

Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia
Akademia Medyczna w Białymstoku

Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości

Pod redakcją: E. Krajewskiej-Kutak,
M. Szczepańskiego, C. Łukaszuk i J. Lewko

Tom I



Problemy
terapeutyczno-pielęgnacyjne
od poczęcia do starości

Tom I

„Badania w zakresie medycyny uczyniły tak niezwykły postęp,
że praktycznie nie mamy już ani jednego zdrowego człowieka”

Aldous Huxley

Akademia Medyczna w Białymstoku
Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia

Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości

Tom I

Praca zbiorowa pod redakcją
Prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak
Dr hab. med. Marka Szczepańskiego
Dr n. med. Cecylii Łukaszuk
Dr n. med. Jolanty Lewko

Białystok 2007

Recenzenci:
Prof. dr hab. med. Waczesław Niczyporuk
Dr hab. med. Alicja Wasiluk

ISBN 978-63-89934-24-6

Wydanie I

Białystok 2007

Projekt okładki: Agnieszka Kułak

Skład i łamanie: Stanisław Żukowski

Druk i oprawa:
MKDruk, Drukarnia S.C., ul. Marczukowska 6, 15-724 Białystok

SPIS TREŚCI

<i>Wstęp</i>	11
--------------------	----

Historia opieki nad pacjentem

Krajewska-Kułał E., Szczepański M., Baranowska A., Jankowiak B., Krajewska K., Kondzior D., Lewko J., Łukaszuk C., Nyklewicz W., Rolka H., Klimaszewska K., Kowalczyk K., Sierakowska M., Szyszko-Perłowska A., Van Damme-Ostapowicz K. <i>Refleksje na temat przemijania</i>	15
Chadzopulu A., Krajewska-Kułał E., Łukaszuk C., Theodosopoyloy E., Wrońska I. <i>Asklepion – sanatorium starożytnej Grecji</i>	25
Leszczyńska M., Krajewska-Kułał E., Łukaszuk C., Kędziora-Kornatowska K., Borzuchowska A. <i>Powszechna ochrona zdrowia w Polsce – rys historyczny</i>	37
Ostapowicz van-Damme K., Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Łukaszuk C., Szczepański M. <i>Rys historyczny rozwoju instytucji Domów Dziecka</i>	52
Kułał W., Sobaniec W., Rakowicz E. <i>Historia badań nad czynnością mózgu</i>	67
Laskowska A., Krajewska-Kułał E., Łukaszuk C., Oksiejczuk E. <i>Historia rozwoju badań nad zakażeniami szpitalnymi</i>	72

Wybrane problemy neonatologii, położnictwa i ginekologii

Herzig A. <i>Opieka okołoporodowa w Austrii. Zmiany nastawione na potrzeby kobiet</i> . . .	83
--	----

Krajewska K., Waszkiewicz A., Krajewska-Kułał E., Klimaszewska K., Kowalczyk K., Kondzior D., Jankowiak B., Rolka H., Baranowska A., Leszczyńska K., Lewko J., Van Damme-Ostapowicz K. <i>Edukacja zdrowotna, jako forma przygotowania pacjentki z cukrzycą ciężarnych do samopielęgnacji i samoobserwacji</i>	92
Pentkowska E. <i>Wiedza pracowników służby zdrowia dotycząca ryzyka transmisji HIV z matki na dziecko</i>	98
Malinowska A., Piotrowska-Depta M. <i>Program Upowszechniania Karmienia Naturalnego realizowany w Poradni Zaburzeń Laktacji Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku</i>	103
Golonko B., Radziejewska I. <i>Niedotlenienie okołoporodowe jako przyczyna zgonów i wielonarządowych uszkodzeń płodów i noworodków</i>	111
Krajewska K., Frąszczak K., Jankowiak B., Szczepański M., Krajewska-Kułał E., Rolka H., Szyszko-Perłowska A., Leszczyńska K., Klimaszewska K., Kowalczyk K., Kondzior D., Sierakowska M. <i>Problemy pielęgnacyjne noworodka z niewydolnością oddechową – opis przypadku</i>	119
Dziedzic M., Madetko R., Matuszyk D., Płoch K. <i>Naturalne metody planowania rodziny czy antykoncepcja – aspekty etyczne</i> .	126
Matuszyk D., Prażmowska B., Kolarczyk Z., Stolorz K. <i>Jakość życia kobiet leczonych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu</i> . . .	134
Głowacka K., Sińska B., Cieślak H. <i>Ocena wiedzy na temat klimakterium wśród kobiet w wieku okołomenopauzalnym</i>	139

Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne wieku rozwojowego

Fiedorczyk I. <i>Jak wspomagać pierwszy etap wychowania dziecka – zalecenia dla położnej środowiskowo/rodzinnej</i>	151
Żaczek R., Jarosz M. J. <i>Warunki społeczno-ekonomiczne rodzin a rozwój fizyczny młodzieży wsi podkarpackiej – badania wstępne</i>	159
Micun I. <i>Zachowania zdrowotne uczniów Gimnazjum w Sokółce</i>	164

Baranowska A., Chrzanowska E., Krajewska-Kułał E., Ostapowicz-Van Damme K., Jankowiak B., Rolka H. <i>Wiedza uczniów na temat zachowań ryzykownych dla zdrowia</i>	169
Żuralska R., Gaworska-Krzemińska A., Kowalkiewicz Hussein E., Gołębiewska R., Świetlik D. <i>Młodzież a substancje psychoaktywne.</i>	177
Pużuk M., Strankowska M., Samujło B., Kulikowska A. <i>Czynniki środowiskowe a wzorce jedzenia w grupie dziewcząt w okresie dojrzewania</i>	184
Żuralska R., Gaworska-Krzemińska A., Kowalkiewicz Hussein E., Gołębiewska R., Świetlik D. <i>Styl żywienia młodzieży szkolnej</i>	190
Majewski R., Filarski R. <i>Zawartość wybranych związków o działaniu antyoksydacyjnym w jadłospisach dekadowych białostockich przedszkoli</i>	195
Tokarski Z., Wojciechowska M. <i>Rola zespołu terapeutycznego w opiece nad dzieckiem (uczniem) z padaczką .</i>	199
Kowalczyk K., Bednarczyk A., Jankowiak B., Krajewska-Kułał E., Klimaszewska K., Lewko J. <i>Program edukacji pielęgniarstwa dla dzieci z rozpoznaną wadą wzroku</i>	205
Godlewska C., Lewko J. <i>Standard pielęgnowania dziecka z zespołem nerczycowym</i>	211
Rakowicz E. <i>Rehabilitacja dziecka z zespołem Downa.</i>	215
Owłasiuk A., Bielska D., Litwiejko A. <i>Zadania pielęgniarki rodzinnej w opiece nad dzieckiem z atopowym zapaleniem skóry i jego rodziną</i>	221
Fiedorczyk I. <i>Nowe zadanie położnej środowiskowej/rodzinnej – wgląd w sytuację dziecka w rodzinie</i>	229

Choroby cywilizacyjne – wyzwaniem dla lekarzy, pielęgniarek i położnych

Kulik T. B., Pacian A., Zboina B. <i>Profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych.</i>	237
Szynkiewicz E., Cegła B., Filanowicz M., Dowbór-Dzwonka A. <i>Zespół chorego budynku</i>	242

Wojciechowska M., Twardowska D. <i>Występowanie alergeniów środowiskowych w teatrze</i>	248
Filanowicz M., Szynekiewicz E., Dobór-Dzwonka A., Cegła B. <i>Jakość życia pacjentów z pyłkowicą przed rozpoczęciem immunoterapii</i>	256
Kondzior D. J., Klimaszewska K., Jankowiak B., Krajewska-Kułał E., Kowalczyk K., Rolka H., Baranowska A., Krajewska K. <i>Jak zapobiegać powstaniu dyskopatii?</i>	263
Gołębiewska A., Krajewska-Kułał E., Jankowiak B., Wróblewska K., Kowalewska B., Chilińska J., Rolka H. <i>Osteoporoza – problem każdego wieku</i>	268
Kurowska K., Zając M. <i>Orientacja życiowa i poziom depresyjności u osób z nadmierną masą ciała</i>	276
Kołodziej K., Strzelczyk J., Borowiak E. <i>Czynniki determinujące stopień otyłości mierzoney wskaźnikami BMI i WHR – badania wstępne</i>	283
Kurowska K., Zając M. <i>Salutogenetyczne uwarunkowania zdrowotne u chorych na cukrzycę</i>	290
Krzemińska S., Janes R., Uchmanowicz I., Borodzicz-Cedro A., Piechocki J. <i>Powikłania ze strony narządu wzroku w przebiegu cukrzycy</i>	296
Szysko-Perłowska A., Kotomska K., Krajewska-Kułał E., Klimaszewska K., Kondzior D. <i>Zachowania ryzykowne po spożyciu alkoholu wśród studentów</i>	300
Grabowska H., Narkiewicz K., Grabowski W., Krajewska M., Grzegorzczak M., Gaworska-Krzemińska A., Świetlik D. <i>Spożywanie alkoholu a ciśnienie tętnicze krwi w opinii pielęgniarek</i>	309
Grabowska H., Narkiewicz K., Władysław Grabowski ¹ , Krajewska M., Gaworska-Krzemińska A., Świetlik D. <i>Wiedza studentów V roku pielęgniarstwa n.t. rozpowszechnienia, klasyfikacji i następstw nadciśnienia tętniczego</i>	315
Banaszak-Żak B., Mizia-Stec K., Gąsior Z., Mizia M., Haberka M. <i>Czynniki ryzyka chorób układu krążenia w populacji młodych dorosłych osób – studentów Śląskiej Akademii Medycznej</i>	322
Jankowska B., Bartczuk A., Socha J., Łoboz-Grudzień K. <i>Analiza czynników ryzyka wpływających na występowanie udaru mózgu – rola pielęgniarki</i>	331
Kowalewska B., Krajewska-Kułał E., Jankowiak B., Wróblewska K., Gołębiewska A., Chilińska J., Rolka H., Jabłonowska K. <i>Nieswoiste choroby zapalne jelita grubego – colitis ulcerosa</i>	341

Jabłońska R., Ślusarz R., Frost K., Tafelski M., Grzelak L. <i>Stopień sprawności pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa – doniesienia wstępne</i>	348
Świderka M., Borawska K., Chilińska W., Najda K., Zecer S., Gołębiwska A. <i>Uzależnienie od Internetu – problem współczesnej młodzieży</i>	354

Problemy terapeutyczno-pielęgniacyjne współczesnej geriatry

Ciosek A. <i>Starość i starzenie się człowieka w aspekcie bio-psycho-społecznym</i>	365
Matynia A., Porzych K., Porzych M., Kędziora-Kornatowska K., Motyl J., Polak A. <i>Zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym</i>	376
Loda M., Muszalik M. <i>Jakość życia związana ze zdrowiem osób w starszym wieku</i>	385
Kubińska Z., Roszkowska A. <i>Nastawienie studentów pedagogiki wobec osób starszych i ich problemów</i>	393
Babiarczyk B., Jaksz-Recmanik E. <i>Ryzyko niedożywienia u chorych starszych jako czynnik wpływający na jakość ich życia</i>	399
Marzec A., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Grzeszak I. <i>Problem zabezpieczenia świadczeń terapeutycznych i pielęgnacyjnych dla pacjentów w starszym wieku</i>	411
Tumiel K., Sierakowska M., Doroszkiewicz H., Krajewska-Kułak E. <i>Problemy i potrzeby starzejącego się środowiska wiejskiego</i>	422
Mazurkiewicz A., Konieczka J. <i>Poziom sprawności pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej w zakresie podstawowych czynności codziennego życia</i>	435
Dobrzyń D., Marcisz C. <i>Proste i złożone czynności dnia codziennego u starszych osób objętych opieką pomocy społecznej na Śląsku</i>	440
Jaksz-Recmanik E. <i>Opinie pensjonariuszy Domu Opieki „Samarytanin” na temat terapii zajęciowej i jej wpływu na ich sprawność funkcjonalną</i>	448
Wróblewska I. <i>Częstość występowania depresji w wieku podeszłym w populacji pacjentów Praktyki Lekarza Rodzinnego – badania własne</i>	454
Dobrzyń D., Marcisz C. <i>Depresja i zaburzenia funkcji poznawczych u starszych osób objętych opieką społeczną na Śląsku</i>	460

Muraczyńska B., Adam A.

Objawy niepożądane u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w zależności od rodzaju stosowanego znieczulenia i trybu przyjęcia 469

Cierzniakowska K., Kozłowska E., Szewczyk M. T., Banaszkiewicz Z., Jawień A., Cwajda J.

Ocena deficytu samoopieki u chorych ze stomią w podeszłym wieku 476

Wstęp

Szanowni Państwo,

Od średniowiecza i ery nowożytnej, aż po czasy współczesne pacjent był źródłem zainteresowania księdza, egzorcysty, szamana, hipnotyzera i lekarza. Już Hipokrates pisał: „Nic, co może wpływać na zdrowie pacjenta, nie będzie mi obce”. Nie można bowiem rozpatrywać człowieka jedynie przez pryzmat jego chorego serca, nerki, wątroby. Wielki polski lekarz XIX wieku Władysław Biegański z Częstochowy podkreślał: „Pacjent może stracić życie, ale nigdy nadziei i wiary w wyzdrowienie”. Niekwestionowana była i jest zasada, że leczymy nie tylko wprawną, uzbrojoną dłońią (*non solum manu armata*), lecz także sercem i miłosierdziem (*sed etiam corde et misericordia*). Nic bowiem nie zastąpi ludzkiego pochylenia się w miłosiernym geście nad problemami cierpiącego chorego, na miarę naszej wiedzy, wrażliwości, umiejętności i możliwości. Chory człowiek zgłasza się do lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, którym z wiarą i zaufaniem powierza rzecz najcenniejszą – swoje zdrowie, a niekiedy życie. Medycyna powinna być więc nie tylko nowoczesna, skuteczna, naukowa, ale przede wszystkim posiadać ludzką twarz.

Takiej medycynie poświęcamy naszą monografię.

Monografia *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości* dotyczy opieki nad pacjentem w szerokim tego słowa znaczeniu.

Poszczególne rozdziały zawierają treści związane z opieką nad tym, którego narodziny, jak pisał Edward Kołda, są dowodem kolejnej nadziei. I tego, który zbliża się do kresu swojej drogi życiowej.

W podręczniku zawarte są rozdziały dotyczące problemów terapeutyczno-pielęgnacyjnych występujących w praktyce położniczo-ginekologicznej. Omówione są zagadnienia będące wyzwaniem współczesnej neonatologii. Poruszone problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne wieku rozwojowego, współczesnej geriatrii i opieki paliatywnej/hospicyjnej. Wytyczone zostały współczesne zadania medycyny środowiskowo-rodzinnej.

Autorzy zastanowili się, czy choroby cywilizacyjne są wyzwaniem dla lekarzy, pielęgniarek i położnych. Przedstawili rolę zespołu terapeutycznego w inter-

dyscyplinarnej opiece nad pacjentem i w podnoszeniu jakości życia pacjentów. Przybliżyli problem zagrożeń zawodowych personelu medycznego oraz jego rolę w promocji i edukacji zdrowotnej.

Albert Schweitzer napisał kiedyś: „Otwórz szeroko oczy i rozejrzyj się, czy ktoś nie potrzebuje trochę czasu, trochę uwagi. Może jest to człowiek samotny lub zgorzkniały, albo chory, albo niedołączony. Może starzec, a może dziecko. Nie pomini okazji, gdy możesz coś z siebie ofiarować ludziom jako człowiek”.

Mamy nadzieję, że tematyka monografii pozwoli ukazać, iż poszanowanie godności i niezależności pacjenta oraz dbałość o zapewnienie mu komfortu bio-psycho-społecznego, są obok podstawowego procesu leczenia, naczelnym celem działań zespołu terapeutycznego.

Prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Dr hab. med. Marek Szczepański

Dr n. med. Cecylia Łukaszuk

Dr n. med. Jolanta Lewko

Historia opieki nad pacjentem



E. Krajewska-Kułał¹, M. Szczepański², A. Baranowska¹, B. Jankowiak¹,
K. Krajewska¹, D. Kondzior¹, J. Lewko¹, C. Łukaszuk¹, W. Nyklewicz¹,
H. Rolka¹, K. Klimaszewska¹, K. Kowalczuk¹, M. Sierakowska¹,
A. Szyszko-Perłowska¹, K. Van Damme-Ostapowicz¹

Refleksje na temat przemijania

*My nie umrzemy nigdy (...) Umiera tylko czas. Przeklęty czas (...)
Kiedy kochamy, stajemy się nieśmiertelni i niezniszczalni, jak bicie
serca, jak deszcz lub wiatr*

Erich Maria Remarque

Początków rozważań na temat przemijania można doszukiwać się w Księdze Koheleta oraz w filozofii starożytnej (Heraklit z Efezu). Motyw *vanitas* popularny w średniowieczu i baroku ukazywał zmienność, niedoskonałość i kruchość tego, co doczesne, by tym samym podkreślić doskonałość życia wiecznego i spraw duchowych

Erazm z Rotterdamu twierdził, że „Całe życie ludzkie czymże jest innym, jak nie jakąś komedią, w której każdy występuje w innej masce i każdy gra swoją rolę, dopóki reżyser nie spędzi go ze sceny”.

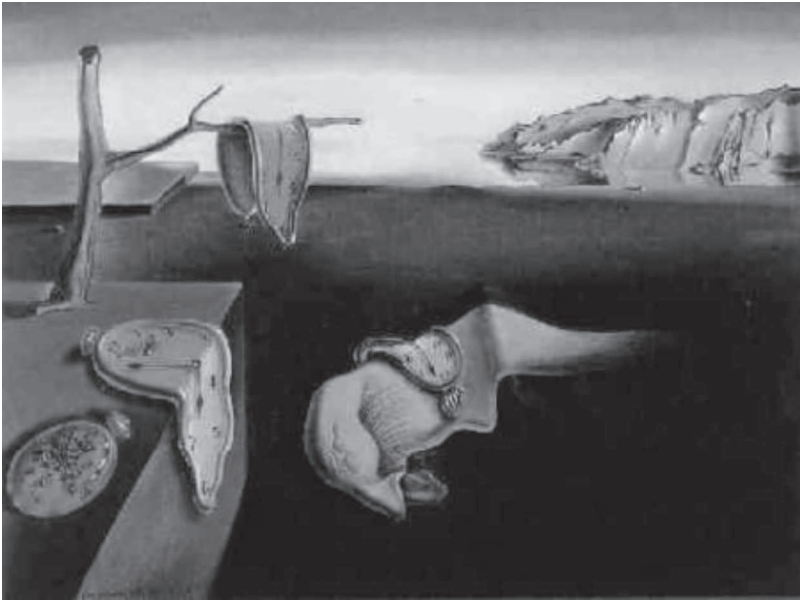
O przemijaniu pięknie pisał w swoim wierszu Leopold Staff: „Już? Tak prędko? Co to było? Coś strwonione? Pierzchno skrycie? Czy nie młodość swą przeżyło? Ach, więc to już było... życie?”

Kamińska zaś – „Uchwycić świat w jego zmienności. Nie pozwolić przepływać przez siebie niepowrotnie. Zatrzymać chwilę. Wypowiedzieć. Nabrać w oczy piękna. Nasycić się dźwiękami”.

Przemijanie jest częstym motywem nie tylko dla poetów i literatów, ale także malarzy. Artyści w swych dziełach starają się je pokazać odbiorcy w różny sposób. Jedni zatrzymują czas, jak zabalsamowane chwile na zdjęciach, drudzy w przekazie słownym, a jeszcze inni za pomocą pędzla.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

² Klinika Neonatologii AMB



Salvador Dali, Przemijający czas

Irina Yazykova uważa, że „malarstwo jest księgą, z której człowiek poznaje ważne sprawy, otrzymuje pokarm dla rozumu i dla serca”.

Czy tak jest w rzeczywistości? Czy potrafimy z dzieł sztuki odczytać przesłanie w nich zawarte?

Każde narodziny są kolejnym dowodem nadziei

Eugeniusz Kołda

Narodziny dziecka to jeden z najważniejszych momentów w życiu wszystkich rodziców, a macierzyństwo jednym z najwspanialszych darów.

Słowo *macierzyństwo* dla wszystkich kojarzy się z ciepłem mamy, troskliwością, dotykiem jej rąk, uśmiechem, dobrym słowem i umiejętnością pocieszania w każdej sytuacji.

Jan Paweł II w książce *Miłość i odpowiedzialność* zwrócił uwagę na bardzo ważny aspekt macierzyństwa pisząc, m.in.: „macierzyństwo nie ogranicza się jednak tylko do funkcji biologicznej, ale sięga głębiej. Polega ono także na pro-dzeniu; w sensie duchowym. [...] Macierzyństwo duchowe jest cechą charakterystyczną dojrzałości wewnętrznej kobiety. Do takiego wymiaru bycia osobą i zarazem bycia w pełni kobietą jest powołana każda kobieta”.

Motyw matki jest bardzo powszechny w literaturze i sztuce. Istnieje kilka typów postaci matek, wykreowanych w przeszłości przez artystów i filozofów.



Stanisław Wyspiański



Danuta Muszyńska-Zamorska

Pierwszy topos matki, to *Stabat mater dolorosa* – stała matka boleściwa, pograżona w rozpacz, płacząca i współczująca, cierpiąca wraz z synem. Kolejny to *Alma Mater* – matka karmicielka, utożsamiana z boginią Ceres, czyli Deme-

ter, która była panią urodzajów i plonów. Demeter to również matka boleściwa, która po stracie córki cierpiała wielkie męki. Trzecia – to *Matka Polka* – jest to matka bardzo mocno kochająca swoje dziecko, ze szczególną troską dbająca o jego wychowanie. Gotowa do wyrzeczeń, poświęcająca się dla jego dobra. Często jako cierpiąca, porównywana była do Matki Boskiej. Czwarta to *Matka Ojczyzna*, Polska. Kolejna to *Matka Ziemia*, żywicielka, matka, planeta wszystkich ludzi.

W każdej, nawet najdawniejszej religii, mitologii, w dziełach poetyckich i malarskich pojawiają się postacie matek, kojarzących się z beztroskim dzieciństwem. Będących symbolem miłości, bezpieczeństwa, rodzinnego domu.

Matka byłaby zdolna wymyślić szczęście, aby je dać swoim dzieciom.

Madeleine Delebreil

Dzieciństwo to okres życia człowieka, kojarzący się najczęściej z beztroską, brakiem odpowiedzialności, zabawą i nauką. Dziecko to człowiek od urodzenia do osiągnięcia wieku dojrzałego. Dziecko to symbol początku, Nowego Roku, poranka, czystości, nieskażonego stosunku do świata, spontaniczności i przyszłości.



William Bouguereau

Wraz z rozwojem dziecka, rodzice przeżywają *radość rozwoju*. Pierwsze uniesienie główki, pierwsze próby chodzenia, przejście od gaworzenia do pierwszego

okrzyku „mama”, „tata” pozostawiają niezapomniane wspomnienia, napawające dumą i szczęściem.

Z czasem, gdy dziecko staje się coraz starsze i nabiera pewnych sprawności manualnych, rodzice przeżywają *radość twórczości*. Razem ze swym dzieckiem wykonują wspólne prace plastyczne: wyklejanki, modelowanie plasteliny, układanki.

Dziecko jest dla rodziców ciągle odkrywaną tajemnicą. Ta *radość odkrywania*, nierozzerwalnie łączy się z *radością towarzyszenia* swemu dziecku we wszystkich jego życiowych momentach: przy pierwszym pójściu do żłobka, przedszkola, szkoły. W pierwszych przyjaźniach, porażkach, sukcesach.

Wraz z wejściem w wiek młodzieńczy, a potem dorosły, dziecko zaczyna się usamodzielniać, dając rodzicom *radość dorastania*, a potem *radość spełnienia*, której doświadczają trzymając na kolanach wnuka, czując się potrzebni i niezastąpieni.

Juan Eduardo Cirlot, w swoim *Słowniku symboli* podaje, że dziecko jest przede wszystkim symbolem przyszłości.

W malarstwie i rzeźbie renesansu oraz baroku malarze ukazywali postacie dziecięce, zwłaszcza na obrazach sakralnych, głównie jako aniołki lub putto (z włoskiego „chłopczyk”) – postacie nagich, grubiatkich dzieci.

Wielu myślicieli i twórców uważało dziecko za symbol nieświadomego dobra, a każde jego pojawienie się traktowano nie tylko jako efekt połączenia ciała, kobiety i mężczyzny, ale i wyraz związku ich dusz. Alchemicy natomiast dziecko traktowali jako symbol doskonałości. Nieodgadnionej, poszukiwanej. Jako rodzaj kamienia filozoficznego.

Dziecko dla wielu to symbol niewinności, którą wraz z wchodzeniem w dorosłość tracimy.

Przez wiele wieków artyści starali się udoskonalić wizerunek dziecka. Początkowo przedstawiano go jako osobę dorosłą, jedynie mniejszych rozmiarów. Dopiero w późnych okresach antyku zaczęto przedstawiać właściwe proporcje całego ciała, rysy twarzy, gesty, zmiany zachodzące w dorastaniu.

Od czasów nowożytnych motyw dziecka występuje we wszystkich rodzajach sztuk plastycznych, a artyści starają się oddać nie tylko wygląd dziecka, ale także jego psychikę.

Już w starożytnym Egipcie stworzono wizerunek rodziny faraona Amenhotepa IV zwanego Echnatonem (XVIII dynastia, ok. 1375–1358 p.n.e.) łącznie z jego dziećmi.

W starożytnej Grecji ukazywano mitologiczne bóstwa i herosów także w wieku dziecięcym. Do najsłynniejszych należą wizje Bachusa (syna Zeusa i Persefony), Heraklesa (syna Zeusa i Alkmeny), jako niemowlę w kołysce duszące węże, Kupidyna, czy Erosa.

Z czasów starożytnego Rzymu znana jest rzeźba etruska, z pocz. V w. p.n.e. przedstawiająca mityczną Wilczycę karmiącą ludzkie niemowlęta, późniejszych założycieli Rzymu, Remusa i Romulusa. Uwieczniono także grupę „Laokoon



Bachus, Caravaggio



Rzeźba Wilczycy Kapitołińskiej karmiącej bliźniaków Remulusa i Romusa

z synami” (II w. p.n.e.) oraz wiele portretowych i rodzajowych wizji dzieci, które dzisiaj można oglądać w Muzeach Watykańskich, Kapitołińskich i innych.

W Średniowieczu i późniejszych epokach dziecko ukazywano głównie w rozlicznych scenach biblijnych. Do dzieł powstałych według Starego Testamentu zaliczamy, np. niemowlęcego Mojżesza, z chłopięcem Józefem sprzedanym przez braci do Egiptu, czy chłopięcego Tobiasza wędrującego po lekarstwo dla ojca. Nowy Testament był przede wszystkim inspiracją do ukazania apokryfów i żywotów świętych: z małoletnią Marią – później Matką Chrystusa, z Jezusem

i Janem Chrzcicielem z okresu dziecięcego. Dzieci ukazywano także w scenach ze świętymi i pod postaciami aniołów.

W późnych dziełach gotyckich i renesansowych, np. w scenach: *Żywot Marii i Chrystusa*, *Rodzina Marii* lub *Rodzina św. Anny* można dostrzec namalowane autentyczne „chodziki” do nauki chodzenia dla dzieci.



John Berger

Okres renesansu obfitował również w liczne portrety dzieci – głównie z rodów panujących, ale także dzieci mieszczań i potomstwo samych artystów (np. *Rodzina artysty* pędzla Hansa Holbeina Młodsze).

Dzieci występują też w nowożytnych scenach rodzajowych, historycznych, alegorycznych, czy symbolicznych. Współczesne obrazy przedstawiają dzieci podczas zabawy, nauki, modlitwy, w sytuacjach radosnych, szczęśliwych oraz smutnych, niekiedy tragicznych.

Młodość to pragnienie nowych wrażeń, gorące uczucie i chęć do czynu. Starość to obojętność i lenistwo. Młodzieńcem i starcem można być w każdym wieku.

Feliks Chwalibóg

Z medycznego punktu widzenia młodość jest pojęciem bardzo względnym. W każdym bowiem organizmie, niemal od momentu poczęcia, zachodzą równolegle procesy powstawania, starzenia się i umierania olbrzymiej ilości komórek.

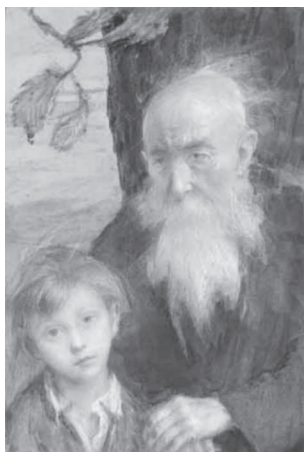
Z filozoficznego punktu widzenia, młodość, starość to dwa nieuchronne bieguny życia, nieuniknione etapy ziemskiej egzystencji.

Codziennosc zmusza wszystkich ludzi do spotkania z przedstawicielami tych odmiennych okresow zycia i nieuchronnie powoduje, ze kazdy z nas bedzie kiedyś osoba w podeszlym wieku. Czy jednak mlody czlowiek musi widziec osoba starsza, jako muzealny eksponat? Czy osoba starsza powinna calkowicie odgradzac sie od swiata „mlodych”? Brytyjski polityk Herbert Henry Asquitha, powiedzial kiedyś: „Mlodość byłaby doskonała, gdyby przytrafiła się pod koniec zycia”.

W malarstwie motywem mlodości i starości zajmowało się wielu artystów, niejednokrotnie zestawiając je obok siebie. Jednym z takich przedstawicieli jest Axentowicz.



Teodor Axentowicz – mlodość i starość



Teodor Axentowicz – mlodość i starość

Artysta namalował wiele obrazów związanych z przemijaniem czasu, przeciwstawiając, np. siwobrodego starca postaci młodej, pięknej, wchodzącej w życie dziewczyny lub małego, niewinnego chłopczyka.

Dwudziestoletni mają twarz taką, jaką dał im Pan Bóg, czterdziestoletni – jaką dało im życie, sześćdziesiątlatki – na jaką sobie zasłużyli.

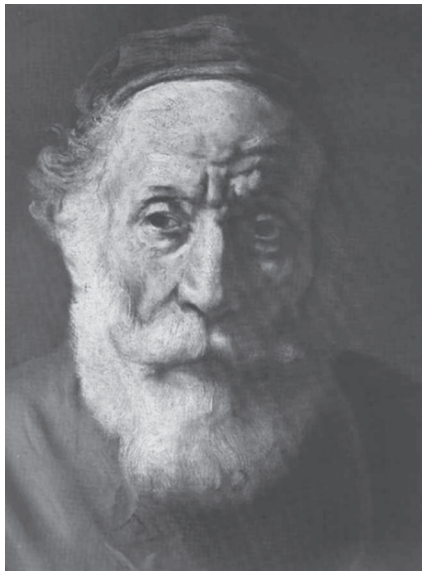
Cyceron

Młodość, dojrzałość, starość – przemijanie...

Znów można sobie postawić pytanie – czym jest przemijanie? Czymś, co nie trwa wiecznie. Prawem, któremu podlega człowiek. W życie każdego z nas wpisana jest od samych narodzin także śmierć. Jak powiedział Seneka: „Całe życie człowieka jest tylko podróżą do śmierci”.

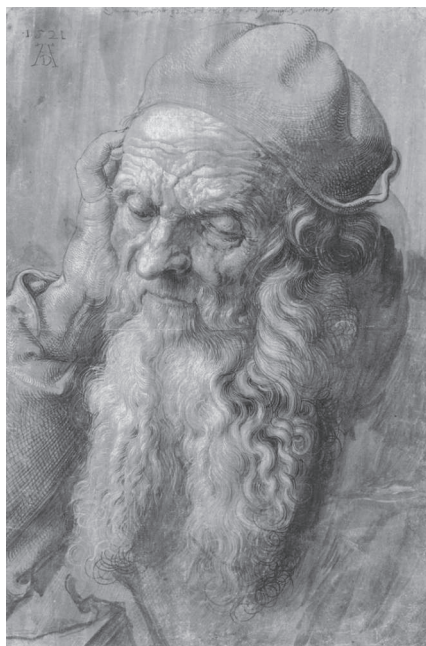
Starożytni byli przekonani o marności i nieuchronnym przemijaniu. Wymyślili nawet sposób na pokonanie przemijania, śmierci. Twórcą tego pomysłu był najwybitniejszy rzymski poeta starożytny – Horacy. Podejmując tematykę przemijania, zmienności życia, jak i jego tajemnicy, nawiązywał do filozofii stoickiej i epikurejskiej. Nakazywał, by nie troszczyć się zbyt o czas przyszły, a raczej korzystać z czasu danego w tym momencie.

W średniowieczu motyw przemijania ściśle łączył się z obrazem śmierci: kto chciał zasłużyć na nagrodę w niebie, musiał żyć godnie, a życie doczesne i jego przemijanie traktować jako drogę do prawdziwego bytu – wiecznego.



Rembrandt

Obraz przemijania zmieniał się w czasie, a artyści – malarze, poeci, literaci różnie reagowali na ten fakt. Czasami śmiercią straszili, innym razem pokazywali ją jako coś nieuchronnego, naturalnego, przed czym nie można uciec. Czasami prowokowali, zmuszając odbiorców do refleksji nad sensem życia.



Albrecht Dürer

Przemijanie to nieodłączny element naszego życia. Przemija młodość, przemija uroda, przemija nasze życie. Jedne rzeczy się kończą, inne zaczynają. Przemijają rzeczy doczesne, ziemskie, materialne. Pozostają wspomnienia... Bo jak pisał kiedyś Antoine de Saint-Exupéry: „Najważniejsze jest, by gdzieś istniało to, czym się żyło: i zwyczaj, i święta rodzinne. I dom pełen wspomnień. Najważniejsze jest, by żyć dla powrotu”.

Piśmiennictwo

1. Korzeniecka Elżbieta: Mała księga cytatów 2. PRINTEX Przedsiębiorstwo Wydawniczo-Handlowe, 2003. 1–252.

Antyгона Chadzopulu¹, Elżbieta Krajewska-Kułak²,
Cecylia Łukaszuk², Eleni Theodosopoyloy³, Irena Wrońska⁴

Asklepion – sanatorium starożytnej Grecji

Przyszłość jest prezentem, jaki robi nam przeszłość

Andre Maurois (Émile Herzog, 1885–1967)

To, jak wewnętrznie siebie postrzegamy i to jakim jawi się sobie człowiek sub specie aeternitatis, może być wyrażone przez mit. Mit jest bardziej indywidualny i wyraża życie znacznie dokładniej niż nauka. Nauka działa przez generalizację, które są zbyt ogólnikowe, by oddać subiektywną złożoność jednostkowego życia.

C. G. Jung

Wstęp

Organizacja i kierownictwo szpitali w starożytnej Grecji tkwią mocno w przeszłości. W związku z tym zaistniała potrzeba choć częściowego przedstawienia historii i zamysłów organizatorskich oraz wyeksponowania w nich wielu elementów, które posiadają ich wartość ponadczasową.

Pierwsze wiadomości o medycynie w starożytnej Grecji odnoszą się do XII stulecia p.n.e. [2].

Patronem, a z biegiem czasu bogiem medycyny był syn Apollina, *Asklepios*, zwany w mitologii rzymskiej *Eskulapem*. W dziejach ówczesnej medycyny greckiej znane są również córki *Asklepiosa*: *Hygieja* (uzdrawiająca) oraz *Panakeja* (wszystko lecząca). Pierwsza zasłynąć miała z profilaktyki, dała nazwę higienie i uchodziła za boginię zdrowia, druga miała leczyć wszelkie choroby, dzięki czemu środek leczący wszystkie choroby nazywano *panaceum*.

¹ Department of Intensive Care Unit and Palliative Care, Kavala Hospital, Greece

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

³ University Athens, Greece

⁴ Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa Akademia Medyczna w Lublinie

Podkreślić należy, że początki medycyny greckiej tworzyły kobiety, np. przy porodzie Eskulapa uczestniczyła główna położna Olimpu – Eileityia [2].

Cywilizacja mykeńska, tkwiąca na Krecie ok. 2000 lat p.n.e., zachowała się gający prawników system matrylinearny. Kobiety uczestniczyły tam we wszystkich aktywnościach społeczeństwa, sprawując także wysoki status w medycynie. Antropolodzy łączą ten fakt z obecnością silnych lub dominujących bóstw żeńskich [19].

Według starej łacińskiej paremii *Historia jest nauczycielką życia*. Cyceron zaś twierdził: *Historia – świadek czasu, światło prawdy, życie pamięci, nauczycielka życia, zwiastunka przyszłości*. Im więcej bowiem wiemy, tym bardziej rośnie „głód poznania”. Im bardziej odległe czasy poznajemy, tym zainteresowanie nią bywa bardziej bezinteresowne. To ona pomaga nam orientować się we współczesności i wskazuje nasze korzenie. Jest zawsze zapisem tego, co pewna epoka uważa za godne uwagi w epoce wcześniejszej.

Niestety, po wielu cywilizacjach pozostało niewiele śladów np. budowli, a wiele „pośluczonych skorup”. Te „szczątki” są jednak bardzo wiarygodne. W przeciwieństwie do innych przekazów historycznych nie kłamią. Są godnymi i pełnymi zaufania dowodami dawnego życia. Można by powiedzieć, że uczą nas szczegółów o Grecji, o codziennym życiu w tamtych wiekach [19].

Wydaje się jednak, że najważniejsze jest to, co „głoszą” figurki z greckiej gliny. Jaki jest ich przekaz? Jak przekonują do siebie, jak wzruszają, jak nauczają...? Dlaczego są jednocześnie nauką i świadectwem historii?

Czasami przez tysiąclecia, stojąc gdzieś w miejscu od dawna dla nich przeznaczonym, nie uległy zniszczeniu. Nie dosięgła ich ani brutalność przyrody, ani okrucieństwo ludzkości. Czasami w jakimś domu przetrwały wiele pokoleń [19].

W muzeum archeologicznym w Atenach spotkać można różne płaskorzeźby będące „przesłaniem wieków”. Za takie można uznać np. dzieło przedstawiające Asklepiosa leczącego chorych za pomocą dotknięcia laską owiniętą wężem, z umieszczonymi za nim dwoma synami, Machonem i Podaliriosem oraz córkami – Jao, Akeso i Panakie.

Czy jednak tylko piękno jest tu najważniejsze? Rodzi się bowiem pytanie, dlaczego przez pięć wieków, aż do czasów rzymskich, wędrowały do Asklepejonu pielgrzymki z całego Morza Śródziemnego? Dlaczego dzisiaj nabieramy takiego zamięłowania i zaciekawienia tamtymi czasami? Czy to zapal do wiedzy, czy snobizm? A może nie chęć poznania, tylko chęć pochwalenia się przed znajomymi kilkoma dodatkowymi zdjęciami? A może jednak nie! Może w tych Asklepiach tkwią tajemnice, o których dzisiaj przestaliśmy pamiętać...?

A może rację miał Henryk Sienkiewicz, który twierdził, że *ogromna tradycja grecka płynie jak krew w naszych żyłach* i tym sformułowaniem uchwycił zasadniczą różnicę, jaka dzieli poznawanie Grecji od poznawania każdego innego kraju?

Spróbujmy zastanowić się nad tym snując rozważania na temat Asklepejonu, sanatorium starożytnej Grecji.

Asklepios



Asklepios (w rzymskiej mitologii Eskulap) był synem Apollina i ziemskiej kobiety – Koronis. Apollo poznał i pokochał piękną Koronis. Odjeżdżając do Delf pozostawił, na straży jej wierności i cnoty, białego kruka. Wkrótce jednak dowiedział się, że jego ukochana wyszła potajemnie za mąż. Artemida, siostra Apolla, aby pomścić zniewagę brata, ugodziła niewierną niewiastę celnymi strzałami. W czasie kiedy zwłoki Koronis czekały już na spalenie, a jej dusza wędrowała po Hadesie, Apollo zdjęty litością nad swoim nienarodzonym dzieckiem, zszedł do podziemi, dokonał zabiegu i wyjął z łona zmarłej żywe dziecko. W ten sposób doszło do wykonania pierwszego cesarskiego cięcia [1, 16].

Kiedy Asklepios podrósł, ojciec oddał go na wychowanie do centaura Chirona, który wprowadził go w tajniki sztuki lekarskiej i przekazał młodzieńcowi całą swoją wiedzę na temat uzdrawiania. Nauczył go między innymi leczyć chorych za pomocą kilku dźwięków muzycznych oraz odpowiednio wykorzystywać zioła oraz inne dary natury. Młodzieniec szybko posiadał ofiarowaną mu wiedzę i rychło przewyższył wiadomościami oraz umiejętnościami swego mistrza. Poznał także metodę wskrzeszania umarłych. „Lotem błyskawicy” rozniosła się wiadomość, że ktoś odebrał śmierci władzę nad światem. Kiedy umarli poczęli powracać do swych domów Bogowie uznali, że takie naruszanie porządku świata może być bardzo niebezpieczne. Wówczas Zeus zabił Asklepiosa piorunem i umieścił go na niebie. Po jego śmierci ludzie jednak dalej wierzyli, że Bóg żyje, tyle tylko, że pod inną postacią. Przypuszczano, że „przyodział” skórę węża i obdarzony ludzką mową oraz wielkim rozumem przebywa w głębi ziemi. Wąż natomiast stał się symbolem odradzającej się siły żywotnej [1, 16].

Duch Grecji

Dzisiaj już wiemy, że w starożytności istniały bardzo wysoko rozwinięte cywilizacje. W 1882 roku, w czasach ignorancji i całkowitej negacji istnienia rzeczy pozaziemskich, uczoney Ignatus Dovrely pisał w *Atlants The Antediluvian World*, że *bogowie i boginie z podawanych mitologii byli w rzeczywistości królami i królowymi Atlantydy, przedpotopowej wysokorozwiniętej cywilizacji, z której wywodzą się wszystkie późniejsze ludzkie społeczności* [10, 13].

Naród grecki „powstał” ze złączy się najrozmaitszych narodowości. Ludy Grecji nieustannie wędrowały, pędząc swój żywot przede wszystkim na morzu. Głównym celem żeglarstwa był jednak nie handel, ale korsarstwo. Grecy chłonęli świat zewnętrzny i starali przyswoić go sobie. „Zdziwienie” i „przeczuwanie” były podstawowymi zasadami funkcjonowania Hellenów. Radosne poczucie własnej godności w stosunku do zmysłowej przyrody oraz potrzeba nie tylko zaspokojenia samego siebie, ale i pokazywania się, zabłyśnięcia oraz rozkoszowanie się sobą, oto do czego sprowadzały się zasadnicze zainteresowania Greków.

Taki jest także podmiotowy początek sztuki greckiej, w której człowiek przetwarzal w dzieło sztuki swoje ciało, w swobodnym pięknie ciała, ruchu i pełnej siły zrzeczności.

Objaśnianie przyrody i przemian naturalnych, wykrywanie ich sensu i znaczenia, to czynności ducha podmiotowego, które Grecy nazywali *mantia*. Na *mantia* składał się materiał i ten kto go objaśniał, kto wydobywał ukryty w nim sens. Platon wspomina o tym w związku z marami sennymi i majaczeniami, które nawiedzają człowieka podczas choroby podkreślając, że w celu ich wyjaśnienia, określenia potrzebny był tłumacz – *mantys* [3].

Idea dobra

Celem starożytnych zabiegów organizacyjnych i idealizacyjnych było dobro człowieka. W przypadku stoików prawdziwym dobrem była cnota, podstawą zaś zasada *Człowiek miarą wszechrzeczy, wszystkich rzeczy istniejących i nie istniejących*.

Wierzono, że chorobę Bogowie zsyłają jako karę po to, żeby ludzie się poprawili albo ćwiczyli swoje siły moralne. Niestety, ten pogląd przez długi czas wywierał hamujący wpływ na leczenie. Utwierdzał też w przekonaniu, że po co leczyć chorobę, jeżeli ona ostatecznie jest zdarzeniem pomyślnym.

Podkreślić należy, że w myśli greckiej dochodzi do dość specyficznego zespolenia wszelkich celów materialnych z duchowymi. Sokrates stawiał nawet dobra moralne ponad innymi [2, 3]. Rodzi się więc pytanie, czy nie należałoby posłuchać się starożytnych? Może warto się zastanowić się, czy wartości moralne i doskonałość wewnętrzna człowieka nie są wartościami równie cennymi, co dzisiejszy zysk ekonomiczny?



Asklepejony (Eskulapia, Asklepia)

Asklepejony były miejscami ogromnej czci, ale równocześnie bardzo dobrze zorganizowanym system leczniczym, powstałym w IV wieku p.n.e. Przyczynkiem do ich budowy były wybuchy różnych epidemii i z tym związana konieczność odizolowywania chorych od zdrowych.

Asklepia to gigantyczne budowle z kolumnami i ogromnym dziedzińcem, otoczone wokół zielonymi lasami lub gajami, ze źródłem wody w samym środku. W tym przepięknym miejscu wierzono, że Asklepios swoimi umiejętnościami góruje nawet nad Zeusem i innymi bóstwami.

Asklepios był dla wielu nie tylko najważniejszym, ale jedynym Bogiem. Do jego świątyń ciągnęły liczne rzesze chorych. Wszyscy wierzyli, że zostaną wyleczeni, nie metodami zawodowych lekarzy, lecz jego mocą, mocą Boga medycyny [2, 6, 17].

Zauważyć należy, że możliwa była jednak wiara w leczenie teurgiczno-taumaturgiczne, skoro wiedza lekarska była znana od 700 lat przed wojną trojańską. Wiedza posługująca się nie egzorcyzmami, ale ziołami, plastrami, opatrywaniem ran, które przetrwały po dziś dzień. Znane były także antyseptyczne właściwości miodu, który był stosowany np. do leczenia ran. W czasach obecnych zwiedzając różne okolice Grecji także na każdym kroku wdychamy zapach sosen, oregano i tymianku.

Świątyń poświęconych Asklepiosowi w Grecji było około 300. Mogło się w nich leczyć 300–400 chorych. Były one także zlokalizowane w Krotonie, na Rodos, w miastach Azji Mniejszej i w dalekiej Italii.

Za czasów Striavona najbardziej rozpowszechnione były asklepia w Trikala w Tesalli, w Epidaurus, w Atenach, na wyspie Kos. Największej czci Asklepios doznawał jednak w miejscowości Epidawros (osadzie położonej we wschodniej części półwyspu Peloponezkiego, w Argolidzie), w Pergamonie oraz na wyspie Kos na Morzu Egejskim.

W 1883 roku bardzo cenne okazały się odkrycia archeologiczne dokonane przez architekta Kawadiasa. Przeprowadzone na wielką skalę prace wykazały, że między innymi medycyna w Epidawros wychodziła poza szarlatanerię. W lokalnym muzeum oprócz architektonicznych fragmentów inskrypcji budynków, dekorujących poszczególne gmachy, jak partie kolumn doryckich, jońskich i korynckich są także specjalne tablice zawierające historie choroby i poświadczające ich cudowne uleczenie. Poza tym można zobaczyć dość skomplikowane narzędzia chirurgiczne, będące dowodem na znajomość tematów medycznych wśród kapłanów, przeprowadzających nierzadko poważne zabiegi [5, 6, 7, 8].

Wiele jest też ruin, których przeznaczenie łatwo dziś rozpoznać – hotele, kompleksy rekreacyjne, szpitale, czy łaźnie.

Podkreślić wypada, iż w Asklepejonie, w okresie największego rozkwitu, wybudowano oprócz świątyń i portyków, także obiekty użyteczności publicznej służące do rozrywki, tj. gimnazjony, stadion, teatr, odeon, budynki szpitalne oraz hotele.

Tuż przy świątyni Asklepiosa znajdował się Tolos, okrągły gmach wybudowany przez Polikleta Młodszego z Argos ok. 330 r. p.n.e. Posiadał on kolumny w stylu doryckim na zewnątrz i korynckie wkomponowane w strukturę wewnętrzną, o niejasnym do końca przeznaczeniu, być może dla rytualnych ceremonii, przez które musieli przechodzić chorzy. Według jednych przekazów w budynku tym trzymano węże przywiezione z Libii, a według innych zwoje z receptami i diagnozami chorób oraz medykamentami. Sama kompozycja posadzki przypominała swoim wyglądem zwoje wężów. Wstęp mieli tam prawdopodobnie jedynie kapłani i inni najwyżsi dygnitarze. Był to najpiękniejszy gmach sanktuarium, ale do dziś przetrwały jedynie jego fundamenty [4, 5].

Motyw węża i jego symboliczne znaczenie

Wąż był od niepamiętnych czasów kojarzony z lecnictwem. Słynną laskę Hermesa, kaduceusz, oplatały dwa węże, a wierczyło jabłko królewskie ze skrzydłami. Przyjmuje się, że węże reprezentują siły chaosu i ładu, których równowaga jest warunkiem zachowania dobrego stanu zdrowia. Skrzydła symbolizują zaś potencjalną zdolność umysłu do sprawowania kontroli nad tymi przeciwstawnymi elementami [4]. Ten pradawny symbol wykazuje uderzające podobieństwo do podwójnej spirali cząsteczek DNA [10].

Wiecznotrwały aspekt węża i jego otwarcie na przemijanie, życie można odnaleźć w opiekuńczych właściwościach Meretseger (*Tej, która kocha ciszę*), przy-

jaciółki ciszy, którą w Egipcie przedstawiono jako spiralnie podnoszącego się węża, czuwającego nad grobami.

W Grecji występuje podobne wyobrażenie węży śmierci.

Greccy lekarze byli w pełni świadomi istnienia w ludzkim ciele określonych energii, którym nadawano tyle rozmaitych nazw w psychologii, medycynie i mistyce.

Hipokrates wyróżnił *enormon* i *physis*, które rządziły siłą fizyczną i popędem seksualnym oraz zdolnością ciała do samowyleczenia (odpowiednik hinduskiego Kundalini – węzowej mocy wznoszącej się do wyższych czakramów). Medycyna długo ignorowała koncepcje energii Hipokratesa, ograniczając się do tego, co było u niego „naukowe” oraz jego wnikliwych analiz przypadków.

W naszych czasach, wraz z rozwojem tzw. medycyny alternatywnej, lekarze i naukowcy skłaniają się powoli do uznania faktu, że umysł i ciało stanowią całość powiązaną skomplikowaną siecią wymiany energii, w sposób dość bliski koncepcji Hipokratesa i lekarzy greckich [4].

Avaton

Avaton – specjalny budynek w Asklepejonie, był podzielony na dwa oddziały: dla kobiet i dla mężczyzn. Pozostałości tej budowli są o tyle ciekawe, że ukazują zorganizowane oddziały szpitalne. Ich wyposażenie stanowiły materace, stoły, specjalne „lampy” oraz marmurowe podwyższenia (*womi*) spełniające rolę stołów operacyjnych. Sale chorych przeznaczone były dla około 120 chorych. Wykopaliska świadczą, że w świątyniach znajdowały się osobne pokoje dla kobiet, mężczyzn i dla przewlekle chorych, którzy wymagali dłuższego pobytu.



Według historyka dr Catona te ogromne czterokątne budowle podzielone były także na małe pokoiki, przeznaczone prawdopodobnie dla ciężko chorych, którzy wymagali dłuższego pobytu w Avatonie [9].

W Asklepejon dowodził Prothierewas (wielki kapłan), który był najbardziej wtajemniczony w sztukę lekarską. Pomocnikiem jego był Piroforoy, a pielęgniarzami mnisi z różnych klasztorów. Kobiety mniszki wywodziły się z klasztoru Zakron lub Nakron [7].

Uzdrowianie

W Asklepejonie leczeniem zajmowali się kapłani, którzy posiadając wiedzę medyczną wykonywali również praktyki lekarskie.

We wcześniejszych latach kult Asklepiosa i znajomość medycyny przekazywane były z ojca na syna. Nikt z zewnątrz nie był dopuszczany do wykonywania tego zawodu, a rodziny lekarskie starały się utrzymać w swoich rękach władzę leczniczą.

Leczenie przeprowadzano według ściśle przestrzegane przez kapłanów rytuału. Nieodłącznymi towarzyszami kapłanów były węże, które lizały rany chorych i wzbudzały w nich postrach, cześć i posłuch dla otrzymanych wskazówek. Doświadczenie kapłanów z biegiem czasu stawało się coraz większe, wskutek czego naturalne metody lecznicze, jak kąpiele, napary, gimnastyka, smarowanie, nacieranie, podawanie ziół, posty, dieta wchodziły w coraz większe użycie. Z ziół leczniczych, dzikich, a z pewnością nieraz także hodowanych kapłani sporządzali leki, które chorym przynosiły ulgę.

Jeszcze dziś, nie bez związku z przeszłością, jedno ze wzgórz w sąsiedztwie Epidawrosu cieszy się sławą, ze względu na zalety ziół na nich rosnących [2]. Do dzisiaj znane jest gospodyniom *spathochorto*, którego kwiaty zebrane jesienią zalewa się w słoju z oliwą z oliwek i wystawia na słońcu. Po miesiącu zawartość słoika przybiera kolor porfirii. Kobiety wiejskie zawsze mają w swych domach taki słoik, zawiera on bowiem lekarstwo na niezżyty żołądek, hemoroidy, schorzenia skórne oraz przyspiesza gojenie się ran.

To samo można powiedzieć o wodach mineralnych, które znajdowały się koło świątyni. Epidawros słynął np. dodatkowo jako stacja balneologiczna [2, 9].

Z wykopalisk w Epidawros i Kos zachowała się gliniana „hydraulika” doprowadzająca wodę do świątyni oraz narzędzia chirurgiczne będące kolejnym dowodem na znaczną znajomość tematów medycznych wśród kapłanów przeprowadzających nierzadko poważne zabiegi.

