylko 4% na wsi. Większość respondentów wskazała, że chorowało na cukrzycę typu 2 (81%), a 13% nie wiedziało, jaki ma rodzaj choroby. Część ankietowanych (6%) wskazała, jako swój typ 1, co było odpowiedzią błędną, gdyż wszyscy respondenci to osoby z cukrzycą typu 2.

Prawidłowy poziom cukru na czczo to 60–100 mg%, tak uważało 65% badanych. Reszta osób (24%) wskazywała wartości 100–140 mg% oraz 120–180 mg% (10%), natomiast tylko 1% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie. Prawidłowe objawy hiperglikemii wymieniło 62,7% ankietowanych, ale 11% badanych nie potrafiło wskazać żadnej odpowiedzi. Natomiast objawy niedocukrzenia były znane dla 73,6%, a 17% nie znało ich. Niepokojącym faktem jest też to, że aż 31% ankietowanych nie znało przyczyn występowania hipoglikemii.

Badani wskazali w 72,3% prawidłowo na grożące powikłania cukrzycy. O konieczności badania oczu oraz kontroli cholesterolu nie wiedziało aż 37% osób. Również niepokojące było, że tylko 48% znało prawidłowe zasady związane z profilaktyką „stopy cukrzycowej”. Okazało się, że tylko 12% badanych znało pojęcie WW. Pacjenci nie potrafili prawidłowo wskazać, jaki rodzaj sportu jest dla nich wskazany (22%). Ankietowani nie

wiedzieli, co należy zrobić w przypadku nieprzewidywanego wysiłku fizycznego (20%).

Ponad połowa ankietowanych (57%) określała swoje przygotowanie do samoopieki w cukrzycy jako dobre, a doskonałe przygotowanie posiadało tylko 5% osób. Zdecydowana większość ankietowanych (91%) odpowiedziała twierdząco, że edukacja ma pozytywny wpływ na poziom samopoczucia. Najwięcej respondentów w roli edukatora widziałoby lekarza (80%), dietetyka (74%) oraz pielęgniarkę (60%). Ankietowani najchętniej korzystaliby ze szkoleń indywidualnych (74%) i grupowych (59%). Respondenci propono-

wali w 63% poszerzenie swojej wiedzy na temat zapobiegania i nasileniu objawów niedocukrzienia. Dużo osób (44%) chciało poszerzyć swoją wiedzę o powikłaniach cukrzycy, a 41% ankietowanych poznać lepiej metody leczenia.

Wyniki potwierdzają, że chorzy nie mają wystarczającej wiedzy do sprawowania samoopieki i samopielęgnacji. Na podkreślenie zasługuje jednak fakt, że żadna edukacja nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, jeśli nie będą dobrane odpowiednie metody i formy szkolenia pacjentów oraz sam chory nie będzie odczuwał potrzeby szkolenia.

Badanie satysfakcji personelu w SP Centralnym Szpitalu Klinicznym ŚAM w Katowicach

JERZY L. KURKOWSKI, ELŻBIETA NIEROBA

Z Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Cel pracy. Najważniejszym elementem każdej organizacji są ludzie, stanowią oni najcenniejszy kapitał, który należy systematycznie rozwijać i inspirować. Jakość pracy personelu Szpitala jest sprawą kluczową, ma bezpośredni wpływ na zdrowie, życie i samopoczucie osób korzystających z tych usług.

Regularne prowadzenie badań satysfakcji pracowników pozwala zrozumieć czynniki wpływające na zmianę satysfakcji własnych pracowników, zidentyfikować słabe i mocne strony w obszarze zarządzania personelem, poprawić komunikację wewnętrzną, zrozumieć motywacje pracowników, efektywnie planować rozwój kariery pracowniczych.

Celem przeprowadzonego w Szpitalu badania było poznanie opinii pracowników na tematy dotyczące: relacji społecznych i służbowych (nastawienie na współpracę z przełożonymi, podwładnymi, współpracownikami, lekarzami, pielęgniarkami, pracownikami administracyjnymi oraz pracownikami gospodarczymi, komunikacja interpersonalna, jasność zakresu obowiązków, jednoznaczność poleceń, mobbing, sytuacje konfliktowe), warunków pracy (ergonomia stanowiska pracy, wyposażenie miejsca pracy), rozwoju zawodowego (możliwość wykorzystania posiadanych umiejętności i kwalifikacji, zaspokojenie ambicji zawodowych pracowników, system wynagrodzeń), identyfikacji ze Szpitalem (opinie na temat posiadanych certyfikatów jakości, Gazety Szpitalnej, imprez integracyjnych oraz przeprowadzanych badań).

Materiał i metody. W badaniu posłużono się kwestionariuszem ankiety opracowanym specjal-

nie do przeprowadzenia tych badań, składających się z 42 pytań zamkniętych. W badaniu przyjęto zasadę anonimowości. Nie znajdowały się w nim nie tylko pytania o dane personalne, ale także żadne inne mogące wskazać konkretną osobę udzielającą odpowiedzi.

Ankiety otrzymali wszyscy pracownicy Szpitala. Uczestnictwo w badaniu było całkowicie dobrowolne. Wypełnione ankiety pacjenci wrzucali do oznaczonych skrzynek przy wyjściu głównym albo przy wyjściu z Ogólnej Izby Przyjęć lub Ginekologicznej Izby Przyjęć. Z możliwości wypowiedzenia swojej opinii na temat pracy w Szpitalu skorzystało 34% pracowników.

Wyniki. Z badań wynika, że pracownicy Szpitala współpracę z przełożonymi oceniają dobrze lub raczej dobrze. Ponad 1/3 pracowników Szpitala oceniła współpracę z grupą zawodową lekarzy bardzo pozytywnie. Współpraca z grupą zawodową pielęgniarek została oceniona najwyżej przez wszystkich pracowników Szpitala.

Ponad 90% pracowników Szpitala jest świadoma oczekiwań pracodawcy wobec siebie, a zdecydowana większość zna swój zakres obowiązków. Jest to bardzo dobry wynik. Jeżeli pracownik nie ma jasno wytyczonego celu w pracy, którą wykonuje, to nie może w pełni rozwijać swoich zdolności i kształcić umiejętności niezbędnych do lepszego jej wykonywania.

Wielu pracowników po wyjściu z pracy czuje się wyczerpanych czy rozbitych psychicznie. Dotyczy to w o wiele większym stopniu personelu działalności podstawowej niż pracowników technicznych, ekonomicznych i administracyjnych. Z pewnością wpływ na to ma zbyt mała liczba

personelu na dyżurach oraz specyfika pracy, często przebiegająca w trudnych warunkach – odpowiedzialność za drugiego człowieka, długotrwałe napięcie emocjonalne wynikające z ciągłego kontaktu z bólem, lękiem i ze śmiercią.

Nieodłączną częścią stosunków międzyludzkich są konflikty. Konflikty w przedsiębiorstwie są nieuniknione, są naturalną konsekwencją różnicowania ludzkich postaw, posiadanej wiedzy i doświadczenia. Uważa się nawet, że brak konfliktów może świadczyć o zaniku kontaktów interpersonalnych. Sprawnie zarządzany konflikt może przynieść wiele korzyści. Przede wszystkim konflikty ujawniają problemy, których wcześniej kierownictwo nie dostrzegało. 78% respondentów stwierdziło, że w ich otoczeniu występują konflikty. W największej mierze problem ten dotyczy grupy zawodowej lekarzy, gdzie występują one przynajmniej raz na tydzień. Są to konflikty jawne i w 80% dotyczą spraw służbowych. Według personelu Szpitala najczęstszym powodem wybuchu konfliktów jest różnica zdań. W sytuacji konfliktowej respondenci dążą do porozumienia, otwarcie przedstawiają swoje stanowisko oraz poszukują rozwiązań zaistniałej sytuacji.

W zarządzaniu organizacjami jedną z podstawowych funkcji jest motywowanie, które bezpośrednio i celowo kształtuje więzi pracodawców z podwładnymi. Pomiędzy wzrostem zarobków stałych i wyższymi premiami a innymi czynnikami motywującymi występuje znaczna rozpiętość procentowa w odpowiedziach wśród wszystkich grup zawodowych. Poza tymi dwoma przykładami w prezentowanych opiniach występują różnice w doborze, jak i hierarchii czynników motywujących wskazywanych przez pracowników. W przypadku lekarzy przede wszystkim są to takie motywy jak awans i udział w szkoleniach. W grupie zawodowej pielęgniarek i położnych oraz pozostałego personelu działalność podstawowej hierarchii wskazywanych cech jest odmienna. Najmniej znaczącym elementem w zakresie motywacji wskazanym przez pielęgniarki jest awans, natomiast najważniejszym motywatorem jest możliwość uczestniczenia w szko-

leniach, a w następnej kolejności uznanie kierownictwa oraz możliwość podejmowania decyzji.

Praca w Szpitalu jest interesująca, szczególnie w oczach lekarzy. Połowa pracowników uważa, że praca przynosi im poczucie wagi spełnianych obowiązków. 60% pracowników czuje się doceniona przez przełożonych. Ponad 70% pracowników dalszą karierę zawodową wiąże ze szpitalem. Praca zaspokaja ambicje zawodowe 60% pielęgniarek i położnych oraz co trzeciego lekarza, a dla 60% pracowników jest źródłem satysfakcji zawodowej.

Występuje wyraźna identyfikacja ze Szpitalem. Zdecydowana większość pracowników odczuwa satysfakcję, że Szpital, w którym pracują świadczy usługi na najwyższym poziomie, co zostało potwierdzone certyfikatem akredytacyjnym oraz certyfikatami ISO 9001:2000 i 14001:1998. Starania o uzyskanie i utrzymanie certyfikatów jakości są według pracowników słuszne. „Gazetę Szpitalną” czyta 90% pracowników, w tym 95% pielęgniarek oraz 74% lekarzy. Blisko 80% respondentów widzi sens w przeprowadzaniu badań satysfakcji personelu.

Wnioski: Konieczne jest podjęcie działań zmierzających do zmiany czynników, z których personel jest niezadowolony. Pracownicy muszą mieć pewność, że ich zdanie zostało wzięte pod uwagę, a kierownictwo potraktowało ich opinie poważnie. Raz zawiedzione zaufanie pracowników nie pozwoli na ponowne poważne potraktowanie tego typu zadań. Porównanie wyników badań z kolejnych lat umożliwi stwierdzenie, czy podejmowane działania odnoszą rezultaty. Przedsiębiorstwo może wykorzystać cały potencjał wiedzy pracowników tylko wtedy, gdy rozumiane są ich potrzeby, motywacje, oczekiwania. Personel stanowi najsilniejszy punkt w komunikacji między instytucją a otoczeniem – szczególnie jeżeli są to pacjenci. Piękny budynek, nowoczesny sprzęt nie zdadzą się na nic, jeżeli personel nie będzie czuł więzi z instytucją i dobrze jej reprezentował.

Wyniki z badań są na bieżąco publikowane w „Gazecie Szpitalnej”, miesięczniku wydawanym przez SP CSK.

Badanie satysfakcji pacjentów w SP Centralnym Szpitalu Klinicznym ŚAM w Katowicach

JERZY L. KURKOWSKI, ELŻBIETA NIEROBA

Z Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Cel pracy. Badanie satysfakcji pacjentów jest badaniem jakości usług zdrowotnych w celu jej poprawy. Satysfakcja pacjentów to miara spełnie-

nia oczekiwań osoby leczonej. W pomiarze tym głównym celem jest kompleksowe badanie nad komponentami samopoczucia, kondycji psycho-

fizycznej, zadowolenia lub jego braku z opieki zdrowotnej¹. Skale satysfakcji pacjenta służą określeniu oczekiwań, potrzeb dotyczących opieki medycznej, ocenie doświadczeń wyniesionych z kontaktów ze służbą zdrowia.

Materiał i metody. W badaniu posłużono się arkuszem ankiety składającym się z 49 pytań badających następujące zmienne: ocena przyjęcia do szpitala, ocena pobytu w oddziale, ocena lekarza prowadzącego, ocena opieki pielęgniarskiej, informacja na temat procesu leczenia oraz ocena ogólna pobytu w szpitalu. Badaniu zostali poddani wszyscy pacjenci wypisani ze szpitala w okresie jednego miesiąca. Ankiety przekazywane były pacjentom przy wypisie przez sekretarki medyczne. Wielkość próby do badania ustalono na podstawie liczby hospitalowanych za miesiąc kwiecień 2003 roku; dane te otrzymano z Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej. Badaniom nie zostali poddani pacjenci z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz z Kliniki Neonatologii. Wypełnione ankiety pacjenci wrzucali do oznaczonych skrzynek przy wyjściu głównym albo przy wyjściu z Ogólnej Izby Przyjęć lub Ginekologicznej Izby Przyjęć.

Wyniki. W razie choroby większość ludzi oczekuje fachowej pomocy medycznej w szpitalu. Z jednej strony pobyt w szpitalu daje choremu poczucie bezpieczeństwa, że znajduje się w środowisku lekarzy specjalistów². Z drugiej zaś jest miejscem, które stanowi dla pacjenta dodatkowy stres związany ze znalezieniem się w nowym środowisku, izolacją od rodziny, przebywaniem wśród innych chorych, koniecznością poddania się dyscyplinie życia codziennego w szpitalu. Szczęólnego znaczenia nabiera umiejętne zorganizowanie życia szpitalnego, w taki sposób, aby zminimalizować stres związany z pobytem w szpitalu. Często szpital musi zastąpić człowiekowi choremu dom rodzinny, a lekarz i pielęgniarka najbliższych, których szczególnie brak chory odczuwa³. Pacjenci naszego Szpitala ocenili życzliwość lekarzy i pielęgniarek bardzo wysoko (blisko 75% wskazało odpowiedzi „bardzo dobrze” lub „dobrze” przy ocenie życzliwości lekarza w Izbie Przyjęć, a lekarza prowadzącego pozytywnie oceniło 89% respondentów; życzliwość pielęgniarek oceniono odpowiednio na poziomie 88 i 87%). Jedna z pacjentek napisała „Byłam otoczona wielką życzliwością pielęgniarek i lekarzy, za co jestem im bardzo wdzięczna”. W razie potrzeby w trakcie pobytu w Szpitalu

można skorzystać także z pomocy psychologicznej lub porady duszpasterskiej.

Szpital powinien być utożsamiany w świadomości pacjentów jako ośrodek informacyjny w zakresie zdrowia i zachowań z nim związanych. Lekarze stanowią pierwsze i podstawowe źródło informacji zdrowotnych na temat choroby. Umiejętność lekarza nawiązania kontaktu z pacjentem, umiejętność słuchania go, podawania we właściwy sposób informacji o stanie zdrowia, proponowanym sposobie postępowania terapeutycznego, szansach wyleczenia i rokowaniach na przyszłość wywoływać mogą u chorego określone postawy i zachowania wobec własnej choroby i proponowanego leczenia. Postawa lekarza wobec chorego wpłynąć może na sposób jego zachowania, np. na stopień jego otwartości w rozmowie z lekarzem, przekazywanie potrzebnych informacji o sobie lub przeżyciach mogących rzutować na stan zdrowia⁴. Pacjent w naszym Szpitalu traktowany jest po partnersku, ma możliwość przedyskutowania z lekarzem swej choroby, jak i sposobu leczenia. W ankiecie jeden z pacjentów zaznaczył, że *miał okazję przeprowadzić bardzo swobodną i wyczerpującą rozmowę z lekarzem na temat swojej choroby*. 73% pacjentów jest zadowolonych z ilości, a 85% ze sposobu przekazywania im informacji na temat choroby przez lekarzy. W czasie pobytu w Szpitalu pacjenci są informowani jak postępować, aby nie nastąpił nawrót choroby oraz gdzie kontynuować leczenie.

Ponad 80% respondentów pobyt w Szpitalu ocenia „bardzo dobrze” lub „dobrze”. 82% pacjentów poleciłoby SP CSK swojej rodzinie i znajomym szczególnie z powodu kompetentnego i życzliwego personelu, wspaniałej opieki, miłej atmosfery. Respondenci zadowoleni byli również z możliwości przeprowadzenia wielu specjalistycznych badań i zabiegów.

Wnioski. Zmieniły się oczekiwania i potrzeby pacjentów w zakresie usług medycznych. Współczesny pacjent bardzo często posiada wiedzę na temat różnych chorób. Dużą rolę w tym zakresie odgrywają środki masowego przekazu, które wpływają na kształtowanie się postaw i zachowań zdrowotnych społeczeństwa⁵. Udowodniono, że opieka medyczna, która nie satysfakcjonuje pacjenta, jest mniej efektywna, częstą konsekwencją tego zjawiska jest łamanie przez pacjenta jego obowiązków, np. niestosowanie się do zaleceń i wskazówek terapeutycznych⁶. Do-

¹ Cyt. za Maciąg R. Pomiar i metoda badań satysfakcji pacjenta. *Szpital Polski* 2001; 2: VIII-IX.

² Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy zawodów medycznych*, s. 90.

³ Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, s. 15.

⁴ Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, s. 13.

⁵ Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, s. 15.

⁶ Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy zawodów medycznych*, s. 68.

wodzą tego na przykład badania przeprowadzone przez Instytut Badania Rynku i Opinii Estymator na zlecenie Reader's Digest, z których wynika, iż Polacy nie są dobrymi pacjentami: nie dbają o swoje zdrowie, leczą się sami lub nie biorą zapisanym im leków⁷.

Przeprowadzone już po raz piąty w SP CSK „Badanie satysfakcji pacjentów” udowodniło wysoką jakość świadczonych przez nas usług,

świadczą o tym nie tylko wyniki badania ankietowego, ale także liczne podziękowania od pacjentów w formie pisemnej. Jednakże każde badanie jest dla nas impulsem do podjęcia działań usprawniających, mając na uwadze sugestie zgłoszone przez pacjentów w ankietach.

Wyniki z badań są na bieżąco publikowane w „Gazecie Szpitalnej”, miesięczniku wydawanym przez SP CSK.

Przepraszam! – Jak tu uczyć pierwszej pomocy?

TOMASZ KUTYCKI

Z Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Cel pracy. Celem pracy jest ocena stopnia gotowości lokalnej społeczności do udzielania pierwszej pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia oraz zaprezentowanie przewodnika do tworzenia programów promocji zdrowia, ukierunkowanych na kształtowanie umiejętności z zakresu pierwszej pomocy.

Materiał i metody. W celu oceny gotowości lokalnej społeczności do udzielania pierwszej pomocy posłużono się specjalnie do tej oceny skonstruowaną anonimową ankietą przeprowadzoną wśród 367 losowo wybranych mieszkańców miasta Wrocławia w wieku powyżej lat szesnastu, której wyniki poddano analizie statystycznej oraz eksperymentem dydaktycznym przeprowadzonym na nauczycielach Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Nieśłyszących we Wrocławiu, polegającym na ocenie skuteczności poszczególnych metod nauczania aktywizującego oraz gotowości osób dorosłych do brania udziału w zajęciach interaktywnych w ramach szkolenia z pierwszej pomocy.

Wyniki. Badaną populację z obszaru miasta Wrocławia można określić jako grupę chcącą udzielać pomocy osobom jej potrzebującym, ale nieprzygotowaną do tego typu zadań merytorycznie. Ponad 70% ankietowanych uważa, że każdy

powinien przejść kurs pierwszej pomocy, ponad 80% badanych deklaruje chęć uczestniczenia w takim kursie, ale jedynie 11% badanych uczestniczyło już w kursie pierwszej pomocy. Tylko 20% osób uczestniczących już w kursie uważa, że potrafi udzielić pierwszej pomocy. Oceniając eksperyment dydaktyczny, otrzymaliśmy przewidziane przez nas wyniki. Grupa, w której prowadzone były zajęcia metodą wykładów, osiągała w teście końcowym średnio 14 punktów na 40 możliwych do uzyskania, grupa porównawcza, w której prowadzono zajęcia metodami aktywizującymi (studium przypadku, burza mózgów, ćwiczenia interaktywne z zastosowaniem pozoracji, grupy problemowe), osiągała w tym samym teście średnio 31 punktów.

Wnioski. W dobie rosnącej liczby konfliktów zbrojnych i zagrożenia terroryzmem, wyposażenie naszego społeczeństwa w wiedzę i umiejętności niezbędne do przeżycia w zderzeniu z sytuacjami nadzwyczajnymi stało się koniecznością. Wnioski z naszych badań są następujące: 1) przygotowanie naszej lokalnej społeczności do udzielania pierwszej pomocy można określić jako niewystarczające, 2) widzimy konieczność zorganizowania szeroko zakrojonej akcji propagującej kształcenie z zakresu pierwszej pomocy na obszarze miasta Wrocławia, 3) w celu podniesienia skuteczności kształcenia konieczna jest zamiana modelu nauczania, w którym proces biernego odbioru zostanie zastąpiony konstruktywnym badaniem.

⁷ Reader's Digest Przegląd, edycja polska, kwiecień 2004.

Pospolity zmienny niedobór odporności (CVID) – pierwotny niedobór odporności. Choroba dzieci i dorosłych

ALEKSANDRA LEWANDOWICZ-USZYŃSKA

Z Katedry Propedeutyki Pediatrii Kliniki Immunologii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Cel pracy. Celem pracy było przypomnienie, że pierwotne niedobory odporności to nie tylko problem w pediatrii.

Materiał i metody. Pospolity zmienny niedobór odporności (Common Variable Immunodeficiency – CVID) należy do najczęściej występujących pierwotnych niedoborów odporności. Cechą charakterystyczną stwierdzaną u wszystkich pacjentów jest:

- niedobór dwóch głównych klas immunoglobulin w surowicy (stężenie określonej Ig w surowicy jest poniżej 2 SD dla wieku),
- brak izohemaglutynin i/lub osłabiona odpowiedź poszczepienna (np. po szczepieniu anatoksyną tężcową),
- początek choroby po 2 r.ż.

Schorzenie występuje u obu płci. Pierwsze objawy chorobowe w postaci nawracających zakażeń mogą pojawić się po 2 r.ż., w okresie dojrzewania lub u osób dorosłych, najczęściej między 20 a 30 r.ż.

Charakterystyczne są zakażenia uszu, zatok, oskrzeli i płuc o nawrotowym charakterze, prowadzące do rozwoju zespołu zatokowo-oskrzelowego. Występują także uporczywe zakażenia *Giardia lamblia*, połączone z zespołami złego wchłaniania tłuszczów i niektórych cukrów. U niektórych chorych rozwija się zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka prowadzące do rozwoju achlorydii i niedokrwistości megaloblastycznej. W ścianie jelita dochodzi do rozwoju procesów limfoproliferacyjnych (nodular lymphoid hyperplasia). CVID często współistnieje z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego zdecydowanie częściej niż w zwykłej populacji występuje rak jelita grubego i żołąd-

ka. Zapalenia stawów mogą być pierwszą kliniczną manifestacją CVID. U części pacjentów występują septyczne zapalenia stawów wywołane najczęściej przez *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis* oraz *Ureaplasma urealiticum*. CVID predysponuje do występowania schorzeń o podłożu autoimmunologicznych, takich jak: toczeń układowy, zapalenie wielomięśniowe, twardzina, zespół Sjögrena czy rzs.

Ze względu na stwierdzone u chorych z CVID różne nieprawidłowości immunologiczne wyodrębniono następujące postacie CVID:

1. Brak limfocytów B (postać trudna do różnicowania z agammaglobulinemią Brutona).
2. Zmniejszona liczba limfocytów B, które nie produkują IgG ani IgM.
3. Limfocyty B – obecne, zdolne do syntezy IgM, ale synteza IgG – zaburzona.
4. Prawidłowa liczba limfocytów B syntetyzujących IgG i IgM, ale upośledzona synteza swoich przeciwciał.

Podstawowym postępowaniem terapeutycznym jest substytucja dożylnymi preparatami immunoglobulin (IVIg) w odstępach 3–4 tygodni. Pacjenci z CVID często wymagają podawania antybiotyków, leków przeciwgrzybiczych, przeciwzapalnych.

Wnioski: Nawracające zakażenia mogą być typowe nie tylko dla dzieci. Pamiętając o tym, u osób dorosłych z nawracającymi zakażeniami dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, układu moczowego, często z towarzyszącymi chorobami o podłożu autoimmunologicznym należy przeprowadzić specjalistyczną diagnostykę pozwalającą potwierdzić lub wykluczyć pospolity zmienny niedobór odporności.

Funkcje działań edukacyjnych w radzeniu sobie z chorobą jako krytycznym wydarzeniem życiowym

JERZY LIPOWCZYK, RENATA CHODAK

Z Zakładu Pedagogiki Zdrowia Akademii Medycznej we Wrocławiu

Każdy człowiek choćby raz w życiu doświadcza osobiście choroby lub styka się z nią w obliczu zachorowania osób mu bliskich. Zjawisko

choroby w przebiegu ludzkiego życia zmusza jednostkę do wprowadzenia zmian, które ułatwią jej zdrowienie. W przypadku lekkiego zachoro-

wania są to zwykle zmiany, które tylko chwilowo zaburzą normalny tok życia człowieka. Inny wpływ na przebieg jednostkowej biografii wywiera wystąpienie ciężkiego, przewlekłego czy okaleczającego schorzenia, przybierającego postać krytycznego wydarzenia życiowego.

Choroba tak rozumiana wymaga podjęcia działań leczniczych, lecz także działań poznawczych i przystosowawczych do nowej sytuacji zdrowotnej. Chory człowiek często nie jest w stanie poradzić sobie sam w obliczu narastających, trudnych i wieloaspektowych przemian życiowych. Podjęcie w tej sytuacji działań wyłącznie medycznych, bez wsparcia chorego szeroko rozumianą pomocą, w tym psychologiczną i społeczną, może nasilać stan zaburzeń psychofizycznych.

Istotnym składnikiem tej pomocy jest edukacja zdrowotna: motywująca do aktywności i wprowadzania zmian sprzyjających zdrowieniu, umożliwiająca zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych w procesie adaptacji do nowej sytuacji zdrowotnej.

Z racji wykonywanej profesji i przypisanych jej funkcji zawodowych, grupą zawodową szczególnie powołaną do podejmowania działań edukacyjnych na rzecz chorego i jego rodziny są pielęgniarki, a zwłaszcza pielęgniarki zatrudnione na oddziałach chirurgicznych. Pacjenci oddziałów chirurgicznych często stają w obliczu choroby jako krytycznego wydarzenia życiowego. Fakt ten wywiera również znaczący wpływ na życie ich bliskich.

W tym kontekście za ważne uznaliśmy pytanie o funkcje rzeczywiste działań edukacyjnych podejmowanych przez pielęgniarki zatrudnione w tych oddziałach.

Do udzielenia odpowiedzi na to pytanie wykorzystujemy materiał obserwacyjny oraz dane zebrane za pomocą ankiety i wywiadu na dwóch oddziałach chirurgicznych specjalistycznego szpitala miejskiego. Stanowi on część wyników szerszych badań prowadzonych w Zakładzie Pedagogiki Zdrowia Akademii Medycznej na temat przygotowania pielęgniarek do prowadzenia działań edukacyjnych w różnych obszarach zdrowia.

Charakterystyka socjodemograficzna chorych wraz z przyczynami podjęcia leczenia w poradni opieki paliatywnej na przykładzie chorych leczonych w poradni opieki paliatywnej

KRZYSZTOF OPOZDA, EDWIN ANIELAK, MARCIN ZIÓLKOWSKI
Z Zakładu Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Cel pracy. Celem pracy było dokonanie charakterystyki socjodemograficznej chorych leczonych w poradni opieki paliatywnej oraz określenie przyczyn objęcia opieką chorych w Poradni Opieki Paliatywnej (POP) przy Domu Sue Ryder w Bydgoszczy.

Materiał i metoda. Badania metodą analizy dokumentacji 100 losowo wybranych historii chorób pacjentów objętych opieką paliatywną przeprowadzono w 2001 r. Byli to pacjenci leczeni w roku 2000 w Poradni Opieki Paliatywnej przy Domu Sue Ryder w Bydgoszczy.

Wyniki. Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby podejmujące leczenie w POP to w 57% przypadków kobiety (średnia wieku 67,4 lat). W związku małżeńskim pozostawało 43,9% kobiet, owdowiały było 38,7%, w stanie wolnym 14% kobiet, osoby rozwiedzione stanowiły 1,7%, w separacji pozostawało również 1,7% badanych kobiet. Mężczyźni stanowili 43% chorych zgłoszonych do POP (średnia wieku 65,5 lat). Ustalono, że

76,8% mężczyzn było żonatych, wdowcy stanowili 13,9%, mężczyźni stanu wolnego 9,3% analizowanej grupy. Mieszkańcy miast stanowili 79% badanej populacji, natomiast 21% osób pochodziło z terenów wiejskich. Podstawową przyczyną przyjęcia chorych do POP był najczęściej ból występujący u 46% osób, 37% pacjentów było przyjętych ze wskazań pielęgnacyjnych oraz socjalnych (28%). Stwierdzono, że najczęstszym rozpoznaniem chorobowym u kobiet był rak szyjki macicy (12,3%), natomiast u 10,5% osób rozpoznano raka piersi. U 34,9% mężczyzn podstawową przyczyną zgłoszenia się do poradni był rak płuc, rak prostaty stanowił 11,6% i rak mózgu 7% przypadków. Czas leczenia pacjentów w POP wynosił średnio 25 dni.

Wnioski. 1. Pacjentami Poradni Opieki Paliatywnej przy Domu Sue Ryder w Bydgoszczy były przeważnie kobiety w wieku powyżej 66 roku życia, mieszkające w mieście i pozostające w związku małżeńskim. 2. Główną przyczyną podjęcia leczenia w POP był ból nowotworowy.

Charakterystyka socjodemograficzna chorych wraz z przyczynami podjęcia leczenia na stacjonarnym oddziale opieki paliatywnej w Domu Sue Ryder w Bydgoszczy

KRZYSZTOF OPOZDA, EDWIN ANIELAK, MARCIN ZIÓŁKOWSKI
Z Zakładu Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Celem pracy było dokonanie charakterystyki socjodemograficznej chorych leczonych stacjonarnie oraz ustalenie przyczyn podjęcia leczenia na Oddziale Opieki Paliatywnej w Domu Sue Ryder w Bydgoszczy.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w 2001 roku na podstawie analizy dokumentacji losowo wybranej 100-osobowej grupy chorych leczonych w Oddziale Opieki Paliatywnej z zastosowaniem opracowanego w tym celu arkusza danych socjodemograficznych.