O biegłości praktycznej kapłanów informuje nas „cud” z Heraineusem. Herainesus był łysy. Wyśmiewany i wyszydzany udał się po pomoc do Boga. W czasie, gdy Heraineus spał, kapłani nacierali mu głowę maścią, po której włosy mu odrosły. Poświadcza to, że posiadali oni jakiś skuteczny specyfik na porost włosów, ale jaki był skład tej maści do dziś nie wiadomo. Być może receptury trzeba szukać w rękodziełach starożytnych autorów [2].

Odnalezione stele (kamienne płyty lub kolumnienki z wyrytymi inskrypcjami), które wystawiano na widok publiczny podczas wykopalisk podają między innymi: *Człowiek z odrażającymi krostami na czole: „Pandarus, Tessalczyk, miał to widzenie podczas snu. Wydawało mu się, że bóg przykrył jego krosty bandażem i kazał mu go zdjąć zaraz po wyjściu z dormitorium i ofiarować w świątyni. Gdy wstał o świcie zdjął opatrunek, a widząc, że jego twarz jest czysta złożył go w ofierze w świątyni. Inna historia opowiada o chłopcu imieniem Eufanes, który pochodził z Epidaurus: „Cierpiący na kamienie, zasnął. Wydawało mu się, że ujrzał boga, który zapytał »co mi dasz, jeżeli Cię wyleczę?« »Dziesięć kostek – odpowiedział chłopiec, na co bóg się roześmiał i obiecał, że go uleczy; i rano był już zdrowy”*. W innym znowu przypadku dziecko – głuchonieme od urodzenia – zaczęło mówić [4].

W Świątyni nie można było ani umrzeć, ani rodzić. Jest to dowodem na to, że nie przyjmowani byli tam ciężko chorzy oraz kobiety brzemienne. W świątyni stał duży posąg Boga siedzącego na tronie, wykonany ze złota i kości słoniowej.

Chorzy zgłaszający się do eskulapiów po licznych zabiegach oczyszczających (kąpiel, głodówka), postach i ofiarach złożonych w darze bóstwu, odurzeni kadzidłami spędzali noc w świątyni lub jej przedsionku, przy posągu Asklepiosa, zawinięci w skórę swego wotum. Wśród mistycznej ciszy i złowrogiej ciemności, proszący o pomoc miał doznawać wróżebnego snu, w którym sam Bóg – lekarz wskazywał mu lekarstwo lub ozdrowieńcze praktyki. Bóstwo odwiedzało chorego najczęściej, gdy był on na pograniczu jawy i snu, wtedy bowiem najłatwiej było wywołać halucynacje i wizje senne. W związku ze stosowaną przez kapłanów Asklepiosa terapią podczas snu i ich umiejętnościami interpretacji snu, Asklepiosa nazwano również zsyłającym sny.

Chorym często zalecano długotrwałą głodówkę, a w ciągu dnia uczestnictwo w ceremoniach religijnych, grach i zabawach. Miało to doprowadzić do pełnego rozluźnienia pacjenta, jak również do odpowiedniego przygotowania jego psychiki na nocne „odwiedziny” [2, 4, 6, 8].

Odwiedziny Boga następowały zwykle w chwili, gdy pacjent był na pograniczu snu, bowiem wówczas najłatwiej było wywołać stany halucynacji hypnagogicznych, a mózg jest najbardziej podatny na sugestie [4, 14, 15]. Należałoby też w tym miejscu dodać, że pierwsze doświadczenia z wykorzystaniem hipnozy zaczęto prowadzić w Salpetriere w 1880 r. przez Charcota. Wcześniej zajmował się tym niezwykle zjawiskiem Braid [2]. Chorzy następnego dnia otrzymywali przepisy lecznicze stosownie do tego, jakie sny i widzenia przedstawiali kapłanom i jakie ofiary (najczęściej zwierzę), za pomyślność leczenia, złożyli bóstwu w świątyni.

Rola snu była w lecznictwie helleńskim niezmiernie ważna. Ludzie Asklepejonu działali jakby równolegle w dwu płaszczyznach: magicznej i przyrodniczej. Chorzy, którzy odzyskiwali utracone zdrowie, składali na ołtarzach przedmioty, tzw. *vota* wyobrażające chore części ciała, chorą nogę lub rękę, a kapłani opisywali wyleczone, rzekomo cudownie, przypadki na tablicach [2, 4, 5, 6].

Chorych leczył teatr, sport, muzyka

Pacjentom zapewniao teŝ trzy gatunki rozrywek, których celem było słuŝenie pacjentom i poprawa ich samopoczucia: estrady muzyczne, misteria teatralne oraz zawody sportowe.

Teatr przez foldery i przewodniki nazywany „Cudem Epidaurus” jest w istocie jednym z najlepiej zachowanych, ocalonych dla współczesności świadectw kwitnącej Grecji antycznej. Wbudowany w grzbiet górski (Kilortion) przeznaczony był dla czterestu tysięcy widzów, rozmieszczonych w pięćdziesięciu pięciu rzędach. W Helladzie był to jeden z większych teatrów, okolony lasem i zagajnikami. Dysponował cudowną akustyką i nawet z ostatniego rzędu doskonale było słycać odgłos spadającej na scenę zapałki lub monety. Takiego nagłośnienia pozazdrościć może każdy gmach opery w Europie.

Teatr grecki jest wciąż wielbiony i wciąż żywy. Przedstawienia zwykle odbywają się w nim w porze letniej o zachodzie słońca. Trzeba przynajmniej raz znaleźć się wśród tysięcy widzów, by zrozumieć czym były greckie przedstawienia teatralne pod helleńskim niebem, odgrywane przez aktorów w maskach, na koturnach. Dopiero wtedy można zrozumieć dlaczego miały charakter religijny.

W centrum sanktuarium znajdował się Odeon, budynek przykryty dachem, przeznaczony do przedstawień muzycznych i teatralnych. Niestety, do czasów współczesnych nie zachowały się żadne fragmenty widowni, która była miejscem niezwykle dekoracyjnym, z okrągłą orkestrą, przeznaczoną dla chóru.

Kolejną ważną instytucją sanktuarium był stadion. Wybudowany pomiędzy dwoma wzgórzami, których zbocza doskonale służyły za widownie miłośnikom rywalizacji sportowych. Podkreślić należy, ŝe Grecy upowszechniali sport jako współzawodnictwo bez broni, jednoczące wszystkich. Sport pojmowali, podobnie jak teatr, jako czynności o podłożu religijnym [2, 6, 9].

Katagogion

Inaczej *xenon*, czyli hotel wybudowany w VI w. p.n.e. Obiekt ten służył do zakwaterowania pielgrzymów, którzy mogli zamieszkać w którymś ze 160-ciu pokoi, rozlokowanych na dwóch piętrach. Dzisiaj pozostały już nieliczne jego szczątki w postaci kilku kolumn i fragmentów łaźni, najprawdopodobniej wybudowanych specjalnie z myślą o gościach [7].

Zmierzch Asklepejonu

Ostateczny zmierzch sławy Asklepejonu w Epidawros, poprzedzony niszczycielskim najazdem rzymskiego cesarza Sulliw 86 r. p.n.e., nastąpił w połowie

VI wieku n.e. Wówczas na opuszczone szpitale i świątynie spadła, wskutek silnego trzęsienia ziemi, gruba warstwa ziemi. Dodatkowo, dwa wieki wcześniej oficjalnym dekretem cesarskim zostało zakazane praktykowanie kultu Asklepio-sa, który przeszkadzał w szerzeniu się chrześcijaństwa.

Twierdzenie licznych naukowców, jakoby w świątyniach zajmowano się tylko inscenizowaniem cudów nie zaś leczeniem naturalnym, nie da się w pełni utrzymać. Dowodem na to jest np. fakt, że ze świątyń mogli wywodzić się także lekarze świeccy, którzy rozwijali dalej swą naukę już poza nimi, a za przykład mogą posłużyć Hipokrates i Platon.

Hipokrates oddzielił medycynę od filozofii spekulacyjnej. Tym sposobem medycyna Hipokratesa była racjonalno-empiryczna, ze znaczną przewagą, empiryzmu. Stała się przede wszystkim sztuką i nauką. Choć nie popartą eksperymentem, ale wymagającą ścisłego spostrzegania. Bardzo systematyczną nauką opartą na indukcji i na wielkim materiale. Dobro chorego było w niej wysunięte na miejsce naczelne.

Platon zaś, zajmujący się zagadnieniami filozoficznymi w medycynie, podzielił ją na cztery działy: *farmakiewtikin* (farmaceutyczna), *hirurgikin* (chirurgiczna), *woithitikin* (pomocnicza) oraz *nosognomikin* (wiedzy o chorobie). Słowo *woithia* oznacza pomoc, wsparcie, służbę wobec chorego [7].

Podsumowanie

Medycyna oficjalna niekiedy lekceważy te czynniki, które nie dadzą się wykazać doświadczalnie, np. wpływ psychiczny i walory moralne na chorobę, czy zdrowienie. Społeczeństwo zawsze usiłowało wyznaczyć jasną granicę między zdrowiem a chorobą psychiczną. Wszystko, co niezrozumiałe, dziwaczne, niedostępne zalicza się automatycznie do choroby. Podobnie dzieje się w naukach ścisłych, gdzie niezrozumiałe uważa się za nienaruszalne. Są to kwestie warte głębszego zamysłu w przyszłości. Historia nauki przedstawiałaby się zupełnie inaczej, gdyby zbiory alexandryjskie zachowały się w stanie nienaruszonym do dziś [2, 10, 11, 14].

Dzisiaj wszyscy podziwiają potęgę medycyny i techniki, ale zarazem boją się ich. Medycynę wielu uważa za bezduszną, a lekarzy postrzega jako bardziej skupionych na samym zabiegu niż na pacjencie.

Ludzie zwracają się więc coraz częściej ku medycynie alternatywnej. Szukają niepotwierdzonych metod, które są powszechnie reklamowane jako „naturalne”.

Ludzie jednak, jak dosadnie wyraża grecko – łacińskie przysłowie – *Kosmos theli paramithia* (gr.) *Mundus vult decipi* (łac.) lubią wierzyć w niezwykle efektowne tajemnice.

Warto zwrócić uwagę na inne kultury starożytne. W wielu państwach dzisiaj jednym z kierunków studiów jest etnofarmakologia oparta na nie przebadanych zasobach roślin leczniczych.

Jan Rywa skierował do kolegów lekarzy i odkrywców przesłanie: *Ten świat wciąż kryje więcej nieznanego niż poznanego, nadal stanowi prawdziwe drzewo mądrości, po którego owoce warto sięgać i wykorzystać je dla dobra człowieka społeczności i przyszłości* [11].

Piśmiennictwo

1. Mavromataki M.: Grecka mitologia i wierzenia. Haidalis Ateny, 1998, 110, 111.
2. Szumowski Wł.: Historia medycyny. Sanmedica, Warszawa, 1994, 66, 76.
3. Friedrich G. W.: Wykłady z filozofii dziejów. Tom II, PWN Krakow, 1958, 30, 35.
4. Hope M.: Tradycja grecka. Zysk i S-ka, Poznań, 1994, 114–116.
5. Tegopulos: Egiklopedia, Tom II, DOMI Ateny, 1974, 381.
6. Dimitrios L.: Ippokratis T II, Zhtros, Thessaloniki, 2000, 157, 175, 179, 203.
7. Vassiliki L.: Ta ekato hronia tis sholis adelfon nosokomon tu evaggelismu. Ateny, 1978, 21, 22, 23.
8. Hatzivasiliu V.: To asklipio tis Ko. KOS, 2004, 5, 32, 33.
9. Davari D.: Kos to nisi tu Ippokrati. – Turistikos odigos. Davaris, Ateny 2002, 32.
10. Mars J.: Oni rządzą światem. Jeden Świat, Warszawa, 2005, 408, 428.
11. Ryn Z. J.: Medycyna Indianska. Wyd. Literackie Kraków 2007, 15, 390.
12. Zajdler L.: Atlantyda. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1981, 1–356.
13. Ochorowicz J.: Pierwsze zasady psychologii i inne prace. PWN, Warszawa, 1996, 1–338.
14. Ochorowicz J.: Okultyzm i parapsychologia. PWN Warszawa, 1992, 10.
15. Parandowski J.: Mitologia, wierzenia i podania Greków i Rzymian, PULS, Wydaw. LSM, 115.
16. Szczepański J. A.: Grecja. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1989, 292, 290, 291.
17. Paszkiewicz M.: Śladami Antygony. Wydaw. FIS, Lublin 1993, 5, 20.

Marta Leszczyńska¹, Elżbieta Krajewska-Kułak², Cecylia Łukaszuk²,
Kornelia Kędziora-Kornatowska³, Agnieszka Borzuchowska⁴

Powszechna ochrona zdrowia w Polsce – rys historyczny

Wprowadzenie

Na początku XX wieku, jeszcze pod zaborami Prus, Austrii i Rosji (1916) powstało na ziemiach polskich Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Na gruncie wprowadzonych przez zaborców własnych modeli lecznictwa, zaczęło ono opracowywać koncepcję systemu ochrony zdrowia dla przyszłej Polski [1].

Po odzyskaniu niepodległości, rząd Ignacego Paderewskiego powołał do istnienia Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej oraz kierującego nim ministra zdrowia publicznego [1].

Ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 roku nałożyła na organa państwowe obowiązek podjęcia zorganizowanych działań w walce z chorobami zakaźnymi i społecznymi, przeprowadzenie szczepień ochronnych przeciwko ospie, zorganizowanie opieki nad matką i dzieckiem, nad chorymi psychicznie, zwalczanie alkoholizmu, nierządu, chorób zawodowych oraz przestrzeganie przepisów sanitarnych [1].

Korzystając wówczas z doświadczeń amerykańskich oraz ze środków Fundacji Rockefellera powstała koncepcja ośrodków zdrowia, powołano instytucję lekarza powiatowego oraz samodzielne powiatowe Urzędy Zdrowia, które łączyły pracę organów państwowych, samorządowych społecznych oraz prowadziły skoordynowaną działalność na rzecz zapobiegania i zwalczania chorób, jak również krzewienia kultury i podnoszenia stanu świadomości zdrowotnej ludności [1].

Poprawie zdrowia zbiorowego miały służyć między innymi ubezpieczenia na wypadek choroby. W okresie międzywojennym objęły one jednak zaledwie

¹ NZOZ „Medyk”, Jasło

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB, Białystok

³ Katedra i Klinika Geriatrii CM Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego AMB, Białystok

7% ludności. Drogie usługi medyczne, dla większości nieubezpieczonych, biednych obywateli, pozostawały niedostępne i to oni głównie padali ofiarami chorób i przedwczesnych zgonów [1, 2].

Związany z nurtem zdrowia publicznego prof. Marcin Kasprzak był wówczas głębokim orędownikiem stworzenia powszechnej służby zdrowia w Polsce, jako elementu niezbędnego w podnoszeniu zdrowotności społeczeństwa [3].

Po II Wojnie Światowej opiekę zdrowotną w pełni przejęło państwo, wprowadzając gwarantowane konstytucyjnie prawo do ochrony zdrowia (podobnie jak prawo do pracy). Pełna realizacja tego założenia nastąpiła dopiero w 1972 roku, kiedy bezpłatna opieka lekarska objęła nieubezpieczonych dotąd rolników. Wpłynęło to pozytywnie na zwalczanie epidemii chorób okresu międzywojennego, jak m.in. malarii, duru plamistego, czy błonicy, wydłużyło znacznie przeciętne trwanie życia, obniżyło śmiertelność okołoporodową matek i umieralność noworodków [1, 2].

Na lata 1966–1992 przypada intensywny rozwój pielęgniarstwa środowiskowego. Powstały wówczas liczne szkoły medyczne i Wydziały Pielęgniarstwa w Akademiach Medycznych, a kończące je pielęgniarki były dobrze przygotowane do pracy środowiskowej, pielęgniarско-opiekuńczej i profilaktycznej [4].

Z czasem rozrastająca się biurokracja i scentralizowanie systemu zaczęły sprawiać, że struktura organizacyjna ochrony zdrowia w Polsce stawała się coraz mniej sprawna i wydajna [1, 2].

Wydarzenia z roku 1989 i upadek Państwa Ludowego otworzyły kolejny rozdział przekształceń społeczno-polityczno-gospodarczych, pociągając za sobą zmiany w ochronie zdrowia, które trwają nieprzerwanie do dziś [5, 6].

Przekształcenia w podstawowej opiece zdrowotnej

Funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej do lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku było przedmiotem licznych badań prowadzonych w różnych ośrodkach w Polsce. Wykazały one jednoznacznie, że system ten ma wiele wad organizacyjnych, jest źle zarządzany i mało wydajny. Centralne zarządzanie ochroną zdrowia doprowadziło do chaosu biurokratycznego i utraty możliwości koordynowania procesów leczenia [7, 8, 9].

Socjalistyczna „powszechna ochrona zdrowia” i „społeczna służba zdrowia” zakładała pełną, niemal Nielimitowaną dostępność do wszelkich form ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przy ich dużym stopniu specjalizacji. Nikt nie znał faktycznych potrzeb zdrowotnych i nie kontrolował wydatków na świadczenia. Brak było racjonalnych kryteriów rozdziału funduszy na województwa i ZOZ-y oraz zasad rozliczeń między nimi. Skutkowało to nadużywaniem świadczeń specjalistycznych i diagnostycznych nie przynosząc wymiernych korzyści dla pacjentów, a pogłębiając zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej [10].

Rozwój gospodarczy państw i poprawa warunków życia obywateli z jednej strony wpływa korzystnie na wzrost świadomości zdrowotnej ludności, z drugiej, stały postęp technik medycznych, stwarzając lepsze możliwości diagnostyczne i terapeutyczne chorób. Sprzyja to umacnianiu zdrowia i podnoszeniu jakości życia ludności, ale często przewyższa możliwości ekonomiczne państwa [11, 12, 13].

Wzrost kosztów ochrony zdrowia zmusza wiele krajów do weryfikacji polityki zdrowotnej. Nawet dobrze dotąd prosperujące narodowe systemy opieki zdrowotnej krajów Europy Zachodniej, jak kraje skandynawskie, Niemcy, Wielka Brytania, czy nawet Stany Zjednoczone przechodzą kryzys i ograniczają wydatki państwa, a zwiększają udział własny pacjentów w finansowaniu leczenia. Na przykład w Belgii czy Finlandii 10 do 25% ogólnych kosztów opieki ambulatoryjnej spoczywa na korzystających z usług medycznych pacjentach [14, 15, 16, 17].

W Polsce, przeprowadzone badania pod kierunkiem Sygita wśród mieszkańców Szczecina pokazały, że większość badanych opowiedziała się za uzupełnieniem państwowej służby zdrowia lecnictwem alternatywnym (spółdzielczym lub prywatnym) i częściową odpłatnością za leki i usługi medyczne (1/4 respondentów), jeśli miałyby to poprawić jakość i dostępność świadczeń. Najwięcej zastrzeżeń pacjentów budziła praca rejestracji (nieuprzejma obsługa), niepunktualność lekarzy, długi czas oczekiwania na wizytę i zbyt mała ilość czasu poświęcanego pacjentowi przez lekarza [18].

Na niską jakość obsługi pacjentów przez rejestrację w przychodniach rejonowych wskazywała również Pławecka i wsp., podkreślając równocześnie, że usprawnienie funkcjonowania rejestracji przyczynia się do poprawy oceny całej placówki służby zdrowia [19].

Zespół Wdowiaka analizował pracę podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Lublina w latach 1979–1980. Badania wskazały potrzeby pacjentów w zakresie skrócenia czasu oczekiwania na poradę lekarską, wprowadzenia telefonicznej rejestracji z wyznaczaniem godziny wizyty, a przez to wyeliminowanie kolejek, zwiększenia dokładności i staranności badania przez lekarza, większego zainteresowania problemami pacjenta oraz poprawy wyglądu i warunków pracy przychodni rejonowych [20].

Według zarządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 listopada 1982 roku w sprawie ramowych statutów zespołów opieki zdrowotnej lecnictwo pierwszego kontaktu odbywać się miało „...w miejscu zamieszkania, pracy lub nauki...” i obejmować „...świadczenia profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne w dziedzinie: medycyny ogólnej lub chorób wewnętrznych, pediatrii i medycyny szkolnej, położnictwa i ginekologii, stomatologii...” [10].

W przychodniach rejonowych i ośrodkach zdrowia zatrudnieni byli więc: pediatra (w poradni „D”), lekarz rejonowy, zwykle internista (w poradni „O”), ginekolog (w poradni „K”) i stomatolog. Według danych MZiOS z 1986 roku

na jednego lekarza ogólnego przypadało średnio 2296 mieszkańców, czyli około 40% więcej niż w innych krajach europejskich (wg Matuszkiewicza) [21]. Lekarze traktowali często swoją pracę „w rejonie” jako etap przejściowy do dalszej kariery w sektorze specjalistycznym [22].

Opieka zdrowotna ukierunkowana była na chorobę, jej biologiczne aspekty, świadczenia udzielane fragmentarycznie, niezależnie przez specjalistów wielu dziedzin medycznych i nie koordynowane w sposób całościowy.

W badaniu oceniającym funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce, przeprowadzonym w latach 1967–1968 pod kierunkiem Kostrzewskiego wykazano, że pacjenci zgłaszali się do lekarza czterokrotnie częściej z powodu choroby niż chcąc uzyskać poradę profilaktyczną [51]. Wizyty dotyczyły głównie dzieci i osób starszych. Mieszkańcy wsi korzystali z usług służby zdrowia rzadziej niż mieszkańcy miasta [23].

Wyrażna różnica między opieką medyczną na wsi i w mieście była w sprzeczności z zasadą prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Miejskie przychodnie przewyższały ośrodki wiejskie standardem i wyposażeniem, liczbą zatrudnionych lekarzy i personelu pomocniczego, dostępnością do laboratoriów i pracowni diagnostycznych [2, 10].

Badania ankietowe, przeprowadzone w 1993 roku przez Katedrę Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Akademii Medycznej w Łodzi pod kierunkiem Sapińskiego wśród rejonowych lekarzy ogólnych, ukazały ogromne braki w wyposażeniu przychodni w podstawowy sprzęt diagnostyczny [24]. W badaniach 80–90% pytanym lekarzy przyznała, że dysponuje w swojej przychodni jedynie aparatem do mierzenia ciśnienia i strzykawkami jednorazowego użytku. Tylko 60% poradni rejonowych było wyposażonych w aparat ekg, a 30% w glukometr [24].

Brak odpowiedniego wyposażenia przychodni rejonowych i ośrodków zdrowia w niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny oraz powierzchowne traktowanie swojej pracy przez zatrudnionych tam lekarzy i pielęgniarki wpływało na negatywne oceny jakości usług i prestiżu tego sektora ochrony zdrowia.

Przeprowadzone w Żywcu, w 1995 roku, badania ankietowe oceniające pracę lekarzy rejonowych wykazały, że wprawdzie 90% badanych twierdziło, że o ile nie ma trudności w uzyskaniu wizyty u lekarza w dniu zgłoszenia, to już tylko 40% respondentów wypowiedziało pozytywną opinię na temat ich pracy [25]. Uważali oni, że lekarz nie bada ich dokładnie, przekazuje niewystarczające informacje na temat choroby i sposobu leczenia, nie poświęca wystarczająco dużo czasu na rozmowę z pacjentem (45%) i nie zna sytuacji rodzinnej i materialnej swoich pacjentów (62%). W badanej grupie 68% osób korzystało z usług przychodni rejonowych, ale ponad 23% leczyło się prywatnie [25].

Według badań Instytutu Medycyny Pracy odsetek chorych korzystających z prywatnych usług medycznych był jeszcze wyższy i w 1981 roku wynosił od 25–44% [26].

Wybierając leczenie prywatne pacjenci kierowali się przekonaniem o wyższej jakości usług, lepszym zaangażowaniu lekarza w proces leczenia (66% badanych), lepszym systemie informacji i organizacji pracy (62%) [27]. Częściej korzystali z tej formy leczenia wówczas, gdy cierpieli na poważniejsze dolegliwości [27].

Ma to spore uzasadnienie zważywszy na fakt, że w przytaczanym wcześniej badaniu prowadzonym pod kierunkiem Sapińskiego, oceniając profil świadczeń zdrowotnych lekarzy rejonowych wykazano, że ponad 90% lekarzy ogólnych ogranicza swoje działania medyczne do leczenia kilku podstawowych jednostek chorobowych, np. przewlekłego zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, wrzodu trawiennego, niewydolności serca i niepowikłanej cukrzycy [28]. Pozostałe schorzenia, które mogą i powinny być leczone na szczeblu podstawowym kierowane są do leczenia specjalistycznego. Podwyższa to koszty leczenia, wydłuża czas terapii i utwierdza przekonanie społeczne o niskim poziomie usług w podstawowej opiece medycznej [28].

Kierunki zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce

Konstytucja WHO z 1946 roku głosi, że „zdrowie jest fundamentalnym prawem każdego człowieka, a zdrowie wszystkich społeczeństw jest warunkiem pokoju i bezpieczeństwa”.

W 1984 roku trzydzieści dwa Państwa Członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia przyjęły dokument „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. W punkcie 31 tego dokumentu czytamy: „Do roku 2000 należy we wszystkich państwach członkowskich stworzyć struktury i zainicjować procesy zapewniające stałe polepszanie jakości opieki zdrowotnej oraz stosowne użycie i rozwój technologii medycznych” [29].

Na podstawie tej strategii, w Polsce od 1990 roku realizowany jest Narodowy Program Zdrowia, który po raz pierwszy skupił wszystkie resorty, instytucje centralne, samorządy lokalne i całe społeczeństwo w działaniach na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia oraz zmniejszania różnic w zdrowiu i dostępności do świadczeń medycznych [30, 31, 32].

Opracowany w 1990 roku przez Radę Ministrów dokument pt. „Kierunki zmian w organizacji i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej” wyznaczył priorytety, które miały być podstawą funkcjonowania nowego systemu opieki zdrowotnej w Polsce [33]. Zakładały one wyższość: promocji zdrowia i zapobiegania chorobom nad działaniami leczniczymi, całościowej opieki sprawowanej przez jednego lekarza nad opieką wielospecjalistyczną, efektywnych i mniej kosztownych procedur medycznych i leków nad droższymi o tej samej skuteczności oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej nad zaopatrzeniem inwalidzkim [33].

W takim ujęciu fundamentem ochrony zdrowia stała się więc podstawowa

opieka zdrowotna, pojmowana teraz w sposób nowoczesny, tzn. ukierunkowany na pacjenta w jego lokalnym środowisku, dostosowana do jego wymogów i potrzeb zarówno w zdrowiu, jak i chorobie, z uwzględnieniem czynników psychologicznych, społecznych i ekonomicznych chorego [10].

Doświadczenia innych krajów pokazują, że choć praktycznie nie ma dziś na świecie systemu opieki zdrowotnej w pełni zadowolającego, to jednak panuje zgodna opinia, że niezbędne jest wzmocnienie szczebla podstawowej opieki zdrowotnej i nadania mu odpowiedniej rangi. Dążenia idą w kierunku, aby podstawowa opieka zdrowotna była powszechna, łatwo dostępna i świadczona na dobrym poziomie. Od jej jakości zależy w dużym stopniu kondycja zdrowotna społeczeństwa.

Od 1998 roku, w związku z reformą służby zdrowia, w miejsce dotychczasowych rejonowych poradni: ogólnej, dziecięcej i ginekologicznej zaczęły pojawiać się zakłady podstawowej opieki zdrowotnej. Przyjęły one dwa modele funkcjonowania: pierwszy (droższy), oparty na lekarzach dwóch specjalności (internista i pediatra) oraz drugi (tańszy), w którym całość usług wykonuje lekarz rodzinny [34].

Początkowo obawiano się, że brak pediatry w rejonie pogorszy opiekę nad zdrowym i chorym dzieckiem. W tym celu przeprowadzone zostały w 2001 roku w Bydgoszczy badania zbierające opinię rodziców o opiece lekarskiej nad dziećmi po wprowadzeniu opieki sprawowanej przez jednego lekarza opiekującego się całą rodziną. Zdecydowana większość ankietowanych (87%) określiła aktualną opiekę nad dzieckiem jako dobrą lub bardzo dobrą, wysoko oceniając kompetencje lekarza rodzinnego w tym zakresie [35].

Rozwój zakładów podstawowej opieki zdrowotnej przebiegał początkowo bardzo wolno. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej dała podstawy prawne do tworzenia publicznych i niepublicznych zakładów, które mogą dysponować majątkiem publicznym w celu wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych [34].

Autorzy pracy o rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Dolnego Śląska podają, że w latach 1991–1998 powstały zaledwie 4 nowe publiczne i 46 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi w zakresie opieki podstawowej [24]. Począwszy od roku 1999 przyrost liczby publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej był 6-krotny, a w 2004 roku placówki te stanowiły już ponad 78% wszystkich jednostek podstawowej opieki zdrowotnej [34].

Od 1994 na mocy dokumentu „Przekształcenia w podstawowej opiece zdrowotnej. Strategia realizacji celów”, przyjętego przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, zaczęto wprowadzać program przekształceń w podstawowej opiece zdrowotnej, którego kluczowym elementem miało być szkolenie lekarzy rodzinnych, pielęgniarek środowiskowych i rozwój praktyk w medycynie rodzinnej [36].

Uznano, że tylko szybkie tworzenie praktyk lekarzy rodzinnych zapewni najlepszą i najmniej kosztowną formę sprawowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Było to zgodne z oczekiwaniami pacjentów, co pokazało badanie przeprowadzone wśród mieszkańców dzielnicy Zabłocie w Żywcu przed uruchomieniem Eksperymentalnego Rejonu Lekarza Domowego [25]. Okazało się, że 81% respondentów opowiedziało się za wprowadzeniem praktyki lekarza rodzinnego. Za argumentację podawano spodziewaną lepszą dostępność, oszczędność czasu, usprawnienie procesu leczenia, bliższy kontakt lekarza z pacjentem, lepszą znajomość przez niego warunków życia i problemów rodziny pacjenta [6]. Respondenci oczekiwali od lekarzy rodzinnych takich umiejętności, które pozwoliłyby ograniczyć do minimum konieczność korzystania z porad specjalistów, zwłaszcza w zakresie problemów internistycznych (91%) i pediatrycznych (70%) [25].

W tym kierunku zmierza właśnie strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, która zakłada rozdział kompetencji i zadań tak, aby ambulatoryjne leczenie specjalistyczne pełniło funkcję konsultacyjną a specjalistyczne leczenie zamknięte funkcję referencyjną dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna jako zasadniczy element systemowych zmian polityki zdrowotnej państwa

Od 1972 roku funkcjonowały w Polsce zespoły opieki zdrowotnej posiadające wspólną administrację opieki zamkniętej i otwartej, specjalistycznej i podstawowej oraz częściowo opieki społecznej. Wprawdzie dostęp do lekarzy specjalistów miał się odbywać na podstawie skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, jednak w praktyce większość pacjentów trafiała tam bezpośrednio bez skierowania. Efektem tego było przeniesienie się większości usług medycznych do sektora specjalistycznego (państwowego i prywatnego), przyzwyczajenie pacjentów do tej formy opieki i postępująca degradacja pozycji lekarzy opieki podstawowej [37].

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku wprowadziła zróżnicowanie organizacyjne i własnościowe zakładów opieki zdrowotnej, wprowadzając podział na sektor prywatny, społeczny, spółdzielczy, lokalny, wojewódzki i centralny. Reforma opieki zdrowotnej skoncentrowana została na zarządzaniu sektorem publicznym i podniesieniu statusu podstawowej opieki zdrowotnej [37].

Obecny system organizacyjny podstawowej opieki zdrowotnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z sierpnia 1993 roku w sprawie ogólnych warunków, trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia. Dostawcą świadczeń medycznych podstawowej opieki zdrowotnej może być:

- prywatnie praktykujący lekarz lub pielęgniarka,
- niepubliczny zakład opieki zdrowotnej utworzony przez spółkę z o.o., spółkę akcyjną lub spółkę cywilną,
- publiczny zakład opieki zdrowotnej (publiczny samodzielny zakład opieki zdrowotnej) [10].

Podstawowa opieka zdrowotna, do której pacjent trafia bezpośrednio, bez skierowania sprawowana jest przez lekarza rodzinnego, lekarza stomatologa, pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną, położną środowiskowo-rodzinną i pielęgniarkę szkolną. Na nich spoczywa obowiązek zaspokojenia większości potrzeb zdrowotnych obywateli oraz koordynacja opieki oferowanej pacjentowi przez cały system ochrony zdrowia.

Przebudowa lecznictwa szpitalnego i specjalistycznego działającego w systemie otwartym zmierza do tego, aby zmniejszyć bazę specjalistycznego lecznictwa otwartego i ograniczyć rolę specjalistów do funkcji konsultacyjnej dla lekarza rodzinnego. Pozwoli to uniknąć dublowania ordynowanych leków, wykonywanych badań diagnostycznych itp. Ciągłą opieką powinni być objęci tylko ci chorzy, których złożony problem medyczny wymaga stałego nadzoru specjalistycznego [10].

Reorganizacja pracy szpitali polega natomiast na rozbudowie części ambulatoryjnej lecznictwa szpitalnego i większego niż dotąd wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej szpitali, a w konsekwencji zmniejszenia liczby hospitalizacji, np. w celach diagnostycznych. W oddziałach szpitalnych i zintegrowanych z nimi ambulatoriach szpitalnych, pracują ci sami lekarze, a nadzór nad całością sprawuje ordynator [10].

Przyjęcia pacjentów zarówno do szpitala, jak i do ambulatoriów szpitalnych, odbywają się na podstawie skierowania od lekarza rodzinnego, z wyłączeniem porad udzielanych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Posiadanie skierowania gwarantuje pokrycie kosztów badań, konsultacji i leczenia ze środków publicznych, w przeciwnym razie obciąża to budżet własny pacjenta. Obowiązek posiadania skierowania od lekarza rodzinnego nie dotyczy pacjentów korzystających ze specjalistycznych porad psychiatrycznych, ginekologiczno-położniczych, okulistycznych i dermatologicznych [10].

Tak skonstruowany system opieki zdrowotnej zapewnia optymalne zabezpieczenie świadczeń medycznych przy jednoczesnym racjonalnym wykorzystaniu środków przeznaczonych na ochronę zdrowia.

Ukształtowanie prawidłowych relacji między lekarzami rodzinnymi a szpitalem, poradniami specjalistycznymi, pomocą doraźną i pracownikami analitycznymi jest niezbędnym warunkiem do pełnej realizacji zadań spoczywających na lekarzu rodzinnym, między innymi w zakresie odpowiedzialności za zapewnienie ciągłości świadczeń zdrowotnych [38].

Niemniej ważna jest współpraca lekarzy rodzinnych z samorządem lokalnym. W Polsce ciągle jeszcze nie ma ustawy o zdrowiu publicznym [39]. Frag-

mentaryczne uregulowania prawne dotyczą pewnych aspektów zdrowia publicznego i są realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Jest to np. ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych z kalendarzem szczepień, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, o wychowaniu w trzeźwości, o przeciwdziałaniu narkomanii, paleniu itp. Brak jasnego określenia zakresu odpowiedzialności władz publicznych za zadania z tego zakresu zmusza do poszukiwania takich grup, środowisk i władz, które byłyby zainteresowane wykonywaniem tych zadań [39].

Lekarze, jako osoby publiczne i fachowcy w zakresie zdrowia, w naturalny sposób są traktowani jako osoby odpowiedzialne za zdrowie społeczeństwa. Rozwiązywanie problemów zdrowotnych społeczności lekarz może realizować w różnoraki sposób, np.:

- być doradcą lub członkiem komisji, organizacji społecznych lub szkolnych,
- informować o problemach zdrowotnych przez zabieranie głosu na posiedzeniach lokalnych władz samorządowych,
- informować o stanie zdrowia społeczności i istniejących zagrożeniach zdrowotnych,
- inicjować reformy w lokalnych organizacjach na rzecz poprawy warunków zdrowotnych,
- uczestniczyć w realizacji lokalnych programów prozdrowotnych.

Wpływy środowiskowe, socjoekonomiczne, edukacyjne i kulturowe mają nie mniejsze oddziaływanie na zdrowie i chorobę niż swoiste działania medyczne. Umocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, a w niej pozycji lekarza rodzinnego, który może dysponować wiedzą, możliwościami i odpowiedzialnością za jak największy zakres świadczeń to najlepszy sposób na zapewnienie i podnoszenie zdrowotności całego narodu [39].

Lekarz rodzinny w nowym systemie opieki zdrowotnej

Medycyna rodzinna w Polsce, jako dyscyplina i specjalność, jest stosunkowo młoda. Kształcenie lekarzy rodzinnych rozpoczęło się w 1994 roku, a pierwszą praktykę lekarza rodzinnego opartą o kontrakt z Kasą Chorych otwarto na Dolnym Śląsku w 1995 roku [37, 40].

Zgodnie z europejską definicją, przyjętą również przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, „*medycyna rodzinna jest punktem pierwszego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, ukierunkowanym na opiekę podstawową i zapewniającym ... otwartą i nielimitowaną dostępność, zajmującym się wszystkimi problemami zdrowotnymi, niezależnie od wieku, płci oraz jakichkolwiek innych cech osoby, której problem dotyczy*” [40].

Centralną rolę w opiece podstawowej pełni lekarz rodzinny. Wydany w 1993 roku przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej dokument „Zakres kom-

petencji lekarza rodzinnego” jasno określa, że ma on zapewnić „...podstawową i ciągłą opiekę poszczególnym osobom, rodzinom oraz danej społeczności lokalnej, niezależnie od wieku, płci i typu choroby” [41].

Lekarz rodzinny to lekarz „osobisty”. Ma za zadanie sprawować opiekę nad jednostkami w kontekście ich rodzin, lokalnej społeczności i zaplecza kulturowego. Powinien zajmować się problemami zdrowotnymi, w razie potrzeby współpracować z innymi specjalistami i pracownikami służby zdrowia, pomocy społecznej, samorządu lokalnego oraz pełnić rolę przewodnika i adwokata pacjenta dotkniętego problemem zdrowotnym lub bytowym. Niezwykle ważnym jego zadaniem jest promowanie wśród swoich podopiecznych zasad zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób.

Zgodnie z dyrektywą Unii Europejskiej Nr 93/10/EEC docelowo każdy mieszkaniec Unii powinien zostać objęty opieką lekarza rodzinnego. W Polsce ten postulat realizowany jest poprzez tworzenie imiennych list pacjentów, którzy pisemnie deklarują chęć przynależenia do określonego lekarza zgodnie z prawem wolnego wyboru zagwarantowanego ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [10].

Podobne listy pacjentów, często pokrywające się z listą lekarza, tworzą dla swoich potrzeb również pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne.

Liczba podopiecznych wpisanych na listę jednej pielęgniarki środowiskowej nie powinna przekraczać 2000 osób, położnej środowiskowej 6000, a lekarza rodzinnego 2500 osób. Liczebność listy lekarza, według stanowiska Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, powinna stopniowo się zmniejszać i docelowo osiągnąć wartość 2000 – 1600 pacjentów. Zbyt duża bowiem liczba podopiecznych uniemożliwia lekarzowi poznanie pacjentów i ich rodzin oraz wdrażanie programów promocji zdrowia i prewencji chorób [40].

Posiadanie listy pacjentów, specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej i prowadzenie niezależnej praktyki lekarskiej daje, na mocy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, możliwość zawarcia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i prowadzenia własnej praktyki lekarza rodzinnego włączonej do publicznego systemu ochrony zdrowia. Szansę taką, niezależnie, mają także pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne.

Kontraktowanie świadczeń medycznych jest jednym z ogniw całej strategii przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej. Przeniesienie większości świadczeń do sektora prywatnego stwarza warunki do konkurowania zakładów i gabinetów między sobą, zabiegania o pacjentów i podnoszenia jakości usług.

W celu dobrego realizowania założeń medycyny rodzinnej konieczna jest współpraca lekarza z innymi przedstawicielami służby zdrowia, przede wszystkim z pielęgniarką i położną środowiskowo-rodzinną.

W nowym kształcie podstawowej opieki zdrowotnej powstały możliwości pełniejszej realizacji zawodowej pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych. Transformacja pozycji pielęgniarek poszerza zakres ich odpowiedzialności

i nie sprowadza się tylko do suchego wykonywania poleceń lekarskich, ale daje dużą samodzielność w podejmowaniu decyzji, zgodnie z przygotowaniem zawodowym i w zakresie swoich kompetencji.

Zadania, jakie stoją przed pielęgniarką środowiskowo-rodzinną obejmują ocenę stanu zdrowia i działania pielęgniarskie nad:

- zdrowymi i chorymi niezależnie do płci i wieku,
- dziećmi od 6 tygodnia życia – zdrowymi i chorymi,
- osobami niepełnosprawnymi,
- osobami w stanie terminalnym [42].

Położna środowiskowo-rodzinną zatrudniona w podstawowej opiece zdrowotnej swoje zadania z zakresu opieki nad rodziną realizuje poprzez:

- opiekę przedkoncepcyjną,
- opiekę okołoporodową nad kobietą, noworodkiem i rodziną,
- opiekę w schorzeniach ginekologicznych i onkologicznych,
- opiekę nad płodem, noworodkiem i niemowlęciem,
- opiekę nad kobietą w każdym okresie życia [24].

Pielęgniarki udzielają swoich świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta lub gabinecie praktyki. Wykonują wizyty patronażowe w domu u niemowląt w 3, 4 i 9 miesiącu życia dziecka, a u starszych, niepełnosprawnych lub przewlekłe chorych planują proces pielęgnowania i wykonują zalecenia lekarskie.

Lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa i pracownik socjalny tworzą tzw. zespół opieki podstawowej, który ulokowany blisko pacjenta ma możliwość wczesnego diagnozowania zjawisk patologicznych i długofalowych działań prewencyjnych, szczególnie w zakresie chorób społecznych, jak otyłość, choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory.

Doświadczenia innych państw pokazały dobitnie, że taki zespół, posiadający dobrze wyszkolonych pracowników i wyposażony w odpowiedni sprzęt medyczny, efektywnie pokrywa około 80% potrzeb zdrowotnych ludności [10, 43].

Tendencja do umacniania pozycji lekarza rodzinnego istnieje we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Największym prestiżem społecznym cieszy się on w Wielkiej Brytanii. Posiada tam dużą swobodę w zakresie diagnozowania i leczenia, dysponuje dobrze wyposażonym gabinetem i przez cały czas koordynuje działania medyczne, jeśli wymaga tego stan zdrowia pacjenta [43].

Duże doświadczenie w zakresie medycyny rodzinnej posiada również Irlandia, Holandia i kraje skandynawskie. Lekarz rodzinny zastępuje stopniowo tradycyjne struktury podstawowej opieki zdrowotnej w Hiszpanii i Portugalii [44, 45].

W Niemczech, Francji, Belgii i Austrii, gdzie większość usług medycznych świadczona jest przez lekarzy prowadzących prywatne praktyki (zarówno w zakresie poz, jak i porad specjalistycznych), lekarze rodzinni pracują w oparciu o indywidualne kontrakty z funduszami ubezpieczeń zdrowotnych, tworząc łatwo dostępną sieć usług podstawowego zakresu [10, 44].

W krajach postkomunistycznych najszybszy rozwój instytucji lekarza rodzinnego obserwuje się na Węgrzech, w Czechach, Słowacji, Słowenii i Chorwacji, ale także w Rumuni i na Litwie [10].

W grudniu 2002 roku badania przeprowadzone przez ośrodki badania opinii publicznej w Polsce, Czechach Węgrzech i Rosji, na temat opieki zdrowotnej w tych krajach, wykazały wyraźną przewagę osób niezadowolonych z jej funkcjonowania [46]. Najlepiej sytuacja przedstawiała się w Czechach, gdzie 21% badanych osób uznało, że jakość opieki zdrowotnej poprawiła się, 47% – że nie uległa zmianie a 23% – że uległa pogorszeniu. Najmniej osób zadowolonych z reformy było w Rosji (odpowiednio: 14% – poprawiła się, 37% – nie uległa zmianom i 42% – pogorszyła się) [46].

W Polsce niezadowoleni stanowili 47%. Oceny pozytywne dla wprowadzanych zmian w systemie ochrony zdrowia „wystawiło” 26% respondentów [46]. Porównując jednak badania CBOS przeprowadzone w Polsce dwa lata wcześniej widać, że liczba niezadowolonych osób korzystających z usług służby zdrowia wyraźnie spada. W 2000 roku 80% badanych oceniła funkcjonowanie publicznej służby zdrowia jako „złe” lub „raczej złe” [47].

System opieki zdrowotnej w Polsce nawiązuje do działających między innymi w Wielkiej Brytanii, Kanadzie, Szwecji czy Hiszpanii.

Pożądanym procesem jest „powstawanie” jak największej liczby lekarzy i pielęgniarek rodzinnych praktykujących niezależnie – praktyki w formie indywidualnej lub grupowej albo niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Według założeń reformy, praktyka lekarza rodzinnego to taka praktyka, na czele której stoi lekarz ze specjalizacją z medycyny rodzinnej. Gabinet powinien mieć odpowiednią powierzchnię (minimum 75 m²) i składać się z gabinetu lekarskiego, zabiegowego, rejestracji, poczekalni, zaplecza socjalno-sanitarnego dla personelu i sanitarnego dla pacjentów. Powinien być wyposażony w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do diagnostyki i terapii chorych leczonych zgodnie z kompetencjami lekarza rodzinnego. Dopiero po spełnieniu tych wymogów lekarze rodinni będą mogli odegrać ważną rolę w reformie i reorganizacji służby zdrowia w Polsce oraz znacząco wpłynąć na obniżenie kosztów ponoszonych przez ochronę zdrowia [10].

W 2004 roku było w Polsce ponad 8,5 tys. lekarzy, którzy uzyskali specjalizację z medycyny rodzinnej, ale tylko około 30–35% z nich działało w ramach własnych indywidualnych praktyk zbliżonych do pierwotnych założeń. Liderem w tym zakresie było województwo lubelskie, gdzie większość zapotrzebowania na podstawową opiekę zdrowotną pokrywały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej – praktyki lekarzy rodzinnych. Najmniej przekształceń własnościowych występowało w województwie mazowieckim i warmińsko-mazurskim (ok. 40%) [48]. Badania prowadzone przez Lisowską i Romankiewiczza wykazały, że ta forma sprawowania opieki nad chorymi przynosi najwięcej korzyści zarówno dla pacjentów (lepsza dostępność i jakość świadczeń), dla personelu (większa

motywacja do pracy, zabieganie o pacjenta, lepsze zarobki), jak i dla płatnika świadczeń (poprawa efektywności wykorzystania ograniczonych środków przeznaczonych na podstawową opiekę zdrowotną) [48, 52].

Zespół pod kierunkiem Steciwko, w badaniach przeprowadzonych w praktyce lekarza rodzinnego Akademii Medycznej we Wrocławiu w 2000 roku wykazał, że pacjenci wysoko ocenili funkcjonowanie placówki pod względem dostępności (69%), kontaktów z personelem (69%), sumienności lekarzy i pielęgniarek oraz zainteresowania lekarza problemami i sytuacją osobistą pacjenta [cyt. za 49].

Przeprowadzenie zmian w sposobie funkcjonowania Zespołu Opieki Zdrowotnej polegające na zastąpieniu tradycyjnych rejonów indywidualnymi praktykami lekarzy rodzinnych oraz zmianie sposobu zatrudnienia personelu z etatowego na kontraktowy, przyniosły w krótkim czasie wymierne korzyści na wszystkich płaszczyznach (pacjenci/pracownicy/płatnik) [50]. Wyraźnie wzmocniła się pozycja lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej, możliwe stało się lepsze wyposażenie gabinetów, wzrósł poziom zadowolenia pacjentów z usług medycznych oraz ogólna satysfakcja zawodowa pracowników [50, 53, 54].

Piśmiennictwo

1. Nosko J.: Zdrowie publiczne w Europie i w Polsce. Kształtowanie się rozwiązań modelowych (szkic historyczny). (w) *Zdrowie Pub. Wybrane zagadnienia*, pod red. J. Indulskiego, Z. Jethona, L. Dawydziaka, Łódź 2000.
2. *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej w Polsce. Porównanie międzynarodowe*. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, marzec 2002.
3. Kirschner H.: Relacje lekarz–pacjent a system opieki zdrowotnej. *Sztuka leczenia* 1995, 1, 131–136.
4. Fetlińska J.: Miejsce pielęgniarstwa w modelu lekarza rodzinnego w polskiej reformie służby zdrowia – założenia i rzeczywistość. *Materiały zjazdowe. I Podlaska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Pielęgniarstwo we współczesnej medycynie”*. Maj, 2000, 59–67.
5. Sitko S. J.: Ewolucja regulacji w dziedzinie jakości w ochronie zdrowia w Polsce po roku 1989. *Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”*. Kraków, 2000, 228–230.
6. *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*. MZiOS, Warszawa 1998.
7. Kirschner H.: Postępy i trudności ochrony zdrowia w Polsce. *Zdrowie Pub.* 2004, 114, 3–7.
8. Łuczak J. R.: Medycyna rodzinna. *Gazeta Lek.* 1999, 9, 14–15.
9. Sygit M.: Badanie opinii społecznej o funkcjonowaniu służby zdrowia. Cz. I. Organizacja i metodyka badań. *Zdrowie Pub.* 1989, 100: 177–185. Cz. II. Ocena działalności przychodni rejonowych i zatrudnionego w nich personelu medycznego. *Zdrowie Pub.* 1989, 100, 7–9, 337–344. Wyniki z badania wdrożeniowego. *Zdrowie Pub.* 1990, 10, 64–70.
10. *Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego*. Materiał przygotowany na zlecenie MZiOS, czerwiec 1998.

11. Gašior E., Peńsko A.: Jakość w zakładach opieki zdrowotnej. *Standardy Medyczne* 2004, 1, 248–251.
12. Hebanowski M.: Komunikacja lekarza z pacjentem w kompetencjach lekarza rodzinnego. *Medycyna Rodzinna* 1999, 2, 3–4.
13. Wojtczak A.: Rola standardów w zapewnieniu jakości świadczeń zdrowotnych. *Mag. Med.* 1996, 7, 10–11, 55.
14. *Doświadczenia międzynarodowe w reformie finansowania ochrony zdrowia*. Materiały seminaryjne. Sejm RP, Marzec 1998, 19.
15. Dziubińska-Michalewicz M.: Lekarze pierwszego kontaktu w wybranych krajach Unii Europejskiej (Austrii, Belgii, Francji, Szwecji, RFN, Wielkiej Brytanii) *Informacja nr 682*. Biuro Studiów i Ekspertyz, 1999.
16. Lysoń S.: Kontraktowanie usług zdrowotnych a jakość. Doświadczenia Narodowej Służby Zdrowia Wielkiej Brytanii. *Antidotum* 1998, 10, 9–16.
17. Wojtczak A.: Rola standardów w zapewnieniu jakości świadczeń zdrowotnych. *Mag. Med.* 1996, 7, 10–11, 55.
18. Sygit M., Zienkiewicz P., Biernacki Z.: Problemy służby zdrowia w opinii społecznej. *Wiad. Lek.*, 1990, 43, 729–734.
19. Pławecka L., Król Z., Stan M.: Ocena i poprawa jakości obsługi pacjentów przez rejestrację w przychodniach rejonowych. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 1999, 1, 19–24.
20. Krakowiak J., Wdowiak L.: Model zintegrowanego zarządzania opieką zdrowotną. *Zdrowie Pub.* 2004, 114, 418–421.
21. Biuletyn Statystyczny 1986, MZiPS, Warszawa 1987.
22. Drobnik J., Nyczaj K., Steciwko A., Czaprowska I., Pirogowicz I.: Rozwój podstawowej Opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem terenu Dolnego Śląska. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004, 6, 94–98.
23. Kostrzewski J. i wsp.: Zgłoszenia do lekarza i zachorowania ludności Polski (lipiec 1967 r. czerwiec 1968 r.). Cz. I. Wprowadzenie i uzasadnienie badań.
24. *Zdrowie Pub* 1971, 10, 877–883. Cz. II. Metodyka, organizacja i wstępne wyniki badań. *Zdrowie Pub.* 1971, 10, 885–907.
25. Sapiński W., Bobińska-Sałacińska A.: Profil świadczeń zdrowotnych lekarza ogólnego w Polsce. *Zdrowie Pub.* 1995, 1, 51–56.
26. Borkowska-Kalwas T., Pączkowska M.: Opinie o pracy lekarzy rejonowych i oczekiwania wobec lekarzy rodzinnych (wyniki badania ankietowego wśród mieszkańców dzielnicy Zabłocie w Żywcu). *Antidotum – Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, 1995, 2, 56–58.
27. Indulski J., Rzepecka-Koniarek G.: Korzystanie z porad lekarzy prywatnie praktykujących. *Zdrowie Pub.* 1985, 4, 149–155.
28. Mykowska A.: Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdrowie i zarządzanie* 2002, 6, 69–73.
29. Drobnik J., Ryba-Romanowska M., Kemonia K., Steciwko A.: Rola pielęgniarki i położnej – zakres zadań i kompetencji. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004, 6, 88–93.
30. Worning A. M., opracowanie edytorskie: Żukowski T.: Rola Światowej Organizacji Zdrowia w zapewnieniu jakości świadczeń medycznych. *Antidotum* 1993, 1, 38–42.

31. *Narodowy Program Zdrowia Założenia polityki zdrowotnej państwa*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1990.
32. *Narodowy Program Zdrowia*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1993.
33. *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1996.
34. *Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Proces reformowania opieki zdrowotnej*. MZiOS, Warszawa, listopad 1990.
35. Drobnik J., Nyczaj K., Czaprowska I., Steciwko A.: Przekształcenia w opiece zdrowotnej – rola samorządu terytorialnego. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004, 6, 99–110.
36. Buczkowski K., Morgaś M., Chrobot A.: Opieka lekarza rodzinnego nad dziećmi w ocenie rodziców. *Lekarz Rodzinny* 2003, 8, 850–852.
37. Królak M.: Kontraktowanie świadczeń pielęgniarskich w reformowanym systemie ochrony zdrowia z pozycji Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych. *Materiały zjazdowe. I Podlaska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Pielęgniarstwo we współczesnej medycynie”*. Maj 2000, 111–135.
38. *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej w Polsce. Porównanie międzynarodowe*. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, marzec 2002.
39. Krasnołucka A.: Lekarz POZ koordynatorem. Wypowiedź Aliny Walaszczyk, naczelnika.
40. Wydziału Ochrony Zdrowia Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi. *Lekarz Rodzinny* 2004, 2, 126.
41. Sidorowicz W.: Samorządy i lekarze rodzinni. *Lekarz Rodzinny* 2005, 7–8, 828–829.
42. *Dla dobra publicznego*. Dokument programowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, październik 2002.
43. Windak A. i wsp.: *Zakres kompetencji lekarza rodzinnego*. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994.
44. Kurpas D., Steciwko A.: Rola i kompetencje pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w praktyce lekarza rodzinnego. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004, 6, 83–87.
45. Wolska-Lipiec K.: Refleksje z Wielkiej Brytanii. *Pielęgniarka i Położna* 1996, 38, 20.
46. Dziubińska-Michalewicz M.: Lekarze pierwszego kontaktu w wybranych krajach Unii Europejskiej (Austrii, Belgii, Francji, Szwecji, RFN, Wielkiej Brytanii) *Informacja nr 682*.
47. Biuro Studiów i Ekspertyz, 1999.
49. Fedorowicz A.: Szwedzki pragmatyzm. *Lekarz Rodzinny* 2002, 9, 114.
50. Polacy, Czesi, Węgrzy i Rosjanie o opiece zdrowotnej w swoich krajach. Komunikat CBOS. *Gabinet Prywatny* 2003, 2, 68–69.
51. Derczyński W.: Opinie o dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych po wprowadzeniu reformy. *Prawo i Medycyna* 2000, 6–7, 48–54.
52. Lisowska B; Niewykorzystana wiedza lekarza rodzinnego. *Puls Medycyny* 2004, 14.
53. Seń M., Kurpas D., Steciwko A.: Poziom dostępności usług medycznych w opinii pacjentów. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004, 6, 77–82.
54. Masiakowski A., Stępień M.: Lekarz rodzinny – lepsza jakość w nowym systemie ochrony zdrowia. *Antidotum* 1996, 1, 26–31.

Katarzyna Ostapowicz van-Damme¹, Elżbieta Krajewska-Kułak¹,
Irena Wrońska², Cecylia Łukaszuk¹, Marek Szczepański³

Rys historyczny rozwoju instytucji Domów Dziecka

*Dziecko chce być dobre.
Jeśli nie umie – naucz.
Jeśli nie wie – wytłumacz.
Jeśli nie może – pomóż*

Janusz Korczak

Potrzeba otoczenia opieką dzieci osieroconych, osamotnionych i niechcianych ujawniała się od dawna. Pierwsze wzmianki o ochronie dzieci zawierają się już w starohinduskiej Rigwedzie, jednej z czterech ksiąg Wed, zawierającej poematy religijne z 1500–1600 roku p.n.e. Nakaz szanowania dzieci zawarty jest także w Nowym Testamencie [1].

Początków typowej działalności związanej z otaczaniem opieką osieroconych można doszukać się we wczesnych wiekach naszej ery. Pierwszy dom dla osamotnionych dzieci powstał w VIII wieku w Mediolanie. W roku 1204 papież Innocenty III założył Zakład im. Św. Ducha dla dzieci porzuconych, co zapoczątkowało rozwój instytucji tego typu [2].

W okresie Średniowiecza zinstytucjonalizowana działalność społeczna prowadzona była początkowo przez Kościół, parafie oraz zakony i koncentrowała się na pracy oświatowej oraz dobroczynnej wśród najuboższych. Od XI wieku równoległe z działalnością prowadzoną przez Kościół i zakony powstawały także bractwa ubogich. Podobnie jak w innych krajach Zachodu, we Francji w okresie od XII do XIV wieku praktycznym urzeczywistnieniem nakazu miłosierdzia był rozwój, z inicjatywy osobistości kościelnych i osób świeckich, fundacji charytatywnych finansujących budowę szpitali-przytułków [2].

W XIV wieku pojawiły się w Europie pierwsze sierocińce, a w XVI wieku także domy dla obłąkanych i dla „idiotów”. Przytułki te funkcjonowały na zasadzie całkowitej izolacji oraz wegetacji. Takie pojęcia jak zatrudnienie, praca

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie

³ Klinika Neonatologii Akademii Medycznej w Białymstoku

lub rozrywka nie były w nich znane. Najważniejszym ich zadaniem było zabezpieczenie reszty społeczeństwa przed „szkodliwym” wpływem tych osób, które trzeba izolować [3].

Żyjący w latach 1538–1584 Święty Karol Boromeusz, włoski kardynał, arcybiskup Mediolanu, święty Kościoła Katolickiego, fundował sierocińce, przytułki dla bezdomnych i przytułki dla upadłych dziewcząt i kobiet [4].

Innym przykładem tworzenia sierocińców jest działalność Błogosławionego Bartłomieja Longo. Swoje dzieło rozpoczął od nauczania katechizmu i modlitwy różańcowej, chodząc po okolicach Pompei. Do miasta wszedł 13 listopada 1875 roku, z obrazem Matki Bożej, jaki nazywał „narzędziem dla rozpoczęcia jednego z największych zmiłowań Bożego Miłosierdzia”. Postawił go w upadającej parafii i za radą biskupa diecezji, zbierając na ten cel ofiary podczas mszy świętej, rozpoczął w 1876 roku budowę sanktuarium Matki Bożej Różańcowej w Pompejach, do dziś cieszące się światową renomą. Wokół sanktuarium zaczęły rozkwitać „róże miłości”: sierocińce, szkoły, przytułki, pracownie dla biednych dzieci bez opieki. W celu zapewnienia w nich odpowiedniej pomocy Bartłomiej Longo powołał do życia Zgromadzenie Sióstr Dominikanek – Córek Różańca Świętego z Pompei. Roztoczyły one opiekę nad dziećmi z pompejańskich zakładów [5].



Fot. 1. Błogosławiony Bartłomiej Longo
źródło: <http://www.voxdomini.com.pl/sw/sw54.html>

Ochronki najwcześniej pojawiły się w krajach, w których rozwijał się przemysł i kształtowały się stosunki kapitalistyczne, rozwiązując częściowo problem zatrudniania w przemyśle kobiet jako taniej siły roboczej i zapobiegając demoralizacji dzieci pozbawionych opieki rodziców znajdujących się w nędzy materialnej. Początkowo obejmowały opiekę dzieci w wieku żłobkowym, przedszkolnym i wczesnoszkolnym pełniąc rolę elementarnych placówek oświatowych udzielających wiadomości potrzebnych dla przyszłych pracowników fizycznych [3].

W XVI wieku zaczęło być głośniejsze także o tzw. rodzinach zastępczych. W tym to okresie francuski duchowny św. Wincenty 'a Paulo, zaniepokojony wysoką śmiertelnością niemowląt w ochronkach dla ubogich, zaczął umieszczać je u kobiet na wsi. Zauważył wówczas, że śmiertelność niemowląt wyraźnie spadła [6].

Francuski misjonarz w XVII wieku Gabriel Piotr Baudouin, założył w Warszawie szpitalik dla niemowląt, gdzie zatrudniał karmiące matki. Dzieci nieco starsze do 7 roku życia wysyłał na wieś skąd wracały do Warszawy, aby rozpocząć naukę. Dom wychowawczy księdza Baudouina cieszył się poparciem królów, dygnitarzy państwowych i kościelnych a także pojedynczych filantropów, jednak po jego śmierci bardzo podupadł [6].

W roku 1769 Jan Fryderyk Oberlin założył pierwszą instytucję wychowawczą dla małych dzieci. Wpajano w niej zasady moralne, kształcono mowę ojczystą, uczono czytać, pisać i robótek ręcznych. Troszczono się o odpowiednie przygotowanie pracownic do tych ochronek. Organizowano im kursy, na których otrzymywały one wiadomości i praktyczne wskazówki do pracy z dziećmi. Oberlin zapewnił opiekę dzieciom najbardziej zaniedbanym, pozostawionymi przez matkę bez nadzoru. Jego pierwsza ochronka przeszła do historii wychowania przedszkolnego i znalazła naśladowców w różnych krajach Europy [3].

W końcu XVIII wieku w Anglii zaczęto wykorzystywać dzieci jako najtańszą siłę roboczą. Pracowały one po kilkanaście godzin w ciągu dnia, a także nocą. Przeciwstawił się temu Robert Owen, brytyjski, niezwykle aktywny działacz robotniczy, który organizował ochronki najpierw na terenie zakładów, a potem poza ich budynkami. Uznawał je za pierwszy stopień „szkoły przygotowawczej” (podstawowe ogniwo systemu wychowawczego) i łączył w nich zabawę z nauką i z pracą. Za drugi stopień uważał systematyczne lekcje pozwalające dzieciom opanować podstawowe umiejętności. Troszczył się także o higienę i dobre odżywianie swoich podopiecznych. Wypowiadał się za zniesieniem kar i nagród, i postulował raczej profilaktyczną, wychowawczą działalność chroniącą dziecko przed nabywaniem złych przyzwyczajeń [1, 2].

Równocześnie ze wzrostem ochronek w Anglii zaznaczał się rozwój tych placówek w innych wysoko uprzemysłowionych krajach Europy. We Francji pierwsza ochronka powstała z inicjatywy Jana Cochina i była wzorowana na angielskich Infant Schools. Wkrótce po tym Cochin założył instytucję wychowawczą dla 400 dzieci, która obejmowała przedszkole i szkołę dla dzieci starszych, a również seminarium dla wychowawców ochron. Napisał też książkę pt. „Podręcznik

dla założycieli i kierowników pierwszych szkół znanych pod nazwą ochron". Pierwszą szkołę dla pracowników ochron założyła Maria Pape'-Carpantier, uruchamiając praktyczny kurs dla pracy w ochronkach i opracowując podręcznik p.t. „Rady dla prowadzących ochron” [1, 2].

W Polsce także losy dzieci w fabrykach i warsztatach bywały tragiczne nie tylko ze względu na pracę, ale też na bezwzględne traktowanie przez zwierzchników. W trosce o losy dzieci zorganizowano w 1814 r. Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności, które pomagało sierotom oraz świadczyło pomoc materialną ubogim rodzinom [1].

Pomysł założenia ochronek dla dzieci wysunął Teofil Janikowski. Zakładał je wraz z Piotrem Łubieńskim i Stanisławem Jachowiczem. W 1870 roku odnotowano już 32 ochronki. Powtarzającym się problemem utrudniającym organizację ochronek był brak odpowiednio przygotowanych pracowników. Początkowo pracę wychowawczą podejmowali wyłącznie mężczyźni, a dopiero później, zwłaszcza nad małymi dziećmi – kobiety. Utrzymanie ochrony zależne było od dotacji Towarzystwa Dobroczynności, które z kolei czerpało swe fundusze z ofiarności osób prywatnych. Dzieci w ochronkach warszawskich przebywały ok. 10 godzin. Czas ten wypełniano pogadankami, zabawami, śpiewami, ćwiczeniami gimnastycznymi, zajęciami praktycznymi [1].

W Niemczech jedną z pierwszych ochronek założyła Paulina Lippie-Detmold wzorując się na placówkach we Francji. W Berlinie w 1819 r. zorganizował ochronkę Fryderyk Wadzeck, przeznaczając ją dla dzieci w wieku żłobkowym. Szersze inicjatywy w zakresie organizowania ochronek podjęli następnie Johann Georg Wirth w Augsburgu oraz Teodor Fliender w Keisersworth, wzorując się na szkółkach dla małych dzieci zakładanych w Holandii i Anglii [1, 3].

We Włoszech pierwszą ochronkę dla dzieci założył Aporti Ferrante w Cremonie w 1827 r., ale przyjmowano do nich dzieci z zamożniejszych rodzin. Organizowano dla nich ćwiczenia gimnastyczne, zajęcia kształcące zmysły, a również przeznaczono czas na swobodną zabawę [3].

W Rosji pierwsze ochronki zorganizowano w Petersburgu w 1837 roku. Placówki miały charakter filantropijny i były zakładane przez osoby prywatne. Praca w ochronkach była trudna, gdyż liczba dzieci dochodziła do 150, a wychowawcy byli do swych zadań słabo przygotowani. Instytucje te mieściły się na ogół w starych budynkach, rzadko miały do dyspozycji ogrody. Za główne zadanie ochronek uważano wdrażanie dziecka do posłuszeństwa i pracy oraz wychowanie religijne. Ochronki obejmowały opieką dzieci z rodzin proletariackich, pozbawione opieki rodzicielskiej, zaniedbane i osierocone [1, 3].

Działalność zakonów w XIX wieku zarówno tych, które działały jawnie, jak i tajnie, obejmowała bardzo szeroki zakres prac oświatowo-edukacyjnych. Była to katechizacja dzieci, przeróżne formy prac opiekuńczo-charytatywnych (szpitale, przytułki, sierocińce), druk prasy i książek oraz prace duszpasterskie zakonników-kapłanów [3].

W Polsce, August Cieszkowski filozof, działacz społeczny i polityczny, a zarazem właściciel Wierzenicy koło Poznania i sąsiadującego z Świerczewem Żabikowa, zaczął pisać o konieczności organizowania punktów opiekuńczych, nie tylko zapewniających dzieciom opiekę, ale i realizujących pewien program wychowawczy [3].

Idee tę w czyn zaczął wprowadzać błogosławiony Edmund Bojanowski, beatyfikowany przez Papieża Jana Pawła II w Warszawie 13 czerwca 1999 roku.



Fot. 2. Błogosławiony Edmund Bojanowski

źródło: <http://www.mikolaj.bochnia.pl/siostry/bojanowski.html>

Bojanowski pierwsze próby przedsiębrał już w latach 40-tych, inicjując powstanie ochronek dla biednych i opuszczonych dzieci w Poznaniu, Psarskich, Gostyniu i Śremie. Po fali cholery, która w roku 1849 przetoczyła się przez Wielkopolskę, założył w Gostyniu przytułek dla sierot [7]. Najważniejszą barierą uniemożliwiającą rozwój tego rodzaju instytucji w Polsce był w tym okresie problem kadry, która miałaby je prowadzić. Niedogodności te postanowił rozwiązać Bojanowski w prosty i skuteczny sposób. Opiekę nad dziećmi wiejskimi zorganizował na zasadzie swego rodzaju wiejskiej samopomocy, gdyż wychowawczyniami miały być po prostu godne zaufania i przygotowane odpowiednio

wiejskie dziewczęta. W celu zapewnienia ciągłości opieki nad dziećmi i pewnej wewnętrznej dyscypliny, Bojanowski skupił dziewczęta w nowym żeńskim zgromadzeniu zakonnym, które przyjęło nazwę Służebniczek Bogurodzicy, nazywane wówczas „ochroniarki”. Pierwsza ochronka prowadzona przez nie założona została w Podrzeczcu w roku 1850. Po kilku latach powstawać zaczęły nowe ochronki, zaś napływ chętnych dziewcząt spowodował, że w 1856 założony został w Jaskowie nowicjat młodego zgromadzenia [7].

W roku 1859 ksiądz Jana Bosko założył zgromadzenie Salezjańskie, w celu kontynuowania swojej pracy z młodzieżą i dziećmi.



Fot. 3. Święty Jan Bosko

źródło: www.sdb.lublin.pl/salezjan/bosco.htm

Ksiądz Bosko swoje życie poświęcił organizując dla nich oratoria (miejsca nauki, zabawy, modlitwy i pracy), a także szkoły dające zawód i szanse dalszej nauki. Kolejną formą pracy salezjanów były zakłady wychowawcze, sierocińce i domy dziecka. Ich nazwa i charakter były uzależnione od aktualnych miejscowych potrzeb. Mieszkali w nich chłopcy bezdomni, sieroty wojenne, dzieci repatriantów i młodzież zaniedbana. Wychowankowie w różnym wieku uczęszczali do szkół publicznych na naukę zawodu, a niekiedy na miejscu mieli organizowaną naukę z zakresu szkoły powszechnej. Liczba tego typu ośrodków w roku 1933 wynosiła sześć, a w roku 1939 już jedenaście [8].

W roku 1882 Św. Hanibal Maria Di Francia zaczął zakładać sierocińce, które nazywano antoniańskimi, ponieważ ich patronem był św. Antoni Padewski. Św. Hannibal swoją działalnością misjonarską pragnął objąć wszystkie sieroty

i wszystkich biednych świata. Pisał: „Czym są te nieliczne sieroty, które się zbawiają, czy też ci nieliczni biedni, którzy przyjmują Ewangelię, wobec milionów zagubionych i opuszczonych jak owce bez pasterza? (...) Szukałem wyjścia i znalazłem szeroką drogę, jaką otwierają piękne słowa Jezusa: »Proście więc Pana żniwa...« Wtedy wydawało mi się, że odkryłem tajemnicę wszystkich dobrych dzieł i zbawienia wszystkich dusz”. Aby zrealizować w Kościele i w świecie swoje apostołskie ideały, założył dwa nowe zgromadzenia zakonne: w 1887 r. Córki Bożej Gorliwości, a dziesięć lat później Zgromadzenie Rogacjonistów Serca Jezusowego [9].

Nowym, choć budzącym wiele kontrowersji pomysłem jest tworzenie wiosek dziecięcych. Pierwsi podjęli się tej inicjatywy psychologowie i pediatrzy angielscy w 1867 roku. Kilkanaście lat później, w 1899 roku Lidia von Wolfring z Austrii powołała towarzystwo, które dostarczało mieszkania i fundusze bezdzietnym małżonkom pragnącym zaopiekować się 10–12 osobową grupą dzieci w wieku do 14 lat [6]. Najbardziej popularną stała się wioska utworzona w roku 1947 przez szwajcarskiego filozofa Roberta Corti, zwana „wioską Pestalozziego” [6]. Herman Gmeiner pedagog austriacki zorganizował Federację Wiosek Dziecięcych SOS. Pierwsza założona przez niego wioska powstała w 1949 roku w Austrii, dziś działa ich 316 w 122 krajach [6].

W 1984 roku w Biłgoraju założono pierwszą polską Wioskę Dziecięcą SOS, drugą utworzono w roku 1991 w Kraśniku [6].

W okresie międzywojennym w działalności rodzin zastępczych okresu międzywojennego dają się wyróżnić 3 etapy ewolucyjnych przemian tej instytucji.

Etap pierwszy, kończący się w 1926 roku, to głównie brak pozytywnych osiągnięć. Dzieci oddawano przede wszystkim na wieś, gdzie były wykorzystywane do ciężkiej pracy w polu i nie dbano o ich zdrowie oraz wykształcenie swoich wychowanków [6].

Drugi etap zainicjował Wydział Opieki Społecznej Magistratu miasta Łodzi. Pod koniec 1925 roku oddawano dzieci osamotnione pod opiekę rodzinom obcym. Akcja ta dotyczyła przede wszystkim porzuconych niemowląt. W lutym 1926 roku na posiedzeniu magistratu określono warunki stawiane opiekunom oraz zakres i formy pomocy dla rodzin zastępczych. Zapewniono dzieciom z rodzin zastępczych bezpłatną opiekę lekarską oraz lekarstw, a także leczenie w szpitalach na koszt miasta. Dzieci miały także prawo do wyjazdu na kolonie wypoczynkowe (finansowane przez miasto). Od 1931 r. podobną działalność, z inicjatywy Wandy Szuman, podjął Warszawski Komitet Umieszczania Dzieci w Rodzinach. W roku 1933 wznowił pracę Dom Wychowawczy im. ks. Baudouina, a w roku 1934 władze oficjalnie usankcjonowały tę formę opieki [6].

Trzeci etap dynamicznego rozwoju trwał do wybuchu II wojny światowej. W roku 1936 było w Polsce 6175 rodzin zastępczych, a już w roku 1938–8447. W czasie okupacji tysiące sierot w ten sposób znajdowało opiekę wśród często obcych ludzi. Niestety, wszelka działalność instytucji i organizacji została zakazana (utrzymały się tylko Polski Czerwony Krzyż oraz Rada Główna Opiekuńcza).

Pierwsze, w powojennej Polsce, zarządzenie dotyczące rodzin zastępczych wydano 15 maja 1946 roku. Było to pismo ministra oświaty o umieszczaniu dzieci w rodzinach zastępczych [6].

Podczas II wojny światowej, w czasie zagłady Żydów, niektóre sierocińce klasztorne ukrywały także dzieci żydowskie, a księża wydawali im fałszywe akty chrztów [3].

Rok 1950 zapoczątkował kryzys tej instytucji rodziny zastępczej, trwający do początku lat 70-tych. W latach 1950–55 nastąpiła centralizacja działalności opiekuńczo-wychowawczej. Koniec lat 70-tych to renesans rodzin zastępczych będący wynikiem krytyki wychowania zakładowego, nadmiernego zagęszczenia w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, oraz wysokich kosztów utrzymania. Rodziny zastępcze stały się w tym momencie tanią alternatywą. Lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte były okresem ciągłego rozwoju tej instytucji. Badania z 1992 roku wykazały, że łączna liczba rodzin zastępczych wyniosła 30 113 dla 38 650 dzieci, podczas gdy było 289 Domów Dziecka z liczbą 14 284 wychowanków. Udoskonaliły się poszczególne typy rodzin, przede wszystkim terapeutyczne (w roku 1988 było w Polsce 751 takich rodzin, które objęły swoją opieką 784 dzieci, w 1992 – 966 rodzin i 1021 dzieci) [6].



Fot. 4. Sierotka. Bruni Sablan

źródło: www.brunijazzart.com/.../orhan%204,pastel.htm

W 1907 roku Kazimierz Jeżewski zainicjował powstanie systemu tzw. „Gniazd sierocych”, które były formą pośrednią pomiędzy rodziną zastępczą a rodzinnym domem dziecka. Kilka lat później wystąpił z propozycją utworzenia „wiosek kościuszkowskich”. Niestety, nie zrealizowano tego zamierzenia ze względu na brak funduszy (w okresie międzywojennym utworzono jedną taką wioskę) [6].

Pierwsze rodzinne domy dziecka powstały w roku 1958 r. [6].

Pierwotnie słowo „sierota” określało dziecko, które wychowywało się bez ojca, którego rodzice nie żyją lub nie są znani. Z biegiem czasu nabrało szerszego znaczenia. Dziś „sierotką” jest nazywana nawet osoba ciągnącą losy.

W czasach obecnych, obok sieroctwa naturalnego, istnieje i przybiera coraz bardziej niepokojące rozmiary zjawisko „sieroctwa społecznego”. Terminem tym określane jest brak opieki rodzicielskiej, wynikający głównie z zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny: braku troski o dziecko, przestępczości, demoralizacji rodziców, alkoholizmu i poważnych błędów wychowawczych. Wyróżnia się sieroctwo społeczne *sensu stricto* dla określenia dzieci przebywających w domach dziecka i sieroctwo społeczne *sensu largo* używane dla określenia dzieci pozostających w rodzinach, które nie wywiązują się z podstawowych obowiązków opiekuńczych. Sierot społecznych jest ok. 95% z ogółu dzieci wymagających opieki ze strony Państwa [3].

W Polsce „sierotami społecznymi” zajmują się trzy resorty: zdrowia i opieki społecznej, oświaty i wychowania oraz sprawiedliwości.

Sytuacja dzieci w Domach Małego Dziecka przedstawia się następująco: opieką zajmują się głównie absolwentki szkół medycznych, a program wychowawczy prowadzi się pod kontrolą psychologów i pedagogów. Niestety, środowisko wychowawcze tych placówek wpływa na opóźnienia rozwojowe dzieci. W związku z powyższym polityka opiekuńcza resortu zdrowia zmierza do skrócenia pobytu dziecka w zakładzie i umożliwienie mu pobytu, jeśli nie w domu rodzinnym to w rodzinie adopcyjnej.

Każde państwo, także Polska, ma konstytucyjny obowiązek udzielania pomocy rodzinom w trudnej sytuacji bytowej i dzieciom pozbawionym opieki rodzicielskiej. W interesie zarówno dzieci, rodziców i państwa leży, aby pomoc ta oznaczała szeroko pojęte wsparcie dla rodziców. Przejęcie przez państwo opieki nad dzieckiem, a w szczególności umieszczenie go w instytucji opiekuńczej, powinno być zawsze ostatecznością.

Na początku XX wieku w wielu krajach Europy wydane zostały akty prawne regulujące problem dzieci opuszczonych.

W niepodległej Polsce, po raz pierwszy problem opieki nad dzieckiem uwzględniła konstytucja z 17 marca 1921 roku. Artykuł 103 tej konstytucji mówił, że *dzieci nie otoczone dostateczną opieką rodzicielską, zaniedbane pod względem wychowawczym mają prawo do opieki i pomocy państwa w zakresie oznaczonym ustawą*. Przewidywano również odjęcie rodzicom władzy nad dzieckiem w drodze orzeczenia sądowego [6].

Następnie 16 sierpnia 1923 roku wprowadzono ramową ustawę o opiece społecznej, wzorowaną na podobnej ustawie niemieckiej z 1870 roku.

Międzynarodowe dokumenty dotyczące praw człowieka jednoznacznie uznają, że państwo ma rodzinę wspierać, pomagać jej, a ingerencja państwa w życie rodzinne winna ograniczać się do sytuacji szczególnych. Istnieje także wiele

uregulowań prawnych mówiących o ochronie praw dziecka, oto wybrane z nich [cyt. za 1]:

- 365 – zniesienie przez cesarza Walentyniana I prawa do życia i śmierci
- 1736 – założenie w Warszawie „szpitala dla przyjmowania i wychowania niemowląt porzuconych lub opuszczonych”
- 1789 – Rewolucja Francuska, podczas której ogłoszono Deklarację Praw Człowieka i Obywatela, zakładającą równość wobec prawa wszystkich obywateli, w tym dzieci
- 1804 – Kodeks Napoleona głoszący, że wszyscy mają równe prawa
- 1814 – powstanie Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności
- 1819 – przeforsowanie przez Owena ustawy zabraniającej zatrudnienia małych dzieci w fabrykach, kopalniach i rolnictwie
- 1837 – zorganizowanie w Warszawie ochronki dla dzieci rodziców na okres ich pracy
- 1865 – Założenie we Francji Towarzystwa Opieki nad Nieletniością
- 1869 – powstanie w Anglii Stowarzyszenia Dobroczynności promujące prawa dzieci wymagających opieki
- 1871 – uznanie przez Towarzystwo Lekarskie Stanu New York prawa nowo narodzonego dziecka do ochrony i pomocy
- 1884 – powołanie Towarzystwa Opieki nad Ubogimi Matkami i ich Dziećmi
- 1892 – powstanie Międzynarodowego Stowarzyszenia Opieki nad Dziećmi
- 1918 – powstanie Towarzystwa Przyjaciół Dzieci
- 1919 – ustalenie (Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy) minimalnego dopuszczalnego wieku zatrudnienia
- 1919 – powstanie w Anglii pierwszej w świecie organizacji chroniącej dzieci (inicjatorka Eglentyna Jebb)
- 1920 – powstanie Międzynarodowego Związku Pomocy Dzieciom (założycielka Eglentyna Jebb)
- 1922 – ustanowienie Międzynarodowego Stowarzyszenia Opieki nad Dzieckiem
- 1924 – przyjęcie przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Deklaracji Praw Dziecka (Deklaracja Genewska)
- 1946 – powołanie Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych UNICEF-u
- 1946 – rozpoczęcie działalności UNESCO
- 1948 – uchwalenie przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka
- 1948 – powstanie Federacji Wspólnot Dziecięcych (FICE)
- 1959 – proklamowanie przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Deklaracji Praw Dziecka rozszerzającej Deklarację Genewską do 10 zasad
- 1978 – polska propozycja Konwencji o Prawach Dziecka

- 1979 – seminarium w Warszawie nt. „Ochrona praw dziecka”
- 1981 – powołanie w Warszawie Komitetu Ochrony Praw Dziecka
- 1990 – Światowy Szczyt w sprawie Dzieci w Nowym Yorku
- 1995 – zmiana Kodeksu Rodzinnego i opiekuńczego
- 1996 – Europejska Konwencja o Wykonywaniu Praw Dzieci

We współczesnym świecie nie istnieje społeczeństwo nie borykające się z problemem zapewnienia opieki dzieciom osieroconym i opuszczonym. W związku z powyższym od lat poszukiwane są takie formy, które zapewniłyby im optymalne warunki rozwoju [6].

W polskiej rzeczywistości pomoc dla rodzin w trudnej sytuacji jest słabo rozwinięta. Możliwości umieszczenia dzieci w profesjonalnych rodzinach zastępczych są ciągle niewielkie. Pozostają jedynie placówki opiekuńcze, w których umieszcza się dzieci w przekonaniu, że „jest to zło konieczne”, ale jednocześnie uważa się, że placówki te muszą zastąpić niewłaściwie funkcjonujące rodziny. W celu kontroli nad jakością opieki sprawowanej w takich placówkach, w Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka w ramach programu „prawa dziecka”, powstał projekt monitorowania domów dziecka w zakresie przestrzegania praw wychowanków [1, 6].

W maju 1973 roku odbyła się pierwsza Ogólnopolska Konferencja naukowo-pedagogiczna, poświęcona „sieroctwu społecznemu” zorganizowana przez Zarząd Główny Towarzystwa Przyjaciół Dzieci. Celem Konferencji było określenie rozmiarów problemu, z danych opublikowanych po konferencji wynikało, że w 1972 r.:

- pod opieką sądów opiekuńczych znajdowało się ogółem 107 464 dzieci
- w placówkach opiekuńczo-wychowawczych przebywało 24 434 dzieci
- oczekiwało na miejsca 4 078 dzieci
- różne formy zastępczego rodzicielstwa objęły:
- przysposobienie 3 763 dzieci
- rodziny zastępcze 4 476 dzieci
- rodzinne domy dziecka 150 dzieci [2].

Dane z lat 1976–1980 wskazywały, że liczba domów dziecka zmalała w tych latach, podobnie jak liczba sierot naturalnych, natomiast wzrosła liczba dzieci kierowana do placówek przez sądy [2].

W Polsce także istnieje określony system opieki oraz wychowania dzieci osieroconych i opuszczonych, obejmujący różnorodne instytucje i formy opieki nad dzieckiem: instytucje diagnostyczne kwalifikacyjne (Pogotowia Opiekuńcze, Ośrodki adopcyjne opiekuńcze), rodzinne formy opieki (Rodzina adopcyjna i zastępcza, Rodzinne domy dziecka, Wioski dziecięce) oraz instytucje zakładowe (Domy dziecka, Ośrodki szkolno-wychowawcze).

Instytucjami, które zajmują się umieszczaniem dzieci w rodzinach adopcyjnych są ośrodki adopcyjno-opiekuńcze. W roku 1973 działało w Polsce 9 takich ośrodków, w kolejnych latach powstało ich jeszcze 28. Z danych TPD wynika, że

dzięki działalności ośrodków w 1980 r. udało się przywrócić rodzinom naturalnym 191 dzieci, 1325 dzieci umieszczono w rodzinach adopcyjnych, 1027 w rodzinach zastępczych. Rok 1980 był pierwszym rokiem prac nad organizacją terapeutycznych rodzin zastępczych (po ukazaniu się zarządzenia Ministerstwa Oświaty i Wychowania) [2].

W chwili obecnej wypracowane zostały dwa zasadnicze modele: zakładowy i rodzinny.

Najbardziej krytykowane w ostatnim czasie są domy dziecka, ze względu na znaczną liczbę wychowanków przy nielicznym i zmiennym personelu wychowawczym, anonimowość dziecka, brak normalnych kontaktów społecznych z otoczeniem, podporządkowanie codziennych czynności określonym rygorom i regulaminom; nie są one w stanie nawet w przybliżeniu odtworzyć dziecku warunków normalnie funkcjonującej rodziny. Szczególnie dotkliwe są skutki braku indywidualnej więzi między dzieckiem a dorosłym, co prowadzi do osamotnienia uczuciowego dziecka, a w konsekwencji do zaburzeń w rozwoju psychicznym i fizycznym [6].

Czyż w swoim raporcie „Stan przestrzegania praw wychowanków Domów Dziecka” pisze, że *Domy Dziecka to instytucje opiekuńcze dla dzieci, których rodzice zaniedbują swoje obowiązki lub nadużywają władzy rodzicielskiej w takim stopniu, że należy ingerować w autonomię i prawa rodziców*. Podkreślić należy, że ingerencja ta powinna być zgodna z prawem, ale nie musi i nie powinna oznaczać umieszczenia w placówce [2].

Według Rozporządzenia MEN z dnia 21 lutego 1994 r., załącznik nr 2 – ramowy statut domu dziecka (Dz.U. 1994, Nr 41, poz. 156 ze zm.) *„Dom dziecka jest placówką, która dzieciom i młodzieży pozbawionym trwale lub okresowo opieki rodziny własnej zastępuje rodzinę, zapewnia opiekę i wychowanie, odpowiednie do potrzeb warunki rozwoju, przygotowuje do samodzielnego życia”*, a jego podstawowym celem jest *„tworzenie właściwych dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży warunków wychowawczych, zdrowotnych i materialnych oraz umożliwienie prawidłowego przebiegu procesów rozwoju i socjalizacji”* (§ 7.1). Cele, o których mowa realizowane są we współpracy z rodzinami wychowanków i sądami (...) § 7.2 rozporządzenia. Każdy dom dziecka powinien w szczególności zapewnić:

1. warunki prawidłowego rozwoju psychofizycznego, z uwzględnieniem zaspokajania potrzeb emocjonalnych kompensujących brak domu rodzinnego;
2. odpowiednie warunki mieszkaniowe, całodzienne wyżywienie, zaopatrzenie w bieliznę, odzież i inne przedmioty osobistego użytku, w tym zabawki;
3. opiekę pielęgnacyjną i w razie potrzeby konsultacje i opiekę lekarską;
4. usamodzielnienie wychowanków pozbawionych całkowicie opieki rodzicielskiej.

Dyrekcja i pracownicy Domu Dziecka zobowiązani są utrzymywać kontakty z rodzicami lub innymi członkami rodziny wychowanków w celu tworzenia warunków ich powrotu do rodziny. Współpracować z ośrodkami adopcyjno-

-opiekuńczymi w celu pozyskania dla wychowanków zastępczych form wychowania rodzinnego oraz w miarę możliwości obejmować opieką dzieci pozostające w rodzinach własnych, które nie zapewniają im prawidłowych warunków rozwoju.

Dane epidemiologiczne są jednak przerażające. W 1947 roku było ich w placówkach około 50% ogółu dzieci. Obecnie sieroty stanowią ok. 3% wszystkich wychowanków [2].

W 1998 roku funkcjonowało w Polsce ogółem 356 domów dziecka, w tym 37 dla dzieci do lat 3. Prowadzonych przez organizacje wyznaniowe było ich 28. Przebywało w nich 17 645 wychowanków (miejsc w domach dziecka było 18 899, w tym dla dzieci do lat 3 – 2 226). Pełnych sierot było 610, półsierot 3 832. Wychowanków w wieku 4–16 było 12 783, starszych – 2 966. Małoletnich matek z dziećmi było 78. Na podstawie decyzji sądu przyjęto 16 658 wychowanków, co stanowi ok. 94% ogółu dzieci w domach dziecka. W ciągu roku ubyło ogółem 5 794 dzieci w tym: do rodzin wróciło 1 580, do rodzin adopcyjnych odeszło 1 088 (głównie z domów małego dziecka), do rodzin zastępczych 483, do innych placówek 1 108, usamodzielniono 1 017, skreślono z listy 509 [2].

Domy dziecka zatrudniały 4 253 pracowników merytorycznych (czyli na jednego opiekuna przypadało średnio około 4 wychowanków) i 744 pracowników służby zdrowia. Dla porównania, rodzinnych domów dziecka było 125 dla 863 wychowanków, w tym niemal połowę stanowiły sieroty i półsieroty (387). Od początku lat 90-tych liczba rodzinnych domów dziecka spadła o 39 (w 1989 roku rodzinnych domów dziecka było 164, w 1998 roku już tylko 125) [2]. W latach 90-tych liczba wychowanków domów dziecka systematycznie wzrastała (w 1990 roku było ich 14 393 czyli ponad 3 tys. mniej niż w 1998 r.) [2]. Warto też zwrócić uwagę, że na 15 724 wychowanków w domach dla dzieci powyżej 3 roku życia aż 15 167 umieszczono na podstawie decyzji sądu opiekuńczego, co oznacza, że to nie rodzice dobrowolnie rezygnują z opieki nad dziećmi, tylko państwo uznaje, że nie wypełniają oni swoich obowiązków rodzicielskich [2].

Polskie regulacje dotyczące postępowania z dziećmi pozbawionymi opieki rodzicielskiej to przede wszystkim ustawa o systemie oświaty z 1991 r. (Dz.U. Nr 95, poz. 425 ze zm.) oraz rozporządzenie MENiS w sprawie rodzajów, organizacji i zasad działania publicznych placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych z 1994 r. (Dz.U. Nr 41, poz. 156 ze zm.) z załącznikami zawierającymi ramowe statuty poszczególnych rodzajów placówek, w tym domów dziecka.

W chwili obecnej osoba podejmująca się prowadzenia rodzinnego domu dziecka z chwilą zawarcia umowy nabywa status pracownika (ma stałe wynagrodzenie, prawo do urlopu, prawo do ubezpieczeń). Tak więc, choć funkcje i cele rodzinnych domów dziecka i rodzin zastępczych są takie same, różnią się one pod względem organizacyjno-prawnym. Rodzina zastępcza pełni swe funkcje bezpłatnie, pomoc pieniężna jest przyznawana jedynie na pokrycie kosztów

utrzymania dziecka. Również liczba dzieci jest czynnikiem różniącym te dwie formy opieki. Rodzina zastępcza może przyjąć najwyżej 3 dzieci, wyjątek stanowią rodzeństwa. W rodzinnym domu dziecka może przebywać 6–10 a czasami nawet 12 wychowanków (poza dziećmi własnymi) [6].

Według danych GUZ z 2004 roku dotyczących placówek rodzinnych i specjalizacyjnych wynika, że w latach 2004/2005 funkcjonowało w Polsce 382 tradycyjne Domy Dziecka, w których przebywało 16 875 dzieci oraz 213 rodzinnych domów dziecka, z 1530 dzieci [10]. Wynika z tego że spośród dzieci z Domów Dziecka zaledwie 8% mieszka w rodzinnych domach dziecka [10].

Podsumowanie kampanii społecznej 2004/2005 – Grunt to Rodzina. Pomóż rodzinnym domom dziecka, przeprowadzona przez Fundację Świętego Mikołaja, pod patronatem Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy z Koalicją na Rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej wykazały, że w rodzinnym domu dziecka mieszka z reguły 12 dzieci, w zwykłej placówce – nawet 80. Rodzinne domy dziecka przewyższają zwykle placówki ponieważ, dzieci są w nich częścią rodziny. Mają oboje rodziców, rodzeństwo, własny dom. Uczą się w codziennych obowiązkach samodzielności i zaradności. Opiekują się nimi nie wychowawcy, ale rodzice i rodzeństwo. Koszt utrzymania dziecka w rodzinnym domu dziecka wynosi od 1200 do 1500 zł, a e zwykłej placówce socjalizacyjnej od 2 do 3 tysięcy. Niestety, zaledwie 22% Polaków zna rodzinny dom dziecka jako rodzaj opieki nad dziećmi osieroconymi [10].

Nowym, choć budzącym wiele kontrowersji pomysłem jest tworzenie wiosek dziecięcych. Koncepcja ta opiera się na kilku założeniach, mianowicie: opiekunką dzieci jest samotna kobieta, dzieci wychowują się wspólnie z przybranym rodzeństwem, są w różnym wieku. Rodzinę tworzy więc matka i 7–8 dzieci. W skład wioski wchodzi od 15–20 domków jednorodzinnych oraz budynek ze wspólną świetlicą [6].

Inne funkcjonujące formy opieki rodzinnej to rodziny opiekuńcze oraz rodziny zaprzyjaźnione.

Polskie ustawodawstwo lat 20-tych XX wieku nie wypowiedało się na temat rodzin zastępczych. Było jednak wiadomo, że tego typu działalność ma miejsce i podlega kompetencji samorządów terytorialnych [6]. Dopiero uchwała Rady Ministrów z dn. 22 listopada 1971 roku zagwarantowała pomoc materialną dzieciom umieszczonym w rodzinach zastępczych do lat 18 (w uzasadnionych przypadkach do lat 24). Ustalono kwotę pomocy na dziecko w rodzinie zastępczej na kwotę 750 zł miesięcznie oraz jednorazową zapomogę w wysokości 1500 zł. Ponadto uchwała przewidywała prawo do korzystania ze świadczeń służby zdrowia i usług socjalnych. W wyniku tych działań wzrosła liczba rodzin zastępczych. Kolejne akty prawne z lat 1974 i 1979 bardziej kompleksowo regulowały zarówno wymagania wobec rodzin jak i zasady udzielanej pomocy [6].

Rodzina zastępcza zaczęła się stawać wreszcie formą docenioną aczkolwiek nie wolną od kontrowersji [6].

Rodziny opiekuńcze to specyficzny typ rodziny zastępczej, w której przebywają dzieci do 3 roku życia. Rodzina zaprzyjaźniona zaś to rodzina, która nie zapewnia dziecku opieki całkowitej, lecz współpracuje z placówką opiekuńczo-wychowawczą, utrzymując stały kontakt z wybranym dzieckiem. Zabiera je do swego domu na niedziele i święta oraz ferie i wakacje. Pozwala to złagodzić niedostatki wychowania zakładowego, niestety jednak mogą nadmiernie rozbudzić nadziei oczekiwania dziecka. Rodziny z punktu widzenia prawa nie mają żadnych określonych obowiązków i uprawnień wobec dziecka, które przez cały czas pozostaje wychowankiem placówki [6].

Biorąc pod uwagę specjalizację funkcji opiekuńczych wyróżnia się trzy podstawowe typy rodzin zastępczych:

1. Terapeutyczna rodzina zastępcza – opiekująca się dzieckiem wymagającym ze względu na stan zdrowia szczególnej troski i stosowania stałych specjalistycznych zabiegów leczniczych oraz wychowawczych
2. Resocjalizacyjną rodziną zastępczą – wychowującą dzieci, które nie wkroczyły jeszcze na drogę przestępstwa, ale zauważa się u nich daleko posuniętą demoralizację i społeczne niedostosowanie, bądź też dzieci zagrożone demoralizacją
3. Preadopcyjną rodziną zastępczą – opiekująca się dzieckiem z zamiarem jego adopcji w przyszłości [6].

Piśmiennictwo

1. Biała-Walęciuk A.: Dziecko i jego prawa. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, Lublin, Sectio I, 1999, 15, 119–228.
2. Czyż E.: Stan przestępczości i praw wychowanków domów dziecka, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa, 2000, www.hfhrpol.wa.pl/index_pliki/dzieci/raportdd.doc, data przejrzania strony – 26.02.2007 r.
3. 152 Kozak S.: Sieroctwo społeczne. Psychologiczna analiza zaburzeń w zachowaniu się wychowanków domu dziecka. PWN, Warszawa, 1986, 102, 104, 111, 300.
4. Boromeusz Karol: http://pl.wikipedia.org/wiki/Karol_Bromoteusz, data przejrzania strony – 26.02.2007 r.
5. Błogosławiony Bartłomiej Longo: <http://www.voxdomini.com.pl/sw/sw54.html>, data przejrzania strony – 26.02.2007 r.
6. Siembab M.: Rodzina zastępcza, jako środowisko wychowawcze, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=19>, data przejrzania strony – 26.02.2007 r.
7. Bojanowski Edmund: <http://www.mikolaj.bichnia.pl/siostry/bojanowski.html>, data przejrzania strony – 26.02.2007 r.
8. Salezianie księdza Bosko: <http://www.debno.salezianie.opoka.org.pl>, data przejrzania strony – 26.02.2007 r.
9. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TS/swieci/s_hanibal_maria_di_francia.html, data przejrzania strony – 26.02.2007 r.
10. 98 – Główny Urząd Statystyczny. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polski, Ochrona zdrowia i Opieka Społeczna, Warszawa, 2002, 262–263.

Historia badań nad czynnością mózgu

W roku 1786 Luigi Galvani wykonał słynne doświadczenie: jednoczesne dotknięcie mięśnia wypreparowanej kończyny żaby dwoma (połączonymi ze sobą) różnymi metalami wywołuje skurcz. Mimo błędnej interpretacji, doświadczenie to miało ogromny wpływ na rozwój badań elektryczności. Prawidłową interpretację eksperymentu podał dopiero w roku 1796 Alessandro Volta. W roku 1848 Du Bois-Reymond wykazał, że aktywności w nerwie obwodowym towarzyszy niezmiennie zmiana potencjału na jego powierzchni. Pierwszy opis czynności elektrycznej mózgu pojawił się w roku 1875 w sprawozdaniu z *grantu* przyznanego przez British Medical Association. Richard Caton wykazał korelację między prostymi czynnościami (ruch głową, przeżuwanie) a zmianą potencjału w odpowiednich obszarach kory mózgowej kotów i królików. Jednak publikacje Catona w czasopiśmie czysto medycznym przeszły nie zauważone.

Do rejestracji sygnałów elektrycznych z mózgu zwierząt użył galvanometru wynalezionej przez Lorda Kelvina w 1858 roku [1]. Wyniki swoich badań Caton opublikował w 1875 roku w *British Medical Journal* [2]. Podobne prace, związane z rejestracją prądów mózgowych prowadzili w podobnym czasie polscy naukowcy Napoleon Nikodem Cybulski (1854–1919) i Adolf Beck (1863–1942). Rejestrowali czynność bioelektryczną mózgu z kory mózgu psów i królików. Ówczesna aparatura była prymitywnym prototypem wzmacniacza, potrafiła jednak rejestrować natężenie prądu w mikroamperach [3]. Cybulski był autorem około 100 prac między innymi z zakresu fizjologii fizycznej, np.: – studiów nad szybkością krążenia krwi przy pomocy foto-chemo-tachometru (przyrządu własnego pomysłu), – nad zjawiskami elektrycznymi w mięśniach, nerwach i w korze mózgowej (ostatnie wspólnie z Beckiem), – nad zastosowaniem kondensatora przy badaniu pobudliwości nerwów i mięśni, – nad ciepłotą z pomocą mikrokalorymetru własnego pomysłu [4].

W 1887 roku Caton na XIX Międzynarodowym Kongresie Medycznym w Waszyngtonie przedstawił dane o wpływie światła na czynność elektrycz-

¹ Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku

ną mózgu, wykazał również większą aktywność mózgu po stronie przeciwnej od oświetlanego oka. Większość fizjologów wówczas była sceptyczna, ponieważ wyniki swoich obserwacji Caton opublikował w medycznych czasopismach. Dopiero w 1890 roku polski uczyony Adolf Beck powtórzył badania Catona i opublikował wyniki w czasopiśmie fizjologicznym [5]. Dodatkowo wykazał, że bodźce wzrokowe i słuchowe indukowały odpowiedź w określonym miejscu mózgu – odpowiadały one wzorcu fal wolnych. W roku 1890 obronił rozprawę doktorską *Oznaczenie lokalizacji w mózgu i rdzeniu za pomocą zjawisk elektrycznych* [6]. Jednak rozprawa jego stanowiła znacznie głębsze studium problemu lokalizacji funkcji sensorycznych w mózgu, jak i samego elektroencefalogramu (odkrył m.in. jego desynchronizację w odpowiedzi na bodźce).

Dopiero w 1914 Cybulski i Jeleńska-Macieszyna opublikowali [7] fotograficzną dokumentację napadu padaczkowego wywołanego drażnieniem prądem elektrycznym kory mózgu psa z powodu braku funduszy na sprzęt fotograficzny.

W 1913 roku Prawdzicz-Nemiński pracujący w Kijowie (Ukrainiec z polskimi korzeniami), na badania czynności elektrycznej mózgu poświęcił 10 lat używając galwanometru. Wykazał 7 różnych typów zmian czynności bioelektrycznej mózgu u świnki morskiej i psów w odprowadzeniach z kory ruchowej i wzrokowej. Zarejestrował czynność fal alfa i beta. Zapis ten nazwał elektro-cerebrogramem [8, 9].

Ogromny wkład w rozwój neurofizjologii wnieśli także rosyjscy badacze. Iwan Sieczenow (1829–1905) – uznawany za ojca rosyjskiej fizjologii, wprowadził elektrofizjologię do laboratoriów naukowych w Rosji. Badał sumowanie pobudzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, hamowanie odruchów rdzeniowych przez pobudzanie ośrodków mózgowych. Twierdził, że mózg i pozostałe części układu nerwowego działają na podłożu odruchowym, a myślenie też ma charakter odruchowy. Jego uczniem był Pawłow, twórca teorii odruchów bezwarunkowych i warunkowych. Aleksander Danilewski (1852–1939) w 1876 wykazał, że pobudzenie kory mózgu powoduje zmiany w czynnościach wegetatywnych organizmu [10]. Werigo badał wpływ prądu stałego na pobudliwość tkanek i zjawiska elektryczne w mózgu. W 1912 roku Kaufmann (1877–1951) zarejestrował zmiany bioelektryczne w mózgu psa w czasie napadu drgawkowego, wywołanego drażnieniem prądem elektrycznym kory mózgowej [11].

Szczególna rola w tego rodzaju badaniach przypada Hansowi Bergerowi. Uczony ten urodził się 21 maja 1873 roku w Neuses (Niemcy). Po ukończeniu medycyny w 1897 roku został asystentem w szpitalu psychiatrycznym w Jenie [3, 4]. Kształcił się pod kierunkiem znanego psychiatry Otto Binswanger'a. W roku 1897 doktoryzował się. Od początku swojej kariery naukowej fascynowały go wyniki prac Catona. Badania EEG u ludzi podjął w okresie po I Wojnie Światowej. Początkowo do swoich doświadczeń wykorzystywał proste urządzenie, jakim był galwanometer strunowy Einthovena. We wczesnych latach 1920 Berger uzyskał pierwsze zapisy od pacjentów pozbawionych części kości. W 1924 zarejestrował

aktywność elektryczną z lewej półkuli u 17-letniego pacjenta przygotowanego do zabiegu operacyjnego usunięcia guza mózgu. Kolejny zapis został wykonany u pacjenta przygotowanego do usunięcia gliosarcoma. Zapisy czynności elektrycznej mózgu zostały dokonane na światłoczułym papierze fotograficznym. Jako pierwsze zapisał regularne fale o częstości 10 cykli na sekundę. Nazwał je fale Alpha, ponieważ były pierwszymi uzyskanymi w ludzkim EEG.

Pierwsza praca opublikowana przez Bergera w 1929 roku dotyczyła badań własnego syna [3, 12]. Zanim to nastąpiło wykonał 73 rejestracji EEG u ludzi. Stwierdził, że najlepsze zapisy EEG pochodziły z elektrod umieszczonych w okolicy potylicy, podczas gdy elektroda referencyjna była umieszczona w okolicy czołowej. W następnych latach dokonał licznych dalszych badań, w tym również na sobie. Celem wyeliminowania wpływu układu krążenia i ciśnienia tętniczego krwi na zapis EEG wykonywał równoczesną rejestrację EKG i RR. Dokonał również szeregu eksperymentów ze specjalnymi elektrodami, aby wyeliminować wpływ skóry na zapis EEG. W 1929 roku Berger stwierdził [12]: „Widzimy, że electroencefalogram stanowi zjawisko ciągłego procesu nerwów, które ma miejsce w mózgu, dokładnie tak jak electrokardiogram reprezentuje zjawisko skurczów indywidualnych serca”. „Electroencefalogram reprezentuje ciągłą krzywą ze stałymi oscylacjami, wśród których można wyróżnić większe o przeciętnym czasie trwania wynoszącym 90 milisekund i mniejsze o czasie trwania 35 milisekund”.

W rok później Berger opracował ponad 1100 zapisów od 76 pacjentów [3, 4]. W publikacji z 1930 roku zdefiniował fale alfa i beta oraz zaczął używać skrótu **EEG** dla określenia **ElectroEncephaloGram**. Donosił również, że amplituda fal beta była mniejsza niż fal alfa, jak również zauważył związek między falami beta a koncentracją uwagi i czasem reakcji. Dla Bergera EEG było materialnym dowodem obecności czynności psychicznych organizmu człowieka.

W 1931 roku Berger wykazał redukcję ilości fal alfa w czasie snu oraz w trakcie znieczulenia ogólnego [13]. Podkreślił również zmniejszenie ilości fal alfa u pacjentów z zespołem wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w następstwie urazu głowy. Był jednym z pierwszych, którzy zwrócili uwagę na wysoką amplitudę fal u chorych na padaczkę. U pacjentów z chorobą Alzheimera i stwardnieniem rozsianym wykazał zmieniony zapis EEG. Z drugiej strony Berger był zdziwiony brakiem również charakterystycznych zmian w EEG u chorych na schizofrenię, melancholię, zespół maniakalno-depresyjny, z opóźnionym rozwojem umysłowym lub afazją.