Wyniki. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że 83% hospitalizowanych pacjentów ukończyło 50 rok życia. Kobiety stanowiły 57% osób leczonych paliatywnie, a związku małżeńskim pozostawało 48% osób. Spośród badanej grupy 37% osób posiadała wykształcenie

podstawowe, natomiast 20% wyższe. Pacjenci w 65% przypadków mieszkali z rodziną, 34% osób samotnie, a jedna osoba była bezdomna. Zdecydowana większość, bo 87% chorych, utrzymywała się z renty/emerytury. Na podstawie analizy rozpoznań klinicznych stwierdzono, że 75% osób chorowało na schorzenia nowotworowe, a pozostałe podjęły leczenie w hospicjum z powodu progresji innej choroby przewlekłej.

Wnioski. 1. Znaczna większość chorych hospitalizowanych w Oddziale Opieki Paliatywnej to osoby po 50 roku życia. 2. U 75% badanej populacji pacjentów stwierdzono schorzenia nowotworowe. 3. Dla ponad połowy chorych objawy bólowe były główną przyczyną podjęcia leczenia w hospicjum.

Przypadkowe zakłucia igłą w środowisku dziecięcym

JOANNA OWOC-LEMPACH, MONIKA MORDAK, LESZEK SZENBORN, JOLANTA KLINOWSKA,
IRMA KACPRZAK-BERGMAN
Z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Dzieci Akademii Medycznej we Wrocławiu

W ostatnim czasie wzrosła liczba dzieci, które zakłuły się przypadkowo znalezione igłą, która mogła zostać porzucona przez narkomana. Ekspozycja taka stwarza ryzyko zakażenia się wirusami, przede wszystkim zapalenia wątroby B (HBV) i C (HCV) oraz wirusem HIV.

Materiał i metody. Analizie poddano historie chorób 33 dzieci: 13 dziewczynek i 20 chłopców w wieku od 4 do 19 lat, hospitalizowanych od czerwca 1999 do marca 2004 r. w Klinice Chorób Zakaźnych Dzieci AM we Wrocławiu. Przeprowadzono również osobiste i telefoniczne rozmowy z rodzicami dzieci po zakończeniu 6-miesięcznej obserwacji.

Cel pracy. Celem pracy była ocena postępowania lekarza pierwszego kontaktu, zbadanie wiedzy rodziców o zagrożeniach wynikających z zakłucia się skażoną igłą, stosowanie się do zaleceń lekarskich, poznanie problemów związa-

nych z reakcjami emocjonalnymi i koniecznością profilaktycznego leczenia.

Wyniki. 1. W 18 z 33 przypadków do zakłucia doszło podczas zabawy poza domem. W 3 przypadkach dzieci zostały „napadnięte” i zakłute przez osoby trzecie. W 7 z 33 przypadków ranę zdezynfekowano, 9 dzieci udało się tego samego dnia do lekarza, 13 w drugim dniu, 5 od 3 do 6 dnia, a 2 dopiero w 3 i 6 tygodniu od zdarzenia. Lekarze pierwszego kontaktu zlecali zaopatrzenie rany, podanie anatoksyny przeciwężkowej oraz kierowali dziecko do Kliniki Chorób Zakaźnych. 2. U wszystkich dzieci w pierwszym dniu hospitalizacji wykonano badania na obecność przeciwciał i antygenów (HBs Ag, anty-HCV, anty-HIV) – u wszystkich wyniki były ujemne. Wdrożono profilaktykę poekspozycyjną p-WZW B. 11 niezaszczepionym dzieciom podano globulinę anty-HBs i rozpoczęto szczepienie w schemacie 0,1,6.

U 20 z 33 dzieci wdrożono 28-dniową terapię antyretrowirusową. Dwoje dzieci nie otrzymało profilaktyki, pomimo zalecenia, z powodu braku środków na zakup leku albo strachu przed możliwymi objawami ubocznymi. 11 dzieci nie zakwalifikowano do profilaktyki. 3. Do maja 2002 r. koszty leczenia pokrywali rodzice (9 przypadków). Średni koszt terapii wyniósł 2 tys. zł. W 3 przypadkach leki pochodziły z darów. W 2 przypadkach rodzice bezskutecznie starali się o refundację kosztów leczenia. Od maja 2002 r. Ministerstwo Zdrowia refunduje całkowicie koszty profilaktycznego leczenia antyretrowirusowego u dzieci. 4. U żadnego z dzieci nie doszło do zakażenia wirusami HBV, HIV i HCV.

Wnioski. 1. Lekarze pierwszego kontaktu nie są dostatecznie przygotowani do udzielenia pomocy i informacji poszkodowanym dzieciom, zbyt często niepotrzebnie podaje się anatoksynę przeciwtężcową. 2. Wiedza rodziców o drogach zakażenia się wirusem HIV jest duża, ale nie byli świadomi możliwości zakażenia dzieci wirusami zapalenia wątroby B i C. Rodzice powinni być dokładnie informowani o możliwych skutkach ubocznych stosowanych leków, aby samowolnie nie przerywali leczenia. 3. Należy prowadzić działania oświatowe przestrzegające dzieci przed zabawą przypadkowo znalezionymi igłami i strzykawkami.

Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia zawodowego pielęgniarek

DOROTA PATYŃSKA¹, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA²

¹ Z Kolegium Karkonoskiego w Jeleniej Górze, Instytutu Edukacji Medycznej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej

² Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wstęp. Ostatnie lata przyniosły wyraźny wzrost zainteresowania problematyką wypalenia zawodowego w obszarze zdrowia psychicznego pielęgniarek. Jednym z wielu czynników wpływających na ten stan są warunki związane z wykonywaniem przez nie pracy zawodowej [5].

W zawodzie pielęgniarki nadrzędnym celem jest działanie na rzecz drugiej osoby. Podkreśla się fakt, że pielęgniarka nie może ograniczyć się jedynie do pielęgnowania pacjenta, ale oczekuje się od niej wrażliwości na potrzeby ludzkie oraz spostrzegania i rozumienia ich problemów [6, 9]. Niekorzystne sytuacje w pracy implikują niewłaściwe postawy wobec pracy i obowiązków służbowych, których krańcowym wyrazem są różne zjawiska patologiczne, charakteryzujące się naruszeniem norm prawnych i obyczajowych, załamaniem etosu pracy, hamowaniem wyższej efektywności pracy i kreatywności pracownika [1, 5, 7].

Z wielu względów praca pielęgniarek wiąże się z nadmiernym obciążeniem negatywnym stresem, a niemożność poradzenia sobie z nim doprowadza do zespołu wypalenia zawodowego (burn-out-syndrom).

Christin Maslach ujmuje wypalenie zawodowe jako emocjonalne wyczerpanie obejmujące negatywne nastawienie do pracy, utratę zadowolenia z wykonywanych zadań, poczucie braku

osiągnięć osobistych oraz negatywną samoocenę prowadzącą do depersonalizacji [7].

Wśród czynników przyczyniających się do zespołu wypalenia zawodowego pielęgniarek, Christin Maslach wyodrębniła czynniki środowiskowe, w których zawarła cechy związane z treścią pracy, organizacją pracy, cechy wynikające z interakcji z ludźmi, cechy psychologiczne, a w nich głównie cechy osobowościowe [7].

Zespół wypalenia nie jest procesem nagłym, postępuje powoli i stopniowo, a w swoim rozwoju przechodzi trzy fazy, które pojawiają się w określonej kolejności, ale zdarza się rozpoznawanie kilku z nich jednocześnie [2]. Według Christin Maslach, jako pierwsza pojawia się faza wyczerpania emocjonalnego, która następnie przekształca się w fazę depersonalizacji i prowadzi do ostatniej fazy zwanej obniżeniem samooceny.

Badania dowodzą, że nie ma różnic w częstotliwości wypalenia zawodowego między kobietami i mężczyznami, ale dowiedziono, że kobiety prędzej znajdują wsparcie, kiedy zostaną dotknięte tym zjawiskiem. Pierwsze objawy pojawiają się wtedy, kiedy osoby trudniące się pomaganiem mają uzasadnione żądania zmiany charakteru pracy, nie mając na to bezpośredniego wpływu. W 1987 roku grupa psychologów badająca zjawisko wypalenia zawodowego przedsta-

wiła listę sygnałów ostrzegawczych u osób trudniących się pomaganiem innym ludziom, a do najważniejszych zaliczyła:

- niechęć towarzyszącą wychodzeniu do pracy,
- brak chęci do pracy bądź przepracowanie,
- poczucie izolacji od świata,
- poirytowanie, negacja, drażliwość i brak cierpliwości.

Charakterystyczne jest również utrzymywanie się negatywnych postaw i pesymistycznych myśli [2, 4, 8].

Bardzo ważna jest umiejętność prawidłowego różnicowania przejawów wypalenia zawodowego, gdyż niektóre objawy są niesłusznie diagnozowane jako wypalenie zawodowe, a w rzeczywistości są problemami natury prywatnej [4, 7].

W warunkach polskich zespół wypalenia zawodowego najczęściej występuje wśród pielęgniarek trzech specjalności: psychiatrii, onkologii oraz intensywnej terapii. Pielęgniarki te często wbrew własnej woli zatracają autentyczną troskę o człowieka chorego [5].

Cel pracy. Celem pracy było określenie występowania objawów zespołu wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek bloku operacyjnego w oparciu o ich subiektywne odczucia. Charakter pracy tej grupy pielęgniarek jest diametralnie inny niż pielęgniarek w pozostałych oddziałach.

Do osiągnięcia założonego celu konieczne było zbadanie osobowościowych predyspozycji do występowania tego zjawiska, reakcji na czynniki sytuacyjne w miejscu pracy, znaczenia czynnika czasu dla rozwoju syndromu na podstawie różnic w funkcjonowaniu zawodowym oraz występowania objawów typowych dla zespołu wypalenia zawodowego.

Materiał i metoda. Przedmiotem badań przeprowadzonych na przełomie stycznia i lutego 2004 roku była grupa 50 pielęgniarek bloku operacyjnego, zatrudnionych w Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze. Stanowiła ona grupę jednorodną pod względem płci, ale zróżnicowaną pod względem wieku, stażu i charakteru pracy. Badaną populację podzielono na dwie grupy, a kryterium kwalifikacyjne stanowił staż i charakter wykonywanej pracy. Do realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zrealizowanego za pomocą anonimowej ankiety składającej się z 21 pytań zamkniętych.

W postępowaniu badawczym wyodrębniono dwie grupy. W grupie pierwszej znalazły się pielęgniarki anestezyjologiczne i operacyjne pracujące nie dłużej niż 10 lat, a w drugiej grupie pielęgniarki anestezyjologiczne i operacyjne ze stażem pracy przekraczającym 10 lat. Określony podział stanowił punkt odniesienia do interpretacji wyników badań.

Wyniki. Z charakterystyki badanej populacji

Tabela 1. Umiejętność odmowy przyjęcia dodatkowych obowiązków

Potrafi odmówić	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	8	20%
Nie	24	60%
Czasami	8	20%
Ogółem	40	100%

Tabela 2. Postrzeganie siebie jako osobę ambitną

Postrzeżenie	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	26	65%
Nie	14	35%
Ogółem	40	100%

Tabela 3. Wyczerpanie fizyczne i psychiczne

Wyczerpanie	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Fizyczne	8	20%
Psychiczne	10	25%
Psychiczno-fizyczne	22	55%
Ogółem	40	100%

Tabela 4. Łatwe uleganie zdenerwowaniu

Łatwo ulega	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	29	72,5%
Nie	11	27,5%
Ogółem	40	100%

Tabela 5. Odreagowanie zdenerwowania na współpracownikach

Odreagowuje	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	22	55%
Nie	0	0%
Czasami	18	45%
Ogółem	40	100%

Tabela 6. Poczucie winy za gorsze wyniki w pracy

Poczucie winy	Liczba bezwzględna	Zestawienie procentowe
Tak	21	52,5%
Nie	8	20%
Czasami	11	27,5%
Ogółem	40	100%

wynika, że większa część badanych, bo 24 osoby, co stanowi 60% respondentek, posiada staż pracy dłuższy niż 10 lat, a 65% ankietowanych pracuje w systemie zmianowym. Oceniając predyspozycje do występowania zespołu wypalenia zawodowego, wśród badanych pielęgniarek stwierdzono, że 73% badanych wybrało swój zawód z zamiłowaniem.

Spośród 100% badanych, 60% respondentek nie potrafi odmówić przyjęcia na siebie dodatkowych obowiązków w pracy, natomiast 20% badanych czasami potrafi odmówić przyjęcia na siebie dodatkowych obowiązków w miejscu pracy.

Dane zawarte w tabeli 2 wskazują, że 65% badanych pielęgniarek postrzega siebie jako osobę ambitną, pozostały procent badanych nie postrzega siebie w tej kategorii.

Badania dowodzą, że u pielęgniarek dominuje wyczerpanie psychofizyczne i dotyczy ono 55% ogółu badanych. Zdecydowana mniejszość odczuwa jedynie wyczerpanie fizyczne w trakcie wykonywania pracy, co obrazuje tabela 3.

Jedynie 27,5% pielęgniarek nie ulega zdenerwowaniu w miejscu pracy, natomiast zdecydowana większość (72,5%) respondentek ulega zdenerwowaniu w miejscu pracy.

Jak wynika z tabeli 5, 55% respondentek odreagowuje swoje zdenerwowanie na współpracownikach, natomiast 45% czasami odreagowuje swoje zdenerwowanie na współpracownikach.

Jak wskazują dane tabeli 6, 52,5% badanych ma poczucie winy za gorsze wyniki w pracy, jedynie 8% badanych nie ma poczucia winy za gorsze wyniki w pracy zawodowej.

Wnioski. Badane respondentki posiadają cechy osobowościowe mogące mieć wpływ na ujawnienie się objawów zespołu wypalenia zawodowego.

Czynniki emocjonalne w miejscu pracy wywołują u większości ankietowanych wzrost poziomu obciążenia emocjonalnego, który może mieć wpływ na poczucie winy za gorsze wyniki w pracy.

Objawy zespołu wypalenia zawodowego występują częściej u pielęgniarek anestezjologicznych ze stażem pracy powyżej 10 lat, pracujących w systemie zmianowym. Wśród badanych pielęgniarek zaobserwowano występowanie niektórych objawów, mieszczących się w fazie wyczerpania emocjonalnego, a w szczególności: wyczerpanie psychofizyczne, częste uleganie zdenerwowaniu i odreagowywanie zdenerwowania na współpracownikach.