Fundacja Carl Zeiss doceniła znaczące odkrycia Hansa Bergea i użyczyła mu nowego elektronicznego wzmacniacza. Wyposażony w lepszy sprzęt powtórzył swoje wcześniejsze badania. Odkrył u pacjentów z padaczką spłaszczenie zapisu fal po napadzie drgawkowym. Wykonywał także badania EEG u małych dzieci i niemowląt. Berger twierdził, że typowe fale mózgowie pojawiają się około drugiego miesiąca życia.

Przez wiele lat prace Bergera były ignorowane w środowisku naukowym. Dopiero w 1934 Adrian i Matthews z Laboratorium Fizjologicznego w Cambridge potwierdzili wyniki Bergera i opublikowali swoje dane w czasopiśmie *Brain*, w którym także cytowali jego wyniki [4]. Stwierdzili, że rytm alfa ulga zmniejszeniu poprzez otwarcie oczu lub założenie ciemnych okularów. Wykazali również wpływ fotostymulacji na czynność bioelektryczną mózgu. Ponadto odkryli bardzo szybką czynność bioelektryczną mózdzku (150 to 250 cykli na sekundę). Proponowali również nazwać fale alfa rytmem Bergera, na co przez skromność nie wyraził zgody twórca EEG [15]. Ostatecznie, w latach trzydziestych XX wieku uczony ten stał się światowym autorytetem, za wyjątkiem swojej ojczyzny. Reżim Hitlera dyskryminował naukowców z Uniwersytetu w Jenie. Dwukrotnie Berger był nominowany do nagrody Nobla, jednak rządy faszystowskie skutecznie temu zapobiegły. Cierpiał na depresję, zmarł śmiercią samobójczą w 1941 roku.

W 1935 roku we Wrocławiu Foerster i Alteburger dokonali pierwszego zapisu czynności bioelektrycznej mózgu bezpośrednio z kory mózgu człowieka [16]. Był to pierwszy elektrokortykogram (ECoG).

Gray Walter (1910–1977) jako młody człowiek był pod wpływem znanego rosyjskiego fizjologa Iwana Pawłowa. Odwiedził laboratorium także Hansa Bergera. Zbudował własną ulepszoną wersję aparatu EEG, dzięki któremu odkrył fale theta, delta oraz szybką czynność fal alfa. Swoje pierwsze odkrycia dokonał 1930 roku. Wykazał znaczenie fal delta w lokalizacji guzów mózgu oraz zmian odpowiedzialnych za padaczkę. Był pionierem mappingu mózgu, zbudował pierwsze urządzenie do topografii fal EEG w oparciu o monitor przypominający dzisiejszy ekran telewizora [17].

Piśmiennictwo

1. Haas L. F.: Hans Berger (1873–1941), Richard Caton (1842–1926), and electroencephalography. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.*, 2003; 74: 9.
2. Caton R.: The electric currents of the brain. *Br Med J.*, 1875; 2: 278.
3. Jung R., Berger W.: Fiftieth anniversary of Hans Berger's publication of the electroencephalogram. His first records in 1924–1931. *Archiv Psychiatr Nervenkrankheiten*, 1979; 227: 279.
4. Karbowski K. Hans Berger (1873–1941). *J Neurol.*, 2002; 249: 1130.
5. Beck A.: Die ströme der nervencentren. *Centerblatt für Physiologie*, 1890; 4: 572–573.
6. Beck A.: Oznaczenie lokalizacyi w mózgu i rdzeniu za pomocą zjawisk elektrycznych. *W: Rozpr Wydz mat.-przyr.*, numer I Seria II, Polska Akad. Um., 1981; 186–232.
7. Cybulski N., Jeleńska-Macieszyna S.: Prądy czynnościowe kory mózgowej. *Bull int Acad Cracovie.*, B, 1914; 776–781.
8. Kolle K. 40 years of electroencephalography (EEG). In *memoriam Hans Berger (May 21, 1873 – June 1, 1941) Munchener medizinische Wochenschrift*, 1970; 10: 712.

9. Prawdycz-Neminski W. W. Zur Kenntnis der elektrischen und der Innervationsvorgänge in den funktionellen Elementen und Geweben des tierischen Organismus. Electrocerebrogramm der Säugetiere. Pflüger's Archiv., 1925; 209: 362–382.
10. Danilewski W. Ju.: Elektrizeskije jawlenia gołownogo mozga Fizj Obornik., 1891; 4: 538.
11. Kaufmann P. Ju.: Elektrizeskije jawlenia w kore golownego mozga. Obz Psichiatr Nev Eksper., 1912; 7–8: 403–414.
12. Berger H.: Über das menschliche Elektrenkephalogramm [1. Mitteilung]. Archiv für Psychiatrie., 1929; 87: 527–570.
13. Berger H.: Das Elektrenkephalogramm des Menschen. Medizinische Welt., 1930; 4: 911–913.
14. Adrian ED., Methews BHC.: Berger rhythm: Potential changes from occipital lobes in man. Brain. 1934; 57: 355–385.
15. Adrian ED., K. Yamagiwa K.: The origin of the Berger rhythm Brain., 1935; 58: 323–351.
16. Foerster O., Altenburger H.: Elektrobiologische Vorgänge an der menschlichen Hirnrinde. Dtch Zeit Nervenkr 1935; 135: 277–288.
17. Walter W. G.: An automatic low frequency analyser. Electronic Engineering, 1943; 9–13.

Anna Laskowska¹, Elżbieta Krajewska-Kułałak²,
Cecylia Łukaszuk², Elżbieta Oksiejczuk³

Historia rozwoju badań nad zakażeniami szpitalnymi

*Zarazek jest niczym jest (jednocześnie) terenem,
na którym odkryto wszystko*

Pasteur (1860)

Myśl Pasteura stanowi trafne ujęcie procesu ewolucji, jaki dokonał się w zakresie badań nad bakteriami i odkrycia potężnego materiału genetycznego tych prokariotycznych mikroorganizmów, który pozwolił im przetrwać na przestrzeni miliardów lat.

Według ewolucjonistów, proste jednokomórkowe organizmy zaistniały na Ziemi ponad trzy miliardy lat wstecz [cyt. za 31]. Po raz pierwszy zostały dostrzeżone „uzbrojonym” okiem człowieka dopiero w epoce nowożytnej (XVII w. n.e.) [1].

Przed Pasteurem pojawiło się wielu badaczy, którzy próbowali rozwikłać ezoteryczne zagadnienie chorób zakaźnych i przedsięwziąć środki zaradcze.

Problem zakaźności chorób pojawił się już w medycynie dawnych wieków. Donosili o nim lekarze starożytnych Chin, później lekarze greccy i rzymscy. Żyjący na przełomie X i XI wieku rzymski uczony – Avicenna (980–1037) opisał dżumę, odrę i ospę, określając je mianem chorób zakaźnych i przedstawił po raz pierwszy pogląd o zakaźnym charakterze gruźlicy płuc [1].

Fracastoro (1478–1553) sformułował w I połowie XVI wieku teorię o powstawaniu chorób przez przenoszenie się żywych, drobnych form za pośrednictwem powietrza lub bezpośredniego kontaktu. Sto lat później Thomas Sydenham (1624–1689) próbował wyjaśnić istotę chorób epidemicznych [1, 2].

Historia ZSz, jak powszechnie wiadomo, jest tak archaiczna, jak samo szpitalnictwo. Pierwsze szpitale nie przypominały instytucji leczących, tylko miejsca odosobnienia chorych i rozsiewu infekcji, które „*falszowały obraz choroby*”, co wynikało z tego, że „*stan faktyczny szpitali był bardzo zły*” [3].

¹ Zespół Opieki Zdrowotnej, Szpital Rejonowy, Końskie

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

³ Zamiejscowy Wydział Zarządzania Środowiskiem w Hajnówce, Politechnika Białostocka

„Choroby szpitalne” towarzyszyły medycynie od zarania jej dziejów. Przez długie wieki zagadką stanowiła ich etiologia. Dość często zastanawiano się np. nad przyczyną ropienia ran, ale wówczas uznawano to za nieodłączny etap procesu gojenia. Wynikające z braku wiedzy na temat „zarazków” i dróg ich przenoszenia niechlujstwo i brak urządzeń sanitarno-higienicznych w ówczesnych szpitalach sprawiły, że opieka medyczna wyrządzała chorym niejednokrotnie więcej szkody niż pożytku [1].

Liczni badacze doszukiwali się związku pomiędzy „chorobami szpitalnymi” a powietrzem, które w ich ocenie było „zepsute” [1, 3, 4].

W celu rozwiązania tak pojętego problemu umieszczali chorych w namiotach ze stałym dopływem świeżego powietrza lub przyjmowali pawilonowy system architektoniczny szpitali z ogromnymi oknami sal operacyjnych [cyt. za 5].

Powyższą teorię wyznawał wileński profesor medycyny Jan Piotr Frank, którego można określić mianem prekursora pojęcia „zakażenia szpitalnego”, gdyż jako jeden z pierwszych opisał zjawisko „szpitalnej gorączki” [cyt. za 6].

W dawnych czasach kultywowano także zasadę, iż *„...dobra dieta i czyste powietrze są głównymi środkami leczenia ludzi operowanych...”* [cyt. za 7].

Pierwotny sposób odnoszący się do prewencji zakażeń odnajdujemy już w Odysei Homera, gdzie nakazano palenie siarki w pomieszczeniu z rozlaną krwią, celem zniszczenia potencjalnego źródła zakażenia [cyt. za 1, 6].

Obok poglądów łączących choroby z działaniem sił nadprzyrodzonych, już w starożytności próbowano wiązać powstawanie chorób zakaźnych z obecnością mikroskopijnej wielkości żywej materii (Warro – 116–126 p.n.e., Columella – 60 p.n.e.) [cyt. za 1].

Dwa wieki wstecz śmiertelność chorych w szpitalach dochodziła do 80% [cyt. za 1]. Szczególnie postępowanie zabiegowe mogło przyczyniać się do tak zatrważającego odsetka zgonów. Metody stosowane przez ówczesnych chirurgów, choć modyfikowane, nie były właściwe. Ogólnych zmian chorobowych, obserwowanych podczas zakażenia, nie wiązano przyczynowo z rozwojem infekcji rany [3].

W Polsce świadkiem dramatycznych wydarzeń związanych z leczeniem zabiegowym był Ciechomski, z którego relacji wynika, że w 1882 roku w jednym z warszawskich szpitali w oddziale chirurgicznym tylko nieliczni chorzy przeżywali operacje. Pozostali ginęli w wyniku powikłań infekcyjnych (śmiertelność oscylowała w przedziale 60–80%) [cyt. za 5].

Angielski chirurg John Bell zalecał swoim pacjentom, aby jak najszybciej opuścili szpital, ponieważ przebywanie w nim grozi im śmiercią w wyniku gangreny [cyt. za 8, 9].

Ogromne zderzenie z powyższymi faktami stanowiło późniejsze stwierdzenie Florencji Nightingale (1820–1910) przypominające o tym, że pobyt chorego w instytucji medycznej nie może być przyczyną nowych cierpień, gdyż *„pacjent nie może doznać krzywdy w szpitalu”* [cyt. za 10].

Zakażenia nozokomialne były znaczną przeszkodą w rozwoju dyscyplin chirurgicznych [cyt. za 11].

Również w oddziałach położniczych, bez względu na organizację opieki, sytuacja jawiła się jako dramatyczna. Powstanie szpitali położniczych w XVI wieku, z jednej strony stanowiło poważny postęp w rozwoju położnictwa, natomiast z drugiej, wskutek braku elementarnych zasad higieny i natłoku pacjentek, zwiększało ich śmiertelność. Pierwszy głośny raport o epidemii gorączki połogowej pochodzi z 1646 roku. W tym okresie także ze Sztokholmu donoszono o śmiertelności jednej na pięć rodzących kobiet [cyt. za 1].

Niewątpliwym przełomem w medycynie XIX wieku było pionierskie odkrycie poczynione przez Ignacego Filipa Semmelweisa (1818–1865), dotyczące zakaźnego charakteru gorączki połogowej [1]. Wdrożone przez niego mycie rąk wodą z mydłem i wodą z podchlorynem wapnia spowodowało znaczący spadek umieralności położnic z 18% do 2,45% [1]. Niezwykle wymowne są jego słowa skierowane do pewnego profesora w liście: „...nie podzielać mojego zdania, znaczy tyle, co być mordercą...”, jak również plakaty głoszące: „Ojczy, kiedy wzywasz lekarza lub położną wzywasz śmierć” [cyt. za 1]. Potępiany za swą ideę przez europejskie autorytety, nie znalazł zrozumienia ze strony świata nauki tamtych czasów.

Pierwszym operatorem, a zarazem autorem monografii o Semmelweisie, który zastosował w praktyce jego odkrycia, był sławny położnik Alfred Hegar (1830–1904) [12].

Kolejną zasłużoną postać historyczną to Józef Lister (1827–1912), chirurg ze Szkocji, który odkrył pierwszy środek antyseptyczny (kwas karbolowy), powszechnie wprowadzony do lecznictwa. Zastosował go po raz pierwszy w 1865 roku, po sformułowaniu przez Pasteura bakteryjnej koncepcji choroby [3, 12]. Opierając się na jego pracach, opisał zastosowaną przez siebie metodę użycia antyseptyku, kwasu karbolowego, stosowanego w różnych postaciach do rozpylania w powietrzu, odkażania opatrunków, dezynfekcji pola operacyjnego [3]. Dzięki wprowadzeniu zasad aseptyki Listera znacznie spadła liczba śmiertelnych przypadków po operacjach, np. w Klinice Obalińskiego w Krakowie w 1870 roku śmiertelność po amputacjach spadła z 80% do 37% [cyt. za 5].

Ludwik Pasteur (1822–1895), francuski chemik i mikrobiolog, w wyniku szeregu eksperymentów obalił ostatecznie, w 1860 roku, teorię „samoródtwa” wykazując, że za proces fermentacyjny, któremu można zapobiec poprzez pasteryzację, odpowiedzialne są mikroorganizmy [3].

W tym miejscu warto zacytować jego myśl przelaną na papier, a dziś powszechnie cytowaną w literaturze przedmiotu: „Gdybym miał honor być chirurgiem, będąc przekonany o niebezpieczeństwach, które mogą być spowodowane przez drobno-ustroje występujące wszędzie, a zwłaszcza w szpitalach, nie tylko używałbym instrumentów w stanie wielkiej czystości, ale także po umyciu rąk z najwyższą dokładnością, przeprowadziłbym je gwałtownie przez płomień i używałbym tylko opatrunków, które zostały ogrzane w temperaturze 130–150 stopni C” [3, 13].

W 1894 roku po raz pierwszy William Halsted (1853–1922) zastosował sterylne rękawiczki gumowe. Jan Mikulicz-Radecki (1850–1905), jako pierwszy na świecie, zaczął używać podczas operacji jałowych bawełnianych rękawic, a w 1897 roku maski chirurgicznej. Ostatecznie jednak praktyczne wprowadzenie aseptyki do chirurgii dokonało się dzięki Ernestowi Bergmannowi i Kurtowi Schimmelbuschowi, którzy do wyposażenia sal operacyjnych wprowadzili autoklaw oraz puszkę do sterylizacji materiałów i narzędzi chirurgicznych [cyt. za 11]. Zasady aseptyki w architekturze szpitalnej są z kolei zasługą Neubera [3, 5].

Kolejnego, z epokowych odkryć, dokonał w przebiegu własnych badań genialny twórca bakteriologii, niemiecki lekarz Robert Koch (1843–1919). Jako pierwszy wyizolował z organizmu drobnoustroje i hodował je poza organizmem. Opisał ich zarodniki, łącznie z określeniem oporności, jak również ustalił zasady badań mikrobiologicznych. Wprowadził podłoża stałe do hodowli bakterii i opracował metody barwienia bakterii [1].

W Polsce pierwsze doniesienie o ZSz zostało najprawdopodobniej opublikowane przez Brauna w 1887 roku, który przedstawił dane z jednej z krakowskich klinik, dotyczące zakażeń ran operacyjnych w czystym polu operacyjnym [cyt. za 5, 6].

Nielubowicz dokonał następującego podziału historycznych wydarzeń istotnych dla infekcji:

- epoka przed Listerem;
- okres antyseptyki Listera (1867–1882);
- odkrycie znaczenia zakażenia drogą bezpośredniego kontaktu i powstanie bazy nowoczesnej aseptyki;
- okres stosowania sulfonamidów (1935–1940);
- okres stosowania penicyliny krystalicznej (1940–1961);
- 1961 – współczesność – pojawianie się zakażeń z udziałem nowych patogenów [5].

W historii medycyny odnaleźć można liczne momenty przełomowe w walce z zakażeniami, a wyżej wymienione wielkie postacie świata nauki zasługują niewątpliwie na chociaż krótkie przypomnienie z uwagi na ich nieoceniony wkład w proces poznawania etiologii i epidemiologii zakażeń szpitalnych, jaki dokonał się na przestrzeni dwóch epok: starożytnej i nowożytnej.

W wyniku postępu w bakteriologii utrwaliły się dwa pojęcia:

- aseptyka, postępowanie jałowe, polegające na używaniu materiałów, narzędzi, itp., wolnych od bakterii, wirusów, grzybów i pasożytów, które oznacza niedopuszczenie do zakażenia (np. w polu operacyjnym);
- antyseptyka, postępowanie odkażające, wyjaławiające, oznaczające zabicie wszystkich drobnoustrojów za pomocą środków chemicznych lub fizycznych w danej przestrzeni, na określonych przedmiotach (w powietrzu, skórze, narzędziach) [1, 5, 3, 4].

Przed dwoma wiekami, jak wyżej wspomniano, śmiertelność chorych wskutek zakażeń szpitalnych sięgała 80% [cyt. za 5], natomiast w obecnej dobie uważa się, że dokładnie takiego samego odsetka zakażeń szpitalnych można uniknąć [14].

Spoglądając wstecz na rozwój nauk o infekcjach szpitalnych nasuwa się spostrzeżenie, że oprócz sukcesów w zakresie rozwoju mikrobiologii, nie brakowało również i porażek.

Odkrycie przez Domagalika sulfonamidów, wynalezienie w 1928 roku przez Fleminga penicyliny oraz lawinowe pojawianie się nowych antybiotyków, spowodowało euforię środowiska medycznego i jednocześnie, drastyczny upadek poziomu higieny szpitalnej [1, 3, cyt. za 7].

Ekspansywny rozwój chemioterapii, zwłaszcza produkcja antybiotyków sprawiły, że ich stosowanie stało się rutyną, a to z kolei zaowocowało w krótkim czasie rozwojem opornych na nie drobnoustrojów [1].

Nowoczesne podejście do problematyki szpitalnej epidemiologii zaczęło kształtować się w latach sześćdziesiątych XX wieku. Wtedy właśnie pojawił się po raz pierwszy w światowym piśmiennictwie termin zakażenie szpitalne [cyt. za 6].

W latach czterdziestych ubiegłego stulecia, wobec epidemicznego występowania w szpitalach biegunek o etiologii bakteryjnej, pojawiła się potrzeba zwalczania zakażeń zakładowych [cyt. za 15].

Wiodącymi w tym zakresie okazali się Amerykanie. To właśnie w Stanach Zjednoczonych po raz pierwszy zaczęto organizować zespoły ludzi (*infection control officers*), profesjonalnie zajmujących się kontrolą problemu w obrębie dużych szpitali. Pierwsze systemy rejestracji ZSz wprowadzone w USA i Anglii odnosiły się do infekcji ran pooperacyjnych i zakażeń dróg moczowych. Doniosłym momentem w walce z zakażeniami szpitalnymi była aktywność CDC w Atlancie na początku lat siedemdziesiątych. Wskazało ono potrzebę powstania w zamkniętych placówkach służby zdrowia zorganizowanych struktur zajmujących się zwalczaniem i profilaktyką w zakresie zakażeń zakładowych (zespołów kontroli zakażeń złożonych z lekarzy i pielęgniarek) oraz skonstruowania właściwych programów, jako narzędzi do racjonalnego działania tych struktur [16].

W 1970 roku CDC wprowadziło System Państwowego Nadzoru Zakażeń Szpitalnych NNIS (*National Nosocomial Infections Study*), którego zadaniem było monitorowanie zakażeń w amerykańskich szpitalach [cyt. za 3, 6].

W USA najwcześniej wprowadzono programy nadzoru nad zakażeniami, a dla ich potrzeb niezbędne było opracowanie jednolitych definicji poszczególnych postaci infekcji szpitalnych. Skonstruowano je i wdrożono do użytku w 1987 roku, natomiast zmodyfikowano rok później [7, 17].

Pierwszy ogólnokrajowy, amerykański, obszerny program, dotyczący badania skuteczności zwalczania zakażeń szpitalnych, SENIC (*Study of Efficacy of Nosocomial Infection Control*), realizowany w 6500 amerykańskich szpitalach uwieńczony został sukcesem [16]. W jego wyniku uzyskano redukcję zakażeń szpitalnych

w granicach 32%, co wyraźnie wpłynęło na poprawę jakości opieki zdrowotnej i obniżyło jej koszty [18].

W 1981 roku WHO, celem zapobiegania i zwalczania ZSz, powołała grupę doradczą. Zainicjowane przez nią prace badawcze w różnych szpitalach i na różnych kontynentach pozwoliły na ustalenie mediany chorobowości na poziomie 8,4% [18].

Polska długo pozostawała w cieniu, gdyż problem zakażeń szpitalnych był niedoceniany i pomijany. Pierwsze przeprowadzone analizy w tym zakresie dotyczyły zakażeń w chirurgii i pediatrii.

W latach sześćdziesiątych minionego stulecia systematyczne prace podjął w Krakowie Jan Bóbr. Prowadzone badania pod jego kierownictwem dotyczyły między innymi zakażeń noworodków i ran operacyjnych. Dostarczyły one danych na temat występowania zakażeń zakładowych, określały zapadalność, jak również wskazywały na cechy z nią związane: wiek, płeć, środowisko, warunki hospitalizacji [19, 20].

Kolejnym krokiem była w 1961 roku próba instytucjonalizacji walki z zakażeniami, gdy z inicjatywy Janusza Jeljaszewicza powstał przy Radzie Naukowej specjalny Komitet do zwalczania zakażeń szpitalnych [5, 21].

Pierwsza ogólnokrajowa konferencja poświęcona problematyce zakażeń, z której materiały opublikowano, odbyła się w 1981 roku w Warszawie [5].

W Polsce długie lata nie można było przedstawić konkretnych wyników w zakresie częstości zakażeń zakładowych, z uwagi na brak systematyczności i jednolitych form ich rejestracji, co znajdowało odbicie w literaturze: *„Obecne dane na temat zakażeń w szpitalach polskich są oparte raczej na wrażeniach niż na dokładnych informacjach”* [cyt. za 22].

Niewiarygodne liczby zarejestrowanych w skali kraju przypadków infekcji w wyniku zabiegów medycznych, stanowiły jedynie prawdopodobny ułamek rzeczywistego obrazu ZSz.

Jeljaszewicz (1930–2001), nestor polskiej mikrobiologii, w roku 1998 we wstępie do monografii *„Zakażenia szpitalne”* pisał: *„...nadal nie wiadomo dokładnie, jakie odsetki chorych w Polsce zapadają na zakażenia szpitalne. Jest to żenujące, moralnie nieodpowiedzialne, a poza tym ekonomicznie bardzo niekorzystne...”* [23].

W latach dziewięćdziesiątych (jak wynika z raportu Zespołu d/s Opracowania Projektu Programu Zwalczania ZSz) odsetek przypadków zgłoszonych do Głównego Inspektora Sanitarnego nie przekroczył 1%, a w 30% województw nie zarejestrowano żadnego zakażenia zakładowego [cyt. za 14, 15].

Analizy problemu dokonano na podstawie wyników ankiety, przeprowadzonej w 1994 roku przez Zakład Zwalczania Skażeń Biologicznych Państwowego Zakładu Higieny, która wykazała liczne uchybienia w pracy szpitali [cyt. za 15].

Istotnym faktem, który również wpisał się w poczet historycznych dat jest rok 1994, kiedy powstało Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych (PTZSZ),

które podjęło szereg aktywnych działań w kierunku realizacji wyznaczonego sobie celu – walki z ZSz [15].

W związku z powyższym, niezbędne było przygotowanie wyspecjalizowanej kadry medycznej oraz opracowanie i wdrożenie do polskich szpitali w 1997 roku jednolitego systemu rejestracji zakażeń szpitalnych. Dane z pierwszego ogólnopolskiego programu zorganizowanego i koordynowanego przez PTZSZ pochodziły z 96 szpitali. Wyniki badania odnoszące się do odsetka występowania zakażeń, choć wyraźnie zaniżone (1,62 w pierwszym roku funkcjonowania programu), dały pewien obraz skali tego problemu. Dokonana analiza wykazała między innymi, że zasadnicza luka w kontroli infekcji tkwi w diagnostyce mikrobiologicznej [25].

Drugi duży program realizowany przez PTZSZ, odnosił się do dostosowania polskich szpitali do europejskich standardów w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych [15, 25].

Obecnie PTZSZ koordynuje ogólnopolski projekt Czynnego Nadzoru nad Zakażeniami Szpitalnymi.

Rosnące zainteresowanie problematyką infekcji zakładowych, jak również wielokierunkowe zmiany zachodzące w polskim systemie zdrowotnym na płaszczyźnie walki z zakażeniami, podążają korzystnym torem i dają szansę na redukcję ich odsetka z wymierną korzyścią zarówno dla hospitalizowanych pacjentów, jak i samych placówek służby zdrowia. Progres, jaki dokonał się w polskiej epidemiologii szpitalnej oraz kształtujący się model nadzoru nad zakażeniami, przynoszą nadzieję na efektywną kontrolę tego zjawiska we wszystkich szpitalach naszego Kraju.

Warto w tym miejscu ponownie przytoczyć słowa profesora Juszczyka kończące artykuł, który stanowi syntetyczne, przekrojowe ujęcie omawianego problemu: „*Zakażenia szpitalne są jednym z najpoważniejszych wyzwań, przed jakimi stoi nasza medycyna*” [cyt. za 21]. Choć cytat ma perspektywny wydźwięk, to powyższa myśl jest o tyle spójna z omówionym zagadnieniem, iż jak najbardziej można ją odnieść zarówno do przeszłości, jak i przyszłości. Przyszłości, która tworząc historię następnych pokoleń z pewnością „wygeneruje” jeszcze szereg dat, nawiązujących do walki z infekcjami szpitalnymi.

Piśmiennictwo

1. Słomko Z., Drews K. (red.): *Zakażenia perinatalne*, T. I, Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej, Poznań, 2001.
2. Jelijaszewicz J.: *Zakażenia szpitalne*, [w:] Śliwiński M., Rudowski W. (red), *Chirurgia kliniczna i operacyjna*, T. I, PZWL, Warszawa, 1981.
3. Brzeziński T. (red.): *Historia medycyny*, PZWL, Warszawa, 2000.

4. Kunicki-Goldfinger W. J. H.: *Życie bakterii*, PWN, Warszawa, 2001.
5. Nielubowicz J., Szostek M., Hącel J., Łasak M.: *Zakażenia szpitalne*, [w:] Jeljaszewicz J., Mészáros J., Szostka M. (red.) *Zakażenia szpitalne i metody ich zwalczania*, Materiały konferencji zorganizowanej w dniu 21.05.1981 roku w Pałacu Staszica w Warszawie, PZWL, Warszawa, 1982, 7–31.
6. Bulanda M.: *Nadzór nad zakażeniami o etiologii gronkowcowej u chorych po urazie termicznym*, Rozprawa habilitacyjna, Instytut Mikrobiologii C.M. U.J. Kraków, 1999.
7. Zdzenicki S. (red.): *Zarys zakażeń wewnątrzszpitalnych (istota, zwalczanie, zapobieganie)*, PZWL, Warszawa, 1974.
8. Przondo-Mordarska A. (red.): *Zakażenia szpitalne. Etiologia i przebieg*, Wydawnictwo CONTINUO, Wrocław, 1999.
9. Nowakowski R., Litowczenko A.: *Zakażenia szpitalne – problem współczesnych oddziałów zabiegowych*, Kwart. Ortoped., 1997, 3, 12–16.
10. Sedgwick J. A.: *Pielęgniarka epidemiologiczna w szpitalu*, Mag. Piel. Poł., 1996, 1, 22–25.
11. Gaździk T. S. (red.): *Zakażenia w ortopedii*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2004.
12. Bogusławski S., Chojna W., Danysz A. i wsp. (red.): *Mała encyklopedia medycyny*, T. II, PWN, Warszawa, 1990.
13. Dzierżanowska D., Jeljaszewicz J. (red.): *Zakażenia szpitalne*, Wydawnictwo a-medica press, Bielsko-Biała, 1999.
14. Juszczuk J., Hryniewicz W., Magdzik W., Samet A.: *Raport o zakażeniach szpitalnych: I. Zakażenia szpitalne, II. Wprowadzenie i komentarze do części szczegółowej, III. Część szczegółowa*, Klin. Chor. Zak. i Zak. Szpit., 1997, T. 1, 1, 7–22, 25–34, 39–48.
15. Heczko P., Bulanda M., Wójkowska-Mach J., Jeljaszewicz J.: *Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi w Polsce – stan aktualny i możliwości rozwoju*, Przegl. Epidemiol., 2000, T. 54, 3–4, 247–257.
16. Haley R. W., Culver D. H., White J. W., et al.: *The nationwide nosocomial infection rate: a new need for vital statistics*, Am. J. Epidemiol., 1985, 121, 159–167.
17. Emori T. G., Culver D. H., Horan T. C., et al.: *National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS): Description of Surveillance Methods*, Am. J. Infect. Control, 1991, 19, 19–35.
18. Emmerson A. M.: *The impact of surveys on hospital infection*, J. Hosp. Infect., 1995, 30, (suppl.), 421–440.
19. Bóbr J., Hawiger J. i wsp.: *Charakterystyka środowiska szpitalnego i populacji objętej badaniami nad zakażeniami noworodków*, Pol. Tyg. Lek., 1966, 21, 281–285.
20. Bóbr J., Łącki W.: *Zależność między występowaniem zakażenia ran po operacjach przepuklin a kolejnością zabiegu*, Pol. Przegl. Chir., 1968, 40, 43–45.
21. Juszczuk J.: *Zakażenia szpitalne w Polsce (zarys historii)*, Klin. Chor. Zak. Zak. Szpit., 2000, 4, 61–65.
22. Bulanda M., Olszewski P., Heczko P. B.: *Zakażenia szpitalne a powikłania septyczne w chirurgii*, Post. Nauk. Med., 1996, 9, 117–122.

23. Dzierżanowska D., Jeljaszewicz J. (red.): *Zakażenia szpitalne*, Wydawnictwo a-medica press, Bielsko-Biała, 1999.
24. Juszczyk J., Gładysz A., Samet A.: *Zakażenia szpitalne w Polsce*, Medycyna po Dyplomie, 1997, 5, 19–28.
25. Wójkowska-Mach J., Jeljaszewicz J., Bulanda M. i wsp.: *Ocena częstości występowania zakażeń szpitalnych w polskich szpitalach w 1998 roku na podstawie wyników Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych*, Przegl. Epidemiol., 2000, 54 (supl. 1), 37–44.

*Wybrane problemy neonatologii,
potożnictwa i ginekologii*



Agnieszka Herzig¹

Opieka okołoporodowa w Austrii. Zmiany nastawione na potrzeby kobiet

Chcąc opowiedzieć o opiece okołoporodowej w Austrii nie sposób pominąć położnych, które są jej składową. Strukturą w Austrii zrzeszającą wszystkie położne jest „Hebammengremium” <http://www.hebammen.at>.

W przeciwieństwie do Polski są w niej zrzeszone tylko położne. Członkiem zostaje się po uzyskaniu dyplomu i pozostaje do końca życia, jeżeli wykonuje się ten zawód czynnie. Członkostwo jest obligatoryjne. W wypadku przerwania wykonywania swojego zawodu położna ma możliwość przed upływem 5 lat zadeklarować chęć powrotu i złożyć wymagany egzamin.

Zadaniem organizacji jest reprezentowanie interesów położnych jako grupy zawodowej. Obejmuje to obszary regulacji zawodowych, socjalnych, finansowych oraz prawnych. Organizacja prowadzi pertraktacje z kasami chorych dotyczące opłat za usługi położnych oraz wydaje miesięcznik „Hebammenzeitung”. Zapewnia wszystkim położnym możliwość dalszego doskonalenia zawodowego, organizując dwa razy w roku doksztalcanie. Statutowo każda położna musi w ciągu 5 lat wykazać się uczestnictwem w kursach doskonalenia zawodowego w wymiarze 40 godzin. Raz w roku odbywa się kongres wszystkich położnych, gdzie zarząd zdaje relację ze swojej działalności. Raz na cztery lata odbywają się wybory do Zarządu Głównego. Do zarządów regionalnych raz w roku. Zarządy regionalne podzielone są według struktury administracyjnej kraju i jest ich 9. Do zadań należy reprezentowanie położnych na zewnątrz, zajmowanie się działalnością lobbystyczną, utrzymywanie kontaktu z mediami, parlamentem oraz innymi organizacjami.

Hebammengremium podlega Ministerstwu Zdrowia. Ma obowiązek składania corocznego raportu o swojej działalności, jak i postulowanie zmian w obszarach struktury i funkcji zawodowych. W ten sposób w Wiedniu przed 20-stu laty powstała instytucja położnej rodzinnej.

Organizacja jest członkiem Międzynarodowej Konfederacji Położnych (ICM). Składka członkowska wynosi 150 € rocznie i jest ustalana z członkami związku.

¹ Wilhelminenspital, Wiedeń, Austria

Organizacja jest twórcą przepisów, według których regulowane są zawodowe uprawnienia położnych. Obejmują całokształt pracy, zawodowy profil, obszary działalności, granice samodzielnej pracy. Przepisy są okresowo poddawane nowelizacji.

Regulacje prawne uprawniające do samodzielnej działalności obejmują:

- planowanie rodziny,
- rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki, poradnictwo, badania kobiet w przebiegu ciąży fizjologicznej,
- rozpoznawanie patologii, kierowanie na konsultację z lekarzem i badania oraz zapoznanie kobiety z metodami diagnostycznym, które będą stosowane,
- przygotowanie przyszłych rodziców do porodu i porożu,
- opiekę nad rodzącą i jej dzieckiem przy wykorzystaniu do tego stosowanych technik i procedur postępowania,
- opiekę nad położnicą i noworodkiem,
- prowadzenie ćwiczeń po porodzie (ćwiczenia mięśni miednicy),
- prowadzenie dokumentacji położnych,
- prowadzenie porodu siłami natury, ochrona krocza, a w razie konieczności nacięcie i zeszywanie krocza,
- rozpoznawanie wszelkich niezgodności i patologii w czasie porodu, porożu i konsultowanie ich z lekarzem,
- w przypadkach nagłych, gdzie pomoc lekarza jest niemożliwa – przyjmowanie porodów pośladowych,
- ręczne wydobycie łożyska,
- manualna kontrola jamy macicy.

Samodzielność zawodowa położnej jest ograniczona w przypadku:

- podejrzenia objawów patologii u ciężarnej, rodzącej, położnicy i noworodka
 - położna może wykonywać swoje obowiązki tylko przy współpracy i według wskazań lekarza,
- ciąży mnogich,
- obciążonej przeszłości położniczej matki,
- występujących nagle niepokojących zaburzeń w stanie kobiety, płodu, noworodka,
- podawania leków przeciwbólowych w postaci opiatów tylko po konsultacji lekarza; inne środki rozkurczowe i przeciwbólowe są dopuszczalne (w szpitalach w zależności od zarządzenia ordynatora oddziału),
- podawania leków naskurczowych lub hamujących akcję skurczową macicy bez zgody lekarza tylko w przypadkach, kiedy pomoc lekarza nie może być natychmiastowa lub przekazanie kobiety do szpitala jest niemożliwe.

Położne w Austrii dzielą się na położne pracujące w szpitalach, tzw. Anstaltthebamme i położne samodzielne. Położne pracujące w szpitalach na ogół pracują tylko na salach porodowych. W mniejszych ośrodkach szpitalnych obejmują

swoją opieką także ciężarne, położnice i noworodki. Czasami obsługują przyszpitalne ambulatoria położniczo-ginekologiczne. Nowością w Wiedniu jest projekt, a zarazem próba powrotu do kompleksowej opieki nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem. Od 2004 r. decyzją Krajowego Rządu, położne zostały wyodrębnione jako samodzielna grupa zawodowa nie wchodząca w skład zawodów pielęgniarских. Położne podlegają bezpośrednio lekarskiej dyrekcji szpitala. Oddział położniczy wraz z patologią ciąży jest prowadzony tylko przez położne i lekarzy z wyłączeniem pielęgniarek dyplomowanych. Jest to projekt pilotażowy realizowany w dwóch szpitalach. Inną formą pracy jest stanowisko położnej rodzinnej lub położnej zatrudnionej w centrach matki i dziecka (w Wiedniu – dzielnicowych lub regionalnych). Działania obejmują wszystkie obszary opieki, poza prowadzeniem porodu.

Na mocy znowelizowanych przepisów w latach 90-tych, położne mają prawo i możliwość tworzyć samodzielne praktyki indywidualne lub grupowe. Zakres opieki i oferowanych usług obejmuje obowiązki wynikające z zawartych w statusie przepisów, jak i nowe komplementarne metody:

a) – poradnictwo,

- przygotowanie do porodu – główna domena położnych,
- gimnastyka przed i poporodowa,
- opieka nad matką i noworodkiem w domu po porodach ambulatoryjnych,
- porody domowe,
- specjalistyczna opieka nad matką karmiącą,
- specjalistyczna opieka nad ciężarnymi z grupy ciężarnych z ryzykiem,
- kontrola tętna płodu, KTG,
- wykłady dla szkół,

b) nowe komplementarne metody

- przygotowanie do porodów w wodzie,
- akupresura,
- akupunktura,
- refleksoterapia,
- aromatoterapia,
- homeopatia,
- osvajanie z wodą i pływanie dla niemowląt,
- hipnoza – redukcja bólu i strachu,
- Moxa – cygara piołunowe (używane do odwracania dzieci z położeń miednicowych),
- terapia laserowa uszkodzonych brodawek w czasie karmienia piersią,
- terapia esencjami kwiatowymi (Bachblütentherapie),
- zajęcia z jogi dla ciężarnych,
- terapia czaszkowo-krzyżowa (Cranio-Sacrale Therapie),
- Shiatsu,
- Taniec brzucha dla ciężarnych i młodych matek.

Dyplom położnej uprawnia do samodzielnego wykonywania zawodu bez konieczności uzyskiwania dodatkowych kwalifikacji i uprawnień. Oferowanie metod komplementarnych wiąże się z koniecznością zdobywania nowych kwalifikacji potwierdzonych świadectwami.

Od położnych zatrudnionych w szpitalach pracodawca wymaga zgłoszenia samodzielnej działalności, która nie może kolidować z obowiązkami pracowniczymi.

Podstawową regulacją opieki nad ciężarnymi w Austrii jest, wprowadzony w 1974 roku, Mutter-Kind-Pass, czyli książeczka matki i dziecka. Znajdują się w niej wszystkie rutynowe badania, jakimi jest objęta kobieta w ciąży. Książeczkę wydaje lekarz położnik stwierdzający ciążę. Regularne wykonywanie badań profilaktycznych w ciąży jest związane z polityką dofinansowywania rodzin i działalnością profilaktyczną państwa. Po wprowadzeniu jej, wg danych statystycznych, spadła śmiertelność okołoporodowa noworodków oraz liczba porodów przedwczesnych. Jakość i intensywność opieki profilaktycznej ma decydujące znaczenie w profilaktyce i zmniejszaniu tych zagrożeń. Książeczka zawiera wszystkie informacje o zdrowiu kobiety, o przebiegu ciąży, porodu, stanie noworodka oraz stanie zdrowia dziecka do jego 62 miesiąca życia. Jest nowelizowana i modernizowana.

Dodatkową opiekę nad kobietami w ciąży sprawują ambulatoria przyszpitalne szpitala, który kobieta sama wybrała jako miejsce porodu.

Karta ambulatoryjna jest dodatkowym dokumentem przebiegu ciąży, porodu i połogu. Do dodatkowych badań należą:

- badanie USG między 11–14 tygodniem ciąży na przezierność karkową, Test PAPP-A,
- badanie specjalistyczne USG między 20–24 tygodniem ciąży, tzw. organ screening,
- badanie na tolerancję glukozy, diagnostyka cukrzycy ciężarnych w 28 tygodniu ciąży,
- badanie kontrolne USG w 34 tygodniu ciąży (waga i położenie płodu),
- dodatkowe badania w przypadkach patologii ciąży w tzw. ambulatorium ryzyka ciąży.

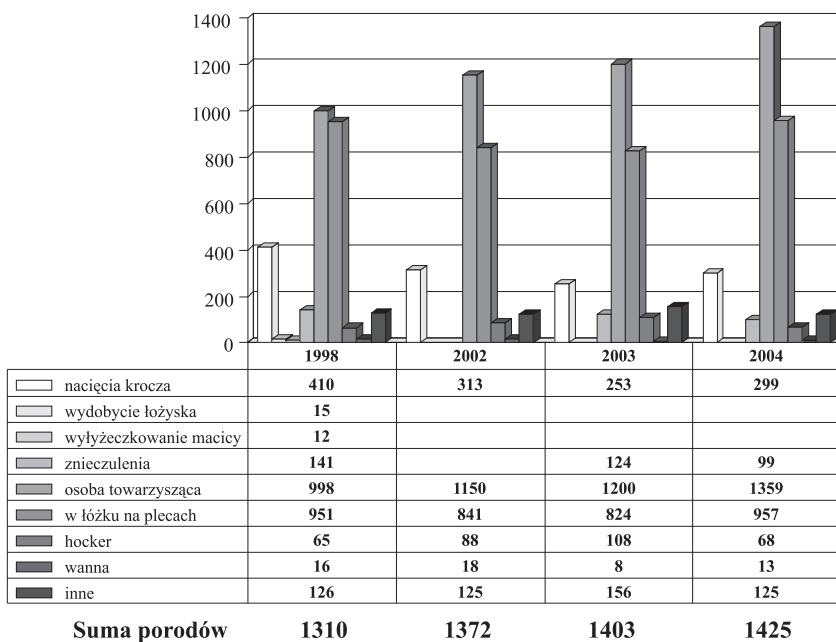
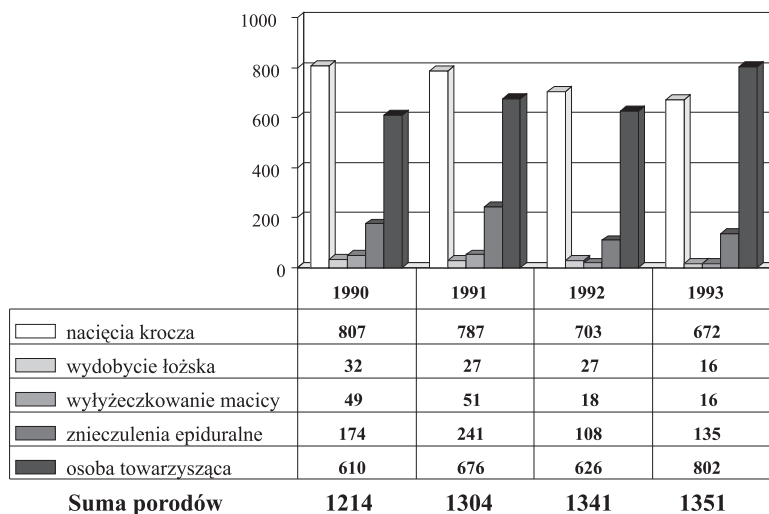
W latach 80-tych dzięki ruchowi kobiet i ich rodzin, rozpoczęły się, dzisiaj już oczywiste zmiany uwzględniające potrzeby matek i dzieci. Wprowadzenie rooming-in na oddziałach położniczych oraz możliwość rodzenia z osobą towarzyszącą pozwoliło na pełny i naturalny kontakt rodzinny i kontakt matki z dzieckiem zarówno podczas porodu, jak i w pierwszych dniach połogu.

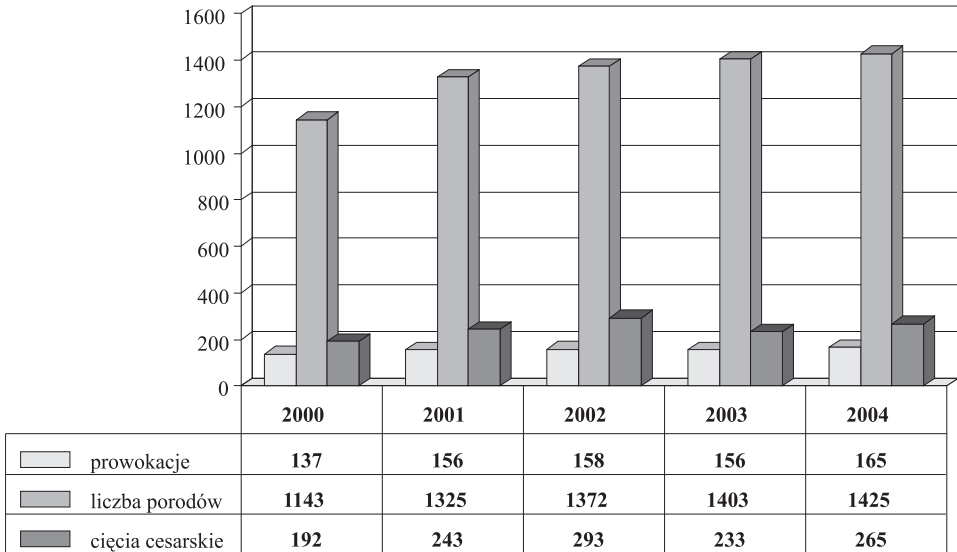
Dalszym krokiem była idea propagowana przez światowej sławy położników dr. Fryderyka Leboyer i dr. Michaela Odent propagująca powrót do naturalnych porodów. W niemiecko-języcznych krajach trend ten nosił nazwę „Sanfte Geburt”, czyli „łagodny poród”. Głównie chodziło o ograniczenie niepotrzebnych ingerencji medycznych i technizacji przebiegu porodu, położenie nacisku na

Wybrane dane statystyczne z sali porodowej Miejskiego Szpitala w Wiedniu Wilhelminenspital

Lata 1990–1993 pełna kontrola techniczno-medyczna.

Lata 1998–2004 odejście od pełnej kontroli, preferowanie porodów naturalnych.





Statystyki z roku 2005

Ogólna liczba porodów	1532
Z tego liczba: cięć cesarskich	263
próżniaciągów	132
kleszcze	17
Porody pośladowkowe drogami natury	5
Ogólna liczba prowokacji porodów	152
Z indykacji – przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego	27
– ciąży przeterminowanej	82
– ciąża powikłana nadciśnieniem	7
– niewydolności łożyskowej	1
– obumarłej ciąży	1
Środki – Oksytocyna	10
– Prostaglandyna żel	50
– Prostaglandyna tabl. domaciczne	8
– amniotomia	0
– inne	101
Ogólna liczba komplikacji trzeciego okresu porodu	27

propagowanie porodów naturalnych i wzmocnienie pierwszego kontaktu matki z dzieckiem. Pełna kontrola techniczno-medyczna miała na celu wzmoczoną kontrolę nad porodem, a co za tym idzie zwiększenie bezpieczeństwa matki i dziecka. Cechami takiego prowadzenia porodu było:

- ciągle, nieprzerwane monitorowanie za pomocą KTG,
- przebicie pęcherza płodowego (amniotomia) w pierwszej fazie porodu i monitorowanie tętna płodu za pomocą bezpośredniej elektrody,
- monitorowanie akcji skurczowej macicy za pomocą czujnika domacicznego,
- podawanie kroplówek naskurczowych dla skrócenia czasu trwania porodu,
- wywoływanie porodów w ustalonym terminie porodu.

Konsekwencją tak prowadzonych porodów było:

- brak swobody w poruszaniu się kobiety rodzącej,
- obligatoryjne rodzenie na plecach,
- narzucenie tempa porodu z zewnątrz,
- brak naturalnego początku porodu,
- ograniczony kontakt matki z dzieckiem.

Jak wynika z moich oddziaływanych statystyk prowadziło to do zwiększonych zaburzeń trzeciego okresu porodu, zaburzeń w odklejaniu się łożyska, jak i częstego występowania wzmoczonych krwotoków trzeciego okresu porodu, do atonii macicy włącznie.

Zmiany, które nastąpiły są nastawione na potrzeby kobiety i dziecka, wykorzystują nowoczesne metody w celu zapewnienia optymalnej opieki i bezpieczeństwa porodu.

Prawa ciężarnej, rodzącej i położnicy:

- wybór lekarza i położnej,
- swobodny wybór miejsca urodzenia: szpital, dom, dom narodzin,
- możliwość indywidualnego przygotowania do porodu samej kobiety lub z partnerem,
- dostęp do wszelkich informacji o metodach stosowanych w szpitalu,
- dostęp do wszelkich informacji o wyposażeniu szpitala (spotkania informacyjne, możliwość zobaczenia sali porodowej i oddziałów położniczych, bezpośredni kontakt z personelem),
- spotkanie z lekarzem anestezjologiem i dokładna informacja o znieczuleniu dołędźwiowym przed porodem,
- cięcie cesarskie „na życzenie” niem. „Wunsch sectio” – nadal bardzo kontrowersyjne, ale praktykowane
- powszechna, nieodpłatna możliwość towarzyszenia przy porodzie partnera lub innej zaufanej osoby bez wymogów uczęszczania do szkoły rodzenia,
- możliwość decydowania o wykonaniu wlewu doodbytniczego przed porodem, golenia w ogóle nie stosuje się,
- wybór metod uśmierzania bólu od alternatywnych: woda, ruch, zastosowanie homeopatii,

- do metod konwencjonalnych: zastrzyki przeciwbólowe, znieczulenie dołędźwiowe,
- swobodny wybór pozycji w czasie porodu i pozycji, w której się rodzi dziecko,
- możliwość decydowania o nie nacinaniu krocza i prawo do informacji o konieczności tego zabiegu,
- możliwość przebywania z dzieckiem od momentu urodzenia do momentu wypisania do domu, włącznie z obecnością przy wizytach pediatrów i przy wykonywaniu wszystkich zabiegów i badań u dziecka,
- karmienie piersią na „żądanie” według wskazań WHO,
- pełna informacja, wprowadzenie do pielęgnacji noworodka i karmienia piersią w szpitalu po porodzie,
- możliwość uczęszczania na gimnastykę po zakończonym połoгу wyrównującą zmiany porodowe,
- wizyty domowe położnych – dla kobiet rodzących ambulatoryjnie lub przedwcześnie wypisywanych do domu,
- w wypadku konieczności pozostawania wcześniaków w szpitalu, możliwość przyjęcia matki jako osoby towarzyszącej, nie przerywając kontaktu matki z dzieckiem,
- możliwość odwiedzania całodziennego wcześniaków w szpitalu z możliwością pielęgnacji – kontakt skóra – skóra,

Podejmowanie inicjatyw pomocy kobietom w ciężkich sytuacjach życiowych: Zorganizowanie punktów anonimowego oddawania „porzuconych dzieci” „Baby klape” „Baby nest”. W Niemczech istnieje 37, natomiast w Austrii są 3 specjalne punkty przy szpitalach położniczych, oddziałach neonatologicznych. Matka może anonimowo oddać urodzone dziecko, które będzie natychmiast otoczone fachową opieką.

Inicjatywa anonimowych porodów możliwa jest we wszystkich klinikach położniczych i wszystkich szpitalach miasta Wiedeń. Kobieta rodzi anonimowo dziecko i oddaje go do adopcji.

www.anonyme-geburt.at <<http://www.anonyme-geburt.at>

www.anonyme-geburt.de <<http://www.anonyme-geburt.de>

Nowe zasady monitorowania KTG

- a) w ciąży w leczeniu zamkniętym lub ambulatoryjnie przy wskazaniach;
- b) w czasie porodu.

ad. a)

- anemia ciężarnej Hb poniżej 10 g/dl,
- arytmie płodu,
- krwawienia w ciąży od 20–24 tygodnia ciąży,
- cukrzyca ciążowa,

- wielowodzie,
- małowodzie,
- ciąża mnoga,
- infekcje matki,
- ciąża przeterminowana: w terminie porodu 4 dni później, od 7-go dnia co drugi dzień,
- po wypadkach i urazach cięźarnych,
- w przedwczesnej akcji skurczowej,
- w wypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego,
- przy tokolizie (hamowaniu akcji skurczowej),
- podejrzeniu o dysfunkcje łożyska,
- wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu – „Small-for-date – IUGR”.

ad. b)

- z przerwami – KTG przy przyjęciu do porodu 30 min. Jeżeli nie występują patologiczne objawy i ciąża przebiegała prawidłowo bez komplikacji, kontrole co 1,5–2 godzin również 30 minut,
- po odpłynięciu wód płodowych,
- bez przerwy, ciągle – patologiczne KTG przy przyjęciu do porodu, w ciążach zagrożonych ciążach bliźniaczych
- patologiczne KTG pojawiające się w czasie trwania porodu poród w wodzie bóle partu, faza rodzenia się główki po podaniu środków przeciwbólowych przy znieczuleniu dołędźwiowym

Zapis KTG wykonujemy w pozycjach na:

- leżąc – wskazana pozycja na boku najlepiej lewym,
- na siedząco,
- na stojąco,
- w pozycji kolankowo-łokciowej,
- chodząc z połączeniem bezprzewodowym.

Pozycja na wznak wyjątkowo niewskazana ze względu na częste występowanie syndromu „Vena-cava”. W wyniku ucisku macicy i dziecka na żyłę główną dochodzi do zaburzeń przepływu krwi i chwilowego niedotlenienia płodu, objawiające się spadkiem tętna płodu. Na zapisie KTG pojawia się charakterystyczna linia spadku w kształcie wanny.

Zakres opieki i jej ciągle poszerzanie wpływa korzystnie na wczesne wykrywanie powikłań w ciąży i zmniejsza ryzyko porodów przedwczesnych i powikłań oraz powikłań w porożu.

K. Krajewska¹, A. Waszkiewicz², E. Krajewska-Kułał E.¹, K. Klimaszewska¹,
K. Kowalcuk¹, D. Kondzior¹, B. Jankowiak¹, H. Rolka¹, A. Baranowska¹,
K. Leszczyńska³, J. Lewko¹, K. Van Damme-Ostapowicz¹

Edukacja zdrowotna, jako forma przygotowania pacjentki z cukrzycą ciężarnych do samopielegnacji i samoobserwacji

Wstęp i rozwinięcie

Pół wieku temu ponad 1/4 ciąż u kobiet chorych na cukrzycę kończyła się śmiercią płodu. Obecnie, dzięki postępowi w położnictwie, diabetologii i pediatrii, większość z nich kończy się pomyślnie. Nadal jest jednak zbyt dużo wad wrodzonych u dzieci matek chorych na cukrzycę. Części z nich można byłoby zapobiec poprzez dobre wyrównanie glikemii w czasie trwania ciąży [1, 2, 3]. Zaburzenia tolerancji węglowodanów są jednym z częstszych i ciężkich powikłań występujących w ciąży.

Ciąża zmienia przebieg cukrzycy, a cukrzyca pogarsza wyniki położnicze. Jednym z ważniejszych mierników metabolizmu węglowodanów jest stężenie glukozy we krwi, które cechuje się dużą stabilnością, a niewielkie zwiększenie występuje jedynie po posiłkach. Stałe stężenie glukozy we krwi ma podwójne znaczenie w okresie ciąży. Zapewnia substrat dla procesów metabolicznych w organizmie matki oraz umożliwia stałe dostarczanie tego węglowodanu do płodu. Glukoza jest dla płodu głównym materiałem energetycznym. Przenika ona przez barierę łożyskową na zasadzie ułatwionej dyfuzji. Jej stężenie we krwi płodu jest około 10–20 mg/dl niższe od jej poziomu we krwi matki, natomiast zużycie jest dwukrotnie większe przez płód w porównaniu do tkanek dorosłego człowieka. Łożysko nie przepuszcza insuliny matczynej, a metabolizm węglowodanów jest regulowany przy udziale insuliny płodowej, której obecność w trzustce płodu wykazano już w 10–12 tygodniu ciąży [4].

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

² Specjalistyczny Ośrodek Internistyczno-Diabetologiczny w Białymstoku

³ Zakład Propedeutyki Położnictwa ŚAM

Najistotniejsze zmiany w metabolizmie węglowodanów dotyczą drugiej połowy ciąży. W osoczu matki narastają wówczas stężenia hormonów diabetogennych, takich jak: estrogeny, progestageny, kortizol oraz laktogen łożyskowy – HPL. Równolegle wzrasta też oporność na insulinę. U kobiet ciężarnych zaobserwowano podwyższenie wydzielania insuliny, ale także 30% wzrost wątrobowej produkcji glukozy, co wskazuje na insulinoporność pochodzenia wątrobowego [4]. W drugiej połowie ciąży insulinoporność wzrasta też w mięśniach szkieletowych (tzw. typ obwodowy). Narastanie wątrobowej i obwodowej oporności na insulinę tłumaczy się wysiłkiem adaptacyjnym matki dla sprostanienia potrzeb energetycznych płodu. Wzrost obwodowej insulinoporności redukuje wykorzystanie glukozy przez matkę, a wzrost produkcji glukozy przez wątrobę daje podstawy patogenezy cukrzycy ciężarnych. W wyniku działania hormonów oraz ułatwionej dyfuzji glukozy przez łożysko do płodu, w organizmie matki szybko rozwija się stan głodu węglowodanów, połączony ze zwiększonym utlenianiem kwasów tłuszczowych. Adaptacyjne zmiany metabolizmu zachodzące w czasie ciąży określa się mianem „przyspieszonego głodowania”. Zwiększone utlenianie kwasów tłuszczowych i związków ketonowych powoduje nietolerancję glukozy i insulinoporność, gdy tymczasem w trzecim trymestrze ciąży zapotrzebowanie na insulinę jest od 50 do 100% większe w porównaniu do okresu sprzed ciąży [4].

Opisane tutaj zmiany metaboliczne i hormonalne znajdują odzwierciedlenie w stężeniach glukozy, kwasów tłuszczowych i trójglicerydów we krwi w przebiegu prawidłowej ciąży.

Cukrzyca ciążowa jest częstym powikłaniem u kobiet będących w ciąży. Rozpoznanie cukrzycy w ciąży ma duże znaczenie z uwagi na towarzyszące jej powikłania u matki i płodu. Można je ograniczyć dzięki ścisłemu kontrolowaniu glikemii i leczeniu insuliną w przypadku jej wzrostu ponad zalecany poziom. Analiza ryzyka rozwoju cukrzycy powinna być dokonana przez lekarza podczas pierwszej wizyty ciężarnej. Badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy ciężarnej u kobiet z dużym ryzykiem przeprowadza się tak szybko, jak to jest tylko możliwe.

Według PTD schemat rozpoznania cukrzycy w czasie ciąży obejmuje:

- oznaczenie stężenia glukozy we krwi na początku ciąży, w celu wykrycia bezobjawowej cukrzycy przedciężarowej;
- test przesiewowy doustnej tolerancji glukozy (50 g) GCT, glucose challenge test, wykonuje się pomiędzy 24. a 28. tygodniem ciąży, pacjentka nie musi być na czczo. Badanie glukozy we krwi wykonuje się po 1 godzinie od momentu podania 50 g glukozy.

Jeżeli wyniki będą miały wartości:

- < 140 mg/dl (7,8 mmol/l) to wartość jest prawidłowa, nie wymagająca dalszej diagnostyki;
- 140–200 mg/dl (7,8–11,1 mmol/l) – wartość jest nieprawidłowa i należy ją

weryfikować za pomocą testu doustnej tolerancji glukozy (75 g) w możliwie najkrótszym czasie, z zachowaniem reguł dotyczących testu diagnostycznego;

- powyżej lub równe 200 mg/dl (11,1 mmol/l) oznacza GDM i pacjentkę należy skierować do ośrodka referencyjnego [5].

Cukrzyca ciężarnych jest chorobą, w której pacjentka jest zazwyczaj w stanie przeprowadzać zabiegi pielęgnacyjne i terapeutyczne sama, względnie powinna się tego nauczyć, ale nie może obejść się przy tym bez fachowej pomocy. Rola pielęgniarki czy położnej nie kończy się na praktycznym działaniu na rzecz pacjentki i wykonywaniu zabiegów pielęgniarstwa, lecz zawiera w sobie również kierowanie, uczenie, wspomaganie i te wszystkie aktywności, które wpływają na korzystne przemiany w życiu i w bezpośrednim otoczeniu podopiecznej. Znaczącą rolę odgrywa tutaj **EDUKACJA ZDROWOTNA** – proces, w trakcie którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych osób. Koncentruje się ona na uświadamianiu związków między zdrowiem człowieka a jego stylem życia oraz środowiskiem fizycznym i społecznym. Edukacja zdrowotna obejmuje głównie działania informacyjne, których bezpośrednim celem jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań, motywacji i umiejętności, a co za tym idzie postaw zdrowotnych jednostki, które powinny prowadzić do realizacji zachowań służących zdrowiu [6].

W pracy z pacjentką ciężarną chorą na cukrzycę pożądane jest, aby oddziaływania pielęgniarki bądź położnej były zamierzone, celowe i przemyślane.

Każda z metod leczenia cukrzycy kobiety ciężarnej opiera się na podstawowym fundamencie, jakim jest edukacja w zakresie wiedzy i umiejętności leczenia, samokontroli, stylu życia.

W skład zespołu opieki diabetologicznej wchodzi takie osoby, jak:

- lekarz diabetolog lub odpowiednio przygotowany do leczenia cukrzycy internista;
- pielęgniarka/położna najlepiej z kursem edukatora zdrowotnego – jest ona specjalnie przygotowana do prowadzenia edukacji chorych na cukrzycę i wyjaśniania realizacji zleceń lekarza;
- dietetyk – jest to osoba zawodowo przygotowana do wprowadzania prawidłowych zasad żywienia i planu żywienia do codziennego życia osoby z cukrzycą;
- specjalista rehabilitacji – jest to osoba przygotowana do realizacji programów stosowania treningu fizycznego;
- psycholog – to osoba, która rozwiązuje psychoemocjonalne problemy osób z cukrzycą;
- konsultanci, np. położnik, okulista, nefrolog, neurolog.

Pacjentka jest centralną postacią takiego zespołu.

Zadaniem zespołu leczącego jest:

- przedstawienie kobiecie szczegółowego i indywidualnego planu leczenia cu-

krzycy ciężarnych, a więc pacjentka powinna otrzymać w formie pisemnej zalecenia dietetyczne, z uwzględnieniem ilości, jakości i czasu spożywanych posiłków, rady dotyczące wysiłku fizycznego, szczegółowe instrukcje dotyczące podawania insuliny, miejsca oraz czasu wstrzyknięć;

- indywidualne określenie docelowych wartości dobrej kontroli cukrzycy, a więc jaka powinna być pożądana wartość stężenia glukozy we krwi, wartość ciśnienia we krwi i przyrost masy ciała podczas ciąży;
- wdrożyć metody intensywnego leczenia cukrzycy i innych chorób współwystępujących;
- zapewnić stałą edukację terapeutyczną kobiecie i jego najbliższemu. Edukacja może odbywać się indywidualnie albo też grupowo. Kobieta w ciąży może też szkolić się wraz ze swym partnerem lub osobami, które są jej najbliższe [7].

Dobre wyniki leczenia u kobiet w ciąży chorych na cukrzycę można uzyskać tylko w ośrodkach, które zatrudniają personel posiadający odpowiednie kwalifikacje.

U kobiet, które chorują na cukrzycę należy wprowadzić:

- poradnictwo przed zajściem w ciążę; zrozumienie potrzeby bardzo ścisłego wyrównania glikemii przed zajściem w ciążę; konieczność przyjmowania kwasu foliowego oraz zaangażowanie niezbędne do utrzymania dobrego wyrównania cukrzycy;
- ściśle wyrównanie glikemii podczas ciąży;
- leczenie powikłań cukrzycy w czasie ciąży;
- postępowanie położnicze oraz kontrola podczas porodu;
- wyrównanie glikemii podczas porodu;
- poradnictwo dotyczące postępowania z noworodkiem;

W cukrzycy ciążyowej:

- początkowo leczenie dietą;
- przy glikemii na czczo 108–126 mg% (6–7 mmol/l) wprowadzenie insuliny;
- po porodzie po 6 tygodniach należy powtórzyć doustny test tolerancji glukozy;
- u większości kobiet glikemia powraca do normy, jednak istnieje 50% ryzyko zachorowania na cukrzycę w późniejszych latach życia, a czasem nawet w ciągu najbliższego roku.

W spotkaniach z pacjentką ze względu na występujące problemy należy zaplanować i omówić następujące tematy:

- hipoglikemia – rozpoznanie, zapobieganie, leczenie;
- samokontrola, w tym nauka pomiaru oznaczania stężenia glukozy we krwi, ciał ketonowych w moczu, podaży insuliny, miejsca wkłucia;
- dieta kobiety ciężarnej z cukrzycą;
- ćwiczenia fizyczne jako alternatywa dla obaw pacjentki przed nadmiernym przytęciem.

Zespół edukacyjny poradni diabetologicznej musi ustalić plan edukacji przyszłej matki. Celem programów edukacyjnych jest:

- przedstawienie choroby i jej powikłań;
- przedstawienie możliwości leczenia;
- wyjaśnienie i zrozumienie zasad stosowania zaleceń dietetycznych;
- zaopatrzenie pacjentki w odpowiednią literaturę.

Samoobserwacja i samoopieka kobiety ciężarnej chorej na cukrzycę służy uzyskiwaniu lepszych wyników leczenia, zapobiega powikłaniom cukrzycy, poprawia jakość życia. Pacjentka pełni rolę aktywnego partnera we wszystkim, co dotyczy zapobiegania i leczenia jej choroby.

Podsumowanie i wnioski

Cukrzyca ciążowa jest poważnym problemem zdrowotnym zarówno dla kobiety, jak i jej dziecka. Może powodować wiele niekorzystnych następstw dla zdrowia i życia matki i płodu. Można jednak stwierdzić, że cukrzyca dobrze leczona nie przeszkadza w osiągnięciu dobrej jakości życia, sukcesów i urodzeniu w pełni zdrowego dziecka.

Intensyfikacja leczenia cukrzycy, planowość opieki zespołu diabetologicznego są skutecznym sposobem prowadzącym do znacznego obniżenia powikłań cukrzycy, zwłaszcza wynikających z uszkodzenia przez źle kontrolowaną cukrzycę naczyń siatkówki, nerek, serca, kończyn dolnych, mózgu oraz układu nerwowego.

Samokontrola i samoobserwacja jest równorzędnym i integralnym składnikiem procesu leczniczego. Dzięki umiejętnemu, codziennemu wysiłkowi można tę chorobę opanować i podporządkować kontroli leczniczej. Wyedukowana pacjentka umiejętnie reaguje w niesprzyjających okolicznościach życiowych, wie jak poradzić sobie z hipo- i hiperglikemią, umie badać poziom glukozy we krwi i moczu, potrafi unikać zachowań, które szkodzą jej i dziecku.

W czasie pierwszego spotkania z pacjentką należy ocenić jej poziom wiedzy na temat cukrzycy, jej umiejętności w zakresie samokontroli, a także motywacji. Pozwala to sporządzić listę błędów i ułożyć taki plan edukacji, który w pierwszej kolejności porusza zagadnienia najistotniejsze i najważniejsze dla pacjentki.

Piśmiennictwo

1. Cyranowicz B., Sobczak M., Ksyciński W.: Noworodki przedwcześnie urodzone matek chorych na cukrzycę w materiale Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. [w:] Materiały I Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. [red.:] Słomko Z., Bręborowicz G., Gądzinowski J., PAN, Poznań 1995, 163–165.
2. Łozińska D., Radomska I.: Fetopatia cukrzycowa. [w:] *Pediatrics T. 1.* [red.:] Górnicki B., Dębiec B., Baszczyński J., PZWL, Warszawa 1995, 523–526.

3. Mironiuk M., Kietlińska Z.: Wpływ cukrzycy matki na częstość występowania i rodzaj patologii płodu i noworodka. *Klinika Pediatryczna*, 1997, 5, 149–154.
4. Kinałski M, Kuźmicki M, Śledziewski A.: Patomechanizm insulinooporności u kobiet ciężarnych. Patofizjologia i następstwa kliniczne insulinooporności.: [red.:] Kinałska I. WIG-Press, Warszawa, 2004, 202.
5. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne: Cukrzyca u kobiet w ciąży – wytyczne postępowania. *Diabetologia doświadczalna i kliniczna*, 2004, 4, 34.
6. Ciechaniewicz W.: Działania pedagogiczne w pracy pielęgniarki [w:] Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Podręcznik dla szkół medycznych, Zahradniczek K. [red.:], Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1999, 189–192.
7. Tatoń J., Przyjacielski poradnik domowej samoopieki i samokontroli cukrzycy, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 214.

Ewa Pentkowska¹

Wiedza pracowników służby zdrowia dotycząca ryzyka transmisji HIV z matki na dziecko

Wstęp

Przyjście na świat nowego członka w rodzinie jest wielką radością i wyczekiwaną chwilą w życiu przyszłej matki. Zdrowie dziecka zależy w dużym stopniu od stanu zdrowia kobiety zarówno przed, jak i w czasie ciąży.

Wiele chorób przenoszonych jest drogą płciową, w następstwie kontaktów heteroseksualnych. Według Światowej Organizacji Zdrowia w 80% dotyczy to zakażeń wirusem HIV (ludzki wirus upośledzenia odporności, ang. *human immunodeficiency virus*). Wirus przenosi się także poprzez krew, np. przy transfuzji bądź transplantacji narządów oraz z zakażonej matki na jej dziecko (tzw. transmisja wertykalna).

Zakażenie HIV łatwiej przenosi się w kontaktach seksualnych z mężczyzny na kobietę niż z kobiety na mężczyznę. Uwarunkowane jest to większą ilością wirusa w spermie, budową anatomiczną narządów płciowych, znacznie dłuższym kontaktem z wydzieliną zakaźną i większą powierzchnią wrażliwej na zakażenie błony śluzowej u kobiety niż u mężczyzny [2, 7].

Obecnie szacuje się, że na świecie żyje 39,5 mln osób zakażonych wirusem HIV, z czego 17,7% stanowią kobiety, a liczba zakażeń wśród nich szybko rośnie. Liczba zakażeń HIV u kobiet zwiększa się także w Polsce. W Polsce od początku epidemii do 31 marca 2007 r. zakażenie HIV rozpoznano u 10 736 osób, w ciągu pierwszych 3 miesięcy tego roku rozpoznano je już u 3 dzieci zakażonych HIV matek (według danych Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie) [5].

Na świecie co roku liczba zakażonych drogą wertykalną dzieci wzrasta o 600 tysięcy. Do około 20% zakażeń dochodzi podczas ciąży, 75% przy porodzie i ok. 5% po urodzeniu dziecka [3].

W roku 1994 wykazano, iż zastosowanie jednego tylko leku antyretrowirusowego – zydowudyny (AZT, ZDV, Retrovir) dożylnie podczas ciąży, porodu

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Akademia Medyczna w Białymstoku

i doustnie przez 6 tygodni życia noworodka zmniejsza ryzyko przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko o ponad 70% [2]. W roku 1999 potwierdzono, iż elektywne cesarskie cięcie, wykonane przed rozpoczęciem akcji porodowej i pęknięciem błon płodowych, zmniejsza prawdopodobieństwo przeniesienia HIV na dziecko o 50% w porównaniu do porodu naturalnego.

Połączenie przyjmowania AZT w trakcie ciąży, porodu i podaniu leku noworodkowi ryzyko z elektywnym cesarskim cięciem powoduje, iż szansa na urodzenie niezakażonego HIV dziecka zwiększa się do ponad 98% [1, 2].

Zakażenie HIV może przebiegać bez żadnych objawów klinicznych przez 10–12 lat, co w połączeniu z niską wiedzą dotyczącą dróg zakażenia powoduje, iż w kraju takim, jak Polska 3–4 razy więcej osób nie jest świadomych swojego zakażenia, niż osób znających swój status serologiczny. Wiele kobiet nabywa zakażenie HIV od swojego pierwszego i jedyne go partnera seksualnego.

Wykrycie zakażenia u kobiety pozwala na zapobieżenie zakażeniu HIV jej dziecka, pozwala także na przedłużenie życia samej matki. Rozpoczęcie we właściwym momencie terapii antyretrowirusowej przedłuża życie młodych osób o ponad 30 lat, daje więc szansę na wychowanie dziecka. Jednak by osiągnąć taki sukces istotą jest świadomość zakażonej HIV kobiety.

Dlatego tak istotne jest wykonywanie testów na obecność wirusa HIV wśród kobiet ciężarnych, które mogą być nieświadome zakażenia.

Celem mojej pracy była weryfikacja poziomu wiedzy na temat ryzyka transmisji HIV z matki na dziecko wśród ginekologów i położnych w Białymstoku

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w grupie w której uczestniczyły 32 osoby, w tym 20 kobiet i 12 mężczyzn, wśród których było 17 lekarzy ginekologów i 15 pielęgniarek położnych.

Moim narzędziem badawczym, którym się posłużyłam w celu określenia poziomu wiedzy wśród pracowników służby zdrowia był sondaż diagnostyczny. Każda z tych osób wypełniła anonimowy kwestionariusz ankiety, w którym zawartych zostało 11 pytań sprawdzających wiedzę dotyczący HIV/AIDS.

Wyniki i omówienie

Zdaniem 20,0% położnych i 58,0% ginekologów zakażenia HIV/AIDS nie stanowią problemu w województwie podlaskim.

Jednym z głównych warunków, by dziecko urodzone przez kobietę zakażoną HIV było zdrowe, jest jej świadomość zakażenia. Zgodziło się z tym 73,3% położnych i 76,5% ginekologów.

Świadomość zakażenia pozwala kobiecie na opiekę podczas ciąży także specjalisty zajmującego się terapią zakażeń HIV, co wpływa korzystnie na przebieg

ciąży kobiety i stan zdrowia jej dziecka. Dzięki swojej świadomości, kobieta może także uchronić swoich partnerów seksualnych przed zakażeniem [7].

Szansa na to, by dziecko kobiety świadomej swego zakażenia było zdrowe wynosi ponad 98%. Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, iż wie o tym tylko 25,0% położnych i 11,9% ginekologów.

Odpowiednio poprowadzona ciąża praktycznie zapobiega przeniesieniu się wirusa HIV z matki na dziecko. Od roku 1996 nie zaobserwowano w Polsce zakażeń HIV u dzieci, których matki były leczone przynajmniej jednym lekiem antyretrowirusowym podczas ciąży. Odwrotna sytuacja jest wówczas, gdy kobieta nie wie o swoim zakażeniu. Ryzyko przeniesienia zakażenia na dziecko kobiety nieświadomej swojego zakażenia wynosi w Polsce 40%, jednakże wiedziała o tym niewielka liczba ankietowanych: 13,2% położnych i 23,5% ginekologów.

Noworodek rodzi się z wszystkimi przeciwciałami, jakie znajdują się w organizmie jego matki, a jeśli jest zakażona HIV, także z przeciwciałami anti-HIV. Oznaczenie przeciwciał anti-HIV u dziecka krótko po porodzie nie daje miarodajnych wyników i nie świadczy o jego zakażeniu.

Potwierdzić lub wykluczyć zakażenie na podstawie obecności przeciwciał anti-HIV możliwe jest dopiero po 18 miesiącach od urodzenia dziecka. Taką wiedzę wykazało się zaledwie 20,0% położnych i 29,4% ginekologów.

Drugą istotną sprawą, która jest niezbędna dla urodzenia zdrowego dziecka jest terapia farmakologiczna. Na pytanie „czy zakażona HIV kobieta leczona w czasie ciąży lekami antyretrowirusowymi powinna je odstawić” większość ankietowanych odpowiedziała „nie” lub „nie wiem” (73,3% położnych i 70,6% ginekologów). Ważne jest, by leczenie to nie było przerywane w czasie ciąży, gdyż odstawienie leków powoduje gwałtowny wzrost poziomu wirerii i zwiększa ryzyko zakażenia dziecka w życiu płodowym, chyba że niebezpieczeństwo wystąpienia działań ubocznych będzie dużo większe, niż prawdopodobieństwo uzyskania korzyści [2].

Istotnym dla urodzenia zdrowego dziecka jest także sposób rozwiązania ciąży. Elektywne cesarskie cięcie, przed rozpoczęciem akcji porodowej i pęknięciem błon płodowych, zmniejsza ryzyko przeniesienia się wirusa HIV na dziecko. Z tym poglądem zgadza się 80,0% położnych i 82,4% ginekologów.

Po urodzeniu dziecka należy odstąpić od karmienia piersią, gdyż jest to kolejna droga, która prowadzić może do zakażenia. Zgadza się z tym 66,8% położnych i 93,8% ginekologów. Karmienie piersią do 6 miesiąca zwiększa ryzyko zakażenia o 1% na każdy miesiąc, przedłużenie karmienia powoduje, iż ryzyko wzrasta aż o 50% [1, 2].

Ryzyko zakażenia się wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych pracowników służby zdrowia jest niskie. W następstwie ekspozycji przezskórnej wynosi 0,3%, o czym wiedziało 40,0% położnych i 70,7% ginekologów.

Jednak w środowisku położnych znaczna część ankietowanych twierdzi, iż ryzyko zakażenia się HIV wśród personelu medycznego jest duże: 26,8% respondentów twierdzi, że wynosi ono 57%, a tyle samo uważa, że aż 77%, co jednoznacznie wskazuje na brak wiedzy w tej dziedzinie.

Brak poczucia bezpieczeństwa personelu medycznego tłumaczy istniejącą obawę przed zakażonymi kobietami. 43,0% położnych i 29,4% ginekologów nie podjęłoby się poprowadzenia ciąży kobiety zakażonej wirusem HIV. Podjęłoby się tego tylko 57,0% położnych i 70,6% ginekologów.

Analiza wyników ankiety dotyczącej problemu HIV/AIDS, przeprowadzonej w gabinetach ginekologicznych w województwie podlaskim wykazała, iż wiedza o zakażeniu HIV kobiet w ciąży ankietowanych pracowników służby zdrowia na tym terenie jest niewystarczająca.

Niezbędne jest przeszkolenie osób, które mają udzielać pomocy chorym i zakażonym kobietom, by nadać pacjentkom poczucie bezpieczeństwa i otoczyć profesjonalną opieką.

Personel medyczny podczas wizyt pacjentek powinien zakładać, że kobiety prowadzące życie seksualne mogą być narażone na zakażenie wirusem HIV. Dla potwierdzenia bądź wykluczenia należy oferować każdej ciężarnej i planującej macierzyństwo kobiecie test w kierunku HIV.

W Polsce zakażenia wirusem HIV wykrywane są zdecydowanie za późno. Narodowy Fundusz Zdrowia stworzył profilaktyczny program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży. Celem programu jest upowszechnienie testów w kierunku zakażenia HIV, które w naszym kraju oferowane są tylko ok. 10% kobiet ciężarnych. Jednakże ginekolodzy i położne powinni wiedzieć, jakie korzyści wynikają z rozpoznania zakażenia HIV w jego bezobjawowym stadium, by proponować to badanie swoim pacjentkom.

Brak wiedzy specjalistów nie gwarantuje ciężarnym kobietom specjalistycznej opieki, która w tak ważnym dla nich okresie życia jest potrzebna. Świadczy to o braku profesjonalnego podejścia do pacjentek, jak i do problemu, który stanowią zakażenia HIV wśród kobiet. Konsekwencje niewiedzy są niebezpieczne i ogromne dla matek i ich dzieci, czego dowodem są nowe przypadki zakażonych wirusem HIV noworodków.

Wnioski

1. Wiedza położnych i ginekologów dotycząca HIV/AIDS jest zróżnicowana. Ginekolodzy wykazują większy poziom wiedzy i chęci współpracy z pacjentkami zakażonymi wirusem HIV niż położne.
2. Niezbędne jest szkolenie zespołu medycznego, który ma udzielać pomocy zakażonym kobietom w ciąży, jak i planującym macierzyństwo.
3. Należy upowszechnić badanie w kierunku HIV dla każdej ciężarnej i planującej ciążę kobiety podczas wizyty u lekarza.

Piśmiennictwo

1. Halota Waldemar, Juszczak Jacek: HIV/AIDS. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2006.
2. Konieczny G., Lipniacki A., Piasek A., Rogowska-Szadkowska D.: Wskazówki dla osób pracujących w Punktach Anonimowego Testowania. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2003.
3. Ankiersztejn-Bartczak: Ważne dla kobiet w ciąży. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Nr 9, 2005.
4. Marczyńska Magdalena: Wszyscy jesteśmy w grupie ryzyka. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Nr 11, 2005.
5. Epidemiologia: strona internetowa www.aids.gov.pl.
6. Rogowska-Szadkowska D.: Zakażenia HIV i AIDS. Biuletyn internetowy Krajowego Centrum ds. AIDS e-kontra Nr 44/2007.

Anna Malinowska¹, Maria Piotrowska-Depta²

Program Upowszechniania Karmienia Naturalnego realizowany w Poradni Zaburzeń Laktacji Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Żywnienie stanowi ważny czynnik środowiskowy wpływający na stan zdrowia i procesy rozwojowe dzieci w różnych okresach ontogenetycznych. Ze względu na dużą dynamiką procesów wzrastania i przemian metabolicznych, skutki nieprawidłowego żywienia są jednak najgroźniejsze w najwcześniejszym okresie życia, tj. noworodkowo-niemowlęcym [1, 2, 3].

Prawidłowe żywienie najmłodszego dziecka zapewnia mu pełną realizację wrodzonego potencjału genetycznego, pozwala programować procesy metaboliczne ustroju, zapewnia odpowiednią aktywność enzymów, hormonów i czynność układu immunologicznego [4, 5].

W ostatnich latach wiele wyników badań epidemiologiczno-klinicznych potwierdza związki między dietą stosowaną u małego dziecka a stanem zdrowia człowieka dorosłego. Wykazano, że racjonalna, właściwie dobrana i zbilansowana dieta niemowlęcia może być ważnym czynnikiem zapobiegającym rozwojowi wielu chorób cywilizacyjnych w późniejszych okresach życia, tj. choroby układu krążenia o podłożu miażdżycowym, choroby metaboliczne, otyłość, cukrzyca, osteoporoza, choroby nowotworowe i inne [4].

Pierwszym pokarmem, otrzymywanym przez noworodka jest najczęściej mleko matki. Jest to pokarm najlepiej przystosowany do potrzeb żywieniowych dziecka w pierwszym okresie życia, swoisty gatunkowo, zrównoważony zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym.

Z tego względu karmienie piersią uznaje się za bardzo istotny element zdrowia publicznego. Potwierdzają to nie tylko ustalenia wewnętrzne poszczególnych krajów, ale również zalecenia przyjęte przez Światową Organizację Zdrowia. Amerykańska Akademia Pediatrii w 1997 roku uznała dziecko karmione piersią jako wzorzec prawidłowego rozwoju i stanu zdrowia. Od 2001 roku WHO zaleca wyłącznie karmienie piersią przez pierwsze sześć miesięcy, a następnie kontynuowanie karmienia mlekiem matki do drugiego roku życia, a nawet dłużej,

¹ Klinika Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży AMB

² Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Zamenhofa w Białymstoku

przy zapewnieniu dziecku odpowiedniej diety uzupełniającej. Wyłączne karmienie piersią uznawane jest za „złoty standard” żywienia najmłodszych niemowląt, które to określenie stało się hasłem jednego ze Światowych Tygodni Promocji Karmienia Piersią w 2004 roku [6, 7, 8].

W Polsce znaczenie prawidłowego karmienia piersią zostało dostrzeżone stosunkowo wcześnie. Pierwsza Poradnia Laktacyjna powstała w 1987 roku z inicjatywy dr hab. Krystyny Mikiel-Kostyry w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. Liczba poradni laktacyjnych w Polsce stale wzrasta, aktualnie jest ich kilkadziesiąt, głównie w większych miastach. Powstał również projekt stworzenia zawodu konsultanta laktacyjnego [9]. Pierwsi specjaliści z tego zakresu zostali wykształceni w połowie lat osiemdziesiątych w USA. Po utworzeniu Międzynarodowej Rady Egzaminującej Konsultantów Laktacyjnych rozpoczęto przyznawanie certyfikatów Międzynarodowego Konsultanta Laktacyjnego IBCLC, który jest uznawany w większości krajów na całym świecie. Pierwszą polską konsultantką, która uzyskała certyfikat IBCLC w 1996 roku była lek. med. Magdalena Nehring-Gugulska. Polskie konsultantki utworzyły Radę Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych (RMKL), która w 2006 roku przystąpiła do Europejskiego Stowarzyszenia Konsultantów Laktacyjnych (VELB) [10, 11].

W chwili obecnej poradnictwo laktacyjne w Polsce jest wypadkową aktywności konsultantów laktacyjnych, zrozumienia dyrekcji szpitali i kwot przeznaczanych na funkcjonowanie Poradni Laktacyjnych. Na Podlasiu jedną z placówek dostrzegających potrzebę opieki laktacyjnej jest Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku – nowoczesny ośrodek diagnostyczno-leczniczy dla dzieci i młodzieży północno-wschodniego regionu Polski. Poradnia Zaburzeń Laktacji utworzona została w SP DSK w sierpniu 1992 r., w której pracowała mgr piel. Jadwiga Sokołowska. Od czerwca 2003 r. poradnictwem laktacyjnym zajmuje się mgr piel. Anna Malinowska, która w 2005 r. uzyskała tytuł Międzynarodowego Konsultanta Laktacyjnego. Poradnia Zaburzeń Laktacji działa w strukturach Kliniki Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży kierowanej przez prof. dr hab. n. med. Janinę Piotrowską-Jastrzębską, konsultacji lekarskich udziela dr n. med. Maria Piotrowska-Depta.

Od początku swego funkcjonowania SPDSK w Białymstoku podejmował szereg działań na rzecz promocji zdrowia populacji wieku rozwojowego. Za realizację programów prozdrowotnych, jako pierwszy w makroregionie, został włączony w październiku 1997 r. do Krajowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie, a w grudniu 1997 r. przyjęty do sieci europejskiej. Obecnie Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny realizuje 11 programów prozdrowotnych. Jednym z nich jest Program Upowszechniania Karmienia Piersią. Programem tym objęte są matki karmiące z makroregionu północno-wschodniej Polski i ich rodziny, personel służby zdrowia oraz kobiety karmiące piersią hospitalizowane wraz z dziećmi w klinikach SP DSK w Białymstoku. Głównym celem programu jest po-

moc we wszelkiego rodzaju zaburzeniach laktacji, usystematyzowana promocja naturalnego sposobu żywienia, monitorowanie praktyk sprzyjających karmieniu piersią w SP DSK w Białymstoku.

Cele programu

1. Promocja karmienia naturalnego w regionie północno-wschodnim.
2. Promocja karmienia piersią i prawidłowego żywienia dzieci hospitalizowanych w Klinikach i leczonych ambulatoryjnie w Poradniach SP DSK w Białymstoku.
3. Pomoc w zaspokajaniu psychospołecznych potrzeb kobiet karmiących.
4. Minimalizacja stresu związanego z inicjowaniem i kontynuowaniem karmienia naturalnego.
5. Edukacja zdrowotna kobiet karmiących piersią i ich rodzin.
6. Pomoc kobietom i innym członkom rodziny w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych.

Adresaci programu

1. Matki karmiące
2. Kobiety ciężarne
3. Personel służby zdrowia

Realizator programu

- mgr Anna Malinowska – Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny (IBCLC)
- dr n med. Maria Piotrowska-Depta

Metody realizacji programu

1. Poradnictwo bezpośrednie dla kobiet ciężarnych i karmiących piersią zgłaszających się do Poradni Zaburzeń Laktacji.
2. Poradnictwo telefoniczne.
3. Konsultacje niemowląt i dzieci karmionych piersią z zaburzeniami odżywiania hospitalizowanych w Klinikach SP DSK.
4. Utworzenie funkcji *łącznika laktacyjnego* wspomagającego działalność konsultanta laktacyjnego.
5. Współpraca z Komitetem Upowszechniania Karmienia Piersią (KUKP).
6. Uczestnictwo Poradni Zaburzeń Laktacji SP DSK w Białymstoku w programie wspierającym karmienie piersią stworzonym przez firmę MEDELA.
7. Prowadzenie szkoleń merytorycznych w Poradni Zaburzeń Laktacji dla przyszłych konsultantów laktacyjnych we współpracy z KUKP.
8. Edukacja personelu medycznego z zakresu fizjologii i zaburzeń laktacji w ramach szkoleń wewnątrzoddziałowych.
9. Prowadzenie w Poradni Zaburzeń Laktacji praktycznych zajęć ze studentami III roku Wydziału Lekarskiego AMB w zakresie karmienia naturalnego.

10. Przeciwdziałanie niekorzystnej aktywności marketingowej firm sprzedających mieszanki mleczne i akcesoria służące sztuczemu żywieniu niemowląt.
11. Współpraca w zakresie promocji karmienia piersią ze szkołami rodzenia oraz szpitalami położniczymi na terenie miasta Białegostoku.
12. Współpraca z pediatrami pracującymi w klinikach, poradniach specjalistycznych i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Białegostoku.
13. Współpraca z lekarzami specjalistami z dziedziny ginekologii, endokrynologii i chirurgii.
14. Współpraca z lekarzami medycyny rodzinnej oraz położnymi środowiskowymi.
15. Udostępnienie adresu Poradni Zaburzeń Laktacji dla stron internetowych wspierających karmienie piersią, www.laktacja.pl i www.mlekomatki.pl.
16. Ścisła współpraca z Radą Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych.
17. Opracowanie standardu postępowania z dzieckiem karmionym piersią w szpitalu pediatrycznym.

Ad. 1/2 Poradnictwo bezpośrednie i telefoniczne dla kobiet zgłaszających się do Poradni Zaburzeń Laktacji

Większość matek jest świadoma, że karmienie piersią jest najlepszym sposobem żywienia małego dziecka. Stwierdzono jednak, że sama świadomość korzyści wypływających z karmienia naturalnego nie wystarcza, aby kobieta efektywnie karmiła piersią pełne sześć miesięcy, a następnie kontynuowała karmienie do drugiego roku życia przy stopniowym właściwym rozszerzaniu diety [12].

Istnieje ścisły związek między przygotowaniem przyszłej matki do karmienia piersią podczas ciąży, a nawet przed nią, postępowaniem w trakcie i po porodzie a powodzeniem laktacji [11, 13].

Dostarczanie matkom karmiącym wiedzy teoretycznej i praktycznej pomaga w rozwiązywaniu różnorodnych problemów laktacyjnych.

Z dotychczasowych doświadczeń pracy Poradni Zaburzeń Laktacji w SP DSK w Białymstoku wynika, że znajomość zagadnień dotyczących zaburzeń laktacji jest podstawowym elementem skutecznego i długiego karmienia piersią. Jednak nawet najbardziej wyedukowana matka, znająca korzyści wynikające z karmienia naturalnego, a nie znająca techniki karmienia piersią oraz szczegółowych zasad postępowania w razie wystąpienia problemów laktacyjnych, może karmienie zakończyć przedwcześnie. Wszystkie matki opuszczające oddział położniczy, mające jakiegokolwiek problemy z karmieniem piersią, powinny być kierowane pod szczególną opiekę położnych środowiskowych lub do Poradni Zaburzeń Laktacji.

Specyfika Poradni Zaburzeń Laktacji

Poradnia Zaburzeń Laktacji realizuje specjalistyczne poradnictwo skierowane do kobiet ciężarnych i matek karmiących w zakresie problemów związanych z karmieniem piersią. Każdorazowa wizyta zawiera w sobie elementy promujące karmienie naturalne oraz szkoleniowe nie tylko dla matki, ale także ojca dziecka [14].

Wiele kobiet karmiących piersią pragnie uzyskać poradę **drogą telefoniczną**. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że tylko niewielki procent tych porad to porady skuteczne. Porada telefoniczna może dotyczyć jedynie;

- Ogólnych zasad sposobu karmienia
- Diety kobiety karmiącej
- Przechowywania odciągniętego pokarmu
- Możliwości utrzymania karmienia piersią po podjęciu pracy zawodowej
- Informacji na temat przyjmowania leków w okresie laktacji

Czasochłonność porady laktacyjnej

Pierwsza wizyta w Poradni Zaburzeń Laktacji trwa średnio 1,5 godziny, a wizyty kontrolne ok. 1 godziny, których powinno być minimum dwie. Jest to niezbędne w celu oceny realizacji wcześniejszych zaleceń [14].

Podczas wizyty matka karmiąca niejednokrotnie musi nabyć dodatkowe umiejętności w takich zakresach, jak:

- Technika przystawiania do piersi (kilkakrotne prawidłowe przystawienie dziecka przez matkę, bez udziału konsultanta)
- Ręczne odciąganie pokarmu (często procedury tej należy nauczyć osobę towarzyszącą kobiecie karmiącej)
- Odciąganie pokarmu przy użyciu laktatora (elektrycznego lub ręcznego)
- Obsługa i dezynfekcja laktatora
- Czynności pielęgnacyjne dotyczące np. uszkodzonych brodawek sutkowych
- Czynności pielęgnacyjne dotyczące dziecka itp.
- Szczegółowe przekazanie zaleceń w formie pisemnej

Podstawowe zasady i elementy porady laktacyjnej

- Do poradni matka zgłasza się z dzieckiem po 2–3 godzinnej przerwie w karmieniu celem obserwacji sposobu (techniki) karmienia, z tego względu wizytę należy rozpocząć punktualnie o ustalonej telefonicznie godzinie.
- Zebranie wywiadu zgodnie z dokumentacją poradni
- Uwzględnienie informacji zawartych w książeczce zdrowia dziecka, a szczególnie: punktację w skali wg Agar, stan noworodka po urodzeniu, postępowanie z matką i dzieckiem podczas pobytu na oddziale położniczym.
- Pomiar aktualnej masy ciała dziecka w celu oceny dobowych, tygodniowych lub miesięcznych przyrostów masy ciała dziecka.

- Badanie gruczołów piersiowych matki karmiącej
 1. Uzyskanie ustnej zgody kobiety na przeprowadzenie badania
 2. Wykonanie badania przy zachowaniu warunków intymności
- Ocena stanu ogólnego i obserwacja zachowania dziecka. Konsultacja pediatryczna w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości.
- Badanie mechanizmu ssania. Badanie pozwala wnioskować pośrednio o skuteczności ssania piersi przez dziecko, ocenia akceptowaną przez dziecko głębokość penetracji palca, ułożenie, ruchomość języka, obecność fali perystaltycznej na języku, występowanie ruchów gryzących oraz ułożenie warg.
- Obserwacja i ocena sposobu karmienia
- Ustalenie rozpoznania
- Przekazanie zaleceń konsultanta i pediatry w formie ustnej i pisemnej
- W razie poważnych zaburzeń laktacyjnych codzienny kontakt z poradnią

Ad. 3/4 Konsultacje laktacyjne w klinikach SP DSK

Utworzenie funkcji łącznika laktacyjnego wspomagającego działalność konsultanta laktacyjnego

SP Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku respektuje prawo matki do opieki nad dzieckiem i karmienia piersią podczas hospitalizacji. Zarówno dla personelu szpitala, jak i rodziców dzieci przebywających na leczeniu dostępna jest Europejska Karta Praw Dziecka.

- Prawo do nieoddzielania dziecka od rodziców wbrew ich woli
- Prawo do właściwego żywienia w tym do karmienia mlekiem matki

Program upowszechniania karmienia piersią realizowany na terenie Klinik SP Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

- Zgłoszenie potrzeby konsultacji laktacyjnych w oddziałach klinicznych zarówno przez lekarzy, jak i pielęgniarki, które zaobserwowały problem laktacyjny
- Konsultacje laktacyjne odbywają się w obecności matki, przy łóżku pacjenta
Matka karmiąca:
 - pozostaje pod opieką konsultanta laktacyjnego do dnia wypisu, otrzymuje też zalecenie kontaktowania się z poradnią po opuszczeniu szpitala
 - ma możliwość bezpłatnego użytkowania profesjonalnych laktatorów elektrycznych firmy Medela na terenie SP DSK
 - ma prawo do nieodpłatnego korzystania z miejsca hotelowego na terenie SP DSK (do 6 m-ca życia dziecka)
- Łatwiejszy kontakt z konsultantem laktacyjnym poprzez łącznika laktacyjnego (pielęgniarki z poszczególnych Klinik najbardziej zaangażowane w pomoc matkom karmiącym)

- Nadzorowanie przez łącznika laktacyjnego wykonywania przez matkę dziecka zaleceń konsultanta

Ad. 5/6 Współpraca z Komitetem Upowszechniania Karmienia Piersią

- Uczestnictwo w kursach i szkoleniach organizowanych przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią
- Umożliwienie uczestnikom kursów organizowanych przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią odbywania indywidualnego szkolenia praktycznego na terenie Poradni Laktacyjnej

Podsumowanie

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią od wielu lat prowadzi ogólnopolską akcję „Ratujmy Poradnie Laktacyjne”. W Polsce jednak do chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia nie uznały poradnictwa laktacyjnego za skuteczny sposób promowania karmienia naturalnego (brak refundacji porad laktacyjnych). Decyzje te są odmienne niż w większości krajów Unii Europejskiej, gdzie każda matka ma zapewnioną profesjonalną opiekę laktacyjną w ramach podstawowej składki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Szotowa W., Wachnik Z., Weker H.: Żywność dzieci zdrowych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
2. Socha J. i wsp.: Żywność dzieci zdrowych i chorych (red.) Socha J., Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.
3. Piotrowska-Jastrzębska J.: Nowe kierunki w żywieniu dzieci zdrowych. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Chorym na Astmę i Alergię, Rabka 1996.
4. Mikiel-Kostyra K.: Karmienie piersią jako element cyklu rozrodczego kobiety. *Gin. Pol.* 2000, 71, 7, 641–647.
5. Mojska H.: Sprawozdanie z IX Konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją pt. Krótko i długoterminowy wpływ karmienia piersią na zdrowie dziecka. 2–6 X 1999 Kloster Irsee Niemcy. *Żywność, Żywnienie, Prawo a Zdrowie* 2000, 2, 198–202.
6. Nehring-Gugulska M.: Aktualne zalecenia WHO dotyczące karmienia piersią. *Ped. Pol.*, 2006, 81, 710–715.
7. Nehring-Gugulska M.: Jak długo karmić. Warto karmić piersią. Optima, Warszawa 2004, 97–98.
8. Mikiel-Kostyra K.: Karmienie piersią – złoty standard. *Biuletyn KUKP*, 2004, 1.
9. Urmańska W.: Podstawy komunikacji w poradnictwie laktacyjnym. Materiały edukacyjne dla uczestnika szkolenia pt. problemy w laktacji. *KUKP*, Warszawa 2005, 83–86.

10. Karmienie piersią. Podręcznik. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M. (red.), KUKP, Warszawa 2006, 113–118.
11. Szyber B.: Sens wspierania kobiet karmiących. Materiały konferencyjne. Poradnia laktacyjna – dziś i jutro. Konstancin Jeziorna 13–14 maj 2005. KUKP Warszawa 2005.
12. Mikiel-Kostyra K.: Karmienie piersią i mlekiem kobiecym – aspekty techniczne. *Med. Prakt. Pediatr.*, 2005, 37, 87–93.
13. Urmańska W.: Konsultant laktacyjny – nowy zawód? *Biuletyn KUKP*, 2004, 4.
14. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Standard wizyty w poradni laktacyjnej. *Standardy Medyczne*, 2005, 2, 1799–1806.

Barbara Golonko¹, Iwona Radziejewska²

Niedotlenienie okołoporodowe jako przyczyna zgonów i wielonarządowych uszkodzeń płodów i noworodków

Zamartwicę okołoporodową – definiujemy jako zmniejszony dopływ tlenu do płodu w okresie przed, w czasie i po porodzie, który powoduje zwolnienie czynności serca płodu lub noworodka [1]. Osłabia to wymianę gazową tlenu i dwutlenku węgla, stając się przyczyną niewłaściwej perfuzji tkanek i dużych narządów.

Jako synonim niedotlenienia okołoporodowego, szeroko stosowany jest termin zamartwica (*asfiksjja*) [2].

Epidemiologia

Zamartwica występuje z częstością od 0,5–2,0% wszystkich porodów, z czego 10–20% umiera, a 25% pozostałych przy życiu rozwija ciężkie zaburzenia w stanie neurologicznym [3].

Około 70–80% przypadków niedotlenienia mózgu u dzieci występuje w trakcie trwania ciąży, zaś w okresie porodu 10–20%.

Śmiertelność noworodków po przebytej zamartwicy waha się w granicach 11–22%.

Poważne następstwa neurologiczne obserwuje się u 20–30% dzieci, które przeżyły (u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w 42% przyczynę stanowi zamartwica).

Według WHO liczba zgonów noworodków z powodu zamartwicy w latach 1991–2001 wynosiła:

- w 1991 – 800 000,
- w 1996 – 770 000,
- w 2001 – 1 660 000.

Częstość występowania zamartwicy:

- w USA określana jest na 2–9/1000 porodów,
- w Wielkiej Brytanii 5–6/1000 porodów [4].

¹ Podlaskie Centrum Zdrowia Medycznego w Białymstoku

² Zakład Chemii Medycznej AM w Białymstoku

Przy ciążach donoszonych 3–4 noworodki/na 100 rodzi się z cechami niedotlenienia, w ciążach nie donoszonych 90 noworodków/na 100 ma cechy niedotlenienia [5]. Śmiertelność i późne następstwa są częstsze u dzieci urodzonych przedwcześnie. Ryzyko śmierci noworodków donoszonych z punktacją w skali Apgar od 0–3:

- w 1 minucie wynosi 18%,
- w 15 minucie wynosi 48%,
- w 20 minucie – 59% [6].

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka, mogące wpłynąć na stan płodu i noworodka oraz spowodować występowanie niewydolności układu oddechowego, powinny być zidentyfikowane przed ukończeniem ciąży [7].

Zaburzenia łączące się z zamartwicą okołoporodową występują:

- w okresie przedporodowym
- w okresie śródporodowym
- w okresie pourodzeniowym [8].

Niedotlenienie okołoporodowe może przebiegać w sposób ostry, podostry lub przewlekły. Ostra zamartwica wiąże się najczęściej z:

- odklejeniem łożyska,
- pęknięciem macicy,
- zespołem żyły głównej dolnej,
- nieprawidłowym porodem.

Przewlekłe niedotlenienie płodu może występować w ciąży powikłanej m.in.:

- hipotrofią wewnątrzmaciczną,
- cukrzycą,
- ciężką gestozą,
- ciężkim konfliktem serologicznym,
- chorobami sercowo-naczyniowymi,
- innymi chorobami układowymi matki [9].

Do przewlekłego niedotlenienia predysponowane są również płody z ciąży wielopłodowej.

Objawy u noworodka

Noworodek, który przebył niedotlenienie wewnątrzmaciczne lub związane z samym porodem zwykle:

- **uzyskuje niską punktację w skali Apgar.**

Chociaż skala Apgar nie jest idealną oceną zamartwicy okołoporodowej, gdyż nie koreluje dobrze ze śródporodowymi czynnikami asfiksji, to jest jeszcze szeroko stosowana do dzisiaj jako jedyna standaryzowana dostępna metoda oceny [10]. Ocena jest prowadzona po 1 minucie i ponownie po 5 minutach od

momentu urodzenia. Jednakże ocena noworodka powinna się rozpocząć natychmiast po urodzeniu. Jeśli noworodek wymaga interwencji na podstawie oceny oddychania, częstości czynności serca czy koloru skóry, powinna być ona podjęta bezzwłocznie. Taka interwencja nie powinna być odwlekana do końca pierwszej minuty, kiedy można ocenić punktację wg skali Apgar. Ta zwłoka w czasie może mieć krytyczne znaczenie, szczególnie u noworodka z głęboko obniżoną żywotnością.

Pomimo, iż skala Apgar nie jest przydatna przy podejmowaniu decyzji na początku resuscytacji, może być jednak pomocna do oceny stanu noworodka i skuteczności zabiegów resuscytacyjnych [11].

Jeżeli punktacja w 5 minucie jest mniejsza niż 7, dodatkowe punktacje powinny być wykonane co 5 do 20 minuty lub aż do czasu, gdy dwie następujące po sobie punktacje wynoszą 8 lub więcej punktów [11].

Ocena zamartwicy wg skali Apgar:

1. *zamartwica łagodna do umiarkowanej* (zamartwica sina) – punktacja w skali Apgar 4–7 po 1 minucie
2. *zamartwica ciężka* (zamartwica biała) – punktacja w skali Apgar 0–3 po 1 i 5 minucie (HR < 100 lub obniża się, brak oddechu lub ogólna bledność) to wskazanie do natychmiastowej intubacji i resuscytacji [12].

– konieczność podjęcia resuscytacji oddechowej

Czas, jaki jest niezbędny, przy prawidłowo prowadzonej resuscytacji, do uzyskania zadawalającej oceny w skali Apgar pośrednio świadczy o nasileniu hipoksji i może być czynnikiem rokowniczym co do niekorzystnych następstw tego stanu [12].

– kwasica (pH < 7,1) stwierdzona w ciągu pierwszej godziny po porodzie

Jeśli pH wynosi 7,1–7,2 mówimy o asfiksji umiarkowanej, jeśli jest poniżej 7,1 o asfiksji ciężkiej. Stwierdzenie pH poniżej 7,0 ma istotne znaczenie w rokowaniu co do następstw neurologicznych [12].

Następstwa i powikłania niedotlenienia okołoporodowego

U około 70–80% noworodków po przebytych ciężkim niedotlenieniu występuje zespół wielonarządowych zmian. Nie zostało dotychczas wyjaśnione, dlaczego u niektórych noworodków uszkodzenia dotyczą wielu narządów i układów, a u innych jednego lub dwóch [13].

W patomechanizmie uszkodzeń narządów dużą rolę odgrywa:

- stopień dojrzałości narządów, intensywność biochemicznych przemian w okresie uszkodzenia,
- czas trwania i nasilenie niedotlenienia.

Najczęstszym klinicznym zespołem u donoszonego noworodka jest uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, u wcześniaka niewydolność oddecho-

wo-krażeniowa. Uszkodzenie i zaburzenia czynności wątroby stwierdza się u noworodków urodzonych w 33–36 tyg. życia płodowego. Uszkodzenie i objawy niewydolności nadnerczy są związane z ostrym niedotlenieniem i wstrząsem okołoporodowym.

Niedotlenienie okołoporodowe może prowadzić do:

- uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (30%)

Wczesne: krwawienia wewnątrzczaszkowe, obrzęk mózgu, encefalopatia, drgawki.

Do najczęstszych **wczesnych** objawów neurologicznych przebytej zamartwicy jest **encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienne** (ENN). To zespół klinicznych zaburzeń neurologicznych manifestujący się

- trudnościami w oddychaniu,
- obniżonym napięciem mięśniowym,
- osłabionymi odruchami noworodkowymi,
- trudnościami w karmieniu,
- zaburzeniami świadomości i drgawkami [4].