Piśmiennictwo

1. Cary L Cooper, Panea R. *Stres w pracy*. Wydawnictwo Pelit, Warszawa 2000.
2. Fengler J. *Pomaganie męczy*. Wydawnictwo psychologiczne, Gdańsk 2000.
3. Makara-Studzińska, Płotka A. *Zespół wypalenia zawodowego*. Pielęgniarka i Położna, 1997, nr 9.
4. Pines A. Aronson. *Kariera i wypalenie*. Wydawnictwo Gemini, Poznań 1996.
5. Płotka A, Pitek A, Makara-Studzińska M. *Stres a zespół wypalenia zawodowego*. Pielęgniarstwo 2000, 1998, nr 5.
6. Rogala-Pawelczyk G, Parkitna J. *Zespół wypalenia zawodowego*. Pielęgniarka i Położna, 2003, nr 5.
7. Sęk H. *Zespół wypalenia zawodowego*. Wydawnictwo Domke, Poznań 1996.
8. Steciwko A, Sapilak BJ. *Wypalenie zawodowe*. Polska Medycyna Rodzinna 2002, nr 3, 4.
9. Wróbel J. *Psychologia w zawodach wymagających kontaktów z ludźmi*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Warszawa 1997.
10. Zimbardo PG. *Psychologia i życie*. PZWL, Warszawa 1996.

Rola działalności szkoleniowej Wrocławskiego Ośrodka Torakochirurgicznego w zwiększaniu współczynnika operacyjności raka płuca na Dolnym Śląsku

IRENEUSZ PAWLAK, ADAM RZETCHONEK, JERZY KOŁODZIEJ

Z Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, Wrocławskiego Ośrodka Torakochirurgii, Kliniki i Katedry Chirurgii Klatki Piersiowej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie wyników leczenia raka płuca, uzależnionych od możliwości zastosowania leczenia chirurgicznego w odniesieniu do aktywności ośrodka specjalistycznego.

Materiał. Przedstawiono współczynniki operacyjności raka płuca w Polsce, na Dolnym Śląsku i w wybranych regionach sąsiednich w okresie 1994–2003.

Metoda. W latach 1994–2003 przeprowadzo-

no szereg konferencji szkoleniowych dla lekarzy ogólnych, pierwszego kontaktu oraz personelu pielęgniarskiego w dawnych wojewódzkich i powiatowych jednostkach służby zdrowia o tematyce najczęstszych i najgroźniejszych chorób płuc, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworowych.

Wyniki. Uzyskano wzrost współczynnika operacyjności z 8,4% do ponad 12%.

Wnioski. 1. Działania szkoleniowe pracowników służby zdrowia stanowią skuteczną metodę poprawy wyników leczenia chorób nowotworowych układu oddechowego. 2. Regularne spotkania pracowników służby zdrowia zwiększają dostępność usług specjalistycznych dla pacjentów.

Zespół fibromialgii i zespół przewlekłego zmęczenia – podobieństwa, różnice oraz znaczenie społeczne

BOŻENA POLAŃSKA

Z Katedry Propedeutyki Pediatrii i Kliniki Immunologii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Celem pracy jest przedstawienie poglądów na etiopatogenezę, kryteria diagnostyczne, metody leczenia oraz znaczenie społeczne zespołu fibromialgii oraz zespołu przewlekłego zmęczenia.

Zespół fibromialgii charakteryzuje się bólami mięśniowo-kostnymi, bolesnością w miejscach przyczepów ścięgien (ang. *tender points*), uczuciem ciągłego zmęczenia, zaburzeniami snu, trudnościami koncentracji, depresją oraz różnymi wielonarządowymi objawami o charakterze funkcjonalnym. Nie ma laboratoryjnych badań potwierdzających rozpoznanie. Leczenie zespołu fibromialgii jest trudne, bowiem nieznaną jest jego przyczyna, musi być wielokierunkowe i wieloletnie.

Zespół przewlekłego zmęczenia to ciężkie,

niewyjaśnione zmęczenie upośledzające czynności życiowe z towarzyszącymi zaburzeniami pamięci, koncentracji, bólami gardła, tkliwością węzłów chłonnych szyjnych lub pachowych, bólami mięśniowymi i stawowymi, bólami głowy. Podobnie jak w zespole fibromialgii, nie ma laboratoryjnych metod umożliwiających rozpoznanie zespołu przewlekłego zmęczenia. Leczenie musi też być wielodyscyplinarne – farmakologiczne wspierane fizykoterapią, psychoterapią, socjoterapią.

Do rozpoznania obu zespołów potrzeba niekiedy wiele miesięcy, a nawet lat. Są trudne do zrozumienia dla chorego. W wybitnie negatywny sposób wpływają na jakość życia, osłabiając aktywność szkolną, zawodową, osobistą oraz dezorganizują życie rodzinne.

Przypuszczalne patomechanizmy nagłej śmierci niemowląt. Kluczowa rola przewlekłego niedotlenienia, zaburzeń równowagi cytokin oraz urazu metabolicznego u dzieci predysponowanych genetycznie

JÓZEF PRANDOTA

Z Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego i Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Przewlekłe niedotlenienie, infekcje wirusowe, toksyny bakteryjne i stany zapalne są najbardziej prawdopodobnymi przyczynami śmierci łóżeczkowej niemowląt (*sudden infant death syndrome* – SIDS). Badania autopsyjne wykazały zwiększenie gęstości makrofaagów i komórek eozynofilnych

w płucach, którym towarzyszyło zwiększenie liczby limfocytów T i B. Podwyższone poziomy immunoglobulin oraz około 20-procentowe zwiększenie mięśniówki w ścianie drobnych naczyń tętniczych płuc, liczba komórek mięśni gładkich w ścianach dróg oddechowych prowadzące do

ich zwężenia, a także podwyższenie stężenia hemoglobiny płodowej i erytropoetyny we krwi wskazują na przewlekłe niedotlenienie tych dzieci przed śmiercią. Badania wykazały też pobudzenie immunologiczne śluzówki ściany tchawicy, dwunastnicy, migdałków podniebiennych oraz krążący we krwi interferon. Niskie prawidłowe lub podwyższone poziomy kortyzolu w surowicy, brak matczyńskich przeciwciał IgG przeciwko endotoksynie (EndoCAB), częsty polimorfizm cytokiny przeciwzapalnej IL-10 mogły być odpowiedzialne za ewentualne nadmierne reakcje na zazwyczaj niegroźne infekcje. U ofiar SIDS, podczas przewlekłego niedotlenienia i infekcji/stanu zapalnego, uwalniane były duże ilości cytokin prozapalnych, które przy zaburzeniu równowagi w organizmie stanowiły potencjalne źródło czynników uszkadzających tkanki. Cytokiny te powodowały supresję wielu enzymów cytochromu P450 i/lub innych ze specjalnym wpływem na poziomy mRNA, ekspresję białka i aktywność enzymów, wpływając na metabolizm szeregu endogennych substancji lipofilnych, takich jak: steroidy, witaminy rozpuszczalne w tłuszczach, prostaglandyny i substancji egzogennych. Aktywacja neutrofilów przez TNF- α i inne cytokiny prozapalne, powstające podczas przewlekłego niedotlenienia oraz stanu zapalnego (TNF α , IL-1 i IL-6), powodowała zwiększenie produkcji aktywnych rodników tlenowych (ART), w reakcji m.in. na generowany w nadmiarze kwas arachidonowy (AA). Niedotlenienie organizmu, zwiększenie stężenia żelaza, podwyższenie aktywności wątrobowego CYP2C9 określanego jako źródło funkcjonalne ART oraz działanie nikotyny także powodowały nasilenie produkcji ART. Interakcja ART z tlenkiem azotu (NO) mogła powodować nasilenie ge-

neracji nadtlenu azotu, silnego utleniacza odgrywającego ważną rolę w patogenezie zgonu osób z zespołem zaburzeń oddychania. Cytokiny prozapalne ART, AA oraz NO powodowały także supresję wielu CYP450 i innych enzymów, m.in. karboksykinazy fosfoenolopirogronianu (PEPCK), istotnej w metabolizmie kwasów tłuszczowych (KT) podczas glukoneogenezy i gliceroneogenezy. Niedobór PEPCK u ofiar SIDS (spowodowany także hipowitaminozą A) zwiększał poziom KT we krwi z powodu upośledzenia ich re-estryfikacji do triacylglicerolu w adipocytach. Z kolei nadmiar KT przyczyniał się do powstania zaburzeń metabolicznych, charakterystycznych dla wczesnej fazy cukrzycy typu 2. Powodowało to przypuszczalnie wtórne, wyrównawcze zwiększenie ekspresji i aktywności izoenzymu CYP2C8/9 przyspieszającego metabolizm AA. Obrzęk płuc i krwawe wybroczyny często stwierdzane u ofiar SIDS mogły być wynikiem tzw. zespołu zwiększonej przepuszczalności naczyń krwionośnych, spowodowanego przewlekłym niedotlenieniem i uwalnianiem mediatorów zapalnych IL-1 β i IL-6, a także przeciążeniem układu krążenia i oddechowego związanego ze zwężeniem dróg oddechowych i drobnych naczyń tętniczych płuc. Niedotlenienie ofiar SIDS zwiększało także produkcję HIF-1 α , stymulującego wydzielanie różnych czynników wzrostu przez komórki śródbłonna naczyń oraz podkliniczne procesy zapalne toczące się w różnych częściach ośrodkowego układu nerwowego, prowadząc do gliozy pnia mózgu. Zmiany te mogły powodować zaburzenia homeostatycznej kontroli reakcji sercowo-naczyniowych i głębokości snu ofiar SIDS, które, w połączeniu ze skutkami działania nikotyny oraz nieprawidłowościami genetycznymi, były przyczyną zgonu.

Ważna rola zaburzeń równowagi cytokin typu 1 oraz typu 2 w ujawnieniu chorób układu moczowego po szczepieniu DTP u niemowląt i małych dzieci. Przypuszczalne patomechanizmy powikłań poszczepiennych

JÓZEF PRANDOTA

Z Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego i Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Szczepienia profilaktyczne mogą czasami skracać okres inkubacji niektórych chorób i/lub zmieniać skrycie przebiegającą infekcję/zapalenie w chorobę manifestującą się klinicznie. Cytokiny odgrywają ważną rolę w rozwoju procesu zapalnego w różnych chorobach i stanowią potencjal-

ne źródło substancji uszkadzających tkanki, jeśli ich produkcja w organizmie nie jest zrównoważona. Wydaje się, że nieregularności w produkcji prozapalnych cytokin mogą wyjaśniać wystąpienie w pełni rozwiniętych objawów chorób układu moczowego obserwowanych po szczepieniu DTP

u 13 niemowląt i małych dzieci hospitalizowanych w okresie ostatnich 24 lat. U tych dzieci przy przyjęciu do szpitala stwierdzono zakażenie górnych dróg oddechowych, atopowe zapalenie skóry oraz/lub skrycie przebiegające zakażenie/zapalenie układu moczowego. Można przypuszczać, że pałeczki krztuśca obecne w szczepionce DTP, działając u tych dzieci jako nadmierny bodziec, wywołały objawy chorobowe przypominające reakcję organizmu na wyzwolone monokiny prozapalne, jak: IL-1 β , TNF- α , and IL-6, ponieważ w opisanych dotychczas badaniach *in vitro* pałeczki krztuśca szczepionki DTP powodowały znamienne większą produkcję tych cytokin niż szczepionka acelularna lub zawierająca tylko DT. Analiza zaburzeń odporności komórkowej w zakażeniu układu moczowego (zwiększenie stężenia IL-1 α , antagonisty receptora IL-1, IL-6 i IL-8 w surowicy i/lub moczu), steroidowrażliwym zespołem nerczycowym (zwiększenie IL-2, INF- γ , TNF- α i spadek lub zwiększenie IL-4, zależnie od rodzaju badanych komórek) i w atopowym zapaleniu skóry (zmniejszenie produkcji INF- γ i zwiększenie IL-4) może sugerować, że podobne przewlekłe, przebiegające podklinicznie nieprawidłowości wywołane przez cytokiny w przebiegu chorób ujawnionych u naszych dzieci, w połączeniu z tymi wyzwolonymi podaniem szczepionki DTP, były odpowiedzialne za patomechanizm obserwowanych zmian chorobowych. Sugestię tę wspiera fakt, że fenotyp Th1 wiąże się ze zwiększeniem produkcji międzykomórkowych cząsteczek adhezyjnych-1 i RANTES, zaś fenotypowi Th2 towarzyszy zwiększenie produkcji cząsteczek adhezji komórek naczyń krwionośnych i P-selek-

tyny, które są czynnikami odgrywającymi istotną rolę w migracji limfocytów i innych komórek do tkanek zmienionych zapalnie. Ponieważ wiele cytokin prozapalnych zmniejszało aktywność większości CYP-450 i/lub innych enzymów, wpływając m.in. na poziomy mRNA i ekspresję białka, upośledzając w ten sposób metabolizm wielu endogennych substancji lipofilnych, jak steroidy, witaminy rozpuszczalne w tłuszczach, prostaglandyny, leukotrieny, tromboksany oraz substancji egzogennych, zaburzenie równowagi tych cytokin w organizmie po szczepieniu DTP mogło wywołać pełne objawy choroby przebiegającej dotychczas skrycie. Przemawiają za tym także badania na myszach, które wykazały zależne od dawki oraz czasu znamienne zwiększenie ekspresji mRNA wątrobowego IL-1, IL-6 i TNF oraz znaczne zmniejszenie ekspresji mRNA i aktywności izoenzymów CYP450 w wątrobie po podaniu pełnokomórkowej szczepionki DTP. Szczepionka ta powodowała również duże pobudzenie INF- γ , które występowało równocześnie z maksymalnym obniżeniem poziomów CYP450, a także zwiększenie ekspresji mRNA indukowanej syntazy tlenku azotu (NO), uważanej czasami za przyczynę supresji enzymów CYP450 (spowodowanej wiązaniem NO z hemem CYP450). Również polimorfizm genetyczny interleukin, zwłaszcza wariantów konstelacji TNF- α i IL-6, mógł u niektórych niemowląt z zakażeniem stanowić predyspozycję do bardziej intensywnej niż zazwyczaj reakcji zapalnej w nerkach po podaniu szczepionki. Być może, powyższe patomechanizmy są odpowiedzialne również za niektóre przypadki zespołu nagłej śmierci niemowląt.

Świadomość zdrowotna w zakresie profilaktyki wczesnego wykrywania raka piersi

TERESA RAJCAKOWSKA¹, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA²

¹ Z Kolegium Karkonoskiego w Jeleniej Górze,

Institut Edukacji Zawodowej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej

² Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wartość dokonywanych wyborów można do-
cenić w chwilach trudnych, w chwilach prób
Jan Paweł II

Co roku 10 000 Polek dowiaduje się, że ma raka piersi. Połowa z nich umiera. Wystarczy tylko 10 lat, by z powierzchni naszego kraju znikło jedno 50-tysięczne miasto.

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem, na

jaki chorują kobiety, nie jest chorobą, która atakuje z dnia na dzień. Rozwija się przeważnie między 40 a 50 r.ż., a częstość zachorowania wzrasta z wiekiem.

„...Guz potrzebuje aż siedmiu lat, żeby urosł do wielkości 1 cm, w takim stanie jest całkowicie wyleczalny. Spośród wszystkich guzów wykrywanych w piersi tylko 10% okazuje się nowotworem złośliwym, zaś duża część zmian wykrywana jest

we wczesnym etapie, kiedy proces chorobowy nie szerzy się jeszcze poza sutek...”

Wykrycie raka piersi i postawienie diagnozy, co do stadium rozwoju choroby i stopnia złośliwości, jest początkowym etapem w walce z chorobą.