Encefalopatia noworodkowa występuje u 3,5–6/1000 żywych porodów, zwykle u dzieci urodzonych o czasie.

Pojawia się u noworodków z zamartwicą ciężką (0–3 pkt w skali Apgar przez ponad 5 minut) [1]. Może przebiegać pod postacią:

1. **łagodną** (stadium I)

- czas trwania do 24 godzin,
- nadmierna czujność,
- nasilony odruch Moro,
- nadmierna aktywność współczulna (tachykardia),
- napięcie mięśni prawidłowe,
- prawidłowe EEG.

2. **umiarkowaną** (stadium II) – 25%

- stłumienie odruchów pierwotnych, brak odruchu Moro,
- przymglenie świadomości,
- przewaga układu parasympatycznego (bradykardia),
- obniżone napięcie mięśniowe,
- słabe ssanie,
- ograniczenie ruchów spontanicznych.

3. **ciężką** (stadium III) – 92%

Przebiega ze śpiączką noworodka. Napięcie mięśniowe jest przeważnie skrajnie obniżone. Nieobecne są odruchy pierwotne (brak odruchu ssania). Utrzymywanie się głębokiej śpiączki powyżej 72 godzin często poprzedza śmierć mózgu.

W cięższych postaciach encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej występują zaburzenia oddychania. Obserwowany jest oddech periodyczny w pierwszych 12 godzinach życia. Później mogą pojawić się bezdechy, a także zatrzymanie oddechu. W ciągu pierwszego, dwóch, trzech dni stan noworodka zazwyczaj się pogarsza w miarę nasilania się obrzęku mózgu [13]. Ciężka encefalopatia wiąże się ze znaczną śmiertelnością noworodków, a w przypadku ich przeżycia, z nieprawidłowym rozwojem [14].

Późne: mózgowe porażenie dziecięce (17–20%), padaczka, opóźniony rozwój psychoruchowy, upośledzenie umysłowe, trudności szkolne (czytanie, pisanie), zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzenia zachowania, moczenie nocne, zaburzenia rozwoju mowy [4]

- **uszkodzeń układu sercowo-naczyniowego** (25%):
 - w ciężkiej zamartwicy może wystąpić hipotensja, tachykardia, słaba transfuzja i przeciążeniowa niewydolność serca
- **uszkodzeń układu oddechowego** (35%):
 - zaburzenia oddychania (RDS), przetrwałe nadciśnienie płucne w zaburzeniach oddechowych wczesnego okresu noworodkowego, obniżenie śmiertelności wiąże się z zapobieganiem porodom przedwczesnym, terapią płodu, wczesnym ustaleniem rozpoznania u noworodka i szybkim leczeniem.
- **uszkodzeń układu moczowego** (50%):
 - czynność układu moczowego może zostać zahamowana lub chwilowo zniesiona.
Złe rokowanie u niemowląt donoszonych łączy się z oligurią uporczywą, a u niemowląt niedojrzałych z oligurią przemijającą i uporczywą [15]
- **uszkodzeń układu pokarmowego** (24%):
 - martwicze zapalenie jelit, zaburzenia czynności wątroby
- **zaburzeń hematologicznych:**
 - trombocytopenia, policytomia, zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego
- **powikłań metabolicznych:**
 - kwasica metaboliczna, hipokalcemia, hipoglikemia, hiponatremia [13, 16, 17]

Postępowanie i rokowanie

Czynniki pogarszające rokowanie to:

- *przedłużające się niedotlenienie*

Patofizjologiczne następstwa niedotlenienia okołoporodowego w zależności od czasu trwania przedstawia poniższa tabela [18]

Tabela 1.

	Czas od porodu		
	1 minuta	5 minuta	10 minuta
Wysiłek oddechowy	wzrasta	powraca krótkotrwale	Zawodzi ponownie rozpoczyna się agonia
pH krwi	7,25	7,00	6,25
Czynność serca	wzrasta	Stan trwały ok. 50 u/min	< 50u/min, rozpoczynają się skurcze nadkomorowe
Rzut serca	nieznaczny wzrost	spada	minimalny
Przepływ płucny krwi	szybki spadek	minimalny	bez znaczenia
Przepływ mózgowy	nieznaczny wzrost	gwałtowny spadek	niedokrwienne uszkodzenie mózgu
Perfuzja nerkowa	nie zmieniona	gwałtownie malejąca	niedokrwienie, nekroza korowa

– zespoły neurologiczne noworodka

- ciężkość (encefalopatia II i III stopnia)
- drgawki (wczesny początek lub trudności w kontrolowaniu, utrzymujące się ponad 1–2 tygodnie)
- zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe
- charakterystyczne osłabienie motoryczne (może przepowiadać rodzaj późniejszego porażenia mózgowego)
- uporczywa nieprawidłowość czynnościowa pnia mózgu (ogólnie niezgodna z długim okresem przeżycia) [1]

– utrzymujący się podwyższony poziom czynników zamartwicy

– utrzymywanie się zmian w tomografii komputerowej i rezonansie magnetycznym

Rozmieszczenie i nasilenie zmian niedotlenieniowo-niedokrwinnym ściśle koreluje z przeżyciem i dalszym rozwojem dziecka. Najgorzej rokoją obustronne, rozległe zmiany niedotlenieniowe w jądrach podstawy i we wzgórzu. W kontrolnych badaniach MRI patologii takiej często towarzyszy atrofia hipokampa. Dzieci dotknięte takimi zmianami rozwijają ciężką postać mózgowego porażenia dziecięcego i często ze współistniejącą padaczką [2, 19].

Nieco łagodniejszy przebieg mózgowego porażenia dziecięcego jest obserwowany u niemowląt, u których w pierwszym i kontrolnym badaniu MRI widoczne są rozległe zmiany w istocie białej lub korze mózgu, bez zmian w jądrach podstawy i we wzgórzu. Bez względu na lokalizację zmian niedotlenieniowo-niedokrwiniennych, im słabiej są one widoczne w obrazie rezonansu magnetycznego, tym lepsze rokowanie [19].

Niemowlęta, które przeżyły średnio nasiloną encefalopatię niedotlenieniowo-niedokrwienną i mają łagodne zmiany w badaniu MRI głowy, wykonywanym w okresie noworodkowym, mogą nie wykazywać zaburzeń neurologicznych do końca drugiego roku życia, lecz demonstrują przeważnie problemy w wieku szkolnym, takie jak mikrouszkodzenia mózgu i kłopoty w uczeniu się [19].

Rokowanie w ciężkiej zamartwicy jest zazwyczaj złe, ale wysiłek resuscytacyjny musi być zawsze tak szybki, jak to tylko możliwe z nadzieją, że każde niemowlę ma siłę zareagować i w pełni powrócić do zdrowia [1].

Piśmiennictwo

1. T. L. Gomell MD, M. D. Cunningham MD (red.). Zamartwica okołoporodowa: Neonatologia. Wyd. ŚAM, Katowice 1993, 68: 391–399.
2. Helwich E.: Niedotlenienie okołoporodowe. W: Forum – Intensywna terapia noworodka (red. J. Świetliński i wsp.). Wyd. Medyczne alfa-medica perss, Bielsko Biała 2000, 67–73.
3. Vanucci R., Perlman J. M.: Interventions for Perinatal Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. *Pediatrics* 1997, 100, 1004–1014.
4. Kułak W., Sobaniec W.: Następstwa kliniczne niedotlenienia okołoporodowego. III Podlaska Konferencja Neonatologiczna dla Pielęgniarek i Położnych, Białystok 2005.
5. Skotnicki M.: Zagrożenie płodu w łonie matki: Konferencja Zdrowie kobiety w XXI wieku, Białystok 2005.
6. Norska-Borówka I., Szreter T. (red.). Stany nagłace u noworodków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1993, 91–100.
7. Gorski P. A. Perinatal outcome and the social contract – interrelationships between health and humanity. *J. Perinatol.*, 1998, 18: 297–301.
8. Kilbrige H. W., Yeast J., Tibeault D. W. Defining limits of survival: lethal pulmonary hypoplasia after midtrimester premature rupture of membranes. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1996, 175: 675–681.
9. Berger R., Garnier Y.: Perinatal brain injury. *Jat. Med.* 2000. 28, 261–262.
10. Silverman W. A., Suidan J., Wasserman J. The Apgar score: is it enough? *Obstet. Gynecol.*, 1985, 66: 331–336.
11. Ronald S. Bloom, MD Catherine Copley, MN, RD i AHA/AAP Komitet Założycielski Programu Resuscytacji Noworodków: Asfiksja a obniżona żywotność: Resuscytacja noworodków. Podręcznik. OWN Poznań 1996, 18–35.
12. Szczepański M.: Zamartwica noworodka: III Podlaska Konferencja Neonatologiczna dla Pielęgniarek i Położnych, Białystok 2005.
13. Dworkin P. H. *Pediatrics*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000, 169–181.
14. Bardin C., Papageorgiou A., Gadzinowski J., Mościcka A.: Niedotlenienie okołoporodowe: uszkodzenie wielonarządowe. *Klinika Pediatr.* 1997, 8, 145.
15. Perlman J. M., Tack E. D.: Renal injury in the asphyxiated newborn infant: Relationship to neurologic outcome. *J. Pediatr* 1988, 113: 875–879.

16. Frącka B., Orłowska H., Roszkowska-Blaim M., Brzezewski M.: Niewydolność nerek u noworodków po przeżytym niedotlenieniu okołoporodowym. *Pediatrics Polska* 2003, LXXVIII, 5, 363–367.
17. Laskowski B., Górąj B.: Ocena ultrasonograficzna mózgu noworodków urodzonych w zamartwicy. *Ginekologia Polska* 1991, 62, suplement, 414–417.
18. Cunningham MD, TePas KE: Newborn care in the delivery room. Page 501 in *High Risk Pregnancy: A Team Approach* Knuppel RA, Drukker JE (editors), Saunders, 1986.
19. Rutherford M., Pennock J., Schwiesco J., Cowan F.: Hypoxic-ischaemic encephalopathy: early and late magnetic resonance imaging in relation of outcome. *Arch. Dis. Child.* 1996, 75, 145.

K. Krajewska^{1,2}, K. Frąszczak², B. Jankowiak¹, M. Szczepański²,
E. Krajewska-Kułał¹, H. Rolka¹, A. Szyszko-Perłowska¹, K. Leszczyńska³,
K. Klimaszewska¹, K. Kowalczuk¹, D. Kondzior¹, M. Sierakowska¹

Problemy pielęgnacyjne noworodka z niewydolnością oddechową – opis przypadku

Niewydolność oddechowa to defekt czynnościowy, dotyczący znacznych zaburzeń wymiany gazów oddechowych w płucach, wyrażający się zmianami ciśnienia parcjalnego tlenu i dwutlenku węgla we krwi [1].

Niewydolność oddechowa jest jedną z najczęstszych przyczyn leczenia noworodków na oddziale intensywnej terapii. Często prowadzi do zagrożenia życia noworodka, dlatego ważne jest jak najszybsze postawienie właściwej diagnozy i włączenie odpowiedniego postępowania. Dzięki wczesnej diagnozie i wdrożonym odpowiednim działaniom terapeutycznym leczenie niewydolności oddechowej noworodka w dużym stopniu kończy się sukcesem [2].

Przyczyny zaburzeń oddechowych u noworodków dzieli się:

1. Związane z układem oddechowym
 - a) Wady rozwojowe:
 - *Upośledzenie drożności dróg oddechowych* (zarośnięcie nozdrzy tylnych; nadkrtaniowe: sekwencja Pierre’a Robina, zespół Beckwitha-Wiedemanna; krtaniowe: wiotkość krtani, wrodzony świst krtaniowy, zarośnięcie krtani),
 - *Upośledzenie rozprężenia płuc* (agenezja lub hipoplazja; przepuklina przeponowa; torbiele płuc),
 - b) Ograniczenie płucnej wymiany (zespół zaburzeń oddychania (RDS); przejściowe zaburzenia oddychania (TTN); zespół aspiracji smółki (MAS); zespół przecieku powietrza (odma opłucnowa, rozedma śródmiąższowa); zapalenia płuc; dysplazja oskrzelowo-płucna; obrzęk płuc)

Odpowiadają one za ok. 80% przypadków ostrej niewydolności oddechowej u noworodków.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

² Klinika Neonatologii AMB

³ Zakład Propedeutyki Położnictwa ŚAM

2. Niezwiązane z układem oddechowym

- a) Ze strony układu nerwowego
 - *Zaburzenia centralnej regulacji nerwowej* (bezdech; krwotok do OUN; polekowe; posocznica),
- b) Ze strony układu krążenia (wady wrodzone serca; przetrwałe krążenia płodowe; pierwotne nadciśnienie płucne; niewydolność zastoinowa krążenia)
- c) Metaboliczne (hipoglikemia; kwasica metaboliczna; hipotermia; hipertermia),
- d) Hematologiczne (ostra niedokrwistość; hipowolemia; policytomia) [3, 4].

W praktyce najczęściej spotykane przyczyny niewydolności oddechowej noworodka związane są z ograniczoną wymianą gazową w płucach.

Zespół zaburzeń oddychania (RDS) nie jest ściśle określoną jednostką chorobową. Jest to zespół objawów, które występują najczęściej u noworodków niedojrzałych. Częstość występowania RDS zależy głównie od wieku ciążowego. Badania wykazały, że zespół ten występuje u 80% noworodków urodzonych przed 23. tygodniem ciąży, u 60% między 28.–29. tygodniem ciąży, a u 40% urodzonych między 30.–31. tygodniem ciąży. 20% w 32. tygodniu ciąży i u 5% powyżej 32. tygodnia ciąży. Rzadko występuje u noworodków donoszonych [5, 6].

Czynnikami zwiększającymi występowanie RDS jest poród przedwczesny, płeć męska, niedotlenienie okołoporodowe, noworodek matki chorej na cukrzycę (cukrzyca u matki opóźnia syntezę surfaktantu), oziębienie, poród cięciem cesarskim (przed rozpoczęciem akcji porodowej). Główną przyczyną powstania RDS jest niedobór surfaktantu. Natomiast przedwczesne pęknięcie błon płodowych przyczynia się do zmniejszenia ciężkości zespołu zaburzeń oddychania lub niewystępowania tego powikłania w ogóle, im dłuższy jest okres pęknięcia błon płodowych do porodu, tym mniejsza częstość występowania zespołu zaburzeń oddychania. Czynniki obniżającymi ryzyko występowania zespołu zaburzeń oddychania jest rasa czarna, gdyż szybciej dojrzewa tkanka płucna, o około osiem dni [5, 7, 8].

Celem pracy była identyfikacja aktualnych problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych u dziecka z niewydolnością oddechową oraz opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej.

Metodą badawczą zastosowaną w pracy była metoda indywidualnego przypadku. Materiał do badań zebrano na podstawie obserwacji noworodka z rozpoznaniem RDS, pomiaru pośredniego i bezpośredniego, analizy dostępnej dokumentacji medycznej: historii noworodka, karty obserwacji stanu ogólnego dziecka, karty DPC, indywidualnej karty zleceń, wyników badań. Ponadto narzędziem badawczym był autorski arkusz wywiadu oparty przede wszystkim na danych dotyczących stanu osoby badanej. Kwestionariusz ten składał się z danych dotyczących oceny funkcjonowania poszczególnych układów noworodka oraz infor-

macji o stanie zdrowia matki dziecka, przebiegu ciąży i porodu. Umieszczono w nim ocenę stanu noworodka wg skali Apgar i w skali Silvermana. Na podstawie zebranych danych postawiono diagnozę pielęgniarstwa oraz zaplanowano opiekę.

Badaniem objęto noworodka urodzonego w 30. tygodniu ciąży z rozpoznaniem III/IV° RDS. Dziecko przyjęte na OION bezpośrednio po porodzie w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Klinice Neonatologii w Białymstoku. Po przyjęciu w oddział dziecko umieszczono w inkubatorze, wykonano czynności pielęgnacyjne, pobrano wg zleceń lekarskich analizy, zaszczepiono przeciw WZW typu B.

Podczas pierwszego badania wcześniaka w czasie zbierania danych do arkusza stwierdzono: obniżoną żywotność, obniżone napięcie mięśniowe, skórę różową, tkankę podskórną słabo wykształconą, czaszkę zniekształconą porodem, jamę ustną, obojczyki, kończyny dolne i górne bez zmian, brak jąder w worku mosznowym. Stan ogólny oceniono jako średnio-ciężki.

Ze strony układu oddechowego obserwowano zaburzenia oddychania, takie jak: duszność, tachypnoe, wysiłek oddechowy, udział pomocniczych mięśni oddechowych. Podłączono dziecko do aparatury monitorującej czynność serca i wysycenie hemoglobiny tlenem.

Zastosowano oddech wspomagany n – CPAP. Ze względu na narastanie objawów niewydolności oddechowej w 3 godzinie życia wcześniak został zain-tubowany i podłączony do respiratora na SIMV.

W toku badań diagnostycznych rozpoznano u noworodka III/IV° RDS. Badanie te oparte było na analizie wyniku zdjęcia RTG klatki piersiowej i występujących objawów. Po postawieniu rozpoznania podano pacjentowi dotchawczo surfaktant. Ponadto w leczeniu zastosowano antybiotyki i żywienie parenteralne przez żyłę pępowinową. W dalszej obserwacji zaobserwowano zaburzenia glikemii – hipoglikemia. Obrzęków, drżeń oraz drgawek nie obserwowano. Wcześniak oddał mocz i smólkę po porodzie. Wcześniak okresowo stał się bardzo niespokojny, tkliwy, negatywnie reagował na czynności przy nim wykonywane.

Podczas jednodniowej obserwacji noworodka z niewydolnością oddechową, wyszczególniono problemy i określono zadania położnej i pielęgniarki.

1. Problem pielęgnacyjny: Utrudniona adaptacja noworodka do warunków pozamacicznego życia

Cel: Zapewnienie bezpieczeństwa dziecku

Zadania położnej/pielęgniarki:

- Stworzenie komfortu psychicznego i fizycznego
- zapewnienie właściwej temperatury otoczenia
- wykonanie czynności przy dziecku sprawnie, szybko, delikatnie, ciepłymi rękoma

- zapewnienie prawidłowego ułożenia dziecka w inkubatorze (w pozycji na plecach, główka wyżej w stosunku do tułowia, ułożenie materacyka w inkubatorze pod kątem 30° w celu zmniejszenia ucisku przepony na płuca).
- Podłączenie do aparatury monitorującej czynność serca i liczbę oddechów oraz wysycenie hemoglobiny tlenem
- Obserwacja noworodka w kierunku występowania lub narastania zaburzeń oddychania.
- Pomiar ciśnienia, temperatury
- Obserwacja i kontrola oddawania moczu i smółki
- Obserwacja kikutu pępowinowego pod kątem krwawień
- prowadzenie karty ściślejszej obserwacji parametrów życiowych noworodka.

2. Problem pielęgnacyjny: Narastające zaburzenia oddychanie w kolejnych godzinach życia, konieczność zaintubowania wcześniaka i podłączenia do respiratora.

Cel: Usprawnienie wentylacji płuc, zapobieganie powikłaniom.

Zadania położnej/pielęgniarki:

- Asystowanie lekarzowi podczas: odsysania treści z drzewa oskrzelowego pod kontrolą laryngoskopu; intubacji dziecka)
- Dokładne udrożnienie jamy ustnej i dróg oddechowych.
- Obserwacja efektywności zastosowania metody wspomaganego oddechu: pomiar charakteru i częstości oddechów, mierzonych przez 1 minutę;
- Obserwacja zabarwienie powłok skórnych oraz występowania bezdechów
- Dobranie odpowiedniego rozmiaru rurki intubacyjnej
- Zabezpieczenie rurki przed wysunięciem
- Założenie sondy dożołądkowej w celu odbarczenia żołądka z wtłoczonego przez respirator powietrza
- Nadzór nad prawidłowym działaniem respiratora: kontrola parametrów ciśnienia wdechowego, wydechowego, stężenia tlenu, liczby oddechów, nawilżenia i ogrzania mieszaniny oddechowej
- Prowadzenie dokumentacji kontroli parametrów respiratora SIMV
- Na zlecenie lekarza podanie surfaktantu, w celu zwiększenia aktywności surfaktantu obecnego w pęcherzykach płucnych noworodka
- Wykonywanie badań gazometrycznych na zlecenie lekarza.

3. Problem pielęgnacyjny: Zaleganie wydzieliny w rurce intubacyjnej.

Cel: Dbałość o drożność dróg oddechowych, udrożnienie dróg oddechowych przez ewakuację zalegającej w nich wydzieliny

Zadania położnej/pielęgniarki:

- Zastosowanie fizjoterapii:
 - oklepywanie klatki piersiowej
 - zmiana pozycji ciała

- Podanie NaCl 0,9% do rurki intubacyjnej w celu rozrzedzenia wydzieliny w drzewie oskrzelowym
- Odśluzowanie wydzieliny z rurki w celu usunięcia zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych z zachowaniem aseptyki, odpowiedniej techniki postępowania oraz standardów i procedur obowiązujących na oddziale.
- Wykonanie toalety jamy ustnej i nosowo-gardłowej
- Obserwacja w kierunku niedotlenienia oraz zwolnienia czynności serca podczas wykonywania czynności udrożniających drogi oddechowe
- Po wykonanych zabiegach skontrolowanie szczelności połączeń i umocownia rurki intubacyjnej.

4. Problem pielęgnacyjny: Niemożność żywienia dojelitowego.

Cel: Dostarczenie odpowiedniej ilości zapotrzebowania kalorycznego oraz niezbędnych składników budulcowych.

Zadania położnej/pielęgniarki:

- Zastosowanie żywienia parenteralnego
- Podłączenie kroplówki na zlecenie lekarza z odpowiednią ilością wymaganych składników
- Obserwacja miejsca wkłucia, zabezpieczenie wenflonu
- Ewentualna zmiana wkłucia w razie pęknięcia żyły

5. Problem pielęgnacyjny: Hipoglikemia

Cel: Uregulowanie poziomu glikemii

Zadania położnej/pielęgniarki:

- W pierwszej godzinie życia pobranie krwi w celu określenia poziomu cukru
- Podłączenie wlewu kroplowego na zlecenie lekarza z 10% Glukozy do żyły obwodowej
- Kontrola poziomu glukozy we krwi po godzinie od podłączenia kroplówki
- Prowadzenie dobowego profilu cukru
- Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała noworodka (hipotermia zwiększa zapotrzebowanie organizmu na glukozę), kontrola temperatury ciała wcześniaka co 3 godziny.
- W razie potrzeby na zlecenie lekarza podanie w bolusie 10% Glukozy
- Stała obserwacja wcześniaka w kierunku ponownego wystąpienia hipoglikemii (zwiększona pobudliwość nerwowa, niepokój, drżenia mięśniowe, drgawki, bezdechy, sinica, niewydolność krążenia)

6. Problem pielęgnacyjny: Obniżona odporność i zwiększone ryzyko wystąpienia zakażenia miejscowego lub uogólnionego

Cel: Zapobieganie zakażeniom

Zadania położnej/pielęgniarki:

- Zachowanie zasad aseptyki podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych.

- Higieniczne mycie rąk i dezynfekcja rąk przed każdym kontaktem z dzieckiem
- Dbałość o drożność rurki intubacyjnej
- Niedopuszczenie do kontaktu dziecka z osobami zakażonymi
- Postępowanie przy pielęgnacji i wykonywanie wszelkich czynności przy wcześniaku powinno odbywać się wg ustalonych standardów i algorytmów
- Zapewnienie odpowiednich warunków na oddziale OION: (jedna położna/pielęgniarka nie powinna mieć pod sobą zwiększonej ilości pacjentów, gdyż może powodować to nadmierny pośpiech przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych i zabiegowych; dbanie o czystość i odkażenie inkubatorów i sali wcześniaków, a zarazem naświetlanie lampą bakteriobójczą)
- Profilaktyczne podanie wcześniakom antybiotyków na zlecenie lekarza.

Wnioski

1. Najistotniejszym rozpoznany problemem zdrowotnym u dziecka była upośledzona drożność dróg oddechowych, wynikająca z zalegającej wydzieliny i mająca wpływ na bezpośrednie zagrożenie życia dziecka.
2. Prawidłowo zaplanowana opieka nad noworodkiem z niewydolnością oddechową polega na:
 - rozpoznaniu i ustaleniu problemów natury biologicznej i fizycznej
 - regularnej kontroli parametrów stanu ogólnego
 - zapobieganie zakażeniom
 - regularnym i odpowiednim dbaniu o drożność dróg oddechowych
 - stosowaniu fizjoterapii
 - ocenie ciężkości zaburzeń oddychania
 - kontroli glikemii
 - utrzymaniu odpowiedniej temperatury otoczenia i ciała dziecka
 - podłączeniu żywienia parenteralnego
 - ograniczeniu stresów związanych z pielęgnacją i bolesnymi zabiegami
3. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z niewydolnością oddechową wymaga intensywnej, długotrwałej, rzetelnej pracy, która ma na celu nie tylko udzielenie pomocy i stworzenie warunków do jak najszybszego powrotu do zdrowia najmniejszych pacjentów, ale także niedopuszczenie do często poważnych powikłań.
4. Zakres zadań i obowiązków, jakie stają przed położną/pielęgniarką w codziennej pracy jest ogromny. Musi ona dobrze znać techniki postępowania i posiadać odpowiednią wiedzę, niezbędną do szybkiego podjęcia prawidłowej decyzji co do dalszego postępowania.
5. Proces pielęgnowania jest metodą pracy, która pozwala na indywidualizację opieki pielęgniarskiej oraz na wnikliwe rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Krakówka P., Rowińska-Zakrzewska E.: Choroby układu oddechowego. PZWL, Warszawa 1993, 381–394.
2. Borkowski W. M., Bacz A., Golańska Ż.: Opieka pielęgnarska nad noworodkiem. Medycyna Praktyczna, Kraków, 1994, 195–214, 372–377.
3. Szczapa J.: Neonatologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000, 158–172, 216–272.
4. Twarowska I., Szczapa J.: Znaczenie surfaktantu w zespole zaburzeń oddychania u noworodków Postępy w neonatologii. Wydawnictwo Kliniki Neonatologii Instytutu Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 1991, 15–32.
5. Rutkowska M.: Leczenie surfaktantem w zespole zaburzeń oddychania. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993, 5–7, 10–27.
6. Twarowska I., Szczapa J.: Zaburzenia oddychania u noworodka. Postępy w neonatologii. Wydawnictwo Kliniki Neonatologii Instytutu Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej w Poznaniu. Poznań, 2001, 14–19, 34–75, 125–126, 145–154, 172–184.
7. Gadzinowski J., Szymankiewicz M.: Podstawy neonatologii. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2002, 16–21, 64–71, 114–116, 126–134.
8. Korones B. E.: Podejmowanie decyzji w neonatologii. D. W. Publihing Co, USA, 1993, 56–118, 128–130.

Małgorzata Dziedzic¹, Renata Madetko¹,
Dorota Matuszyk¹, Kazimiera Płoch¹

Naturalne metody planowania rodziny czy antykoncepcja – aspekty etyczne

Wstęp

Regulacje poczęć, głównie poprzez działania antykoncepcyjne towarzyszą ludzkości od początków jej dziejów. Osiągnano je za pomocą różnych sposobów i metod. Działania przeciw poczęciu miały różną formę, od mikstur ziołowych, przepłukiwania pochwy, tamponów do sterylizacji (kastracji) włącznie. W czasach nam współczesnych są to, przez niektórych wychwalane jako błogosławieństwo, u innych wzbudzające kontrowersje, zwłaszcza w dziedzinie moralno-etycznej, nowoczesne hormonalne środki antykoncepcyjne.

Ocena moralna i etyczna stosowanych sposobów regulacji urodzeń towarzyszy człowiekowi od czasów ich stosowania. Św. Jan i św. Paweł potępiali jednoznacznie postępowanie mające zapobiec poczęciu. Tradycyjną doktrynę Kościoła o antykoncepcji wypracował św. Augustyn i w ogromnym skrócie można ją przedstawić jako potępiającą działanie uniemożliwiające płodzenie. Również współczesne autorytety Kościoła: Paweł VI, Jan Paweł II w swoich stanowiskach przedstawiają zasadniczą różnicę moralną między metodami, które sztucznie przerywają proces ze swej natury otwarty na życie, a metodami opartymi na coraz większej wiedzy o biologicznych rytmach ciała [1].

Wobec wyżej zasygnalizowanych dylematów podstawową rolę pracowników ochrony zdrowia, w tym położnych, powinno być promowanie świadomości seksualnej tak, aby zwłaszcza młodzi ludzie mieli dostęp do rzetelnej wiedzy na temat swojej seksualności, ułatwiającej im świadome wejście w dorosłe życie seksualne, z odpowiedzialnością za różne aspekty tego życia, jak: relacje partnerskie, przekonania, postawy, system wyznawanych wartości w stosunku do prokreacji.

¹ Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ

Rozwinięcie

Znaczenie etyki w zawodzie położnej należy uznać za szczególnie ważne, bowiem podczas pełnienia obowiązków zawodowych odpowiada ona za najwyższą wartość jaką jest życie i zdrowie człowieka. Kwalifikacje i kompetencje zawodowe położnej określono w ustawie o Zawodzie Położnej z dn. 9.04.2003 r. i polegają na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz świadczeń z zakresu promocji i edukacji zdrowotnej w odniesieniu do świadczeniobiorców i dotyczą każdej formy wykonywania zawodu [2].

Pełnienie funkcji zawodowej związanej z promocją i edukacją zdrowotną ma szczególne miejsce w systemie ochrony zdrowia i związane jest z szeroko pojętą opieką nad kobietą i jej rodziną w okresie dojrzewania, przekompcyjnym, prokreacji, przekwitania i starości. Dotyczy przede wszystkim „pozaszpitalnej” praktyki położnej, zwłaszcza praktyki położnej rodzinnej.

Położna polska posiadająca prawo wykonywania zawodu legitymuje się prawnie usankcjonowaną samodzielnością w obszarze fizjologicznej ciąży, porodu, położu. Ta samodzielność obejmuje również działanie edukacyjne dotyczące metod planowania rodziny. Należy więc uznać, że położna jest nie tylko upoważniona, ale i zobowiązana do prowadzenia samodzielnych działań edukacyjnych w obszarze naturalnych metod planowania rodziny [3]. Edukacja w tym zakresie nie powinna być rozpatrywana inaczej niż w aspekcie zdrowia rodziny, a zdrowie rodziny jest czymś więcej niż zdrowie poszczególnych jej członków. Obejmuje ona również rolę oddziaływania psychicznego, społecznego, zdrowotnego na wszystkich jej członków i wpływa na możliwość optymalnego spełniania funkcji rodzinnych, a te sprzyjają procesowi dobrego wychowania i dojrzewania do odpowiedzialnego rodzicielstwa.

Obszar działań edukacyjnych położnych w zakresie rozrodu i metod planowania rodziny powinien być realizowany wśród dziewcząt w okresie dojrzewania, kobiet i par przed i po zawarciu małżeństwa. Oprócz akcentowanego dotąd najczęściej aspektu biologicznego należy również szczególnie akcentować aspekt etyczny, a w nim płaszczyznę zdrowotną, społeczną, psychologiczną i moralną. Poziom zdrowotny społeczeństwa uwarunkowany jest również optymalnymi warunkami zdrowotnymi rodziców w momencie poczęcia, co skutkuje w dalszej kolejności zmniejszeniem śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej matek i noworodków, a to poprawia stan zdrowia przyszłych pokoleń.

Akcentowane już wcześniej szczególne miejsce edukacji i promocji zdrowia w systemie opieki zdrowotnej jest ze wszech miar uzasadnione w obecnych czasach, kiedy to człowiek zafascynowany postępem i możliwościami kreowania rzeczywistości przestaje dostrzegać i rozumieć procesy fizjologiczne swojego organizmu, a nawet usurpuje sobie prawo do poprawiania i „doskonalenia” nawet tego co jest objawem zdrowia – w przypadku niniejszym płodności człowie-

ka [4]. Według wielu doniesień stosowanie antykoncepcji celem czasowego lub trwałego ubezpłodnienia jest postępowaniem wbrew naturze i zaburza dobrostan biologiczny, psychiczny i społeczny człowieka. W przypadku antykoncepcji, zwłaszcza hormonalnej, „terapii” zostaje poddany nie jakiś stan patologiczny jak to ma miejsce w przypadku choroby i sięgania po środki farmakologiczne, ale stan totalnego zdrowia [5]. Naturalne metody planowania rodziny oznaczają styl życia zgodny z wymogami ekologii, moralności, etyki i nie naruszają integralności biologicznej, psychicznej i społecznej człowieka. Przy stosowaniu tych metod płodność nie jest postrzegana jako „kłopotliwa” strona płciowości lecz jako istotny element męskości i kobiecości oraz fundament osobowej tożsamości.

Już w 1967 r. Światowa Organizacja Zdrowia wydała raport potwierdzający skuteczność naturalnych metod planowania rodziny. Są one rekomendowane przez WHO, która zajmuje się ich promowaniem i włączeniem do wszystkich programów związanych ze zdrowiem i wychowaniem. Badania statystyczne pokazują, że metody naturalne są nieskomplikowane, łatwe w uczeniu i skuteczne nie tylko dla kobiet o regularnych cyklach.

Moralność chrześcijańska stara się określić własny ład w dziedzinie przekazywania życia. Stanowisko Kościoła w próbie przedstawienia etycznych aspektów prokreacji jest szczególnie istotne wobec faktu, iż 98% naszego społeczeństwa deklaruje się jako osoby wierzące. W budowę tego ładu wpisują się w sposób naturalny opracowane i promowane n.m.p.r. W tej dziedzinie ważne miejsce zajmuje problem metod rozpoznawania okresów płodności. Dostosowanie współżycia seksualnego do naturalnego rytmu płodności pozwala na akceptację cyklu kobiety, wzajemne poszanowanie, wspólną odpowiedzialność i panowanie nad swoimi popędami. Pozwala to parze małżeńskiej ubogacić się takimi wartościami, jak czułość i serdeczność, które są czynnikami głęboko ożywiającymi płciowość ludzką również w jej wymiarze fizycznym. Płciowość nie jest wtedy używana przedmiotowo. Zachowanie porządku etycznego we współżyciu małżeńskim, dzięki okresowej wstrzeźliwości, wymaga ascezy i stałego wysiłku. W zamian pozwala małżonkom w pełni rozwijać swoją osobowość przez ubogacanie się wartościami duchowymi.

Kobieta znając i obserwując przebieg swoich cykli miesięczkowych rozumie lepiej swoje stany psychiczne i bardziej ceni swoją kobiecość. Obserwacja własnych cykli pomaga we wczesnym zauważeniu ewentualnych zaburzeń zdrowia. Metody n.p.r. nie wymagają użycia środków chemicznych, ani mechanicznych, a więc nie niosą za sobą żadnych szkodliwych działań dla zdrowia, nie wymagają też ponoszenia kosztów finansowych. Małżonkowie w tak ważnej dziedzinie życia małżeńskiego kierują się własnym rozumem i wolą. Styl życia zgodny z n.m.p.r. jest istotnym elementem etyki małżeńskiej, która polega na zachowaniu prawa natury i na wzajemnej miłości i wierności.

Młodzież poznająca n.m.p.r. odnosi się z większym szacunkiem do seksualizmu oraz płodności, co ma często wpływ na zachowanie czystości przedmał-

żeńskiej. Nauka rozpoznawania własnej płodności w zależności od fazy cyklu hormonalnego i zaakceptowania jej reguł, stanowić może niemal filozofię całego życia płciowego kobiety, co skutkuje w przyszłości świadomym rozwojem ról społecznych jako żony i matki [6]. Naturalne metody rozpoznawania płodności zwane są też metodami ekologicznymi, gdyż chronią one tak ważne środowisko naturalne, jakim jest organizm kobiety.

Uczenie n.m.p.r. powinno polegać nie tylko na przekazywaniu wiedzy dotyczącej podstaw teoretycznych obserwacji organizmu kobiety oraz jej rytmów biologicznych, jak również na organizowaniu spotkań z instruktorem, podczas których dochodzi do praktycznej weryfikacji poprawności prowadzonych obserwacji, czyli rozpoznawania faz płodnych i niepłodnych – promowanie n.m.p.r. to również uświadamianie parze tego, iż jest to pewien styl pożycia zgodny z naturą i własnym sumieniem, potęgujący miłość i jednoczący osoby.

Wynalezienie środków antykoncepcyjnych, zwłaszcza hormonalnych spowodowało autonomię jednostki, zwłaszcza kobiety w obszarze prokreacji, uniezależniając ją od decyzji mężczyzny. Spowodowały one rozdzielenie aktywności seksualnej od prokreacji. Zaczęto propagować odmienną od tradycyjnej wizję płciowości, opartą na zerwaniu związku między aktywnością seksualną, a trwałym związkiem mężczyzny i kobiety oraz rodzicielstwem. Upowszechnienie masowych mediów przyspieszyło upowszechnienie alternatywnych w stosunku do tradycyjnych wzorców zachowań seksualnych.

Tradycyjną moralność seksualną zaczęto postrzegać jako ograniczenie, a nawet zniewolenie spontanicznych odruchów erotycznych człowieka [7]. Przez niektórych wychwalana jako błogosławieństwo, wśród innych budząca kontrowersje, zwłaszcza w dziedzinie moralno-etycznej.

Kościół odrzuca antykoncepcję, jako niemoralną metodę planowania rodziny, co w społeczeństwie wierzącym wprowadza stan niepokoju moralnego u osób ją stosujących.

Prof. W. Fijałkowski wyróżnia tzw. mentalność antykoncepcyjną, nastawioną na ubezplodnianie się. Według tego autora ludzie ubezplodniający się nie mają odwagi i umiejętności żyć jako płodni. Tracą wolność przez to, że uzależniają się od środków antykoncepcyjnych. Stosowanie antykoncepcji hormonalnej uszkadza ważną życiowo funkcję organizmu kobiety, jaką jest rozrodczość. Środki antykoncepcyjne stały się przyczyną całkowitej medykalizacji rytmów płodności kobiety. Środki chemiczne czy mechaniczne postrzegane są analogicznie jak środki medyczne do celów terapeutycznych, podczas gdy w tym przypadku terapii poddany jest nie jakiś stan patologiczny, jak to ma miejsce w każdym przypadku sięgania po środki farmakologiczne, ale stan totalnego zdrowia. W opinii wielu badaczy problemu w antykoncepcji płciowość ulega depersonalizacji i instrumentalizacji. Narusza integralny wymiar osoby, pozbawia bowiem człowieka właściwej mu podmiotowości działania, a czyni go przedmiotem manipulacji [8]. Antykoncepcja rozdziela stosunek seksualny z płodnością. Rozdział

ten nie jest obojętny dla osobowości człowieka, nasilając wewnętrzne konflikty i lęki.

Stosowanie antykoncepcji powoduje dowolność użycia tzn., że kobieta w każdej chwili jest zdolna do współżycia płciowego bez ryzyka poczęcia, może więc stać się przedmiotem, a nie podmiotem współżycia seksualnego.

W obecnych czasach zdecydowanie dominuje reklama środków antykoncepcyjnych, zaś samą antykoncepcję traktuje się jako coś oczywistego. Wpisuje się ona w dzisiejszą zerotyżowaną kulturę, lansując wzorzec swobody seksualnej i traktując seks jako jedną z podstawowych wartości człowieka. Zwolennicy antykoncepcji próbują usprawiedliwiać ją teorią, według której rozum ma prawo opanować siły, jakich dostarcza mu nierozumna natura. W tym wypadku antykoncepcja miałaby być przejawem panowania człowieka nad naturą, sprowadzaną do czysto biologicznego wymiaru. Płodność nie jest jednak wyłączną własnością biologii, ale i osoby. Poprzez antykoncepcję kobieta może stać się łatwo dostępnym narzędziem zaspokajania popędu i żądzy panowania. Celem zbliżenia seksualnego może się stać tylko rozładowanie napięcia i osiągnięcie przyjemności zmysłowej, a tym samym niepełna akceptacja kobiety, jako osoby potencjalnie płodnej. Czyli może zaistnieć warunkowa akceptacja partnera. Działanie antykoncepcyjne sprowadzałyby więc kobietę do rzędu przedmiotu użycia, a mężczyznę zwalnia z odpowiedzialności.

Moralno-etycznej oceny antykoncepcji można dokonać w różnych płaszczyznach.

W płaszczyźnie zdrowotnej powoduje zakłócenia w działaniu zdrowego organizmu. Medycyna potrafi sporządzić obszerny wykaz znaczenia leczniczego jak i skutków ubocznych, oddziałujących ujemnie na zdrowie kobiety. Rolą położnej jest udzielanie rzetelnych wyjaśnień dotyczących zarówno zalet, ale i skutków ubocznych środków antykoncepcyjnych, którymi mogą być m.in. zmiany w samopoczuciu i funkcjonowaniu organizmu oraz zwiększone ryzyko niektórych chorób. Mogą pojawić się takie objawy, jak: osłabienie libido, skłonność do depresji, zmiany wagi ciała, nudności bóle i zawroty głowy, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, nietypowe krwawienia z dróg rodnych. Jeśli chodzi o zwiększone ryzyko chorób, to dotyczy ono przede wszystkim chorób zakrzepowo-zatorowych (15 razy częściej), wylewów krwi do mózgu, zawałów mózgu (3–8 razy częściej) nowotworów sutka, udowodnionego zwiększenia ryzyka nowotworu szyjki macicy [9].

Nowoczesne środki antykoncepcyjne, zawierające niski poziom hormonów, rzadziej powodują wyżej wspomniane dolegliwości, a i wzrost ryzyka wystąpienia chorób jest niższy. Kobiety muszą być jednak świadome, że nie wiadomo, jak dany środek zadziała w jej organizmie.

Ryzyko powikłań rośnie wraz z długością czasu ich przyjmowania. Istotne są skutki zdrowotne związane z młodym wiekiem rozpoczęcia ich stosowania. Antykoncepcja w młodym wieku jest wyjściem wygodnym, ale sprzyja tworze-

niu się postaw hedonistycznych i mało odpowiedzialnych, a także swobodzie seksualnej, utrudniającej młodym właściwe przeżywanie własnej płciowości, nie uczy też opanowania i wyrzeczenia. Dochodzi wówczas do zachwiania procesu dojrzewania osobowości zarówno u kobiety, jak i u mężczyzny oraz wynikającej z tego niedojrzałości emocjonalnej w późniejszym okresie życia, niezdolności do wolnego decydowania i wyborów przynależnych osobie ludzkiej.

Rzetelna informacja wymaga również omówienia szkodliwości środków antykoncepcyjnych dla zdrowia psychicznego. Środki mechaniczne i chemiczne zmniejszają wrażenia seksualne, zakłócają warunki intymnego zbliżenia. Środki wewnątrzmaciczne wywołują zmiany wewnątrzwydzielnicze i poprzez układ hormonalny wpływają na układ nerwowy kobiety. Powszechnym działaniem ubocznym antykoncepcji hormonalnej jest wspomniane już obniżenie libido, czego kobieta często nie chce dostrzegać, a przenosi na mężczyznę brak satysfakcji we współżyciu. Hormonalne środki, wg badań psychologicznych, wywołują u kobiety obawę przed utratą istotnych cech osobowości, lęk przed całkowitym wyeliminowaniem płodności, przed nowotworem i innymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi. Zubożenie przeżyć seksualnych prowadzi do oziębłości, neurotycznego poczucia winy, wątpliwości i rozterek w dziedzinie moralnej, w konsekwencji prowadzi do depresji.

Nieodpowiedzialne reklamowanie tzw. „bezpiecznego seksu”, szczególnie wśród młodzieży, jest sprzeczne z naukowymi i medycznymi przesłankami w zakresie funkcjonowania i umacniania zdrowia prokreacyjnego człowieka. Istnieją przekłamania, niedoinformowanie i przemilczenia skutków antykoncepcji, a zwłaszcza ich wczesnoporonnych mechanizmów. Dotyczy to głównie niepełnych informacji firm farmaceutycznych, co do wczesnoporonnego działania hormonalnych środków antykoncepcyjnych na ulotkach dotyczących mechanizmów działania danego preparatu [10].

Działanie najczęściej używanych pigułek hormonalnych polega na tym, iż poza zasadniczym skutkiem jakim jest zahamowanie owulacji oraz utrzymaniem wysokiej gęstości śluzu szyjkowego uniemożliwiającego ruch plemników zapobiegają one także skutecznie zagnieżdżeniu się zapłodnionej komórki jajowej, hamując przygotowanie macicy oraz gdyby do tego doszło spowalniając ruch zapłodnionego jaja w jajowodzie.

Chociaż zatem celu przyświecającego osobom korzystającym z hormonalnej antykoncepcji nie można nazwać aborcyjnym, to jednak przyjmowane preparaty mogą mieć takie działanie. Typowo wczesnoporonne działanie mają inne, nazwane „antykoncepcyjnymi” środki, jak chociażby spirala w. maciczna czy pigułki po stosunku.

Udzielając świadczeń zdrowotnych położna współdziała z kobietą (i jej rodziną) jako podmiotem opieki, udziela wsparcia i aktywizuje do podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia. Realizuje niektóre swoje zadania jako niezależny profesjonalista – inne w ramach zespołu interdyscyplinarnego we współ-

działaniu i współzależności od jego członków, jak to ma miejsce w przypadku środków antykoncepcyjnych, gdzie zakres kompetencji jest przypisany lekarzowi. Akcentowanie aspektów etycznych w propagowaniu naturalnych metod planowania rodziny i antykoncepcji jest zadaniem stosunkowo trudnym, ponieważ dotyczy oceny moralnych zobowiązań człowieka, wynikających z faktu bycia istotą rozumną i wolną. Zdrowie psychofizyczne kobiety, życie dziecka poczętego, jak również troska o więź w rodzinie wymagają zdecydowanej odpowiedzialności ze strony kobiety i mężczyzny, a lekarze i położne do których zwracają się o one o pomoc zobowiązani są z punktu widzenia etyki zawodowej w sposób wyczerpujący przedstawić wyżej przedstawione problemy, pozostawiając sam wybór wolny od jakichkolwiek nacisków czy jednoznacznych ocen.

Wnioski

1. Położna polska posiadająca prawo wykonywania zawodu jest nie tylko upoważniona, ale i zobowiązana do prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, zwłaszcza poprzez promowanie naturalnych metod planowania rodziny.
2. Uwzględnianie rytmu płodności w życiu pary oznacza styl życia warunkujący odpowiedzialne rodzicielstwo, zgodne z wymogami ekologii, moralności i etyki.
3. Stosowanie antykoncepcji rodzi dylematy etyczne i moralne, sprzeciwia się utrzymaniu zdrowia z medycznego punktu widzenia.
4. Zaangażowanie położnych w edukację z zakresu przygotowania do życia w rodzinie winno skutkować u świadczeniobiorców wyborami promującymi zdrowie. Wybory te muszą być wolne od jakichkolwiek nacisków czy jednoznacznych ocen.

Piśmiennictwo

1. Jan Paweł II: Znaczenie naturalnych metod planowania rodziny. *L'Osservatore Romano*, 1995 (pol) 16, 3, 43–44.
2. Ustawa o Zawodzie Położnej z dnia 9 kwietnia 2003 r.
3. Bączek G., Dmoch Gajzlerska E.: Rola położnej w naturalnym planowaniu rodziny. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005, 1(19), 178–180.
4. *Op.cit.*, s. 179.
5. Michnek M. MSF: Godność ludzkiej prokreacji. *Życie w dyspozycji człowieka*, wyd. Hosianum, Olsztyn 2004, 76–88.
6. Marcinek A., Zarotyński D., Olszewski P.: Antykoncepcja hormonalna, red. Kościcki M.: Antykoncepcja hormonalna i hormonoterapia – podobieństwa i różnice. wyd. Ad Astra, Warszawa, 2001, 25–59.
7. Michnek M. MSF: Godność ludzkiej..., *op.cit.*, 76–88.

8. Fijałkowski W.: W sidłach hormonoterapii, red. Katalo A. J., Bezdroża antykoncepcji, wyd. Gaudium, Lublin 2007, 74–80.
9. Dmochowski T.: Środki hormonalne, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2002, 1, 32–33.
10. Szymańska M.: Wczesnoporonne działanie antykoncepcji hormonalnej, Bioetyka początków życia. Wyd. „KOM”, Białystok 2004, 19–37.

D. Matuszyk¹, B. Prażmowska¹,
Z. Kolarczyk¹, K. Stolorz²

Jakość życia kobiet leczonych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu

Wstęp

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM), wg definicji ICS z 1983 roku, to stan w którym bezwiedne oddanie moczu, stwierdzone obiektywnie, stanowi problem higieniczny i utrudnia kontakty międzyludzkie kobiety. Problem nietrzymania moczu u kobiet to poważny problem nie tylko medyczny, ale i społeczny, i dotyka niemal 50% kobiet szczególnie w okresie menopauzy.

Pojęcie jakości życia w medycynie (*Health-related quality of life*) oznacza jakość życia wyznaczoną stanem zdrowia, występującymi chorobami i naturalnym procesem starzenia się [2]. Pojęcie jakości życia po raz pierwszy wprowadził Schipper, wg niego stan zdrowia w istotny sposób wpływa na życie i funkcjonowanie człowieka, a w efekcie na ocenę jakości tego życia. H. Kunsebeck (1990) wyróżnia subiektywne i obiektywne komponenty jakości życia. Do subiektywnych zalicza między innymi: wyznaczniki fizyczne (ból, samopoczucie fizyczne), psychiczne (nadzieja, niepokój, depresja, poczucie własnej godności) i społeczne (satysfakcja z pracy, sposób spędzania wolnego czasu).

Na obiektywne wyznaczniki jakości życia składają się: stan zdrowia oceniony na podstawie testów laboratoryjnych, diagnoza związana z psychopatologią, pozycja społeczno-ekonomiczna (dochód, warunki mieszkaniowe, warunki w pracy, ilość i jakość kontaktów z otoczeniem, miejsce w strukturze społecznej).

Według Lawtona „jakość życia” – to wielowymiarowa ewaluacja z zastosowaniem kryteriów interpersonalnych i socjo-normatywnych systemu człowiek-środowisko modelowanego przez doświadczenia przeszłe, bieżące i antycypowane. Aspekt ewaluacyjny definicji oznacza, że jakość życia może być oceniana

¹ Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

² SP ZOZ Szpital Nr 1 im. Karola Boromeusza, Mysłowice

w kategoriach sądu wartościującego: dobra–zła, stanu pożądanego–niepożądanego. Lawton twierdzi, że środowisko może oddziaływać na jednostkę stymulującą i aktywizującą jej kompetencje. Może również, poprzez nadmierną presję lub zbyt małe wymagania, powodować ich osłabienie i zanik [1].

Definiując jakość życia jako zdolność do normalnego życia za wskaźniki społeczne tej „normalności” przyjmuje się aktywność we wszystkich dziedzinach życia społecznego, takich jak: praca, czas wolny, dochód rodziny, środowisko społeczne. Za wskaźniki subiektywne z kolei, stopień satysfakcji z realizacji potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych.

S. Ebrahim (1995) określa uwarunkowanie jakości życia od stanu zdrowia, długości życia, które są modyfikowane przez niepełnosprawność fizyczną czy funkcjonalne ograniczenia.

I. Barofski (1986) odwołuje się do ujęć socjologicznych i ekonomicznych, które jakość życia wiążą z dobrym samopoczuciem, satysfakcją, szczęściem, wszystkim tym, co ludzie określają jako „dobre życie” [2].

Zgodnie z definicją WHO (1995) jakość życia to „sposób postrzegania przez jednostkę swojej pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystuje i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami”.

Życie człowieka ulega diametralnej zmianie, jeżeli cierpi on powodu przewlekłej choroby, a zły stan zdrowia determinuje wszystkie aspekty jego funkcjonowania. Choroba jest źródłem pogorszenia się jakości życia, przejawia się to w gorszej sprawności funkcjonalnej, pogorszeniu się stanu psychicznego, społecznego i doświadczeniu cierpienia. Prawidłowy przebieg leczenia i opieki medycznej, a także właściwe warunki bytowe mogą wpłynąć na poprawę jakości życia osób znajdujących się w stanie choroby.

Rezultat taki można uzyskać poprzez wdrożenie optymalnych rozwiązań dotyczących leczenia i opieki nad chorymi. Przydatne tu będzie systematyczne monitorowanie zmian w jakości życia pacjentów dokonujących się pod wpływem wprowadzanych innowacji. Działania takie stymulują aktywność życiową pacjentów i poprawiają ich stan psychiczny.

Z punktu widzenia pacjenta spostrzegana przez niego troska ze strony innych ma duże znaczenie. Wskazuje bowiem na dążenie do maksymalizowania szans, na uzyskanie najbardziej korzystnego wyjścia ze stanu chorobowego. To niewątpliwie może przyczynić się do poprawy poczucia jakości życia osoby chorej [3].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Materiał i metoda

Od stycznia 2006 do września 2006 przeprowadzono badania w SP ZOZ Szpital Nr 1 im. Karola Boromeusza w Mysłowicach na oddziale ginekologii. Badaniem objęto grupę 70 kobiet. Badania zostały przeprowadzone na grupie incydentalnej i były anonimowe. Wszystkie uczestniczki wyraziły zgodę na udział w badaniach.

Metody badawcze zastosowane w badaniach to sondaż diagnostyczny i skala COOP Function Charts do oceny jakości życia.

Ankieta obejmowała: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, charakter wykonywanej pracy, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ), obecność chorób – cukrzyca, kamicy nerkowej, stany zapalne układu moczowego i narządu rodno, przebyte operacje ginekologiczne i porody siłami natury, przez cięcie cesarskie, częstotliwość porodów, pęknięcie krocza, nacięcie krocza, położenie płodu i jego masę, wystąpienie nietrzymania moczu po porodzie, wpływ nietrzymania moczu na zdolność: wykonywania prac domowych i fizycznych, na równowagę emocjonalną i zdolność podróżowania samochodem.