Procesy psychiczne przebiegające w umyśle chorej ilustruje „cebulowa teoria szczęścia”: wydarzenia (choroba) zdzierają i niszczą zewnętrzną warstwę osobowości, ale wewnętrzne pozostają i chronią to, co w człowieku najwartościowsze. Odnalezienie sensu życia stoi na straży szczęścia. Stąd nadzieja, że jest możliwe odbudowanie tego, co zniszczyła choroba. Dla kobiet i ich rodzin ważna jest wiedza na temat istniejących możliwości leczenia i dostępnych obecnie metod terapeutycznych, w celu wybrania wspólnie z lekarzem właściwego programu terapii, który stworzy największą z możliwych szans na wyleczenie.

Nadrzędnym celem pracy jest ustalenie zakresu wiedzy, czyli świadomości prozdrowotnej, na temat raka piersi, oraz założeniem, czy ta świadomość jest wykorzystana w profilaktyce, czyli życiu codziennym.

Jeżeli nauczymy się samodzielnie badać swoje piersi, jeśli będziemy wiedziały, na co zwracać uwagę, na pewno uda nam się wykryć zmiany rakowe. Lekarze będą mogli wówczas całkowicie nas wyleczyć.

Praca powstała w oparciu o dostępną literaturę z zakresu medycyny, psychologii i radiologii.

Dla rozwinięcia problemu badawczego została zastosowana metoda sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety.

Praca badawcza została przeprowadzona w pracowni mammograficznej w ciągu całego 2003 r. na terenie SP ZOZ Szpitala Powiatowego w Zgorzelcu.

Badaniami objęto 1423 pacjentki przed wykonaniem diagnostyki mammograficznej, które pisemnie udzieliły odpowiedzi na pytania zawarte w przedstawionej im ankiecie. Po przeprowadzeniu praktycznej części badań zdobyte dane zostały zanalizowane i uzyskane w nich konkretne informacje, na podstawie których można wyciągnąć stosowne wnioski dotyczące tematyki tej pracy.

Z powyższego zestawienia wynika, że spośród 1423 respondentek objętych badaniem najliczniejszą grupę stanowiły mieszkanki miasta Zgorzelec 1175, co stanowi 94,3%.

Na skalę przebadanych osób zdecydowaną przewagę osiągnęły pacjentki z miasta, lecz w dalszym toku badania nasuwają się inne wnioski.

Z powyższego zestawienia wynika, że w odniesieniu do liczby mieszkańek miasta Zgorzelca nieprzebadanych jest 13 737, co stanowi 92,13%, a w odniesieniu do mieszkańek gminy (wsi) nieprzebadanych jest 2745, co stanowi 91,72%.

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji kobiet pod względem miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Liczba badanych kobiet	%
Wieś	248	5,7
Miasto	1175	94,3
Ogółem anketowani	1423	100

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Charakterystyka badanej populacji kobiet w odniesieniu do liczby zamieszkujących kobiet w mieście Zgorzelcu i gminie

Liczba mieszkańek	Miasto	%	Wieś	%
Liczba przebadanych	1175	7,87	248	8,28
Liczba nieprzebadanych	13 737	92,13	2745	91,72
Ogółem liczba mieszkańek	14 912	100	2993	100

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Charakterystyka badanej populacji pod względem wieku

Wiek	Liczba badanych kobiet	%
30–40 lat	110	7,1
41–50 lat	539	37,9
51–60 lat	519	36,5
> 60 lat	255	18,5
Ogółem anketowani	1423	100

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Wiek, w którym wystąpiła pierwsza miesiączka

Wiek	Liczba badanych kobiet	%
9	4	0,9
10	14	1,0
11	68	4,6
12	166	11,7
13	308	21,6
14	467	32,7
15	169	11,9
16	114	8,0
17	69	4,8
18	37	2,6
19	2	0,1
20	2	0,1
Ogółem anketowani	1423	100

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Charakterystyka badanej populacji pod względem wieku urodzenia pierwszego dziecka

Wiek	Liczba badanych kobiet	%
Do 20 r.ż.	254	18,2
20–30 r.ż.	980	68,6
31–40 r.ż.	88	6,1
> 40 r.ż.	0	0
Nie rodziło	101	7,1
Ogółem ankietyowanych	1423	100

Źródło: opracowanie własne.

W skali miasto – wieś pacjentek w gminie jest o 0,41% więcej przebadanych. Jest to w odniesieniu do 2003 r.

Wiek, w którym rozwija się najczęściej rak piersi to 40–50 r.ż. i powyżej, w tym wieku zostało przebadanych najwięcej pacjentek.

Jak wskazują dane zawarte w powyższym zestawieniu, spośród 1423 respondentek objętych badaniem, najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym 41–50 lat w liczbie 539, co stanowi 37,9%.

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na ryzyko zachorowania był wiek, w którym wystąpiła pierwsza miesiączka.

Analiza materiału badawczego dowodzi, że najliczniejszą grupę pacjentek pod względem wystąpienia pierwszej miesiączki objętych badaniem mammograficznym stanowiły pacjentki w wieku 14 lat, w liczbie 467, co stanowi 32,7%.

Istotny wpływ na rozwój choroby ma również czas urodzenia pierwszego dziecka.

Jak wskazują dane zawarte w powyższym zestawieniu, spośród 1423 respondentek objętych badaniem, najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki rodzące pierwsze dziecko w przedziale wiekowym 20–30 r.ż. w liczbie 980, co stanowi 68,6%, a najmniejszą grupę tworzyły kobiety w przedziale wiekowym między 31–40 r.ż. w liczbie 88, tj. 6,1%.

Kolejne pytania w ankiecie dotyczą antykoncepcji i hormonalnej terapii zastępczej. Z otrzymanych wyników nie nasuwają się żadne wnioski, jak również pytanie dotyczące czynnika karcinogenego.

Na podstawie zdobytych danych nie można wyciągnąć konkretnych wniosków, ale spośród 1423 kobiet aż 540 (37,9%) chorowało już na nowotwór złośliwy piersi lub narządu rodowego.

Ogólnie wiadomym czynnikiem i taka też krążąca opinia dotyczy kobiet palących. Spośród przebadanych pacjentek stwierdzono, iż 23% to kobiety palące. W dokładnym analizowaniu an-

kiety zaobserwowano ścisły związek z niewłaściwym stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej oraz antykoncepcji, gdyż wszystkie te kobiety mimo przeciwwskazania miały prowadzoną kurację wspomagającą.

O wąskim zakresie świadomości świadczy również częstość badań ginekologicznych, gdyż aż 46,6% to kobiety, które nie były w danym roku przebadane ginekologicznie.

Na pytanie dotyczące profilaktyki odpowiada kolejny punkt, który kładzie nacisk przede wszystkim na samokontrolę piersi, gdyż z 1423 respondentek takiego badania nie przeprowadza 1030 kobiet.

Wynik wykrycia nowotworu złośliwego w czasie badania mammograficznego i potwierdzone badanie USG, nie jest ilością wzbudzającą lęk, jest to 3% w skali przebadanych kobiet.

W czasie analizowania ankiety cały czas liczba respondentek wsi była wykazywana mniejszością, lecz dociekliwość nie miała końca i stwierdzono, iż spośród mieszanek zamieszkujących miasto Zgorzelec zostało przebadanych 7,87%, a gminy, czyli wsi, 8,28%.

Reasumując, należy stwierdzić, że przeprowadzone badania pozwoliły na zweryfikowanie postawionego celu badawczego, w którym chcieliśmy się dowiedzieć o świadomości i prowadzonej profilaktyce w raku piersi. Ustalono, co następuje:

- poziom świadomości i wiedzy nie jest uzależniony od miejsca zamieszkania,
- wczesny wiek pierwszej miesiączki ma duży wpływ na dojrzałość i świadomość zdrowotną,
- nadużywanie i niekontrolowane stosowanie antykoncepcji i hormonalnej terapii zastępczej u pacjentek palących,
- brak podstawowej wiedzy dotyczącej częstości badania ginekologicznego w okresie menopauzy,
- brak samokontroli piersi kobiet z powodu małej świadomości i braku wiedzy na ten temat,
- poziom świadomości i zakres wiedzy dotyczący raka piersi jest indywidualny dla każdej kobiety.

W prezentowanej pracy trudno jest mówić o całkowitym wyczerpaniu tematu dotyczącego świadomości i profilaktyki w raku piersi.

Aby w pełni zorientować się w czynnikach mających bezpośredni wpływ na temat pracy, konieczne są wielokrotne badania oraz systematyczne pogłębianie wiedzy. Jest to niezbędne, gdyż jedynie wnikliwa ocena świadomości kobiet pozwala na opracowanie planu postępowania podczas leczenia oraz wdrażanie takiej terapii, która byłaby zgodna z oczekiwaniami pacjentki, a przez co ułatwiłaby współpracę między obiema stronami.

Uterine cervix cancer – educational problems and challenges at the beginning of 21st century

MAŁGORZATA RUSIECKA¹, LESŁAW RUSIECKI²

¹ Department of Oncology and Gynaecological Oncology Clinic, Wrocław University of Medicine

² Department of Pathophysiology, Wrocław University of Medicine

Introduction. Carcinoma of the uterine cervix is the fourth most common malignant neoplasm in women, after carcinoma of the breast, colorectum, and endometrium in the USA, in Poland consecutes only breast cancer, but for some region is the third cancer in women population (after breast and lung cancer – Lower Silesia). The malignancy is typical for poor countries. The aim of the presentation is to describe some risk factors and to underline the role of sexual education in prevention of cervical cancer.

Risk factors

- First intercourse at an early age.
- A history of sexual promiscuity.
- A large number of pregnancy.
- Husband with sexual relation before marriage.
- Husband having tree or more extramarital sexual partners.
- Virus infection – being a vector of HPV.
- Cigarettes smoking – only a habit?
- Prenatal exposure to diethylstilbestrol.
- Using of oral contraceptives over 15 years? 20 years?
- Bad hygienic habits.
- Injuries.

There are some signs and symptoms of cervical cancer as postcoital spotting, intermenstrual bleeding, vaginal discharge, menorrhagia, pain, symptoms related to anemia, urinary and rectal symptoms.

Diagnostic workup. Every patient with carci-

noma of the cervix should be jointly evaluated by radiation and gynecologic oncologists. After a general physical examination with special attention to the supraclavicular (nodal) areas, abdomen, and liver, a careful pelvic examination should be carried out with as little discomfort to the patient as possible. Pelvic examination should include inspection of external genitalia, vagina, and uterine cervix, rectal examination, and bimanual palpation of the pelvis. Cystoscopy or rectosigmoidoscopy should be performed in all patients with stage IIB, III, or IVA disease and in those with earlier stages who have a history of urinary or lower gastrointestinal tract diseases. The detection of carcinoma in situ by screening cytology and ensuing proper treatment have resulted in a decreased prevalence of invasive carcinoma and a lower mortality from these tumors. When a gross lesion of the cervix is present, multiple punch biopsies should be adequate to confirm the diagnosis of invasive carcinoma. For invasive carcinoma, patients should have the laboratory and imaging studies.

Prognostic factors are as following: staging, age, race, socioeconomic status, general host factors, tumor volume, histology, cellular oncogenes, biomarkers, activity of epstein-barr virus.

Conclusions. Uterine cervix cancer is a sexually transmitted disease, so the role of sexual education in prevention and solving problems of morbidity is important.

The role of body surface potential mapping in diagnostics and prophylaxis of heart diseases

MAŁGORZATA RUSIECKA¹, LESŁAW RUSIECKI²

¹ Department of Oncology and Gynaecological Oncology Clinic, Wrocław University of Medicine

² Department of Pathophysiology, Wrocław University of Medicine

Introduction. The economic conditions in Poland, unemployment, reorganization at many workplaces, which appear to have negative consequences for occupational and public health. Especially heart diseases are spread. There are many studies of working conditions and cardiova-

scular risk factors. It's important to find and apply a noninvasive method for population studies in area of heart diseases. One of these methods is body surface potential mapping- a diagnostic tool of the high sensitivity.

The goal of this paper is a popularization of

this method which is not used in clinical practice and showing the specific features of the isopotential and isointegral maps obtained from the patients with some heart disturbances.

Method. Body surface potential mapping (BSPM) is a modern conception of tracking of electric phenomenas taking place in heart. The characteristic features of this investigation are data collecting and display of results. The first one is a simultaneous recording of electric signals coming from numerous (20–300) electrodes arranged over the entire anterior and posterior thoracic surfaces. Each electrode registers only one ecg lead. For each time point and each site (on the torso) there is only one value obtained – the temporary potential of electrocardiogram. Connecting the points of the same potentials special curves-isopotential lines are constructed. The results are displayed on the computer screen as maps with characteristic contour lines.

There are three types of maps: isopotential, isointegral and isochronal. The first one show the distribution of electric potentials on chosen surfaces. The second one present the global trend of distribution. The isochrone maps show wave pro-

pagation on the torso. As an example some patterns of BSPM maps are presented.

Conclusions. The clinical use of BSPM maps is varied. Mapping is particularly suitable for:

- detection of heart infarction complicated by right bundle branch block,
- location of area of premature ventricular systoles as well as ventricular tachykardia,
- diagnosis of coronary artery disease (CAD) and localization changes,
- diagnostics of left ventricular hypertrophy,
- determination the location and size of the heart infarction,
- diagnosis in cases without revealing any discernible abnormalities on the standard 12-lead resting ecg,
- analyzing of wave propagation in right bundle branch blocks,
- presentation of potential abnormalities in left bundle branch blocks (complete, partial),
- analyzing cases demonstrating left anterior fascicle block.

BSPM investigation shows local changes of electric field the heart and allows of comparison of different models of heart electric field.

Niektóre problemy epidemiologii, profilaktyki i leczenia POChP oraz raka płuca na Dolnym Śląsku

ADAM RZECHONEK, IRENEUSZ PAWLAK, JERZY KOŁODZIEJ, TERESA HYCZKO

Z Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, Wrocławskiego Ośrodka Torakochirurgii, Kliniki i Katedry Chirurgii Klatki Piersiowej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie epidemiologii wybranych chorób układu oddechowego i sposobu postępowania zmniejszającego skutki zdrowotne i finansowe tych schorzeń. Postępowanie to ukierunkowane było na: 1. Poprawienie zdrowotności mieszkańców naszego regionu. 2. Obniżenie kosztów leczenia (mniejsze wydatki środków publicznych), w tym zmniejszenie stopnia utraty zdrowia. 3. Poprawę dostępu do leczenia specjalistycznego.

Materiał. Przebadano 3579 mieszkańców Wrocławia i Dolnego Śląska znajdujących się w grupie ryzyka zachorowań na raka płuca i przewlekłą chorobę obturacyjną płuc. Adresatami programu byli: długoletni palacze tytoniu, osoby w wieku powyżej 50 lat, osoby, które w wywiadzie zgłaszały choroby nowotworowe w rodzinie – zwłaszcza raka płuca oraz przebyte lub trwające chroniczne zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc.

Metoda. W latach: 2001, 2002 i 2003 przeprowadzono równoległe 2 programy profilaktyczne

chorób płuc: wczesnego wykrywania raka płuca, zapobieganie chorobie obturacyjnej płuc. Programy te stanowiły połączenie działań edukacyjnych społeczeństwa ze szkoleniem kadry medycznej i działaniami mającymi na celu bezpośrednio wykrycie choroby. Składały się na nie następujące formy realizacji: regularne przedstawianie informacji o programie w lokalnych mediach, przeprowadzenie badań diagnostycznych (RTG klatki piersiowej, badanie spirometryczne płuc, badanie fizykalne pacjenta) z konsultacją lekarza specjalisty pulmonologa i/lub torakochirurga, edukacja zdrowotna skierowana do młodzieży i dorosłych. Dokonano analizy porównawczej standardowych kosztów leczenia chirurgicznego raka płuca we wczesnej fazie z kosztami leczenia skojarzonego stadiów późniejszych. Porównano koszty badań profilaktycznych w kierunku POChP z kosztami leczenia zaawansowanych stadiów tej choroby.

Wyniki. Badania profilaktyczne dają możliwość uniknięcia zachorowania na POChP

u 13–16% badanych, co przy tysiącu badań wynosiłoby 130–160 osób. Koszt rocznych hospitalizacji specjalistycznych (około 3 pobyty rocznie) u grup chorych z zaawansowaną POChP zawiera się w przedziale pomiędzy 780 000 a 960 000 zł. Koszt badań profilaktycznych 1000-osobowej grupy wynosi 52 970 zł. Koszt leczenia radykalnego chirurgicznego raka płuca do skojarzonego zachowawczego (radio-chemioterapia) ma się jak 5089,79 zł do 10 420 zł.

Wnioski. 1. Działania profilaktyczne, stanowiąc najefektywniejszą metodę działań prozdrowotnych, przynoszą dobre rezultaty przy współdziałaniu medycznych (lekarze i średni personel

podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej), a w większej mierze – niemedycznych (urzędnicy, nauczyciele, dziennikarze) grup zawodowych. 2. Efektywność działań profilaktycznych warunkuje regularność prowadzonych akcji i dotarcie do osób z grup ryzyka zachorowań. 3. Skutki finansowe wcześniejszego wykrycia raka płuc stanowią o 2-krotnym, a choroby obturacyjnej o 14,7 do 18-krotnym obniżeniu kosztów leczenia. Leczenia, które we wczesnej fazie choroby daje lepsze wyniki. 4. Decydom należy uświadomić, że warto kierować strumień finansowania na profilaktykę w szerszym niż dotychczas poziomie.

Aktualne problemy wczesnej diagnostyki i profilaktyki uszkodzeń mózgu u dzieci ryzyka nieprawidłowego rozwoju

LUDWIKA SADOWSKA, MONIKA MYSŁEK, AGATA GRUNA-OŻAROWSKA

Z Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji Rozwojowej I Katedry Pediatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Coraz lepiej zorganizowana specjalistyczna opieka neonatologiczna i pediatryczna nad wcześniakami, noworodkami urodzonymi o czasie i niemowlętami zmniejsza ryzyko ich śmierci, ale powoduje wzrost liczby dzieci bardzo słabych, przeżywających mimo wad rozwojowych i uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN), wymagających specjalistycznej opieki, kompleksowej diagnostyki i neurostymulacji od urodzenia. U dzieci tych wskutek wrodzonego lub nabytego uszkodzenia OUN dochodzi do różnie nasilonych zaburzeń w rozwoju psychomotorycznym.

Podstawą Wrocławskiego Modelu Usprawniania (WMU), jako koncepcji diagnostyczno-terapeutycznej, jest wczesna ocena postaw i więzi rodzinnych, współpraca z rodzicami w procesie diagnostyki zaburzeń rozwojowych i terapii dziecka od urodzenia. Po ustaleniu czynników ryzyka nieprawidłowego rozwoju (z wywiadu) zostaje przeprowadzone pediatryczne badanie lekarskie, w skład którego wchodzi pomiar antropometryczny oraz testy funkcjonalne sprawności psychoruchowej według Monachijskiej

Funkcjonalnej Diagnostyki Rozwojowej, a także diagnostyka zaburzeń ruchowych metodą Vojty. Ponadto w miarę potrzeby stosowana jest wczesna ocena zaburzeń integracji sensorycznej, szczególnie: badanie narządu wzroku i słuchu, pogłębiona ocena neurologiczna za pomocą specjalistycznych badań, jak: USG, NMR, TK, EEG, EMG, wywołane potencjały mózgowo – VEP, BAEP. We wrocławskim modelu duże znaczenie przypisuje się wczesnej diagnostyce zaburzeń rozwoju mowy (logopedycznej) oraz ocenie psychologiczno-pedagogicznej. Ogromną rolę w diagnostyce odgrywają konsultacje specjalistyczne (z zakresu neurologii, laryngologii, audiologii i okulistyki, w miarę potrzeby chirurgii dziecięcej, endokrynologii, ortopedii, kardiologii) w celu wczesnego wykrycia anatomicznych wad rozwojowych oraz dysfunkcji narządów wewnętrznych, zmysłów (wzroku, słuchu, dotyku i równowagi) i ich leczenia.

Na podstawie przeprowadzonej wczesnej i wielokierunkowej diagnostyki ustala się indywidualny i kompleksowy plan rehabilitacji oraz leczenia stwierdzonych zaburzeń.

Jakość życia dzieci otrzymujących polichemioterapię i poddanych allogenicznemu przeszczepowi szpiku

I. Zmiany somatyczne a jakość życia leczonych dzieci

EWA SKIBA¹, WIESŁAW PRUSEK², ELEONORA MESS³

¹ Z Dolnośląskiego Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku we Wrocławiu

² Z Zakładu Pediatrii Społecznej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

³ Z Zakładu Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia dzieci otrzymujących polichemioterapię i poddanych allogenicznemu przeszczepowi szpiku (allo BMT) na podstawie analizy zmian somatycznych będących skutkiem leczenia.

Metody. Badania przeprowadzono w grupie 30 dzieci z rozpoznaniem ostrej białaczki szpikowej (AML) lub limfoblastycznej (ALL), a także przewlekłej białaczki szpikowej (CML), leczonych w latach 1989–1999 na Oddziale Przeszczepiania Szpiku Szpitala im. K. Dłuskiego we Wrocławiu. W grupie było 10 dziewczynek i 20 chłopców. U 29 dzieci wykonano przeszczep allogeniczny, a u 1 alternatywny. Uwarunkowaniem przeszczepu była chemioterapia stosowana według powszechnie przyjętych schematów uwzględniających rozpoznanie i stan zaawansowania choroby. Obserwacje były prowadzone od rozpoczęcia chemioterapii do 30 dnia po przeszczepie. Dla przeprowadzenia analizy zmian somatycznych posłużono się własnym kwestionariuszem QLE.S.3, zawierającym wybrane parametry określające według WHO stopień nasilenia zmian będących wynikiem toksyczności leków cytostatycznych. Uzyskane na podstawie kwestionariusza wyniki oceniono według 5° skali, opartej na własnej punktacji.

Wyniki. U ponad połowy – 16 (53%) badanych dzieci nie stwierdzono krwawień ani krwimocz, a u ponad jednej czwartej – 8 (27%) zmian na skórze i śluzówkach jamy ustnej. Nie obserwowano też nudności i wymiotów u 4

(13%), a biegunki u 5 (17%) dzieci. U wszystkich wystąpiły: gorączka, objawy duszności o różnym stopniu nasilenia, ból związany z leczeniem, także wszystkie dzieci utraciły włosy (III° toksyczności leczenia).

Wymienione objawy, z wyjątkiem utraty włosów, świadczące o I° toksyczności stosowanych leków obserwowano w grupach dzieci o różnej liczebności, z tym że najczęściej były to duszności u 13 (43%), zmiany na skórze u 12 (40%), nudności i wymioty u 11 (37%), rzadziej gorączka i ból u 6 (20%), krwimocz u 5 (17%) i biegunka u 4 (13%). Objawy II° toksyczności leczenia wystąpiły w najliczniejszych grupach dzieci. U 22 (73%) była to gorączka, u 13 (43%) duszności, u 12 (40%) nudności i wymioty, u 10 (33%) ból, u 9 (30%) biegunka i zmiany na śluzówkach, u 7 (23%) zmiany skórne i krwimocz. Jako wyraz toksyczności leczenia III° najczęściej występowały zmiany na śluzówkach jamy ustnej i ból związany z leczeniem – 12 (40%) oraz biegunka u 8 (27%) dzieci. Objawy IV° toksyczności leczenia wykazywała niewielka grupa dzieci. Biegunka pojawiła się u 4 (13%) dzieci, u 2 (7%) krwawienia, krwimocz, gorączka, duszności i ból.

U wszystkich dzieci wystąpiły co najmniej 2 lub kilka objawów będących wyrazem toksyczności leczenia.

Wnioski. Objawy somatyczne występujące u dzieci w okresie obserwacji oceniono według 5° skali własnej jako skrajnie złe, co w znacznym stopniu obniżało ich jakość życia w tym czasie.

Jakość życia dzieci otrzymujących polichemioterapię i poddanych allogenicznemu przeszczepowi szpiku

II. Zaburzenia psychiczne i upośledzenie ruchowe a jakość życia

EWA SKIBA¹, WIESŁAW PRUSEK², ELEONORA MESS³

¹ Z Dolnośląskiego Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku we Wrocławiu

² Z Zakładu Pediatrii Społecznej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

³ Z Zakładu Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Celem pracy była ocena jakości życia dzieci otrzymujących polichemioterapię i poddanych allo BMT na podstawie analizy zaburzeń sprawności ruchowej oraz zmian psychicznych wynikających z działań niepożądanych po leczeniu cytostatykami.

Metody. Badania prowadzono od momentu zastosowania polichemioterapii do 30 dnia po przeszczepie w grupie 30 dzieci scharakteryzowanych w komunikacie I od momentu zastosowania polichemioterapii do 30 dnia po przeszczepie.

Kwestionariusz QLE.S.3 zawierał parametry określające sferę psychiczną (apetyt, zaburzenia emocjonalne związane ze zmianami w wyglądzie, utrata zdolności do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności, odczuwanie przyjemności, lęk wynikający z sytuacji), a także parametry określające sprawność ruchową (samodzielne spożywanie posiłków, toaleta ciała, ubieranie, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych).

Stopień upośledzenia sprawności ruchowej i sfery psychicznej określono od 0° do II°. Uzyskane na podstawie kwestionariusza wyniki oceniono podobnie jak w komunikacie I według 5° skali opartej na własnej punktacji.

Wyniki. Spośród grupy 30 badanych dzieci od 15 (50%) do 16 (54%) nie wymagało troski ze strony innych osób w zakresie przyjmowania posiłków, ubierania, korzystania z toalety. W grupach

liczących od 6 (20%) do 14 (47%) dzieci leczenie nie było powodem braku łaknienia i odczuwania radości z wybranych form terapii zajęciowej; bez trudu radziły sobie z wykonywaniem podstawowych czynności, a wygląd zewnętrzny i dolegliwości somatyczne nie powodowały zmian nastroju. Grupa 14 (47%) dzieci wykazywała lekki niepokój związany z wykonywanymi zabiegami. W grupie 16 (53%) dzieci występowała niechęć do przyjmowania niektórych pokarmów.

Grupy dzieci liczące od 7 (23%) do 11 (37%) korzystały z pomocy innych osób przy spożywaniu posiłków, toalecie ciała, ubieraniu się i dojeździe do łazienki. Te grupy reagowały również wzmożoną pobudliwością na zmiany w wyglądzie i niemożność wykonywania wielu czynności. Towarzyszyły temu lęk przed kalectwem i niechęć do korzystania z terapii zajęciowej. Pomoc innych osób w zaspokajaniu w szerokim zakresie potrzeb fizjologicznych była konieczna w kilku grupach liczących od 5 (17%) do 12 (40%) dzieci. Poczucie bezradności i bezużyteczności, apatia, niechęć do zabawy i lęk przed śmiercią były obserwowane w grupach liczących od 5 (17%) do 14 (47%) dzieci.

Wnioski. Stan psychiczny i sprawność ruchową badanych dzieci według 5° skali oceniono jako średnią. Zmiany somatyczne, upośledzenie sprawności ruchowej i sfery psychicznej znacznie obniżały jakość życia badanych dzieci.

Kształtowanie się zjawiska picia alkoholu i palenia papierosów w latach 1997 i 2004 w wybranej wrocławskiej szkole podstawowej i gimnazjum

JERZY TWARDAK, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA

Z Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu i Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Celem pracy jest analiza kształtowania się zjawiska picia alkoholu i palenia papierosów wśród

uczniów, ustalenie rodzaju najczęściej pitego alkoholu, określenie zależności między piciem al-

koholu a paleniem papierosów w badanym środowisku oraz porównanie obu zjawisk w poszczególnych latach.

Drogą losowania wybrano Szkołę Podstawową nr 3 na ulicy Bobrzej 27 oraz Gimnazjum nr 1 na ul. Jeleniej 7 we Wrocławiu. Ze względu na rozpatrywany problem oraz możliwości przeprowadzenia badań jako technikę badawczą zastosowano ankietę. Kwestionariusz ankiety zawierał łącznie 23 pytania. W badaniu uczestniczyło 244 uczniów, w roku 1997 – 101 i w roku 2004 – 143. Losowo wybrano cztery klasy w przedziale od V do VIII oraz dodatkowo w 2004 roku klasę III gimnazjalną. Łącznie w badaniu uczestniczyli uczniowie z dziewięciu klas.

W celu zanalizowania zależności między pićm alkoholem a paleniem tytoniu wśród badanej młodzieży posłużono się współczynnikiem Yule’a.

Badania przeprowadzone w 1997 r. ujawniły, że spośród badanych uczniów nie piło alkoholu 18,81%, w tym 12,73% chłopców i 26,09% dziewcząt. Wykazano, że piwo jest najczęściej pitem alkoholem (36,43%) po raz pierwszy przez

młodzież. Do pierwszego kontaktu z alkoholem dochodziło w przedziale wieku 7–9 lat i była to uroczystość rodzinna. Do dalszego picia alkoholu przyznało się 44,55% uczniów. W 2004 r. omawiane zjawisko kształtowało się na podobnym poziomie (23,78% uczniów nigdy nie piło alkoholu, w tym 22,50% chłopców i 25,40% dziewcząt). Obecnie do picia alkoholu przyznaje się 43,36% ankietowanej młodzieży.

Spośród badanych w 1997 r. uczniów kontakt z papierosami miało 40,59% osób, a do dalszego palenia przyznało się 11,80%. Zjawisko to rozpowszechnione było przede wszystkim wśród chłopców. Obecnie pali 10,49% uczniów, w tym 12,50% chłopców i 7,94% dziewcząt.

Badania przeprowadzone w latach 1997 i 2004 wskazują na istnienie niepokojącej powszechności i dynamizmu picia alkoholu i palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży. Jest to grupa szczególnie zagrożona negatywnym wzorem stylu życia, przejmowanym od dorosłych. Stwierdzono dodatnią korelację między zjawiskiem picia alkoholu i palenia papierosów wśród badanych uczniów.