Uzyskany w oparciu o wypełnione ankiety i skalę COOP materiał poddano analizie.

Wyniki badań

Badane kobiety zawierały się w przedziale wiekowym między 32–74 rokiem życia.

Największa grupa respondentek mieściła się w przedziale wiekowym 61–74 lata, co stanowi 54% badanej grupy, 33% kobiet stanowi wiek między 46–60, a 13% kobiet mieści się w przedziale 32–45 lat.

Poziom wykształcenia w badanej grupie pacjentek: w przeważającej ilości (67%) stanowią te z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim, 33% badanych kobiet deklaruje wykształcenie wyższe. W mieście zamieszkuje 57% pacjentek, z kolei pozostałe 43% respondentek jako miejsce zamieszkania podaje wieś.

W badaniach poproszono pacjentki o określenie charakteru wykonywanej pracy, jako czynnika mającego niebagatelny wpływ na WNM. 74% respondentek określiła charakter wykonywanej pracy jako fizyczną, pozostałe 26% deklaruje wykonywanie pracy umysłowej. Zaobserwowano statystycznie istotną zależność między rodzajem wykonywanej pracy a wystąpieniem nietrzymania moczu. U kobiet wykonujących ciężką pracę fizyczną znacznie częściej występuje to schorzenie. Zależność zmienna wynosi $p < 0,05$.

Wśród badanej grupy 22% respondentek stosowało hormonalną terapię zastępczą (HTZ), pozostałe 78% nie stosowało HTZ.

Wśród badanych kobiet 29% zgłaszało cukrzycę, 16% kamicę układu moczowego, 59% skarży się na częste lub rzadkie stany zapalne układu moczowego, z kolei 59% kobiet deklaruowało przebyte stany zapalne narządu rodne.

Blisko 79% badanych kobiet przeżyło operację ginekologiczną, wszystkie natomiast (100%) odbyły poród, przy czym 15% nie rodziła drogami natury, odpowiednio 26% pacjentek rodziło cztery i więcej razy, 25% rodziło 3 razy, natomiast jeden i dwa porody ma za sobą równa liczba respondentek, odpowiednio po 17%. U kobiet, które rodziły troje i więcej dzieci częściej występuje WNM. Nie zaobserwowano jednak statystycznej zależności w badanej grupie między porodami siłami natury a WNM. Z grupy badanych wynika, iż 44% kobiet po roku urodziło następne dziecko, 20% kobiet kolejne dziecko urodziło po dwuletniej przerwie, natomiast 28% pacjentek deklaruowała odstęp między kolejnymi porodami po trzech i więcej latach. Roczna przerwa między kolejnymi porodami może mieć wpływ na powstanie nietrzymania moczu. Zaobserwowano istotną zależność statystyczną między kolejnymi porodami a występowaniem nietrzymania moczu – $p < 0,05$.

Spośród badanych kobiet 76% kobiet w trakcie porodu miały wykonane nacięcie kroczka. Urodzone dzieci przez 44% respondentek miały wagę urodzeniową między 4100–4600 g, 38% kobiet urodziło noworodki o masie ciała 345–4050 g, najmniejsza liczba kobiet 18% urodziła dzieci o wadze 2700–3400 g. Zaobserwowano w badanej grupie, że kobiety rodzące dzieci o dużej masie ciała częściej mają dolegliwości związane z WNM. Spośród przebadanych kobiet 62% twierdzi, że problemy z WNM zaczęły się po porodzie, zaś 38% takiej deklaracji nie złożyło.

Nietrzymanie moczu w znacznym stopniu utrudniło wykonywanie codziennych prac u 28% kobiet, w umiarkowanym stopniu utrudniało 56% respondentek, zaś na 16% pacjentek miało niewielki wpływ. Nietrzymanie moczu u 59% badanych kobiet miało w znacznym stopniu wpływ na ograniczenie aktywności fizycznej, 28% badanych w umiarkowanym stopniu czuło dyskomfort, tylko 13% respondentek nie zgłaszało dyskomfortu. Występuje zależność statystyczna istotna $p < 0,001$ między nietrzymaniem moczu a ograniczeniem przez kobiety aktywności fizycznej.

Wpływ WNM na równowagę emocjonalną był następujący: 55% respondentek określiło ją jako w umiarkowany, 36% badanych określiło ten wpływ jako nieznaczny, 7% jako znaczny, a u 2% nie wywołało żadnych zmian w równowadze emocjonalnej.

Między WNM u kobiet a pojawieniem się zaburzeń emocjonalnych występuje wysoce istotna zależność statystyczna $p < 0,001$.

Aktywność społeczna w grupie badanych kobiet – 29% z nich stwierdza, że w ciągu ostatnich 4 tygodni ich zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne utrudniały normalne kontakty społeczne z bliskimi osobami. U 19% kobiet aktywność społeczna nie utrudniała kontaktów, z kolei 4% pacjentek deklaruje, że

WNM całkowicie utrudniło im normalną aktywność społeczną. WNM nie ma znaczącego wpływu na ograniczenie aktywności społecznej.

Analizując wsparcie społeczne dochodzimy do wniosków, że 37% badanych kobiet może liczyć na wsparcie osób w razie potrzeby, np. w wykonywaniu czynności domowych, natomiast 29% respondentek podaje, że w ich otoczeniu znajduje się wielu ludzi, na których mogą liczyć w każdej potrzebie. Z kolei 21% respondentek może liczyć na pomoc w pewnych sprawach, natomiast 12% tylko w niewielkim stopniu, w badaniach tylko 1% respondentek wskazało, że nie ma żadnego wsparcia społecznego.

Pacjentki oceniając swoją jakość życia w ostatnich 4 tygodniach w 9 wykresowej skali COOP wykazały, że w 41% była raczej złą, natomiast w 17% jako bardzo złą. Blisko 1/3 respondentek (31%) wskazało, że dobre i złe strony rozłożyły się po równo. Natomiast 9% pacjentek oceniło swoją jakość życia jako względnie dobrą, nie mogło być gorzej, z kolei 2% badanych ocenia jakość swojego życia bardzo dobrą, nie mogło być lepiej.

Wnioski

1. WNM u badanych kobiet miało wpływ na: ograniczenie wysiłku fizycznego i wykonywanie codziennych prac domowych oraz stan emocjonalny.
2. Duża liczba porodów, masa urodzeniowa dziecka miały wpływ na wystąpienie nietrzymania moczu u badanych kobiet.
3. obrażenia krocza w czasie porodów nie miały większego znaczenia na pojawienie się choroby.
4. Operacje ginekologiczne mogą być jedną z przyczyn powstania WNM, aż 79% respondentek miała wykonany zabieg ginekologiczny.
5. Stan zdrowia badanych kobiet miał nieznaczny wpływ na kontakty z bliskimi osobami.
6. Respondentki mogły liczyć na wsparcie i pomoc w razie potrzeby.
7. Badane kobiety oceniły jakość swojego życia podczas trwania choroby jako złą, tylko nieznaczny odsetek (1%) badanych z WNM ocenia jakość swojego życia jako bardzo dobrą.

Piśmiennictwo

1. Krauze-Balwińska Z., Fyczkowski M. „Wyniki operacyjnego leczenia WNM u kobiet w świetle badań przepływów cewkowych”, *Wiadomości Lekarskie* 1994.
2. Tobiasz-Adamczyk B. „Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby...”, Kraków 2000, Wydawnictwo UJ.
3. Wołowiecka L. „Jakość życia w naukach medycznych”. Dział Wydawnictw Uczelnianych A.M. im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001.

Katarzyna Głowacka¹, Beata Sińska²,
Halina Cieślak²

Ocena wiedzy na temat klimakterium wśród kobiet w wieku okołomenopauzalnym

Wstęp

Przegląd literatury dotyczący zagadnienia klimakterium pozwala twierdzić, iż jest ono spostrzegane z kilku perspektyw. Głównie jest to podejście biologiczne, psychologiczne, społeczno-kulturowe lub feministyczne. Pojmowanie menopauzy jest uwarunkowane sposobem przedstawiania jej, który może prowadzić do powstawania pozytywnych, jak i negatywnych opinii na jej temat. Duże znaczenie ma jednak wiedza, jaką się posiada na temat okresu przekwitania. Wszystko, co jest niepoznane i obce budzi w człowieku lęk i niechęć. Najlepszym sposobem na pokonanie tego lęku jest wyjście mu naprzeciw i poznanie swojego przeciwnika, jego słabości i tajemnic. Takim lękiem dla współczesnej kobiety może stać się okres przekwitania. Nie znając zmian fizjologicznych, jakie zachodzą w organizmie trudno jest zapanować nad nimi. Dlatego każda kobieta powinna posiadać wiedzę na temat klimakterium, menopauzy i wszystkich objawów, jakie im towarzyszą. Dzięki temu będzie świadoma przemian zachodzących w jej organizmie i będzie mogła im przeciwdziałać w konsultacji z lekarzem, czy samodzielnie, jeśli będzie to możliwe.

Klimakterium

Przekwitanie (klimakterium z języka greckiego znaczy: *szczeble drabiny*) jest prawidłową zmianą stanu hormonalnego, którą musi przejść każda kobieta. Jest to więc fizjologiczny okres przejściowy w życiu kobiety między dojrzałością płciową a wiekiem starczym (32, 36). Okres ten obejmuje kilka lat przed i po menopauzie (w sumie może trwać nawet od 15 do 20 lat) i jest związany ze stop-

¹ Studentka I roku Pielęgniarstwa, studia II stopnia, członek koła POZ i Pielęgniarstwa Środowiskowego/Rodzinnego, Akademia Medyczna w Warszawie, WNoZ

² Akademia Medyczna w Warszawie, WNoZ

niową utratą sprawności czynnościowej jajników. Czas trwania klimakterium jest cechą osobniczą i zależy od predyspozycji organizmu kobiety. Jednak w przebiegu tych zmian możemy wyróżnić podstawowe trzy stadia:

- stadium przedmenopauzalne (okres przed menopauzą);
- menopauza;
- stadium postmenopauzalne (okres po menopauzie) [9].

Menopauza

Słowo menopauza zaczerpnięte zostało z języka greckiego i pochodzi od dwóch słów *men* – co znaczy miesiąc i *pausis* – przerwa.

Menopauza, według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), to ostatnie krwawienie miesięczne będące następstwem utraty czynności wydzielniczej jajników. Fizjologiczna menopauza jest rozpoznawana brakiem krwawień miesięcznych przez kolejne 12 miesięcy i jest integralną częścią procesu starzenia się [8].

Objawy klimakterium

Objawy przekwitania związane z postępującym spadkiem produkcji hormonów jajnikowych, głównie estrogenów mogą pojawić się na parę lat przed ostatnią miesiączką.

Objawy występujące podczas klimakterium mogą być bardzo zróżnicowane i zależą od stężenia estrogenów we krwi. Dolegliwości możemy podzielić na objawy ostre, czyli takie, które występują wcześniej i na przewlekłe zauważalne w późniejszym okresie.

Okres pomenopauzalny

Okres pomenopauzalny charakteryzuje się tym, że spadek estrogenów poniżej określonego stężenia u części kobiet powoduje wystąpienie zaburzeń wegetatywnych i psychicznych, tzw. objawów wypadowych okresu przekwitania. W tym okresie nasilają się i stają się bardzo dokuczające dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego. W wieku pomenopauzalnym wzrasta ryzyko zawału serca, wylewu krwi do mózgu, raka sutka i endometrium. Do późnych objawów przekwitania zaliczamy metaboliczny zespół menopauzalny, na który składa się: otyłość trzewna, zaburzenia gospodarki lipidowej oraz insulinooporność.

Endokrynologia klimakterium

Zmiany w jajnikach występują z rozpoczęciem okresu klimakterium i doprowadzają do zaniku specyficznych struktur gruczołu. Stężenie estradiolu zmienia się w zależności od wieku i fazy hormonalnej, w jakiej znajduje się kobieta.

Wyróżnia się trzy fazy starzenia się jajników. Najpierw dochodzi do zmniejszenia liczby pęcherzyków oraz do częstego niewytwarzania ciałek żółtych, aż do całkowitego ich braku. Cykle miesięczne stają się bezowulacyjne. Z cza-

sem dochodzi do całkowitego zaniku pęcherzyków, a kora jajnika staje się coraz cieńsza. Drugim ważnym żeńskim hormonem jest progesteron. Jego niedobór jest powodem występowania bezowulacyjnych cykli w okresie przedmenopauzalnym.

Najczęstsze schorzenia występujące u kobiety w okresie po menopauzie:

Osteoporoza pomenopauzalna stanowi 80% osteoporozy i jest związana z ustaniem endokrynej funkcji jajników. Estrogeny nasilają resorpcję kostną wapnia i uwalniają duże jego ilości do krwi, co jest przyczyną ubytku masy kostnej.

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia są poważnymi i najczęściej występującymi chorobami wśród kobiet w starszym wieku. W dużej mierze przyczyniają się do zgonów kobiet po menopauzie, a w ich etiologii znaczącą rolę odgrywają zaburzenia gospodarki lipidowej.

Badania epidemiologiczne wykazały znaczny wzrost zachorowań na chorobę wieńcową wśród kobiet po menopauzie. Tego przyczyną może być zmniejszenie stężenia estrogenów, wzrost odsetka kobiet otyłych i zmiana dotycząca miejsca odkładania się tkanki tłuszczowej. Otyłość brzuszna, a szczególnie trzewna (taka, jaka dominuje u kobiet w okresie menopauzy), zwiększa ryzyko powstania choroby wieńcowej [4].

Otyłość

Wykazano, że estrogeny mają wpływ na syntezę leptyny, substancji mającej ścisły związek z zawartością tkanki tłuszczowej. Zatem niedobór tych hormonów powoduje obniżenie poziomu leptyny, a w konsekwencji może wpływać na rozwój otyłości u kobiet po menopauzie [1, 3, 5].

Choroby nowotworowe

W okresie klimakterium wraz ze zmianami hormonalnymi zwiększa się ryzyko występowania nowotworów, a w szczególności nowotworów dotyczących narządu rodowego i gruczołów piersiowych. Najczęściej spotykane to: rak endometrium, sutka, jajnika oraz rak trzonu macicy.

Hormonalna terapia zastępcza

Hormonalna terapia zastępcza, stosowana w okresie menopauzalnym, ma za zadanie nie tylko zmniejszyć uciążliwe objawy, ale również zapobiec osteoporozie i chorobom układu krążenia. Działa ona pozytywnie także na stan emocjonalny.

Stwierdza się, że u około 98% kobiet HTZ łagodzi objawy wypadowe. Zmiany te są szczególnie cenione przez kobiety, ponieważ pozwala im to normalnie funkcjonować i w ogromnym stopniu zwiększa to komfort codziennego życia.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie najnowszych wiadomości związanych z okresem klimakterium oraz zbadanie poziomu wiedzy na ten temat grupy kobiet w wieku okołomenopauzalnym.

Materiał i metodyka badań

Badanie zostało przeprowadzone na przełomie maja i czerwca 2006 roku na terenie województwa mazowieckiego. Badaniem objęto 50 kobiet w przedziale wiekowym 39–57 lat, średnia wieku $49,4 \pm 4,65$ lat (średnia \pm SD). Badanie miało charakter ankietowy. Kwestionariusz zawierał 50 pytań dotyczących ogólnej wiedzy na temat klimakterium, objawów związanych z tym okresem, HTZ i wiedzy żywieniowej odnoszącej się do okresu przekwitania.

Kobiety uczestniczące w badaniu miały za zadanie ustosunkować się do podanych 50 stwierdzeń na temat okresu klimakterium, zakreślając jeden z trzech wariantów odpowiedzi („prawda”, „fałsz”, „nie wiem”) lub podkreślić jedną poprawną odpowiedź z czterech możliwych. Ponadto, ankieta zawierała kwestionariusz osobowy dotyczący wieku respondentki, miejsca zamieszkania oraz podstawowych parametrów antropometrycznych. Przy opracowywaniu pytań odpowiedzi „nie wiem” uznano za odpowiedź błędną. Wyniki opracowano przy pomocy programu Microsoft Excel, następnie zebrano i przedstawiono w postaci tabel i wykresów stosując analizę ilościową.

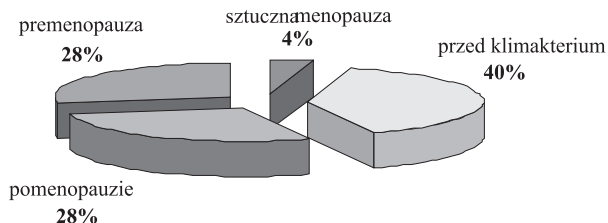
Charakterystyka badanej grupy

Większość osób z badanej grupy charakteryzowała się wykształceniem średnim (69,4%; $n = 34$), natomiast 16,3% respondentek ($n = 8$) stanowiły kobiety z wykształceniem zawodowym i 14,3% ($n = 7$) z wykształceniem wyższym. W analizowanej grupie 26,1% ($n = 12$) kobiet miało wykształcenie o profilu medycznym, pozostałe 73,9% ($n = 34$) miały wykształcenie niemedyczne. Ponad połowa respondentek (57,1%; $n = 24$) mieszkała w mieście powyżej 40 tysięcy mieszkańców; 28,6% ($n = 12$) w mieście poniżej 40 tysięcy mieszkańców, a tylko 14,3% ($n = 6$) było mieszkankami wsi.

Średnia masa ciała uczestniczek badania wynosiła $69,4 \pm 12,2$ kg, natomiast średni wzrost wynosił 1,64 m (średnia \pm SD).

Z podanych parametrów antropometrycznych wyliczono wskaźnik BMI (Body Mass Index), który dla całej grupy wynosił $25,5 \pm 4,4$ kg/m² ($x \pm$ SD). Na podstawie analizy wskaźnika BMI stwierdzono, że 44% grupy badanej ($n = 22$) charakteryzowało się prawidłową masą ciała, 42% ($n = 21$) badanych miało nadwagę, natomiast 14% ($n = 7$) było otyłych. Tabela 2. Co czwarta kobieta 40% ($n = 20$) z przebadanych pań nie zauważyła jeszcze zmian w swoim cyklu mie-

Rycina 1. Stan fizjologiczny kobiet badanych



Źródło: badania własne.

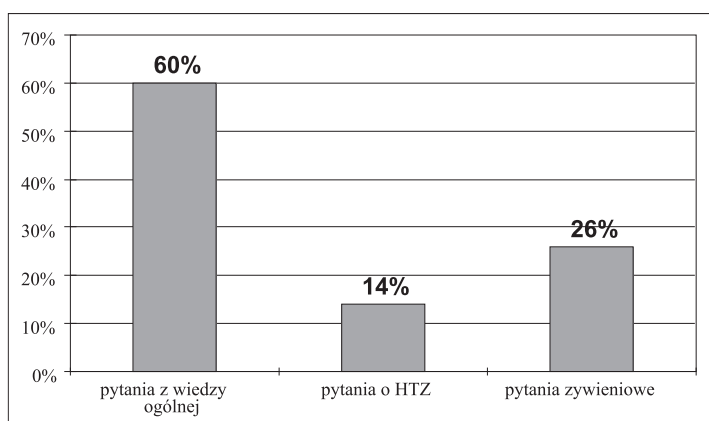
sięcznym, natomiast 4% ($n = 2$) stanowiły kobiety, które miały już menopauzę spowodowaną ingerencją chirurgiczną.

Wyniki i ich omówienie

Problematyka menopauzy i związanej z nią nieodłącznie hormonalnej terapii zastępczej jest obecna w mediach. Wiele kolorowych czasopism dla kobiet, programy telewizyjne i ulotki omawiają zagadnienia związane z okresem klimakterium. Jednakże, jak wynika z przeprowadzonej ankiety wśród wybranej grupy respondentek, wiedza kobiet o menopauzie jest niezadowalająca. Na 50 stwierdzeń zawartych w teście wiedzy respondentki odpowiedziały prawidłowo jedynie na 30 z nich (60%).

Test wiedzy zawierał pytania dotyczące wiedzy ogólnej na temat klimakterium (60%, $n = 30$) oraz stwierdzenia związane z HTZ (26%, $n = 13$) i żywienia w tym okresie (14%, $n = 7$).

Wykres 1. Ilość pytań zawartych w ankiecie w zależności od rodzaju ocenianej wiedzy



Źródło: badania własne.

Pytania dotyczące wiedzy ogólnej na temat klimakterium

Klimakterium jest fizjologicznym zjawiskiem w życiu każdej kobiety. Jest to okres przejściowy, spowodowany wygasaniem czynności hormonalnej jajników [1]. Prawie wszystkie kobiety (98%) biorące udział w badaniu wiedziały, że jest on naturalnym okresem przejściowym między wiekiem reprodukcyjnym a starzeniem się organizmu. Niepokojący jest fakt, że ponad połowa ankietowanych kobiet (54%) nie wiedziała, że klimakterium może trwać nawet 20 lat. Natomiast 98% pań zgodziła się ze stwierdzeniem, że premenopauza przypada na okres pomiędzy 45. a 54. rokiem życia. Ponadto, 80% kobiet wiedziało, że odpowiednio dbając o stan swojego zdrowia nie można ustrzec się tego stanu.

W premenopauzie w wyniku nasilających się niedoborów hormonalnych dochodzi do zaburzeń miesiączkowania oraz wystąpienia objawów wypadowych, które w dużej mierze obniżają jakość życia kobiet [1, 9]. Praktycznie cała grupa respondentek (96%) zgodziła się ze stwierdzeniem, iż w początkowym okresie klimakterium są nieregularne, skrócone lub wydłużone cykle. Istotnie częściej prawidłową definicję klimakterium wskazały kobiety wykonujące zawód związany z medycyną niż pozostałe ankietowane (różnice istotne statystycznie, $p < 0,05$).

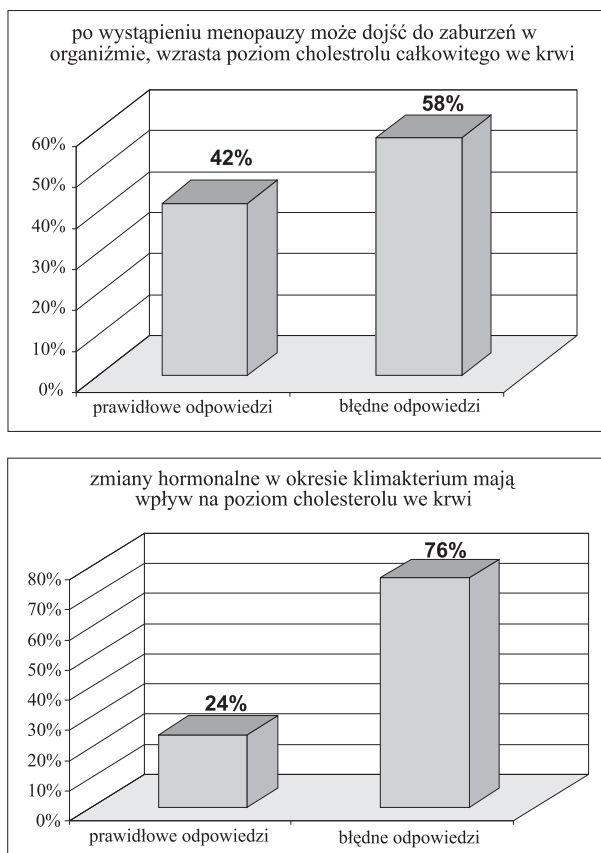
Pytania dotyczące HTZ

W pytaniach dotyczących HTZ kobiety udzieliły prawidłowych odpowiedzi już tylko w 57,2%. Rozpoczęcie terapii hormonalnej powinno zawsze wiązać się z wizytą u lekarza i najlepiej byłoby rozpocząć ją już w okresie przed menopauzalnym. Z pierwszym stwierdzeniem zgodziło się (98%) kobiet, natomiast o tym, iż HTZ należałoby rozpocząć już w okresie przed wystąpieniem objawów menopauzy wiedziało tylko 30% respondentek.

HTZ ma za zadanie naśladowanie gry hormonalnej typowej dla cyklu miesięcznego. Z tym zdaniem zgodziło się 78% respondentek, w tym 92% kobiety reprezentujące zawody medyczne i 74% kobiet wykonujących inne zawody. Natomiast już tylko 46% wiedziało, że stosuje się w HTZ inne tabletki niż przy antykoncepcji. Zmiany hormonalne zachodzące podczas klimakterium mogą doprowadzać do wypadania włosów na głowie. Tylko 44% kobiet wiedziało o tym objawie.

Uzupełnianie niedoboru tych hormonów jest metodą postępowania o udokumentowanym wpływie w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. Ankietowane kobiety nie wiedziały, że estrogeny działają ochronnie na układ sercowo-naczyniowy, udzielając zaledwie prawidłowych odpowiedzi w 48%, natomiast jeszcze mniejsza ilość respondentek (36%) wiedziało, że HTZ zapobiega chorobie niedokrwiennej serca.

Na podstawie analizy odpowiedzi wynika, że badane kobiety w 76% nie zdawały sobie sprawy z istnienia powiązania między zmianami hormonal-

Wykres 2. Odsetek odpowiedzi na pytania dotyczące wpływu zmian hormonalnych na poziom cholesterolu we krwi

Źródło: badania własne.

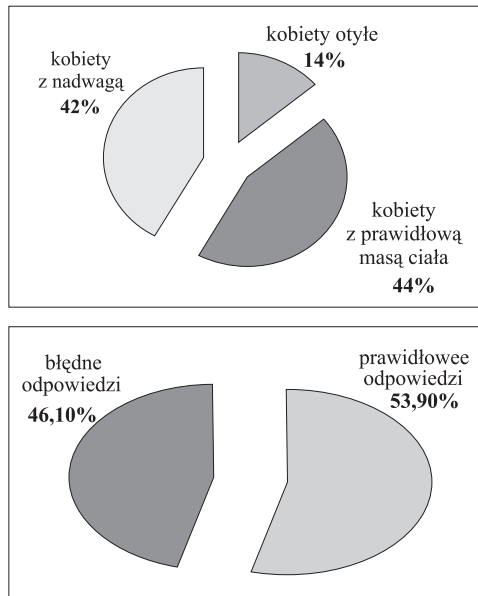
nyimi a poziomem cholesterolu we krwi. Co wydaje się bardzo ciekawe, dobrą odpowiedź wskazały głównie kobiety z wykształceniem niemedycznym (24%).

Jednym z celów przeprowadzonego testu wiedzy było zbadanie poziomu wiadomości wybranej grupy kobiet na temat HTZ. Respondentki miały zbyt małą wiedzę zarówno na temat korzyści wynikających z HTZ, jak i potencjalnych zagrożeniach z nią związanych.

Na pytania związane z żywieniem w okresie przekwitania respondentki wykazały się najniższą wiedzą, odpowiadając prawidłowo na 53,9% pytań.

Dla kobiet w okresie klimakterium szczególnie ważny jest wapń, jako pierwiastek odgrywający kluczową rolę w profilaktyce osteoporozy, a jego głównym źródłem jest mleko i jego przetwory [2].

Rycina 2. Masa ciała kobiet badanych (%) (ryc. 2a) i procent poprawnych odpowiedzi na pytania żywieniowe (ryc. 2b)



Ze stwierdzeniem, że wapń jest ważnym pierwiastkiem w okresie przekwitania zgodziło się 80% respondentek, również duża liczba kobiet, bo aż 78% wiedziało, że dobrym źródłem wapnia są ryby (np. sardynki). Natomiast tylko 44% przyznało, że mleko i przetwory mleczne są dobrym źródłem tego pierwiastka.

Jak wynika z wielu badań w diecie kobiet polskich w okresie menopauzy spożycie mleka i produktów mlecznych jest bardzo niskie, tzn. na poziomie 25% zalecanej normy [6].

Wnioski

Z przeprowadzonej analizy ankiet można wyciągnąć następujące wnioski:

- Ogólna wiedza dotycząca objawów klimakterium wśród kobiet była zadowalająca.
- Niski poziom wiedzy na temat hormonalnej terapii zastępczej może w konsekwencji wpłynąć na decyzje kobiet o rozpoczęciu bądź zrezygnowaniu z zastosowania leczenia objawów klimakterium, jakim jest HTZ.
- Niski poziom wiedzy na temat sposobu żywienia w okresie klimakterium może być przyczyną złego stanu odżywienia kobiet w wieku okołomenopauzalnym i wpływa negatywnie na samopoczucie kobiet.
- Istnieje konieczność szerzenia wiedzy na temat klimakterium wśród kobiet w wieku okołomenopauzalnym, należy edukować młodsze kobiety w celu dobrego przygotowania ich na wejście w okres premenopauzalny.

Piśmiennictwo

1. Bińkowska M. i wsp., Hormonalna terapia zastępcza w grupie kobiet polskich w wieku 45–54 lat. Wiedza, opinie, stosowanie, *Przegląd Menopauzalny*, 2005; 2: 19–27.
2. Ciborowska H., Rudnicka A., *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000.
3. Milewicz A., Mikulski E., Otyłość okresu menopauzalnego a hormonalna terapia zastępcza (HTZ), *Nowa Medycyna*, 1997, 13 (4): 24–26.
4. Połać I. i wsp., Skład kwasów tłuszczowych tkanki tłuszczowej podskórnej i trzewnej u kobiet z nadwagą i otyłych w wieku menopauzalnym populacji Polski centralnej. Wpływ na profil lipidowy osocza, *Przegląd Menopauzalny*, 2005; 6: 38–44.
5. Przysławski J., Grygiel B., Ocena sposobu żywienia grupy kobiet otyłych w okresie przed menopauzą i po menopauzie, *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 2003, XXX, nr 1/2.
6. Przysławski J., Nowak J., Assessing the intake of selected nutrients from food of menopausal women and andropausal men, I. Intake of energy and basic components. *Pol. J. Food Nutr. Sci.*, 1999, 1, 125–34.
7. Pschyrembel W., Strauss G., Pertie E., *Ginekologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 1994.
8. Respondek W. i wsp., *Ona i on w wieku dojrzałym – dolegliwości i choroby*, Grupa Rx, Warszawa, 2004.
9. Stoppard M., *Menopauza. Praktyczny poradnik dla każdej kobiety: jak zachować dobre samopoczucie*, Real Press, Kraków, 1994.

*Problemy
terapeutyczno-pielęgnacyjne
wieku rozwojowego*



Irena Fiedorczyk¹

Jak wspomagać pierwszy etap wychowania dziecka – zalecenia dla położnej środowiskowo/rodzinnej

Wstęp

Opieka nad małeńkimi dziećmi ma swoją specyfikę i nie mieści się w kompetencjach wyłącznie jednej dziedziny wiedzy, jedynie wielodyscyplinarna wiedza może dostarczyć opieki o dobrej jakości.

Niezwykle ważną konsekwencją rozumienia procesu wychowawczego na gruncie medycyny środowiskowo-rodzinnej jest fakt, iż proces wychowawczy towarzyszy innym działaniom. Proces wychowawczy realizowany przez położną można określić nie tylko jako psychoprofilaktykę macierzyństwa i ojcostwa, ale również jako psychoprofilaktykę płodową. Oddziaływania sprzyjające pomyślnemu rozwojowi dziecka począwszy od okresu prenatalnego wymagają podkreślenia dwóch zasadniczych faktów:

- 1) Zarodek ludzki od chwili poczęcia jest zupełnie odrębną osobą;
- 2) W pierwszym trymestrze ciąży pojawiają się somatyczne substraty psychiki [5].

Dla każdej matki dziecko jest osobą – człowiekiem jeszcze wtedy, gdy stanowi część integralną z ciałem matki, gdy padają określenia „embrion”, „płód”. Matki wiedzą doskonale, że jest to ktoś niepowtarzalny – ich syn czy córka – z kim można nawiązać najściślejszy kontakt. Owa intymna łączność, więź jaka tworzy się między matką i dzieckiem, nawiązana już w momencie poczęcia wywiera na noworodka zasadniczy wpływ. Wiemy dziś o tym dzięki najnowszym badaniom prowadzonym nad płodem, nad jego zdolnościami percepcyjnymi i reakcjami na zachowanie matki [10, 12].

Okres prenatalny i noworodkowy – to czas oczekiwania i spotkania z dzieckiem, jest on jednocześnie pierwszym etapem rozwoju dziecka i jego wychowania. Rozwój biologiczny i psychologiczny jednostki ludzkiej przebiega w sposób konieczny wyznaczając to, co w kolejnych okresach życia dzieje się z człowiekiem

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii Medycznej w Białymstoku

i równocześnie wskazując, w jakich granicach może być organizowana działalność wychowawcza, a także jaka może być jej treść [4].

Dziecko potrzebuje około 40 tygodni na osiągnięcie dojrzałości i gotowości do narodzin. Ostatnimi laty poczyniono zdumiewające postępy w zakresie wiedzy dotyczącej płodu i jego rozwoju. Na tym etapie rozwoju, pomoc dziecku – to skupienie uwagi matek na pewnych niezaprzeczalnych faktach. Medycyna prenatalna prezentuje następujące stanowisko: ciąża może być w równym stopniu zagrożona chorobą genetyczną matki, czy chorobą przejściową, jak i niewłaściwym postępowaniem czy stresującą lub osłabiającą sytuacją, co z kolei wpłynie na zmniejszenie odporności matki i sprzyjać będzie pojawieniu się groźnej dla dziecka patologii [12].

Wiedza odnośnie sensoryki płodu stanowi dla kobiety w okresie ciąży drogocenną wskazówkę (informację). Gdy kobieta zrozumie subiektywną i delikatną sytuację, w jakiej znajduje się płód, to wczuje się w jego potrzeby i postara się je zaspokoić. Tryb życia prowadzony przez matkę w okresie ciąży wpływa na rozwój dziecka. Jeśli okresy aktywności i odpoczynku u matki są odpowiednio rozłożone, dziecko ma na przemian chwile spokoju i chwile ruchu, a w konsekwencji rozwija się równomiernie (dziecko jest aktywne przede wszystkim w czasie odpoczynku matki). Badania i eksperymenty, na jakie powołuje się profesor Jean Pierre Relier w swojej książce „Pokochać je nim się narodzi” – ukazują, że płód bardzo wczesnie posiada wrażliwość skórną, odczuwa kołyszące go ruchy i zdolny jest do ewentualnej reakcji, gdy ruchy te są zbyt gwałtowne, a także posiada wrażliwość „chemiczną” to znaczy, że odczuwa w łonie matki smaki i zapachy. Dziecko jest nawet zdolne po urodzeniu rozpoznać zapach swojej matki [12].

To, co najważniejsze, to specyfika matki, specyfika, którą dziecko wyczuwa podczas ciąży i którą pamięta po urodzeniu. Wyniki tych badań pozwalają zrozumieć olbrzymią wagę kontaktu cielesnego po porodzie oraz karmienia piersią – mleko matki ma na początku specyficzny smak, który zależy, podobnie jak smak płynu owodniowego – od sposobu odżywiania się matki. Dziecko byłoby go w stanie częściowo rozpoznać i którego potrzebowałoby nie tylko fizjologicznie, ale także psychicznie [10].

Prace badawcze wykazały również, że od 26–28 tygodnia ciąży płód reaguje na bodźce słuchowe – ta wrażliwość słuchowa pozwala dziecku, w czasie ostatnich miesięcy ciąży – słyszeć głos matki i ojca i rozpoznać po urodzeniu [10].

Wszystkie zmysły przyczyniają się już w okresie ciąży do utworzenia więzi między dzieckiem a matką. Najmniej pobudzonym w czasie ciąży narządem zmysłowym jest bez wątpienia wzrok. Dopiero po urodzeniu, wzrok poprzez odbierane wrażenia stanie się nierozdzieloną częścią tego związku.

W praktyce rozwinęły się techniki ułatwiające kontakt matki i dziecka przed jego urodzeniem. Pozwalają one rozwinąć więź emocjonalną będącą gwarancją harmonijnego rozwoju dziecka. Najlepiej rozwiniętą techniką kontaktu jest

z pewnością haptonomia. Opracowana w Holandii przez Frahsa Veldmana technika polega na kontakcie z dzieckiem przez dotyk. Teoria, na której opiera się haptonomia, pozwala matce chociaż częściowo poznać i zrozumieć swoje dziecko przed urodzeniem [12].

W chwili obecnej istnieje szczególnie wielka potrzeba „intelektualnego rozszyfrowania dziecka”. Instynkt w dziedzinie wyposażenia uczuciowego (empatii) jest znacznie słabszy, osobowość matek i ojców wymaga dodatkowego bodźca rozumowego po to, by dziecko było nie tylko kochane, lecz dostrzegane i rozumiane w swoich nieustannych i interesujących przemianach. Od samego początku więź matka – dziecko występuje nie tylko na poziomie biologicznym, lecz także uczuciowym. Ta dwoistość wzajemnych więzi wymaga wskazówek wychowawczych dla przyszłych matek, aby we wzajemnych interakcjach mogły zapewnić swojemu dziecku jak najlepsze środowisko macierzyńskie.

Start macierzyństwa jest trudny. Należy o tym wiedzieć mobilizując na ten okres cały zapas optymizmu życiowego i wszystkie siły psychiczne obojga rodziców, aby chronić noworodka przed niepożądanym działaniem własnych lęków i niepewności. Matka, która nie potrafi zadośćuczynić potrzebom swego dziecka, czuje się głęboko rozczarowana, jest niezadowolona z siebie i z dziecka – może dojść do odtrącenia dziecka [1].

W tym miejscu pragnę przytoczyć treść punktu 6 Deklaracji Praw Dziecka, ogłoszonej 20 listopada 1959 r.: „Dla pełnego i harmonijnego rozwoju osobowości, dziecko potrzebuje miłości i zrozumienia. Winno ono, jeżeli to jest możliwe, wzrastać pod opieką i odpowiedzialnością swoich rodziców, a w każdym razie w atmosferze uczucia i bezpieczeństwa moralnego i materialnego; dziecko w okresie wczesnego dzieciństwa nie powinno być, jeśli nie wchodzi w grę okoliczności wyjątkowe, oddzielone od matki” [2].

Tak więc rodzina stanowi dla dziecka najlepsze i naturalne środowisko rozwojowe dzięki możliwości otoczenia go indywidualną opieką i zaspakajania jego potrzeb [7]. Dzięki zaspokojeniu tych potrzeb lepiej i szybciej rozwija się sprawność umysłowa dziecka, sprawność fizyczna, a także umiejętność nawiązywania kontaktów społecznych. Dziecko – oprócz radości i akceptacji – potrzebuje także kontaktu z rodzicami, ich czujności i współdziałania. W zasadzie rodzina jako mała, naturalna grupa społeczna, jest najlepszym środowiskiem wychowawczym.

Przygotowanie do rodzicielstwa w rodzinie – szczególna rola przypada tutaj położnym środowiskowym/rodzinnym. Właściwe przygotowanie merytoryczne dopomaga w prawidłowym spełnianiu funkcji rodzicielskich. Jest to również jeden z elementów kształtowania prawidłowych odczuć macierzyńskich i ojcowskich. Dobrze przygotowana do realizacji swych zadań położna będzie mogła stymulować odpowiednim postępowaniem oraz rozwiązaniami organizacyjnymi kształtowania się postaw rodzicielskich.

Dla prawidłowego rozwoju dziecka potrzebna jest prawidłowa postawa obojga rodziców. Postawę rodzicielską (ojcowską i macierzyńską) określa J. Rembow-

ski jako „całościową formę ustosunkowania się rodziców (osobno matki, osobno ojca) do dzieci, do techniki oddziaływania, do zagadnień wychowawczych, itp. ukształtowaną podczas pełnienia funkcji rodzicielskich” [11].

Dojrzałość małżonków do wypełniania nowej roli rodzicielskiej przejawia się w:

- 1) zrozumieniu zadań rodzicielskich i gotowości do ich wypełniania,
- 2) uznawaniu dziecka jako indywidualności mającej swoje potrzeby,
- 3) wiedzy o podstawowych etapach wzrostu i rozwoju dziecka,
- 4) dojrzałości emocjonalnej i umiejętności wytwarzania silnej więzi rodzinnej.

Rodzi się człowiek – właśnie w tym czasie najbardziej powinno się odczuwać radość z posiadania dziecka, ale też obawę o jego zdrowie i lęk przed odpowiedzialnością za drugiego człowieka. Właśnie wtedy ustalają się nowe układy rodzinne, relacje między rodzicami. Jednocześnie wiele kobiet w okresie poporodowym ma problemy emocjonalne, walczy z bólem, uczy się prawidłowej pielęgnacji dziecka, prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, a tym samym właśnie zaspakajania jego potrzeb. Momentem krytycznym dla noworodka i rodziców jest powrót matki z dzieckiem z oddziału położniczego do domu. Położna środowiskowa – rodzinna powinna zapewnić pomoc w bezpiecznym i szczęśliwym początkowym etapie bycia rodzicami.

Proces wychowawczy realizowany przez położną środowiskowo/rodzinną posiada rozbudowany element działaniowy, gdzie głównie dąży się do ćwiczenia w zakresie pełnienia określonych ról (roli matki, roli ojca). Proces wychowawczy polega na werbalnym oddziaływaniu, na tworzeniu sytuacji sprzyjających dokonywaniu trafnych wyborów i właściwych zachowań. Chodzi tu o takie realizowanie poczynań opiekuńczych, aby zawierały element „nastawienia wychowawczego”, spełniały „funkcję wychowawczą”, były nasycone „oddziaływaniem wychowawczym”. Do tak określonych poczynań opiekuńczych konieczna jest interdyscyplinarna wiedza o człowieku i jego środowisku życia [9].

Gromadzenie danych o kobiecie w okresie ciąży i jej środowisku rodzinnym jest bardzo ważnym etapem pracy – czyli plan opieki pielęgniarzkiej i opieka wynikająca z niego może być tylko tak dobra jak dane, na których plan ten i pielęgnowanie są oparte.

Do głównych zadań położnej pracującej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej należy działalność profilaktyczna skierowana na wyeliminowanie czynników negatywnie oddziałujących na rozwój ciąży, a także przygotowanie kobiety do porodu i zadań macierzyńskich. Określeniem „środowisko macierzyńskie” objęłam okres prenatalny i noworodkowy. Dobre środowisko macierzyńskie to największy dar, jaki para ludzi dorosłych może ofiarować dojrzewającej istocie ludzkiej.

Proponuję przyjęcie kryteriów oceny środowiska macierzyńskiego rozumianych jako koncepcja 10 podstawowych filarów. Są nimi pierwszy i drugi filar – zdrowa matka i zdrowy ojciec, ze szczególnym uwzględnieniem wieku, prze-

szłości położniczej, wykształcenia, trybu życia oraz usposobienia. Trzeci i czwarty – to warunki materialne i mieszkaniowe rodziny. Więź rodzinna oraz bodźce kulturalne i wychowawcze w rodzinie to kolejne dwa filary. Siódmy, stanowi nastawienie psychiczne do ciąży w trakcie jej trwania. Czynniki zakłócające prawidłowy przebieg ciąży to filar ósmy. Dziewiąty to czynniki wypełniające czas oczekiwania na dziecko, natomiast dziesiąty to myśli (odczucia) związane z porodem.

Ten podział w oparciu o dziesięć filarów zawiera w sobie (jak każda próba systematyzacji) pewne niebezpieczeństwo sztuczności. Poszczególne sfery działania zazwyczaj zachodzą na siebie i z trudnością dają się odseparować. Przedstawiony schemat jakkolwiek daleki od doskonałości, okazuje się jednak bardzo przydatny i to zarówno w ocenie środowiska macierzyńskiego, jak i w korygowaniu zaistniałych deformacji, niedociągnięć, braków, niewiedzy i nieumiejętności.

Jednym z głównych czynników jest nastawienie psychiczne – stan emocjonalny do ciąży, do rozwijającego się dziecka. Zależy ono najczęściej od tego, czy ciąża była planowana, czy nieoczekiwana, a także od sytuacji rodzinnej, warunków pracy i innych okoliczności. W oczekiwanej ciąży myśli kobiety koncentrują się wokół nienarodzonego dziecka i uczucia radości związanego z przyszłym macierzyństwem. Inaczej przedstawia się sytuacja u kobiet, których ciąża była nieplanowana i związana z niekorzystną sytuacją społeczno-ekonomiczną. Ciężarne te wymagają specjalnej troski ze strony położnej.

Kryteria oceny środowiska macierzyńskiego (ocena 10 podstawowych filarów)

Numer wskaźnika	Nazwa zespołu wskaźników	Wskaźniki składowe
I	Matka	1. wiek (lat) 2. ogólny stan zdrowia 3. wywiad położniczy (kolejność ciąży; termin porodu) 4. wykształcenie 5. tryb życia a) godziny pracy (nauki) b) stałe zajęcia 6. usposobienie: a) miłe b) pogodne c) ponure d) żywe e) gwałtowne f) kłótlive 7. reakcje na niepowodzenia: zachowania flegmatyczne lub choleryczne

Numer wskaźnika	Nazwa zespołu wskaźników	Wskaźniki składowe
II	Ojciec	1. wiek (lat) 2. ogólny stan zdrowia 3. wykształcenie 4. tryb życia c) godziny pracy (nauki) d) stałe zajęcia 5. usposobienie: g) miłe h) pogodne i) ponure j) żywe k) gwałtowne l) kłótlive 6. reakcje na niepowodzenia: zachowania flegmatyczne lub choleryczne
III	Warunki materialne rodziny (ocena subiektywna)	1. bardzo dobre 2. dobre 3. dostateczne 4. wystarczające 5. możliwe 6. niedostateczne 7. bardzo trudne 8. korzystamy z pomocy pracowników socjalnych
IV	Warunki mieszkaniowe (ocena subiektywna)	1. rodzina zajmuje mieszkanie z wszelkimi wygodami 2. rodzina zajmuje mieszkanie, w którym występują pewne braki 3. rodzina zajmuje mieszkanie, w którym jest brak podstawowych urządzeń sanitarnych
V	Bodźce kulturalne i wychowawcze w rodzinie	1. księgozbiór (jaki?) 2. czasopisma, gazety (jakie?) 3. zainteresowania (hobby domowników): a) dające zadowolenie z zajęcia b) sposoby spędzania wolnego czasu
VI	Więź rodzinna	1. wspólne wykonywanie czynności (jakich?) 2. czy istnieje wspólne planowanie wydatków 3. czy istnieje wspólne radzenie się nad podjęciem ważnych decyzji 4. wspólne chodzenie na spacer 5. wspólne uczęszczanie do kina, teatru 6. wspólne słuchanie radia i oglądanie programów telewizyjnych 7. wspólne spożywanie chociaż jednego posiłku 8. wspólne czytanie czasopism k książek
VII	Nastawienie psychiczne, stan emocjonalny do ciąży w trakcie jej trwania	1. bardzo zadowolona 2. zadowolona 3. obojętna 4. pogodzona z faktem ciąży 5. niezadowolona 6. powstały sytuacje konfliktowe w rodzinie

Numer wskaźnika	Nazwa zespołu wskaźników	Wskaźniki składowe
VIII	Czynniki zakłócające prawidłowy przebieg ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. ciąża nieplanowana 2. sytuacja konfliktowa w rodzinie 3. choroba (jaka?) 4. złe samopoczucie 5. zagrażające poronienie 6. palenie papierosów, używki 7. trudna sytuacja materialna 8. trudna sytuacja mieszkaniowa 9. konflikty w pracy 10. egzaminy
IX	Czynniki wypełniające czas oczekiwania na dziecko	<ol style="list-style-type: none"> 1. regularne uczęszczanie na badania kontrolne 2. zmiana trybu życia 3. pilne poznawanie rozwijającego się dziecka i jego potrzeb 4. silne uczucie radości związane z przyszłym macierzyństwem 5. przygotowanie domu na przyjęcie dziecka 6. organizowanie wyprawki dla dziecka 7. uczęszczanie na zajęcia do szkoły rodzenia 8. czytanie literatury odnośnie macierzyństwa 9. obranie położnej środowiskowej za przewodnika w przebiegu ciąży, porodu i położu oraz pielęgnacji noworodka 10. przygotowanie ojca do odbycia wspólnego porodu
X	Myśli (odczucia) związane z porodem	<ol style="list-style-type: none"> 1. odczucie lęku przed pobytem w szpitalu 2. obawa o zdrowie dziecka 3. obawa przed bólem porodowym 4. obawa o własne zdrowie 5. inne

Podsumowanie

Należy wprowadzić do praktyki zawodowej położnej środowiskowej/rodzinnej następujący tryb postępowania opiekuńczo-wychowawczego w stosunku do kobiet w okresie ciąży, a mającego na celu wspomaganie pierwszego etapu rozwoju i wychowania dziecka:

- 1) przeprowadzać z każdą ciężarną wywiad z ukierunkowaniem na ocenę zdrowia środowiska macierzyńskiego – pozwoli to określić problemy kobiet ciężarnych oraz ustalić grupy dyspanseryzacji pielęgniarzkiej (można nazwać to podziałem pod kątem nastawienia do ciąży);
- 2) rozwój wiedzy o potrzebach emocjonalnych i egzystencjalnych dziecka w okresie jego życia wewnątrzmacicznego i fazie okołoporodowej oraz uwrażliwienie się na te potrzeby stawia wymóg przesunięcia akcentu z osoby matki na osobę dziecka;

- 3) należy zapoznać każdą kobietę w okresie ciąży z przebiegiem kolejnych faz rozwoju dziecka w okresie jego życia wewnątrzmacicznego (można korzystać z odpowiedniego zestawu przezroczy lub ilustracji);
- 4) należy uczyć i zachęcać do dialogu z nienarodzonym jeszcze dzieckiem oraz zwrócić uwagę na rozwój psychiczny dziecka w łonie matki;
- 5) należy omawiać możliwości oddziaływania uspakajającego w przypadkach nadpobudliwości ruchowej dziecka przez wyciszenie atmosfery domowej i rodzinnej, przez słuchanie odpowiedniej muzyki.

Istnieje potrzeba ciągłego i racjonalnego oddziaływania położnej środowiskowej/rodzinnej na kształtowanie środowiska macierzyńskiego dla rozwoju dziecka. Dla osób, które czuwają nad rozwojem dziecka nie powinno być niedostępnych lub obojętnych spraw związanych z losem dziecka. W pracy położnej działania o charakterze pomocy wspierającej rozwój dziecka powinny być dominujące, zmierzając do wsparcia matki i ojca w wypełnianiu ich funkcji rodzicielskiej. Sposoby pracy z rodzinami powinny być dość zróżnicowane. Najważniejsze zaś jest to, aby podejmowane działania były przeniknięte ideą oddziaływania wychowawczego, a nie ograniczały się tylko do rutynowych wizyt patronażowych o charakterze medyczno-kontrolnym. Poprzez przyjęcie takiego kierunku oddziaływań nasyconych treściami wychowawczymi, położna środowiskowa/rodzinna będzie spełniała również funkcje wychowawcze.

Piśmiennictwo

1. Alexander J., *Nowoczesne położnictwo*. Warszawa 1995.
2. Bielicka I., *Miłość macierzyńska pod mikroskopem*. Warszawa 1967.
3. Braun-Gałkowska M., *Psychologia domowa*. Olsztyn 1990.
4. Debesse, *Etapy wychowania*. Warszawa 1996.
5. Fijałkowski W., *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia*. PZWL, Warszawa 1981.
6. Kornas-Biela D., *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Lublin 1996.
7. Izdebska H., *Przygotowanie do życia w rodzinie*. Warszawa 1972.
8. Łopatkowa M., *Jak pracować z dzieckiem i rodziną zagrożoną*. Warszawa 1980.
9. Marynowicz-Hetka E., *Praca socjalno-wychowawcza z rodziną niepełną*. Warszawa 1985.
10. Maurer D., *Świat noworodka*. Warszawa 1994.
11. Rembowski J., *Rodzina w świetle psychologii*. Warszawa 1986.
12. Relier J., *Pokochać je nim się narodzi*. Warszawa 1994.

Renata Żaczek¹, Mirosław, J. Jarosz¹

Warunki społeczno-ekonomiczne rodzin a rozwój fizyczny młodzieży wsi podkarpackiej – badania wstępne

Wstęp

Zmiany warunków życia w Polsce, spowodowane kryzysem ekonomicznym lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych, a następnie zmiany ustrojowe w różnorodny sposób modyfikują rozwój biologiczny młodego człowieka [1, 2].

W Polsce naukowcy zgodnie podkreślali istnienie środowiskowego zróżnicowania rozwoju pomiędzy miastem a wsią. Obserwowane rozwarstwienie społeczne i środowiskowe w rozwoju fizycznym populacji wzrostowej wciąż występuje, potwierdzają to wyniki badań regionalnych prowadzone przez: Wliczewskiego, (1998 – Polska wschodnia) i Nowickiego (2002–2003 – region bydgoski) [3].

Największe różnice notowano między poziomem rozwoju dzieci i młodzieży aglomeracji wielkomiejskich a regionami wiejskimi Polski północno-wschodniej i okolic podgórskich [2, 4].

Postęp cywilizacji, z którym wiąże się także poprawę sytuacji ekonomicznej, w tym warunki bytowania, sposób odżywiania się, a także zwiększenie liczby bodźców docierających do ośrodkowego układu nerwowego (telewizja, komputer, radio) uważane są za przyczynę zjawiska akceleracji. Rzecznikami tych poglądów byli Lenz, Tanger [3].

W Polsce nacisk na znaczenie przemian gospodarczo-społecznych i wpływu czynników środowiskowych kładła Bocheńska (1972). Przemiany ustrojowe w Polsce w ostatnich kilkunastu latach nie doprowadziły jednak do zaniku różnic między wsią a miastem [3, 5].