Model pielęgnacji według teorii deficytu samoopieki Dorothei Orem w chorobach jelita grubego

DOROTA WAWRZYŃCZAK¹, HALINA WOJNOWSKA-DAWISKIBA²

¹ Z Kolegium Karkonoskiego w Jeleniej Górze, Instytutu Edukacji Medycznej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej

² Z Zakładu Propedeutyki Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Praca traktuje o problemie chorób jelita grubego, znaczenia badań endoskopowych jako profilaktyki najwcześniejszego wykrywania nowotworów przewodu pokarmowego. Ze względu na ogólnie zły stan zdrowia społeczeństwa polskiego, wzrastającą liczbę chorób przewodu pokarmowego, a w szczególności chorób związanych z funkcjonowaniem jelita grubego, należy koncentrować się na tworzeniu standardów postępowania w kierunku profilaktyki chorób i promowania zdrowego stylu życia. Praca uwzględnia kluczowy czynnik w tworzeniu dobrostanu, jakim jest samoodpowiedzialność za własne zdrowie. Człowiek tworzy własny los, przeciwdziała chorobom, odpowiada za własne błędy, posiada naturalną zdolność troszczenia się o siebie według teorii pielęgnacji Dorothei Orem.

Cel pracy. Celem pracy było określenie deficytu samoopieki pacjentów zbadanych metodą wziernikowania jelita grubego w Pracowni Chirurgii Przewodu Pokarmowego w Zgorzelcu oraz ocena zdolności do samoopieki mieszkańców gminy i miasta

Zgorzelca w przypadku chorób jelita grubego, według nowoczesnego modelu pielęgniarstwa – teorii deficytu samoopieki Dorothei Orem.

Materiał i metoda. Podczas realizacji założonego celu, posłużono się własną obserwacją i analizą dokumentacji wszystkich zbadanych pacjentów w liczbie 450 w Pracowni Chirurgii Przewodu Pokarmowego w 2003 r. W analizie materiału badawczego uwzględniono wiek, płeć, tryb przyjęcia na badanie oraz rozpoznanie w wyniku przeprowadzonego badania jelita grubego. Uwzględnienie przedziałów wiekowych umożliwiło wnikliwsze rozpoznanie problemów zdrowotnych w badanej populacji. W określeniu deficytu samoopieki posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zrealizowaną za pomocą techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, zawierający 16 pytań otwartych i zamkniętych. Badania przeprowadzono w pierwszym kwartale 2004 r. Objęto nimi 100 osób. Ankietowani stanowili grupę niejednorodną pod względem wie-

ku, płci, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, sytuacji materialnej oraz zdrowotnej. W analizie materiału badawczego, starano się wybrać jak największą liczbę osób po czterdziestym roku życia, ze względu na potwierdzoną wieloletnimi badaniami w medycynie zależność wzrostu zachorowalności na schorzenia jelita grubego po przekroczeniu czterdziestego roku życia, umożliwiło to ustalenie deficytu samoopieki według modelu pielęgnowania Dorothei Orem.

Wyniki dotyczące zbadanych pacjentów w Pracowni Chirurgii Przewodu Pokarmowego. Znacznie większą liczbę zbadanych – 231 osób (76% ogółu) stanowili pacjenci zamieszkali w mieście. Większość pacjentów, w liczbie 303 osoby, co stanowiło 63% ogółu zbadanych, to pacjenci skierowani na badanie kolonoskopowe przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Na badanie jelita grubego kierowani byli częściej pacjenci po 40 roku życia – 384 osoby wobec 450, co stanowi 85% ogółu zbadanych. Dolegliwości ze strony jelita grubego zgłaszają pacjenci w każdym wieku. Liczba osób, u których nie rozpoznano zmian patologicznych wynosiła 86, co stanowiło 19% ogółu przebadanych w pracowni pacjentów. Najczęściej zmiany patologiczne wykrywano u pacjentów powyżej 50 roku życia – 254 osoby, co stanowiło 57% w odniesieniu do 450 zbadanych w pracowni, a 70% ogółu zbadanych, z ustalonym rozpoznaniem klinicznym w obrębie jelita grubego.

Charakterystyka badanej populacji pod względem kategorii diagnostycznej: 1. Największy deficyt terapeutyczny dotyczył pacjentów z rozpoznaniem hemoroidów – 202 osoby, co stanowiło 45% ogółu zbadanych, o różnym stopniu zaawansowania choroby. Wśród tej kategorii diagnostycznej najliczniejszą grupę pacjentów stanowili chorzy z II stopniem zaawansowania choroby – 106 osób, co stanowiło 52% w odniesieniu do ogólnej liczby chorych z tym rozpoznaniem klinicznym. 2. Drugą grupę, co do częstości występowania schorzenia, stanowili pacjenci z rozpoznaniem polipów jelita grubego – 87 osób (19% ogółu zbadanych). W tym pod względem histologicznym: *Adenoma tubulare* – 28 rozpoznań, co stanowiło 32% w odniesieniu do wszystkich rozpoznanych polipów; *Adenoma tubulovillosum* – 8, co stanowiło 9% w odniesieniu do wszystkich rozpoznanych polipów. Największa zachorowalność w tej kategorii diagnostycznej dotyczyła pacjentów powyżej 50 roku życia. 3. Trzecią grupą z najliczniejszych pod względem częstości występowania danej kategorii diagnostycznej byli chorzy ze wzmożoną spastyką jelita grubego – 68 osób, co stanowiło 15% w odniesieniu do wszystkich przebadanych w pracowni. Największa liczba zachorowań w tej kategorii diagnostycznej dotyczyła chorych powyżej 40 roku życia. 4. Czwartą grupę pacjentów stanowili cho-

rzy z przewlekłym zapaleniem jelit – 45 osób (9% ogółu) oraz z wrzodziejącym zapaleniem jelit – 11 osób, i chorobą Leśniowskiego-Crohna – w liczbie 2 osób. Wyniki badań dowodzą, że liczba pacjentów leczonych z powodu nowotworów jelita grubego wzrasta wraz z wiekiem, największa liczba zachorowań dotyczyła ludzi powyżej 70 roku życia – 7 osób. U jednego pacjenta rozpoznano *Adenocarcinoma* poniżej 40 roku życia.

Wyniki badań dokonanych metodą sondażu diagnostycznego za pomocą ankiety. Większość badanych osób stanowiły kobiety – 71 osób (71% ogółu ankietowanych). Kobiety chętniej udzielały informacji. Sondaż w badanej populacji sprawiał trudności w precyzowaniu odpowiedzi, temat chorób jelita grubego nie był znany dla udzielających informacji. Największą liczbę ankietowanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 41–50 rok życia – 33 osoby (33% ogółu ankietowanych). Najgorsza sytuacja ekonomiczna w odniesieniu do wszystkich udzielających wywiadu dotyczyła dwóch osób będących na zasiłku dla bezrobotnych, jest to istotna informacja w ustaleniu priorytetów postępowania pielęgniarstwa i ustaleniu ewentualnej pomocy społecznej. Wśród osób dokonujących samooceny sprawności fizycznej i zdolności do samoopieki – 30, grupa ankietowanych określiła swoją sprawność jako ograniczoną. Ustalenie deficytu samoopieki w tej grupie badanych wymaga szczególnej wnikliwości i troskliwości ze względu na fakt, że 10 osób to ludzie samotni, 9 osób – to osoby utrzymujące rodzinę, mimo ograniczeń zdrowotnych oraz 6 osób samotnych. Choroby przewodu pokarmowego stanowiły problem u 88 ankietowanych (88% ogółu badanych). Pytanie zawarte w kwestionariuszu dotyczyło występowania tego rodzaju schorzeń w najbliższej rodzinie ankietowanego (rodzice, rodzeństwo, dzieci). Częstość występowania chorób nowotworowych w rodzinie w badanej populacji potwierdziło 58 osób (58% ogółu). Pytanie zawarte w kwestionariuszu dotyczyło najbliższej rodziny (dziadkowie, rodzice, rodzeństwo, dzieci). Objawy dysfunkcji jelita zaobserwowało 93 osoby (93% ogółu badanych). Wynik jest istotny w ustaleniu deficytu samoopieki i samopielęgnacji. Z porady lekarskiej korzystało 71 osób, co stanowi 76% w odniesieniu do wszystkich zgłaszających objawy dysfunkcji jelita grubego. Tylko 22 osoby, co stanowi 24% w odniesieniu do wszystkich zgłaszających dolegliwości ze strony funkcjonowania jelita grubego, posiadało zdolność do samoopieki. W przypadku tej grupy badanych należy wziąć pod uwagę też możliwość zbagatelizowania zaistniałego problemu przez ankietowanych.

Badania specjalistyczne (kolonoskopia, rektoskopia, anoskopia, kał na krew utajoną) w kierunku wykrywalności schorzeń jelita grubego zostały

przeprowadzone u 45 osób (45% ogółu ankietowanych) w odniesieniu do 93 osób z dolegliwościami ze strony jelita grubego. Umiejętność radzenia sobie w przypadku drobnych, krótko trwających zaburzeń w funkcjonowaniu jelit (np. wzdęcia, zaparcia, bóle brzucha itp.) oceniają jako w pełni wystarczającą – 58 osób, co stanowi 58% ogółu udzielających informacji. Spośród ogólnej liczby ankietowanych 77 osób jest zdania, że choroby jelita grubego są tematem wstydlivym.

Badanie kolonoskopowe nie jest znane wśród 59 osób, co stanowi 59% w odniesieniu do ogółu udzielających informacji. Ponad połowa osób ankietowanych wymagała szczegółowego wytłumaczenia techniki wykonywania badania kolonoskopowego, co potwierdzają wnioski z pytania zawartego w ankiecie dotyczące samooceny wiedzy ankietowanych na temat badań diagnostycznych jelita grubego. Jest to informacja kluczowa do ustalenia deficytu samoopieki w badanej populacji według modelu pielęgnowania Dorothei Orem. Chęć poddania się badaniu kolonoskopowemu potwierdziło 60 osób, co stanowiło 60% ogółu badanej populacji.

Kolonoskopia jest stresującym badaniem w opinii ankietowanych z powodu obawy przed bólem w trakcie badania (dla 69 osób badanie kojarzy się w pierwszej kolejności z bólem). Na drugim miejscu negatywnego stosunku do badania, utrudniającego choremu poddanie się ewentualnej diagnostyce, jest wstyd – 62 osoby (62% ogółu udzielających informacji). Przychylnie nastawionych do skorzystania z możliwości wykonania badania kolonoskopowego było 22 osoby (22% ogółu badanych), pod warunkiem że asystować przy badaniu będzie fachowy, zaufany personel. Groźnej w skutkach diagnozy, w wyniku badania kolonoskopowego obawia się 18 osób (18% ogółu).

Niski poziom własnej wiedzy na temat profilaktyki chorób jelita grubego zauważyło 76 osób, co stanowiło 76% w odniesieniu do ogółu badanej populacji.

Wnioski. Wyniki uzyskane na podstawie materiału zgromadzonego w pracowni dowodzą, że schorzenia jelita grubego są problemem zdrowotnym w badanej grupie pacjentów, dotyczą każdej grupy wiekowej badanych, a w szczególności osób po czterdziestym roku życia.

Uzyskane wyniki badań potwierdziły założenia, że najczęściej do pracowni zgłaszają się pacjenci z powodu hemoroidów, polipów jelita grubego, wzmożonej spastyki jelita grubego, uchyłków jelita grubego oraz przewlekłego zapalenia jelit.

Wyniki uzyskane z ankiet dowodzą, że 42 osoby, co stanowi 42% w odniesieniu do wszystkich ankietowanych, nie posiada umiejętności do samoopieki w przypadku zaburzeń w funkcjonowaniu jelita, takich jak wzdęcia, zaparcia, okresowe bóle brzucha. Większość ankietowanych – 76 osób, co stanowiło 76% w odniesieniu do ogółu udzielających informacji określiła niski poziom własnej wiedzy na temat profilaktyki chorób jelita grubego. Choroby jelita grubego w społeczeństwie uważane są generalnie za temat wstydlivy w opinii ankietowanych. Badanie kolonoskopowe jest ogólnie mało znanym badaniem, zarówno pod względem celowości jak i techniki wykonywania badania. Kolonoskopia w opinii badanych jest stresującym badaniem dla potencjalnego pacjenta. Na podstawie materiału badawczego, czynnikami stresującymi w kolejności wymienionych w badanej populacji są: ból, wstyd, lęk przed rozpoznaniem oraz brak pewności co do fachowości wykonywanego zabiegu przez personel medyczny.

Postulaty praktyczne: 1. Należy dążyć do zwiększenia liczby przeprowadzanych badań profilaktycznych w kierunku wykrycia chorób jelita grubego. 2. Wskazane jest rozpowszechnianie i uzupełnianie wiedzy na temat promowania zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób jelita grubego, w szczególności na profilaktykę I fazy z uwzględnieniem faktu samoodpowiedzialności za własne zdrowie i życie. 3. Należy dążyć do zmniejszenia czynników stresogennych, będących powodem niechęci do poddawania się badaniom diagnostycznym przewodu pokarmowego, przez profesjonalizm wykonywania badań endoskopowych przez personel terapeutyczny. 4. Należy uwrażliwić lekarzy rodzinnych i cały zespół terapeutyczny instytucji podstawowej opieki zdrowotnej na problematykę chorób jelita grubego, ze względu na fakt posiadania decydującego znaczenia w kierowaniu pacjenta ku zachowaniu zdrowia i życia.

Cukrzyca jako problem pielęgnacyjny

LUCYNA WILCZEWSKA, IRENA LADDACH

Z Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Lekarskiego Oddziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Gdańsku

Ubočnym skutkiem gwałtownego rozwoju techniki i urbanizacji społeczeństwa jest wzrost

liczby niekorzystnych czynników środowiskowych i behawioralnych, którego następstwem jest

rozpowszechnienie się wielu chorób przewlekłych.

Do najczęściej spotykanych chorób przewlekłych zaliczyć należy cukrzycę. Według danych WHO, liczba osób chorujących na cukrzycę ciągle wzrasta, w najbliższych latach zjawisko to osiągnie rozmiary epidemii, a nawet pandemii. Cukrzyca zmienia wszystkie obszary życia człowieka. Choroba ta i jej następstwa decydują często o trybie życia, wyborze zawodu, życiu rodzinnym i o sposobie spędzania czasu wolnego. Rzadko występuje jako jedno schorzenie, towarzyszą jej często inne choroby, np.: nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia. Dlatego z chorobą tą łączą się liczne problemy medyczne i pielęgnacyjne.

ne. Cukrzyca jest chorobą społeczną, powodującą także problemy ekonomiczne.

Wzrost świadomości pacjenta na temat swojej choroby pozwoli na zmianę hierarchii wartości życiowych chorego i wzbogaci jego osobowość tak, aby miał silną motywację do ścisłego stosowania w codziennym życiu zaleceń zmniejszających ryzyko wystąpienia powikłań.

Promowanie odpowiedniego stylu życia, pobudzanie do aktywności fizycznej, motywowanie do stosowania odpowiedniej diety ma za zadanie zminimalizowanie powikłań. Jest jednym z najważniejszych celów opieki nad pacjentem z cukrzycą. Nie wymaga dużych nakładów finansowych, ale przynosi wymierne korzyści.

Poziom wiedzy wybranych grup kobiet łódzkich na temat okresu przekwitania

MIECZYŚLAWA WYDERKA

Z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Madurowicza w Łodzi

Postęp cywilizacji wydłużył czas życia. Obecnie kobieta ma świadomość, że 1/3 tego czasu przeżyje po menopauzie w okresie cechującym się niepłodnością, postępującym procesem starzenia się organizmu, ograniczeniem aktywności fizycznej i intelektualnej oraz rozwojem poważnych chorób. Nadal istnieją przekonania wielu kobiet, że przekwitanie jest naturalnym procesem i nie należy w niego ingerować, a stosowanie hormonalnej terapii zastępczej jest nieuzasadnione, a nawet wręcz szkodliwe. Pracownicy ochrony zdrowia w sposób racjonalny, oparty na kompetencjach zawodowych, znajomościach aktualnych osiągnięć medycyny, rzetelnej analizie stanu zdrowia kobiety, umiejętności nawiązania z nią kontaktu, ale nie przez narzucanie swoich racji, lecz w drodze porozumienia z poszanowaniem jej poglądów kulturowych, społecznych, poziomu posiadanej wiedzy, mogą wpłynąć na jej myślenie i zrozumienie tematu. Kobiety, żyjąc jeszcze w mało tolerancyjnym otoczeniu, muszą stawić czoła pogarszaniu samopoczucia, często niemożności sprostania wyzwaniom zawodowym, narastającemu bezrobociu, dość często spotykanej dyskryminacji zawodowej, narastającemu ubóstwu i dołączającemu się nie tak rzadko brakowi akceptacji ze strony rodziny i najbliższych.

Celem pracy jest przedstawienie poziomu wiedzy ankietowanych kobiet łódzkich o różnym wykształceniu na temat znajomości pojęcia menopauza, okresu przekwitania, jego objawów oraz hormonalnej terapii zastępczej.

W analizie danych, otrzymanych z ankiet, założyłam uzyskać odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Jak poziom wykształcenia kobiet koresponduje z posiadaną wiedzą o okresie przekwitania?
2. Czy miejsce pracy kobiet (szpital, przychodnia, szkoła) ma wpływ na poziom znajomości problemów okresu przekwitania?
3. Czy miejsce pracy pielęgniarek, położnych oraz posiadana przez nich wiedza na temat znajomości pojęcia menopauza, okresu przekwitania, objawów, leczenia, w tym stosowania hormonalnej terapii zastępczej, jest na tyle wystarczająca, by służyła radą dla innych kobiet?

Metodą badawczą była ankieta. Dostarczana i odbierana była osobiście. Badania przeprowadzone były w latach 2000–2002. Łączną analizą objęto 615 kobiet zamieszkujących na terenie miasta Łodzi. Zebrany materiał został podzielony na trzy grupy.

Pierwszą grupę stanowiło 151 nauczycielek z wykształceniem średnim zawodowym i wyższym, pracujące w szkołach podstawowych i średnich. Dobór szkół był przypadkowy. Drugą grupę stanowiło 331 pielęgniarek i położnych, posiadające wykształcenie średnie zawodowe i wyższe, pracujące w lecznictwie otwartym i zamkniętym. Dobór placówek lecznictwa otwartego i szpitali był zamierzony. Pielęgniarki i położne zatrudnione w szpitalach zostały podzielone na dwie grupy. Jedną stanowiły pielęgniarki i położne pracujące w szpitalach, w których znajdowały się oddziały ginekologiczne i poradnie

o profilu ginekologicznym, drugą grupę stanowiły pielęgniarki pracujące w szpitalach, w których nie było oddziałów ginekologicznych.

Trzecią badaną grupę stanowiły 133 kobiety niepracujące z wykształceniem podstawowym i zasadniczym. Kryterium doboru ankiet do dalszych analiz był przedział wieku od 45 do 55 lat oraz występowanie typowych objawów okresu około i postmenopauzalnego o charakterze naczynioruchowym.

Z badań wynika, że poziom wykształcenia badanych kobiet ma istotne znaczenie na znajomość pojęcia menopauza, objawów okresu przekwitania, zrozumienie braku hormonów żeńskich w organizmie i stosowanie hormonalnej terapii zastępczej.

Pojęcie menopauza znane było wszystkim nauczycielkom, pielęgniarkom i położnym oraz dla 48,9% kobiet z wykształceniem podstawowym i zasadniczym. Dla wszystkich badanych bardziej znane były objawy naczynioruchowe, niż późne, zwane jako następstwa niedoborów hormonalnych. Najczęściej wymienianymi objawami były uderzenia gorąca, wymieniło je 90,1% nauczycielek, 96,7% pielęgniarek i położnych, 69,9% kobiet niepracujących, drażliwość – 86,8% nauczycielek, 87,3% pielęgniarek i położnych, 34,5% kobiet niepracujących, nocne poty – 70,9% nauczycielek, 81,3% pielęgniarek i położnych, 51,1% kobiet z wykształceniem podstawowym i zasadniczym, osteoporoza – 35,7% nauczycielek, 84,9% pielęgniarek i położnych, 21,0% kobiet niepracujących, suchość skóry – 45,7% nauczycielek, 22,9% pielęgniarek i położnych, 9,0% kobiet niepracujących. Najlepszą znajomością objawów okresu przekwitania, jak wynika z badań, wykazały się położne pracujące w lecznictwie otwartym.

Z badań wynika, że 21,9% nauczycielek, 19% pielęgniarek i położnych oraz 9% kobiet niepracujących stosowało hormonalną terapię zastępczą. Autorka stwierdziła, że 33,3% położnych pracujących w lecznictwie otwartym przyjmowało HTZ, co stanowiło największy procent wśród badanych. Powodem rozpoczęcia leczenia dla 76% kobiet były uciążliwe objawy naczynioruchowe, wiedza stanowiła 41,7%.

Czas stosowania leczenia hormonalnego znajdował się w przedziale od 2 miesięcy do 2 lat. Głównym powodem rezygnacji z leczenia były koszty leczenia, obawa przed nowotworem, ponowne krwawienia. W materiale badawczym autorki, 90,1% nauczycielek stwierdziło, że ich wiedza jest powierzchowna i wymaga uzupełnień.

Podobnego zdania było 85,5% kobiet z wykształceniem podstawowym i zasadniczym, 71,7% pielęgniarek i położnych pracujących w lecznictwie zamkniętym, 55,2% pielęgniarek i 16,7% położnych pracujących w lecznictwie otwartym, co stanowiło najmniejszy procent badanych kobiet łódzkich. Dla 41% kobiet, wiedza, którą posiadały, pochodziła ze środków masowego przekazu, dla 28% od lekarzy. Natomiast 13,9% nauczycielek i 26% kobiet niepracujących stwierdziło, że wiedzę zdobyły od pielęgniarek i położnych.

Poziom wykształcenia nie miał istotnego znaczenia na głoszenie opinii przez badane kobiety na temat skuteczności przyjmowanych hormonów. 39,7% nauczycielek, 35,4% pielęgniarek i położnych (żadna położna pracująca w lecznictwie otwartym) i 45,3% kobiet z wykształceniem podstawowym i zasadniczym stwierdziło, że będąc w tym okresie życia, kobiety powinny poddać się naturze, przejść go z godnością i pokorą bez ingerencji hormonalnej. Bardzo niepokojące są wyniki zachowań prozdrowotnych. 15,9% nauczycielek stwierdziło, że rzadko chodzi do ginekologa, 22,5% kobiet niepracujących nie korzysta z usług tego specjalisty. Natomiast 78,1% nauczycielek, 57,9% pielęgniarek i położnych, 74,6% kobiet niepracujących, które poddają się badaniom, ujawniło, że nie mają badanych gruczołów piersiowych. 65,4% kobiet niepracujących, 32,5% nauczycielek i 15,3% pielęgniarek i położnych przyznało się że, nie dokonuje samokontroli piersi. Bardzo niepokojącym wynikiem jest też odsetek kobiet palących papierosy – 72,9% kobiet niepracujących z wykształceniem podstawowym i zasadniczym, 40,5% pielęgniarek i położnych, 31,8% nauczycielek.

Na podstawie wykonanych badań i ich analizy wyciągnięto następujące wnioski:

1. Wykształcenie badanych grup kobiet łódzkich oraz ich miejsce pracy mają istotny wpływ na posiadaną wiedzę na temat znajomości objawów przekwitania i stosowania hormonalnej terapii zastępczej.
2. Położne pracujące w lecznictwie otwartym są najlepiej przygotowane z grupy badanych kobiet do propagowania wiedzy na temat okresu przekwitania.
3. Celowe wydaje się opracowanie i wdrażanie nowych szkoleń dotyczących okresu przekwitania dla oczekujących informacji, a w szczególności pielęgniarek i położnych, które mogą i służą fachową pomocą dużej grupie kobiet, z którymi mają kontakt.

Problemy pielęgnacyjne chorych z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych na podstawie badań w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Kielcach

AGNIESZKA ZAWORSKA

Z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach

Celem niniejszej pracy była próba zidentyfikowania problemów pielęgnacyjnych u chorych z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych zarówno w trakcie hospitalizacji, jak i po przebytej neuroinfekcji.

W pierwszej części pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa na temat badanej jednostki chorobowej, a także na temat najczęściej występujących problemów pielęgnacyjnych u chorych z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. Przedstawiono ponadto cele opieki pielęgniarskiej dla wybranych problemów pielęgnacyjnych, a także zasady postępowania z dzieckiem chorym na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Kielcach od czerwca 2001 do lutego 2002 r.

Materiał badawczy obejmował:

- grupę 30 osób zgłaszających się do Poradni po Przebytych Neuroinfekcjach, a także będących w okresie hospitalizacji z powodu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,
- grupę 30 pielęgniarek pracujących w różnych oddziałach szpitala.

Badania przeprowadzono za pomocą dwóch kwestionariuszy.

Kwestionariusz I umożliwił zebranie informacji dotyczących problemów pielęgnacyjnych u chorych z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. Pytania dotyczyły: ogólnych danych o respondencie, problemów pielęgnacyjnych występujących w okresie hospitalizacji, a także problemów po przebytej neuroinfekcji, powikłań po przebytych zachorowaniach, obaw rodziców o dziecko.

Kwestionariusz II skierowany był do zespołu pielęgniarskiego. Pytania odnosiły się do zebrania informacji na temat: danych demograficznych, wykształcenia pielęgniarek, sposobów realizowania funkcji edukacyjnych w opiece nad dziec-

kiem z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, stresu wynikającego z wykonywania pracy, a także organizacji pracy w oddziale.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że:

1. U dzieci z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych występuje wiele problemów pielęgnacyjnych, związanych z objawami choroby i stanem pacjenta.
2. Pielęgnacja chorych z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych wymaga intensywnego nadzoru nad chorym w kierunku objawów choroby, a także możliwości wystąpienia powikłań.
3. Stan dziecka i rokowanie w chorobie zależne jest od postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz wieku zachorowania.
4. Hospitalizacja dziecka z powodu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych jest zawsze sytuacją trudną dla rodziców i dziecka.
5. Istnieje wiele obaw rodziców związanych z koniecznością wykonania u dziecka nakłucia lędźwiowego – obawy te wynikają z braku wiedzy na temat tego badania diagnostycznego.
6. Problemem, jakim zauważa się w populacji badanych, jest bezradność rodziców w radzeniu sobie z chorobą dziecka.
7. Rodzice dzieci chorych na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych mają wiele obaw o przyszłość dziecka, obawy te nie zależą jednak od postaci choroby.
8. Istnieje wiele źródeł stresu w opiece nad dzieckiem z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.
9. Istnieje niedostateczna liczba procedur wspierających proces pielęgnowania dziecka z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych (brak standardów opieki, programów edukacji chorych i ich rodzin).

Postawa młodzieży maturalnej LO nr X w Gdańsku wobec leczenia i ratowania życia za pomocą przeszczepianych narządów

HALINA ZWIERZYŃSKA, ALEKSANDRA GAWORSKA

Z Oddziału Pielęgniarstwa Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku

Przeszczepianie narządów jest nowym rodzajem leczenia, który wymaga szeregu zmian w dotychczasowym sposobie myślenia. Mimo dobrych wyników i oczywistego dobrodziejstwa, które stwarza transplantacja, liczba przeszczepów w Polsce, tak jak na całym świecie, jest mniejsza od liczby potrzebujących. Jest tego wiele powodów. Jednym z nich, to częsty brak naszej zgody za życia na pobranie narządów po śmierci. Ustawa z dnia 6.12.1995 r. (Dz.U. nr 138, poz. 682) reguluje zasady, którymi należy się kierować, pobierając narządy. Ustawa nie rozwiązuje jednak problemu świadomości społecznej. Do drażliwych tematów naszych czasów należą kwestie związane z umieraniem, śmiercią. W ten sposób młoda jeszcze chirurgia transplantacyjna, z jej rosnącym zapotrzebowaniem na „użyteczne organy”, mimowolnie weszła w delikatną i pełną napięć sferę. Jej działalność wymaga wyjątkowych wysiłków medycznych, organizacyjnych, etycznych, juredycznych, psychologicznych, finansowych, ale również edukacyjnych.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie poziomu wiedzy młodzieży maturalnej na temat leczenia za pomocą przeszczepiania narządów. Ponadto ocenie poddano ich postawę wobec omawianego problemu. Badaniami objęto 100 uczniów klas maturalnych LO nr X w Gdańsku, 58 osób to kobiety, 42 osoby to mężczyźni. Technika badawczą zastosowaną w powyższych rozważaniach jest sondaż diagnostyczny, a narzędzie badawcze stanowi kwestionariusz ankiety.

Analiza wypowiedzi respondentów zwraca uwagę na znaczącą różnicę między ogólną akceptacją dla przeszczepów jako sposobu ratowania życia a stosunkiem badanych do kwestii bardziej

szczegółowych. Na pytanie: czy jesteś zwolennikiem przeszczepiania narządów celem ratowania życia? pozytywnie odpowiedziało 62% ankietowanych, sprzeciw wyraziło 12% badanych, 26% respondentów nie umiało sprecyzować swojego stanowiska. Jednak na pytanie dotyczące ewentualnej zgody respondenta na to, aby po śmierci stać się dawcą narządów, pozytywnych odpowiedzi udzieliło tylko 29 osób, 38 osób, głównie kobiet, wyraziło sprzeciw, 33 osoby udzieliły odpowiedzi „nie wiem”. Badania ujawniły dużą zależność między obecnością w rodzinie respondenta osoby przewlekle chorej a postawie akceptacji wobec przeszczepiania narządów. Wszyscy ankietowani – 19 osób, którzy potwierdzili występowanie w ich rodzinach chorób przewlekłych, prezentują duży zasób wiedzy o transplantacjach oraz deklarują chęć zostania ewentualnym dawcą narządów. 68% ankietowanej młodzieży nie zna graficznego znaku – symbolu, świadomego dawstwa narządów.

Analiza ankiet wskazuje na fakt, iż w polskich rodzinach nie rozmawia się o przeszczepach i ewentualnej zgodzie na ofiarowanie swoich organów w przypadku nagłej śmierci.

Wiedza na temat transplantacji jest powierzchowna, konieczne jest przeprowadzanie akcji uświadamiających wśród młodzieży o idei przeszczepów. Odpowiedzi respondentów wykazują, iż kobiety częściej niż mężczyźni nie zgadzają się na pobranie ich komórek, tkanek czy narządów.

Ankietowani wykazują zasadniczą zgodność co do tego, że ofiarowanie organów jest aktem moralnie słusznym. To generalne przekonanie nie niweluje jednak niegotowości do takich decyzji w stosunku do własnej osoby lub najbliższych członków rodziny.