Materiał i metoda

Badania antropometryczne wykonano w grupie 23 osób w klasie wiekowej 14-latków, zamieszkujących tereny wiejskie w województwie podkarpackim wsi Niebocko, w czerwcu 2006 roku. Badanie prowadzone były zgodnie z decyzją nr 78/2004 Komisji Biotycznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie.

U wszystkich badanych mierzono wskaźniki rozwoju somatycznego: wysokość i masę ciała, obwód głowy i klatki piersiowej oraz grubość fałdów skórno-tłuszczowych nad mięśniem trójgłowym ramienia, na brzuchu w okolicy pępka i pod dolnym kątem łopatki.

Wysokość i masę ciała mierzono za pomocą wagi lekarskiej ze wzrostomierzem, z dokładnością do 0,1 kg, a wysokość ciała do 0,5 cm. Obwody mierzono taśmą krawiecką z dokładnością do 0,5 cm. Grubość fałdów skórno-tłuszczowych mierzono przy pomocy fałdomierza.

Wyniki badań antropometrycznych porównano do normy warszawskiej opracowanej przez I. Palczewską i Z. Niedźwiecką w latach 1996–1999 dla populacji z Warszawy (2001) [6].

Kwestionariusz autorski był źródłem informacji o sytuacji społeczno-ekonomicznej rodzin, z których pochodziły badane dzieci. Odpowiedzi udzielali rodzice lub prawni opiekunowie dzieci.

Liczebność osób badanych z podziałem na płeć przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczebność materiału z podziałem na płeć

Wiek	Chłopcy		Dziewczęta		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
14 lat	12	52,18	11	47,82	23	100

Wyniki

Ocena sytuacji społeczno-ekonomicznej

Na podstawie danych ankietowych oceniono sytuację społeczno-ekonomiczną rodzin badanej młodzieży. Strukturę wykształcenia rodziców przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Struktura wykształcenia rodziców

Rodzaj wykształcenia	Wykształcenie matek		Wykształcenie ojców	
	N	%	N	%
Podstawowe	6	26,1	5	21,7
Zasadnicze zawodowe	11	47,8	15	65,2
Średnie	3	13,0	1	4,3
Wyższe licencjat/inżynier	2	8,7	1	4,3
Wyższe magisterskie	1	4,3	1	4,3
Ogółem	23	100,0	23	100,0

Tabela 3. Rozkład liczebności dzieci w rodzinie

Liczba dzieci w rodzinie	N	%
Jedno	1	4,3
Dwoje	10	43,5
Troje	4	17,4
Czworo i więcej	8	34,7
Ogółem	23	100,0

Tabela 4. Sytuacja materialna rodziny w ocenie subiektywnej

Subiektywna ocena sytuacji materialnej rodziny	N	%	
Pieniądzy wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	2	8,7	
Żyjemy oszczędnie i wystarcza na wszystko	9	39,1	91,2%
Żyjemy tak, by oszczędzić na poważniejsze zakupy	5	21,7	
Pieniądzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie ubranie	7	30,4	
Ogółem	23	100,0	

Stwierdzono, że wśród rodziców badanych osób przeważa wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe. Wśród matek stanowi ono odpowiednio 26,1% i 47,8%, a w grupie ojców odpowiednio 21,7% i 65,2%. Rodziców z wyższym i średnim wykształceniem było zaledwie 9 osób (19,56%).

Rozkład liczby badanych dzieci w rodzinach przedstawia tabela 3. Stwierdza się wyraźną przewagę (43%) liczby rodzin posiadających dwójkę dzieci.

Warunki mieszkaniowe rodziny jako dobre określa 65,2%, zaś jako złe tylko 13,0% osób ankietowanych. W rodzinach pracę zarobkową podejmuje obydwój rodziców w 52,2%, rodzin, gdzie pracuje tylko jeden z rodziców jest 47,8%. Sytuację finansową swojej rodziny określa jako dobrą 82,6%, jako złą 13,0%, a jako bardzo dobrą tylko 4,3%.

Potwierdzeniem na przeciętną sytuację ekonomiczną rodzin jest występowanie tylko w 8,7% stwierdzeń, iż rodzinie wystarcza pieniędzy na wszystko bez specjalnego oszczędzania, natomiast aż 91,2% deklaruje, że żyje oszczędnie. Tabela 4 prezentuje sytuację materialną rodzin w subiektywnej ocenie osób ankietowanych.

Podsumowując zmienne społeczno-ekonomiczne, takie jak wykształcenie, dochód, liczebność rodziny, warunki zamieszkania wskazują, że rodziny, z których pochodzi badana grupa młodzieży przejawiają cechy charakterystyczne dla terenu wiejskiego o niskim stopniu urbanizacji.

Wskaźniki antropometryczne

Wyniki z badania antropometrycznego badanej grupy młodzieży zestawiono z normą opracowaną dla populacji warszawskiej (norma docelowa).

Wśród badanych 12 chłopców średnie wartości zarówno wysokości, jak i masy ciała są niższe od średniej wartości normy docelowej. Podobną prawidłowość wykazują także porównania pomiarów obwodu głowy i klatki piersiowej. Pomimo niewielkiej liczebności grupy badanej, w przypadku wysokości ciał, stwierdzona różnica okazała się istotna statystycznie ($p = 0,002$). Wskaźnik BMI (Body Mass Index) badanych chłopców kształtuje się w granicy normy chłopców warszawskich (Tabela 5).

Grupa 11 badanych dziewcząt charakteryzuje się niższymi wartościami średnimi badanych wskaźników antropometrycznych w odniesieniu do normy warszawskiej. Wskaźnik BMI jest nieznacznie niższy od normy docelowej. Zwraca uwagę znacząca i istotna statystycznie, pomimo nielicznej grupy badanej, różnica średniej obwodu klatki piersiowej ($p = 0,004$) (Tabela 6).

Tabela 5. Wartości średnie (M) niektórych badanych cech antropometrycznych u 12 chłopców w porównaniu do normy warszawskiej (Mn)

Badane parametry antropometryczne	Wartości badanych parametrów u chłopców z terenu wiejskiego				Porównanie z normą docelową		
	Min	Max	M	SD	Mn	Różnica M – Mn	p
Wysokość ciała (cm)	150,0	172,0	160,29	7,20	165,83	- 5,54	0,022
Masa ciała (kg)	33,0	68,0	51,63	11,43	55,14	- 3,52	NS
Wskaźnik BMI (Queteleta II)	14,66	25,66	19,81	3,48	19,81	0	NS
Obwód głowy (cm)	52,0	58,0	54,38	1,77	55,46	- 1,09	NS
Obwód klatki piersiowej (cm)	60,0	90,0	72,92	9,24	75,91	- 2,99	NS

Tabela 6. Wartości średnie (M) niektórych badanych cech antropometrycznych u 11 dziewcząt w porównaniu do normy warszawskiej (Mn)

Badane parametry antropometryczne	Wartości badanych parametrów u dziewcząt z terenu wiejskiego				Porównanie z normą docelową		
	Min	Max	M	SD	Mn	Różnica M – Mn	p
Wysokość ciała (cm)	136,0	166,0	158,8	8,36	161,91	- 3,73	NS
Masa ciała (kg)	37,10	65,0	48,82	9,40	51,46	- 2,64	NS
Wskaźnik BMI (Queteleta II)	15,41	24,52	19,38	2,88	19,63	- 0,25	NS
Obwód głowy (cm)	50,0	57,0	54,73	1,95	54,75	- 0,02	NS
Obwód klatki piersiowej (cm)	68,0	88,0	79,23	5,84	72,65	- 6,58	0,004

Wnioski

Pomimo licznych przeobrażeń wsi polskiej w badaniach nie stwierdzono zmian w strukturze rodzin, poziomie wykształcenia rodziców i w konsekwencji poziomie życia rodzin. Świadczy to o utrzymywaniu się różnic środowiskowych pomiędzy miastem a wsią. Badania antropometryczne wśród populacji młodzieży wiejskiej zdają się wskazywać na istnienie rozwarstwienia społeczno-ekonomicznego warunkującego rozwój fizyczny. W badanych grupach dzieci wskaźniki antropometryczne są generalnie niższe w porównaniu do normy warszawskiej. Znajduje to odzwierciedlenie w obserwowanych u dzieci wskaźnikach antropometrycznych.

Przedstawione wyniki, ze względu na niewielką liczebność grupy badanej, mają jedynie wstępny, eksploracyjny charakter. Istnieje zatem konieczność dalszego prowadzenia badań w tym zakresie, poprzez objęcie nimi większej grupy młodzieży z terenów wiejskich i aglomeracji miejskich województwa podkarpackiego celem dokonania analiz porównawczych oraz poszukiwania niejednokrotnie subtelnych przyczyn sytuacji kreowanej wynikami badań empirycznych.

Piśmiennictwo

1. Malinowski A.: Porównanie rozwoju fizycznego młodzieży wsi wielkopolskiej i Poznania z 2000 roku.: J.Z., H.P., M.S.: Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży wiejskiej. Wydawnictwo Instytut Medycyny Wsi, Lublin 2004, s. 13–19.
2. Krawczyński M.: Dziecko Polskie w końcu XX wieku: kierunek zmian. *Pediatrya Praktyczna* 2000, nr 4, s. 305–317.
3. Nowicki G.: Rozwój fizyczny dzieci i młodzieży w rodzinach wiejskich. Wydawnictwo KPSW, Bydgoszcz 2004, s. 7–20.
4. Krawczyński M., Walkowiak J., Krzyżaniak A.: Trend sekularny wysokości i masy ciała dzieci i młodzieży miasta Poznania w latach 1880–2000. *Pediatrya Praktyczna* 2000, nr 4, s. 365–383.
5. Kołodziej H., Kozieł S.: Charakterystyka społeczna i antropologiczna 13–15 letnich chłopców i dziewcząt z Wrocławia i okolic. W: *Społeczne kontrasty w stanie zdrowia Polaków*. Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa 1998, s. 75–87.
6. Palczewska I., Niedźwiecka Z.: Wskaźniki rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży warszawskiej. *Medycyna wieku rozwojowego* 2001, suplement I do nr 2, s. 17–55.

Izabela Micun

Zachowania zdrowotne uczniów Gimnazjum w Sokółce

Wstęp

Zdrowie społeczeństwa jest uzależnione od wielu powiązanych ze sobą czynników, z których najważniejszymi są styl życia i zachowania zdrowotne. Każdy człowiek ma duży wpływ na własne zdrowie, jednak nie każdy z nas potrafi na nie świadomie oddziaływać [1, 4].

Zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne) to określone postępowanie, działanie (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka [5, 9, 10]. Zachowania zdrowotne kształtują się już od wczesnego dzieciństwa pod wpływem wielu czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, środowisku lokalnym i środkach masowego przekazu [2, 8]. Do zachowań sprzyjających zdrowiu zaliczamy m.in.: aktywność fizyczną, racjonalne odżywianie się, dbanie o higienę osobistą, radzenie sobie ze stresem, właściwe relacje międzyludzkie.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie zachowań sprzyjających zdrowiu podejmowanych przez uczniów Gimnazjum w Sokółce oraz stwierdzenie czy zachowania prozdrowotne dziewcząt różnią się od zachowań chłopców.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono wśród uczniów III klas Gimnazjum w Sokółce w okresie od kwietnia do maja 2006 roku. W badaniu wzięły udział dwa Gimnazja z Sokółki: Gimnazjum nr 1 i nr 2. Łączna liczba badanej grupy wynosiła 328 osób. W pracy zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką – ankieta, natomiast narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety. Wykorzystano ankietę opracowaną przez profesor Barbarę Woynarowską [10]. Zastosowano technikę ankiety audytoryjnej.

¹ Studenckie Koło Naukowe, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

Wyniki

Wśród 328 badanych gimnazjalistów, 170 osób (51,8%) to chłopcy, natomiast 158 osób (48,1%) stanowiły dziewczęta. Większość uczniów – 235 (71,7%) mieszkała w Sokółce, natomiast 93 osób (28,3%) w okolicznych wsiach (Tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka respondentów

Charakterystyka grupy					
Płeć			Miejsce zamieszkania		
Chłopcy	Dziewczyny	Suma	Sokółka	Okoliczne wsie	Suma
170 (51,8%)	158 (48,1%)	328 (100%)	235 (71,7%)	93 (28,3%)	328 (100%)

Analizując wyniki porównano odpowiedzi „zawsze” i „często” pod względem płci respondentów (Tabela 2).

Tabela 2. Zachowania sprzyjające zdrowiu (odpowiedzi „zawsze” i „często”)

	Dziewczęta N = 158	Chłopcy N = 170
1. Śpię, co najmniej 8–9 godzin każdej nocy	87 (55,1%)	104 (61,2%)
2. Czyszczę zęby, co najmniej 2 razy dziennie*	142 (89,9%)	125 (73,5%)
3. Jestem aktywny(a) ruchowo – trenuję, co najmniej godzinę dziennie*	88 (55,7%)	130 (76,5%)
4. Oglądam telewizję nie dłużej niż 2h dziennie*	36 (22,8%)	62 (36,5%)
5. Jem codziennie owoce (1 raz lub więcej)	113 (71,5%)	126 (74,1%)
6. Jem codziennie warzywa (1 raz lub więcej)	99 (62,6%)	119 (70,0%)
7. Wypijam codziennie, co najmniej 2 szklanki mleka lub kefiru, jogurtu*	57 (36,1%)	84 (49,4%)
8. Jem codziennie rano śniadanie*	112 (71,0%)	136 (80,0%)
9. Jem w szkole posiłek (drugie śniadanie lub obiad)*	101 (63,9%)	82 (48,2%)
10. Ograniczam jedzenie słodczy	52 (32,9%)	55 (32,3%)
11. Mówię NIE osobom, które namawiają mnie do zachowań antyzdrowotnych*	122 (77,2%)	114 (67,0%)

* $p < 0,05$

Zachowań żywieniowych znacznie częściej przestrzegali chłopcy. Gimnazjaliści płci męskiej częściej niż płeć przeciwna w swojej codziennej diecie uwzględniali owoce (74,1%) i warzywa (70%). W pytaniu dotyczącym spożywania nabia-

łu oraz codziennego jedzenie śniadania stwierdzono różnice statystycznie istotne. Nabiał spożywało 49,4% chłopców i tylko 36,1% dziewcząt. Również spożywanie porannego posiłku zadeklarowało więcej chłopców, niż dziewcząt (odpowiednio 80% i 71%). Młodzież niechętnie rezygnowała ze słodczy. Tylko ponad 32% uczniów obu płci ograniczała ich spożywanie. Dziewczęta spożywały posiłek w szkole (drugie śniadanie bądź obiad) istotnie częściej niż chłopcy. Odsetek dziewcząt wynosił 63,9%, natomiast chłopcy stanowili 48,2%.

Chłopcy zdecydowanie częściej byli aktywni ruchowo, spędzali w sposób czynny ponad godzinę dziennie (76,5%). Wśród dziewcząt odpowiedzi twierdzącej udzieliło niecałe 56%. Różnice są statystycznie istotne. Gimnazjaliści chętniej swój czas spędzali przed telewizorem, poświęcając na to ponad dwie godziny dziennie. Na pytanie „oglądam telewizję nie dłużej niż dwie godziny dziennie” tylko 36,5% chłopców oraz 22,8% dziewcząt udzieliło odpowiedzi „zawsze” i „często”.

Zadowolający jest fakt, iż większość ankietowanej młodzieży chętnie dba o zęby. Dziewczęta myły zęby istotnie częściej niż chłopcy. Prawie 90% dziewcząt i 74% chłopców czyścił swoje zęby, co najmniej dwa razy dziennie.

Różnicę istotną statystycznie stwierdzono analizując odpowiedzi uczniów na pytanie dotyczące ich asertywności. Duży odsetek młodzieży odmawia osobom, które zachęcają ich do podejmowania zachowań antyzdrowotnych: picia alkoholu, palenia tytoniu oraz zażywania narkotyków. Dziewczęta stanowiły 77,2%, natomiast chłopcy 67% osób badanych.

Dyskusja

Co 4 lata, od dwudziestu lat przeprowadzane są międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej oraz postrzeganiu przez nią swego zdrowia (HBSC – Health Behaviour in School – aged Children). Ostatnie badania wykonane były w roku 2002. Wzięło w nich udział 35 krajów, w tym 32 kraje europejskie oraz Izrael, Kanada i USA [6].

W Polsce takie badania wykonano cztery razy. Badaniem objęto uczniów klas V szkół podstawowych oraz I i III klasy gimnazjum, losowo wybranych szkół [6].

Według badań HBSC (7) młodzież gimnazjalna nie odżywiała się w sposób prawidłowy. Śniadanie nie u wszystkich uczniów było pierwszym posiłkiem. Codzienne śniadanie spożywało 70,3% chłopców i 60,3% dziewczęta. Posiłek w środku dnia był częściej spożywany przez chłopców (80,7%) niż dziewczęta (76,5%). Niepokojące jest, iż mniej niż połowa piętnastolatków obu płci spożywała codziennie owoce i warzywa. W diecie dziewcząt produkty te były spożywane częściej. Owoce spożywało 47,7% dziewcząt i 36% chłopców, natomiast warzywa 36,5% młodzieży płci żeńskiej oraz 29,5% młodzieży płci przeciwnej. Codzienne spożycie słodczy deklarowało 35,3% dziewcząt oraz 33% chłopców.

Na przełomie grudnia 2003 i stycznia 2004 roku w Tarnowie zostały przeprowadzone badania wśród uczniów gimnazjum klas trzecich, z których wynika, że zasady racjonalnego odżywiania były przestrzegane w pełni tylko przez 41% respondentów. Owoce i warzywa codziennie spożywało 61% uczniów. Mleko i przetwory mleczne były składnikiem codziennej diety tylko u 32% ankietowanych. Niepokojący jest fakt, iż spożycie ryb kilka razy w tygodniu stwierdziło tylko 26% badanych. Podczas gdy 44% młodzieży codziennie spożywała słodczyce [4].

Badania HBSC dotyczące aktywności fizycznej i wypoczynku wykazują, iż młodzież niechętnie uprawiała sport. Aktywność fizyczną 5 lub więcej dni w tygodniu przez minimum godzinę czasu uprawiało 38,5% piętnastolatków oraz 22,6% piętnastolatek. Znacznie chętniej młodzież w tym wieku spędzała swój czas na oglądaniu telewizji (2–3 h dziennie) Odsetek uczniów płci męskiej wynosił 45,3%, natomiast płci żeńskiej 49% (7).

Jak podaje inna literatura około 20% dzieci w różnym wieku (od 6 do 18 lat) uczestniczyła w intensywnym wysiłku fizycznym mniej niż 2 razy w tygodniu. Aż 70% ankietowanych oglądała programy telewizyjne ponad 2 godziny każdego dnia [3].

Wnioski

Z badań własnych wynika, iż chłopcy w porównaniu z dziewczętami częściej podejmowali zachowania sprzyjające zdrowiu.

Dziewczęta wymagają edukacji zdrowotnej na temat aktywności ruchowej oraz zapotrzebowania organizmu na sen, natomiast chłopcy na temat higieny jamy ustnej.

Zarówno chłopcy, jak i dziewczęta potrzebują edukacji w zakresie zdrowego odżywiania się.

Piśmiennictwo

1. Dzwonkowska S.: Wpływ wychowania na styl życia. Pielęgniarka i Położna, 2006, 10, 24–25.
2. Januszewicz P., Szymborski J. (red.): Zdrowie naszych dzieci. Uwarunkowania, zagrożenia i problemy. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2001.
3. Jethon Z.: Efektywność aktywności fizycznej w utrzymaniu prawidłowej masy ciała u dzieci i młodzieży [w] Problemy wieku dojrzewania cz. II – prozdrowotny styl życia. [red.] Kolarzyk E. Polskie Towarzystwo Higieniczne, Warszawa 2000, 110–117.
4. Kubik B., Kozioł U., Błaszczuk-Tyszka A.: Poznanie zachowań zdrowotnych młodzieży 15–16 letniej, a wpływ rodziny na kształtowanie zdrowego stylu życia w opinii uczniów gimnazjum klas trzecich. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia Sectio D. 2004, VOL. LIX, suppl. XIV, 233, 236–244.

5. Oblacinska A., Ostrega W. (Red.): Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej. Poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów. Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2003.
6. Woynarowska B. (red.): Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. Katedra Biomedycznych Postaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003, 11–15.
7. Woynarowska B., Kołło H.: Samoocena zdrowia, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów (w) Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce. Woynarowska B. (red.), Katedra Biomedycznych Postaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003, 85–108.
8. Woynarowska B., Mazur J.: Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Raport z serii badań wykonanych w 1998 r., Warszawa 1999.
9. Woynarowska B., Mazur J.: Zachowanie zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, grudzień 2000.
10. Woynarowska B., Sokołowska M.: Szkoła promująca zdrowie doświadczenia dziesięciu lat. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2000.

Anna Baranowska¹, Ewa Chrzanowska¹, Elżbieta Krajewska-Kułał¹,
Katarzyna Ostapowicz-Van Damme¹, Barbara Jankowiak¹, Hanna Rolka¹

Wiedza uczniów na temat zachowań ryzykownych dla zdrowia

Wstęp

Termin „zachowanie zdrowotne” jest różnie definiowany. Najczęściej spotykany w literaturze podział, to podział na zachowania:

- sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne) to: odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, higiena osobista i higiena otoczenia, zachowanie bezpieczeństwa (na przykład: w kontaktach seksualnych), utrzymywanie dobrych relacji z innymi, systematyczna kontrola swojego zdrowia, szczepienia ochronne i inne działania sprzyjające zachowaniu zdrowia [1, 2, 3],
- oraz zachowania ryzykowne (negatywne, antyzdrowotne, destrukcyjne, problemowe), co rozumiane jest jako różnorodne „działania niosące ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, jak i dla jej otoczenia społecznego” [1, 2, 3].

Do najczęściej wymienianych zachowań ryzykownych, które stwarzają powstawanie problemów zdrowotnych i społecznych młodzieży zalicza się:

- palenie tytoniu,
- używanie alkoholu,
- używanie innych środków psychoaktywnych (narkotyki, środki wziewne, leki),
- zachowania agresywne,
- wczesna aktywność seksualna [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Edukacja zdrowotna (inaczej prozdrowotna, edukacja dla zdrowia, wychowanie zdrowotne) jest procesem, w którym człowiek uczy się dbać o własne zdrowie i innych ludzi. Jest to proces rozciągnięty w czasie całego życia człowieka, uwzględniający problemy i potrzeby zdrowotne w poszczególnych jego okresach. Celem edukacji jest nabywanie świadomości związanej ze zdrowiem, wypracowanie odpowiedzialnej postawy wobec zdrowia i nabycie umiejętności

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

życiowych, na przykład: zachowań zdrowotnych, zdrowego stylu życia, radzenia sobie ze stresem, a przede wszystkim samoopieki. Człowiek posiadający wiedzę jest w stanie dokonać zmian swojego życia, tak aby zmiany te sprzyjały jego zdrowiu. Dlatego też wspólnym celem i zainteresowaniem pracowników szkoły (dyrekcja, grono pedagogiczne) oraz pracowników służby zdrowia (najczęściej pielęgniarka medycyny szkolnej) powinno być inwestowanie w szeroko rozumiane zdrowie uczniów i realizowanie profilaktyki poprzez wdrażanie programów zdrowotnych, które będą wpływały na poprawę zdrowia uczniów oraz zapobieżeniu powstawania postaw negatywnych [1, 3]. Działania, jakie powinny być podejmowane przez pielęgniarkę szkolną to działania profilaktyczne skierowane do uczniów, ich rodzin, społeczności szkolnej. Pielęgniarka z racji specyficznego kontaktu z młodzieżą może prowadzić edukację zdrowotną uczniów i ich rodziców oraz uczestniczy w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia. Powinna pomagać też w planowaniu tych programów [2].

Materiał i metoda

W pracy zebrano materiał badawczy metodą sondażu diagnostycznego za pomocą specjalnie przygotowanego kwestionariusza ankietowego. Badania przeprowadzono w grudniu 2006 roku wśród uczniów VI klasy Szkoły Podstawowej nr 9 im. Jana Pawła II w Ełku oraz uczniów Gimnazjum nr 3 im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Ełku. Badaniami objęto 24 uczniów szkoły podstawowej oraz 18 uczniów gimnazjum. Łącznie przebadano 42 osoby.

Wyniki badań i omówienie

Prezentacja badanej grupy

Przebadano 42 osoby (100%), w badaniach uczestniczyło 24 uczniów klasy VI szkoły podstawowej (57%) oraz 18 uczniów klasy III gimnazjum (43%). Wszyscy przebadani uczniowie (100%) podawali jako miejsce zamieszkania miasto.

Większość rodziców ankietowanych uczniów legitymowało się wykształceniem średnim lub wyższym. Zapytani o stosunek do pracy rodziców większość badanych 90% wskazywała, że są oni czynni zawodowo. Ponad połowa (57%) uczniów z obu szkół ocenia sytuację materialną swojej rodziny jako bardzo dobrą.

Wiedza uczniów na temat zachowań stanowiących niebezpieczeństwo dla zdrowia

Wszystkie umieszczone w tabeli 1 sytuacje powszechnie uważane są za szkodliwe i objęte programami profilaktycznymi kierowanymi do tej grupy dzieci i młodzieży. Analiza odpowiedzi całej populacji wykazała, że większość respondentów zarówno w szkole podstawowej, jak i w gimnazjum wymieniała jako najbardziej zagrażające zdrowiu palenie papierosów (83,33% i 91,67%) i zażywanie

Tabela 1. Zachowania ryzykowne według uczniów

Odpowiedzi ankietowanych	Rodzaj szkoły			
	Gimnazjum		Szkoła Podst. 9	
	N = 18	%	N = 24	%
picie alkoholu	14	77,78	22	91,67
palenie papierosów	15	83,33	22	91,67
przebywanie wśród palących	14	77,78	17	70,83
zażywanie narkotyków	15	83,33	20	83,33
częste używanie środków przeciwbólowych	10	55,56	10	41,67
odchudzanie	11	61,11	10	41,67
zachowania ryzykowne w ruchu drogowym	11	61,11	10	41,67
przedwczesna inicjacja seksualna	7	38,89	12	50,00
agresja	9	50,00	13	54,17
Razem udzielonych odpowiedzi	106		136	

narkotyków (83,33% i 83,33%). Badani uczniowie mieli jednak trudność z kwalifikacją pozostałych sytuacji. Częste używanie środków przeciwbólowych, odchudzanie, zachowania ryzykowne w ruchu drogowym, przedwczesna inicjacja seksualna czy agresja dla co drugiego badanego zarówno w szkole podstawowej, jak i gimnazjum nie była kojarzona z wystąpieniem ryzyka utraty zdrowia.

Szczegółowej ocenie poddano wiedzę dotyczącą trzech najczęściej występujących negatywnych zachowań zdrowotnych, a więc palenia tytoniu, picia alkoholu oraz zażywania narkotyków

Subiektywna ocena badanych na temat własnej wiedzy o szkodliwości palenia, picia alkoholu i zażywania narkotyków

Większość uczniów gimnazjum (89%) i szkoły podstawowej (63%) deklaruje, że ma dużą bądź bardzo dużą wiedzę na temat badanych zjawisk (Ryc. 1).

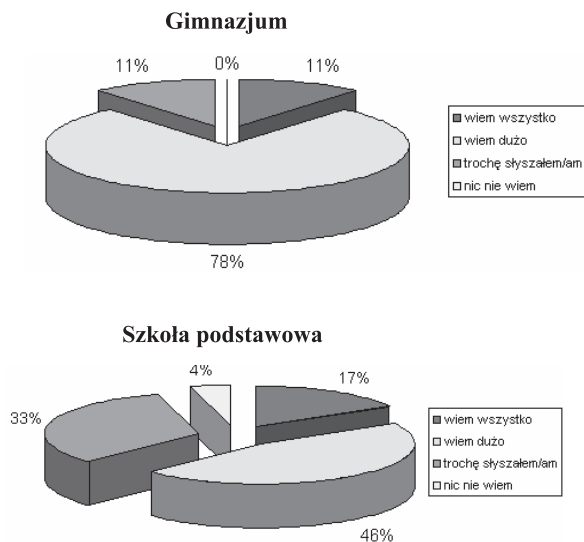
Znajomość szkodliwych składników papierosów

Pomimo deklarowanej przez 72% uczniów znajomości szkodliwych składników, jedynie 25% wymieniło jeden z nich – nikotynę. Natomiast pozostali nie znają żadnych substancji szkodliwych. Nie stwierdzono w obu badanych klasach odpowiedzi bardziej szczegółowych. Badanie to wykazało dużą rozbieżność pomiędzy deklarowaną wysoką wiedzą o nałogach a rzeczywistym poziomem wiadomości.

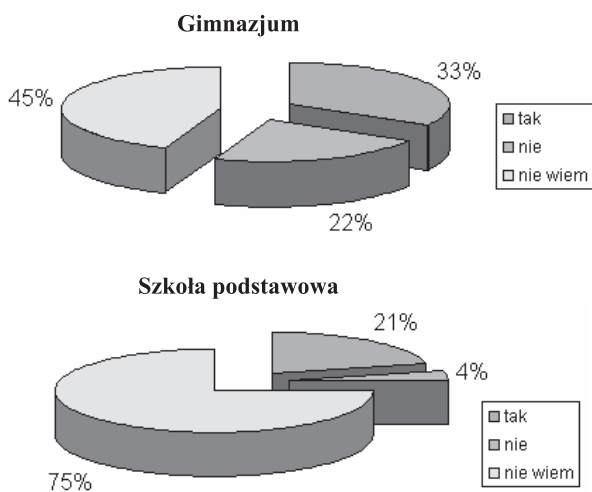
Wiedza ankietowanych na temat zagrożenia wynikającego z alkoholizmu

Tylko dla co piątego (21%) ucznia szkoły podstawowej i co trzeciego (33%) ucznia gimnazjum alkohol stanowi zagrożenie. Główne powody to wg uczniów

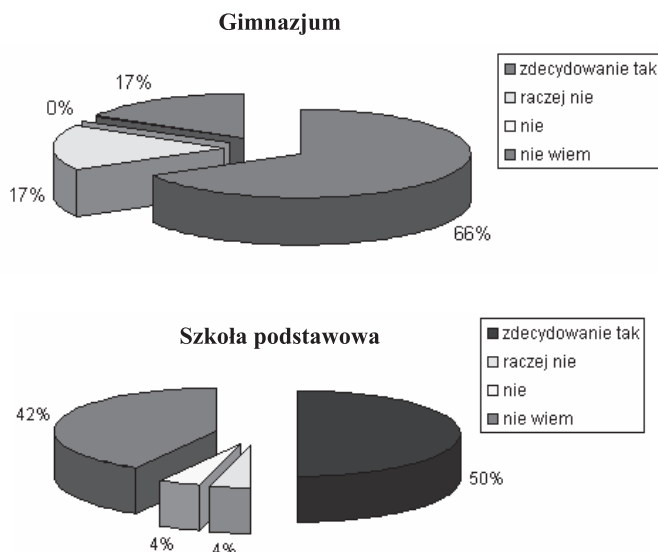
Rycina 1. Subiektywna ocena przez uczniów własnej wiedzy o nałogu palenia, picia alkoholu, zażywania narkotyków



Rycina 2. Ocena przez uczniów negatywnych skutków nadużywania alkoholu



m.in. możliwość uzależnienia, nałogu i szkodliwego wpływu na organizm. Pozostali respondenci przyznają, że nie mają wiedzy na ten temat. Natomiast 22% gimnazjalistów stwierdza, że alkohol nie stanowi zagrożenia dla zdrowia (Ryc. 2).

Rycina 3. Opinia uczniów na temat szkodliwości narkotyków***Wiedza uczniów na temat negatywnych skutków zażywania narkotyków***

Połowa uczniów szkoły podstawowej (50%) i 44% gimnazjalistów nie ma wiedzy na temat negatywnych skutków zażywania narkotyków.

Natomiast spośród deklarujących wiedzę żaden uczeń nie wie, dlaczego narkotyki szkodzą. Pojawiały się m.in. odpowiedzi: „nie wiem, ale tak mówią rodzice”, „można zrobić coś złego, gdyby nie – to po co wycofują” (Ryc. 3).

Znajomość terminologii związanej z rodzajami środków narkotycznych

Najczęściej podawane nazwy zarówno w szkole podstawowej, jak i w gimnazjum to marihuana, marycha, gandzia, trawka, kokaina – czyli narkotyki łatwo dostępne. Dokładne dane podano w tabeli poniżej.

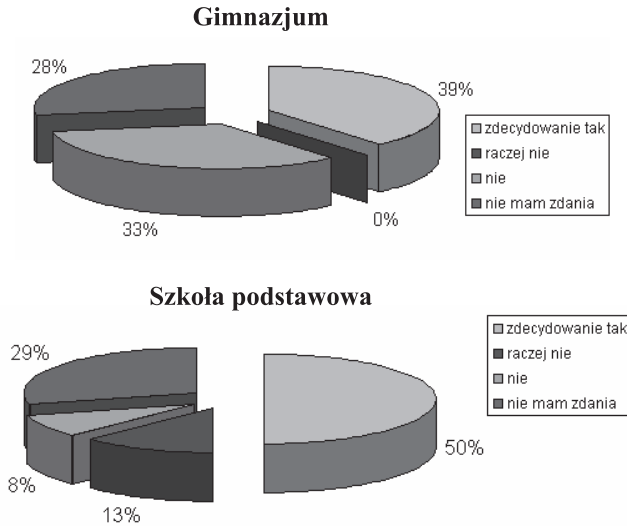
Opinia uczniów na temat czynników powodujących uzależnienia

Za najbardziej uzależniające uczniowie obu szkół wskazywali narkotyki 91,67% – Sz.P. i 100% – G. Na drugim miejscu uczniowie wymieniali nikotynę i alkohol. Porównując te odpowiedzi z poprzednimi, gdy pytano uczniów o szkodliwość palenia, picia alkoholu i zażywania narkotyków, należy stwierdzić brak spójności, co wynika z braku wiedzy.

Źródła wiedzy na temat szkodliwości nałogów

Podstawowym nośnikiem wiedzy wg uczniów na temat analizowanych zjawisk są środki masowego przekazu – docierają do 72,22% gimnazjalistów i 54,17% uczniów szkoły podstawowej. Takim samym źródłem informacji są

Rycina 4. Zapotrzebowanie uczniów na zajęcia promujące zdrowie



dla gimnazjalistów lekcje w szkole (72,22%), które mają mniejsze znaczenie dla uczniów szkoły podstawowej (41,68%). Tylko 2 osoby z gimnazjum (11,11%) oraz 2 osoby ze szkoły podstawowej (8,33%) wskazały jako źródło wiedzy pielęgniarkę szkolną. Świadczy to o bardzo małym udziale pracowników służby zdrowia w edukacji uczniów.

Zapotrzebowanie na zajęcia promujące zdrowie

Chęć pogłębienia swojej wiedzy na temat zdrowia i jego zagrożeń na zajęciach szkolnych zadeklarowała połowa badanych uczniów szkoły podstawowej (50%) i tylko 39% gimnazjalistów. Brak chęci poszerzenia swojej wiedzy daje odzwierciedlenie w zachowaniach negatywnych, występujących u badanej młodzieży (Ryc. 4).

Osoby, które powinny zdaniam uczniów prowadzić zajęcia z promowania zdrowia

Analizując odpowiedzi uczniowie szkoły podstawowej wskazywali nauczyciela (50%), zaś gimnazjaliści woleliby kontakt z osobą, która wyszła z uzależnienia (61,11%). 25% uczniów szkoły podstawowej i 16,67% uczniów gimnazjum wybrało pielęgniarkę jako osobę, która powinna promować zdrowie w szkole.

Sposoby przeprowadzenia zajęć promujących zdrowie według dzieci i młodzieży

Większość badanych wyraziło chęć, aby zajęcia przeprowadzono przy pomocy pokazów filmowych (50% uczniów szkoły podstawowej i 41,67% gim-

nazjalistów). Innymi metodami przekazywania wiedzy, chętnie widzianymi przez uczniów, są wykłady (45,83%) oraz rozmowy z osobami uzależnionymi (41,67%).

Wnioski

1. Wiedza uczniów na temat zachowań ryzykownych dla zdrowia jest niepełna, bowiem do tej grupy zaliczają głównie palenie papierosów, picie alkoholu i zażywanie narkotyków, natomiast pozostałe zachowania: częste używanie środków przeciwbólowych, odchudzanie, przedwczesna inicjacja seksualna wg większości nie są oceniane jako negatywne dla zdrowia.
2. Wiedza uczniów na temat szkodliwości palenia papierosów, picia alkoholu i zażywania narkotyków jest niska pomimo, że subiektywnie oceniają ją bardzo wysoko (uczniowie nie znają przyczyn szkodliwości używek, nie potrafią wymienić szkodliwych substancji).
3. Uczniowie w większości deklarują chęć poszerzenia wiedzy na temat zdrowia i zachowań ryzykownych. Osoby, które według nich powinny prowadzić takie zajęcia to najczęściej nauczyciel lub osoba, która była uzależniona. Co czwarty uczeń szkoły podstawowej i co szósty gimnazjalista uważa pielęgniarkę za osobę mogącą wpływać na ich postawy wobec zdrowia. Preferowana formą zajęć była forma wykładów, pokazów filmowych, rozmów z osobami, które wyszły z nałogu.

Piśmiennictwo

1. Oblacińska A. Ostrega W. (red.): *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej – poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003, 24–28.
2. Szymańska J.: *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 2000, 10–16, 31–35, 42–46.
3. Wojnarowska B., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2000, 27.
4. Cierpiałowska L.: *Alkoholizm, przyczyna, leczenie, profilaktyka*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań, 2000, 13–33, 224–225, 229–231.
5. Daniluk-Kula B., Gładysz A.: *Ocena wiedzy i postaw młodzieży szkół podstawowych na temat zakażenia i zapobiegania HIV i AIDS*. Wydawnictwo Poznańskie, Poznań, 1998, 23–42.
6. Gromadzka-Ostrowska J.: *Uzależnienia i metody zapobiegania im*, [w:] Edukacja Prozdrowotna (red.) Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z., Wydawnictwo SGGW, Warszawa, 2003, 299–319.

7. Florek B.: *Nikotynizm. Narkomania*, [w:] *Wędrując ku dorosłości* (red.) Król T. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 1997, 161–165, 170–173.
8. Kaźmierczyk J.: *Profilaktyka w gimnazjum*, [w:] *Młodzież wobec współczesnych zagrożeń* [red.] Kozaczuk F., Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2003, 149–157.
9. Maśnik K.: *Alkoholizm*, [w:] *Wędrując ku dorosłości* [red.] Król T. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2001, 65–170.
10. Moczuk E.: *Zagrożenia współczesnej młodzieży*, [w:] *Młodzież wobec współczesnych zagrożeń* (red.) Kozaczuk F. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2003, 149–157.

Regina Żuralska¹, Aleksandra Gaworska-Krzemińska¹,
Ewa Kowalkiewicz Hussein¹, Rajmunda Gołębowska¹, Darek Świetlik²

Młodzież a substancje psychoaktywne

Wstęp

Problem używania przez młodzież nielegalnych substancji psychoaktywnych jest tematem badań wielu naukowców w Polsce i na świecie. Wyniki tych badań świadczą o zwiększającej się zarówno podaży narkotyków, jak i popytu na nie [1, 2].

We współczesnym świecie środków uzależniających jest bardzo dużo. Najważniejsze z nich to: narkotyki opiodowe, substancje psychostymulujące, środki uspakajające, kanabis – czyli pochodne konopi indyjskich, substancje halucynogenne, sterydy anaboliczne, narkotyki wziewne [3]. Substancje te powodują uzależnienie (ang. drug addiction). Jest to stan przewlekłej lub okresowej intoksykacji spowodowanej powtarzającym się zażywaniem leku naturalnego lub syntetycznego [4]. Skutki zdrowotne używania narkotyków przez młodzież to przede wszystkim wyniszczenie fizyczne, psychiczne organizmu oraz skutki społeczne [5, 6].

Mimo ogromnego wzrostu działań profilaktycznych prowadzonych w Polsce ocena tego zjawiska wśród młodzieży w poszczególnych szkołach może przyczynić się do opracowania indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych.

Cel badań

Głównym celem badań była ocena rozmiaru zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną, która posłuży do ukierunkowania oddziaływań edukacyjno-terapeutycznych w szkole.

¹ Katedra Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu, Akademii Medycznej w Gdańsku

² Zakład Informatyki Radiologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Akademii Medycznej w Gdańsku

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w 2006 roku w Zespole Szkół Okrętowych i Ogólnokształcących (liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum okrętowe) w Gdańsku. Badaniem objęto ok. 500 uczniów, tj. ok. 17 klas. Do badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką badawczą była anonimowa ankieta audytoryjna. Jednostką losowania była klasa szkolna. Badania przeprowadzono w czasie zajęć lekcyjnych. Na badania uzyskano zgodę dyrektora Zespołu Szkół Okrętowych i Ogólnokształcących w Gdańsku. Podstawowymi pytaniami badawczymi były pytania o znajomość pojęć: narkomania, lekomania, o znajomość środków odurzających, o doświadczenia z narkotykami, o aktualne zażywanie poszczególnych substancji psychoaktywnych, samowolne przyjmowanie leków, źródła dostępności narkotyków. Dodatkowe pytania dotyczyły występowania myśli samobójczych oraz opinii uczniów na temat potrzeby edukacji zdrowotnej w szkole. Uzyskane dane poddano szczegółowej weryfikacji z uwzględnieniem zmiennych, tj. płeć, sytuacja materialna rodziny, wykształcenie rodziców (wyższe, średnie, zasadnicze, podstawowe). Obliczenia wyników badania zostały wykonane za pomocą pakietu statystycznego Statistica 6,0. W analizie wykorzystano test Chi2 oraz za poziom istotności uznano $p < 0,05$.

Wyniki

Znajomość pojęcia narkomania, lekomania

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że zdecydowana większość uczniów (88,9%) deklaruje znajomość pojęć: narkomania i lekomania niezależnie od płci, wykształcenia rodziców i sytuacji materialnej rodziny.

Znajomość substancji psychoaktywnych

Do najbardziej znanych przez uczniów substancji psychoaktywnych należą w kolejności: marihuana (90,6%), amfetamina (87,7%), kokaina (86,7%), haszysz (84,2%), halucynogenne rozpuszczalniki (81,5%), LSD (74,2%), kompot makowy (58,2%), inne (40,8%). Znajomość poszczególnych substancji psychoaktywnych jest większa wśród chłopców, niż dziewcząt i nie zależała od wykształcenia rodziców i sytuacji materialnej rodziny.

Próbowanie substancji psychoaktywnych

29% pytaných uczniów (odpowiednio: 19% chłopców i 10% dziewcząt) przyznało się, że przynajmniej raz spróbowało jakiejś substancji odurzającej. Do spróbowania narkotyku najwięcej przyznało się uczniów, których rodzice mieli średnie wykształcenie i „średnią” sytuację materialną rodziny (odpowiednio, 17,2% i 15,5%). Wśród uczniów, którzy przynajmniej raz mieli doświadczenia z nar-

Tabela 1. Próbowanie marihuany

Płeć	TAK	NIE
Dziewczęta	33 26,61%	6 4,84%
Chłopcy	74 59,68%	11 8,87%
Ogół grp	107 86,29%	17 13,71%

Chi² Pearsona: ,134920, df = 1, p = ,713385

Tabela 2. Próbowanie haszyszu

Płeć	TAK	NIE
Dziewczęta	25 20,33%	13 10,57%
Chłopcy	76 61,79%	9 7,32%
Ogół grp	101 82,11%	22 17,89%

Chi² Pearsona: 9,97718, df = 1, p = ,001585

Tabela 3. Próbowanie amfetaminy

Płeć	TAK	NIE
Dziewczęta	19 17,27%	19 17,27%
Chłopcy	30 27,27%	42 38,18%
Ogół grp	49 44,55%	61 55,45%

Chi² Pearsona: ,699230, df = 1, p = ,403044

Tabela 4. Aktualne zażywanie narkotyku

Płeć	TAK	NIE
Dziewczęta	1 0,22%	226 49,45%
Chłopcy	18 3,94%	212 46,39%
Ogół grp	19 4,16%	438 95,84%

Chi² Pearsona: 15,6390, df = 1, p = ,000077

kotykami, 86,4% spróbowało marihuany (tabela 1), 82,3% haszyszu (tabela 2), 44,6% amfetaminy (tabela 3), 28,7% innych narkotyków, 27,8% kompotu mako-wego, 14,7% rozpuszczalników lotnych, 13,5% LSD, 12,6% kokainy. Stwierdzo-no istotną statystycznie zależność między próbowaniem haszyszu przez bada-ną młodzież a płcią.

Aktualne używanie substancji psychoaktywnych

4,2% uczniów (odpowiednio: 3,9% chłopców i 0,2% dziewcząt) (tabela 4) przyznało się do aktualnego zażywania jakiegoś narkotyku i najczęściej używa-nym przez nich narkotykiem jest marihuana (26,2%). Uczniowie ci deklarowa-li, że rodzice mają wykształcenie średnie (3,9%) oraz wyższe (0,2%) (tabela 5), a sytuacja materialna ich rodziny jest „średnia” (3,9%) i „bardzo dobra” (0,2%). Stwierdzono korelację między aktualnym używaniem narkotyków przez bada-ną młodzież a wykształceniem rodziców i płcią.

Samowolne używanie leków

12,2% uczniów (odpowiednio: 8% dziewcząt i 4,2% chłopców) deklaruje, że samowolnie przyjmuje leki uspakajające, 5,1% uczniów (odpowiednio: 3,4% dziewcząt i 1,7% chłopców) (tabela 6) leki przeciwdepresyjne, 4,6% uczniów (od-

Tabela 5. Aktualne zażywanie narkotyku w zależności od wykształcenia rodziców

Wykształcenie rodziców	TAK	NIE
podstawowe	0 0,00%	3 0,66%
zasadnicze zawodowe	0 0,00%	60 13,13%
średnie	18 3,94%	265 57,99%
wyższe	1 0,22%	110 24,07%
Ogół grp	19 4,16%	438 95,84%

Chi² Pearsona: 9,13372, df = 3, p = ,027570

Tabela 6. Samowolne przyjmowanie leków uspakajających

Płeć	TAK	NIE
Dziewczęta	34 7,98%	177 41,55%
Chłopcy	18 4,23%	197 46,24%
Ogół grp	52 12,21%	374 87,79%

Chi² Pearsona: 5,95556, df=1, p=,014673

powiednio: 2,2% dziewcząt i 2,4% chłopców) leki pobudzające. Dziewczęta częściej niż chłopcy przyznają się do samowolnego przyjmowania leków uspakajających i przeciwdepresyjnych. Prawie połowa uczniów (49,4%) deklaruje samowolne przyjmowanie leków przeciwbólowych. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między samowolnym przyjmowaniem leków uspakajających przez badaną młodzież a płcią.

Źródła dostępności substancji psychoaktywnych

Większość uczniów pytanych (60,1%) nie wie, od kogo można zdobyć substancje psychoaktywne. Pozostali, jako źródło zdobycia substancji odurzających, wymieniali dealerów, handlarzy narkotyków (26%), szkołę (14%) oraz kolegów lub znajomych (10%). Nie stwierdzono korelacji między źródłem dostępności narkotyków badanej młodzieży a płcią, sytuacją materialną rodziny i wykształceniem rodziców.

Myśli samobójcze

Na pytanie, czy kiedykolwiek miałeś myśli samobójcze, twierdząco odpowiedziało 33,9% uczniów (odpowiednio: 17,4% dziewcząt i 16,5% chłopców) (tabela 7). Najczęściej uczniowie z rodzin o „średniej” sytuacji materialnej i średnim i wyższym wykształceniu rodziców (odpowiednio: 19,6%, 21,2%, 8,7%) deklaruwali myśli samobójcze. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między występowaniem myśli samobójczych u badanej młodzieży a płcią, sytuacją materialną rodziny i wykształceniem rodziców.

Tabela 7. Myśli samobójcze

Płeć	TAK	NIE
Dziewczęta	78 17,37%	145 32,29%
Chłopcy	74 16,48%	152 33,85%
Ogół grp	152 33,85%	297 66,15%

Chi² Pearsona: ,250213, df = 1, p = ,616926

Edukacja zdrowotna w szkole

Na pytanie, jak sądzisz, czy w Twojej szkole istnieje potrzeba edukacji zdrowotnej w tym zakresie, zdecydowana większość uczniów (89,2%) deklaruwała taką potrzebę niezależnie od płci, sytuacji materialnej rodziny i wykształcenia rodziców.

Omówienie

Problem zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną podjęło wielu autorów, zwracając uwagę na rosnącą skalę tego zjawiska. Jak wynika z przeprowadzonych badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w latach 1992, 1994 i 1996 oraz z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w roku 1999, a także badań Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), w ciągu jedenastu lat grupa uczniów, którzy próbowali nielegalnych substancji odurzających wzrosła prawie pięciokrotnie (odpowiednio: 5%, 10%, 10%, 18%, 24%) [7].

Z analizy badań własnych wynika, że 29% uczniów przyznało się, że przynajmniej raz spróbowało jakiejś substancji odurzającej. Chłopcy częściej niż dziewczęta podejmowali próby z narkotykami. W grupie osób deklarujących jakiegokolwiek doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi prawie 91%

na pierwszym miejscu wymienia marihuanę, kolejno to, amfetamina, kokaína, haszysz i halucynogenne rozpuszczalniki. Ponad połowa wymienia LSD i kompot makowy. Podobne wyniki uzyskano w ogólnopolskim badaniu ankietowym, realizowanym przez IPiN w 2005, na próbach uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Odnotowano, że 31,5% uczniów przyznało się do jakichkolwiek doświadczeń z narkotykami oraz na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajduje się marihuana [8].

Badania własne pokazały, że 60% młodzieży nie wie, od kogo zdobyć substancje odurzające. Pozostali respondenci wskazują, że głównym źródłem dostępności narkotyków są dealerzy, następnie szkoła i koledzy. Podobne spostrzeżenia odnotowano w badania innych autorów [9].

W badanej próbie do aktualnego zażywania narkotyku przyznało się 4,2% uczniów i najczęściej używanym narkotykiem jest marihuana. Odsetki używania substancji odurzających są wyższe wśród chłopców niż dziewcząt (odpowiednio: 3,9% i 0,2%). Jednak wyniki te mogą wskazywać, że młodzież Zespołu Szkół Ogólnokształcących i Okrętowych w Gdańsku raczej tylko eksperymentuje i nie włącza używanie tych substancji do repertuaru swoich regularnych zachowań.

Ostatnie badania przeprowadzone w szkołach w woj. pomorskim w roku 2003 oraz w latach poprzednich wskazują na zwiększoną częstotliwość używania narkotyków, a zwłaszcza marihuany i amphetaminy [10]. W roku 2004 liczba narkomanów w Trójmieście była szacowana na 3 590 8 osób (397 na 100 000 mieszkańców). Liczba narkomanów opiatowych odnotowanych w programie TD (treatment demand) zaczęła gwałtownie wzrastać po roku 2002 (793 przypadki w 2002 r. oraz 1012 w roku 2004) [11].

Jak wynika z powyższych badań młodych ludzi z woj. pomorskiego, stan zagrożenia uzależnienia młodzieży jest poważny. Kampanie prewencyjne w woj. pomorskim skierowane są głównie do młodzieży, z powodu wieku, w którym rozpoczyna się zażywanie narkotyków. W roku 2004 w woj. pomorskim prowadzona była profilaktyka w 145 szkołach. Jak wskazują wyniki badań własnych zdecydowana większość młodzieży (89%) nadal zgłasza potrzebę edukacji zdrowotnej w tym zakresie. Należy więc podkreślić, że systematyczne i okresowe badanie problemu jest konieczne dla identyfikacji nowych trendów rynku narkotykowego oraz sposobów przeciwdziałania używania narkotyków.

Wnioski

1. Młodzież Zespołu Szkół Ogólnokształcących i Okrętowych w Gdańsku znacznie częściej deklaruje próby eksperymentowania z narkotykami niż włączania ich do swoich regularnych zachowań. Dlatego należy zwrócić uwagę na ten problem planując działania profilaktyczne w szkole.

2. Należy zwrócić uwagę na dostępność narkotyków w szkole i dlatego wydaje się koniecznym zwiększenie działań kontrolnych w tym zakresie.
3. Koniecznym wydaje się zwiększenie działań edukacyjno-profilaktycznych skierowanych na podwyższenie świadomości zdrowotnej uczniów, gdyż zdecydowana większość młodzieży zgłasza potrzebę edukacji zdrowotnej

Piśmiennictwo

1. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002–2005. Wyd. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002.
2. Europejskie Badania Ankietowe na temat alkoholu i narkotyków. Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2002.
3. Thille Z., Zgirski L.: Toksykomanie. Zagrożenia społeczne i kliniczne. PZWL, Warszawa 1996.
4. Juczyński Z.: Narkomania: podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców. PZWL, Warszawa 2002.
5. Gable R. S.: Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction* 2004, 99, 686–696.
6. Hołyst B.: Narkomania i lekomania a przestępczość. *Problemy Alkoholizmu* 1998, 3, 5–12.
7. Świątkiewicz G.: Młodzież a substancje psychoaktywne. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2004, Pobrano dnia 02.02.2007 z sieci www.cbos.pl.
8. Sierosławski J., Jabłoński P.: Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież 2005. Badania ankietowe w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków. IPiN, KBds.PN, Warszawa 2005, pobrano dnia 06.03.2007, z sieci www.unic.un.org.pl/incb/Piotr_Jablonski-MinZdrowia_2005.pdf.
9. Młodzież z województwa warmińsko-mazurskiego. Zagrożenia, szanse, plany życiowe. Kawczyńska-Butrym Z. (red.), Olsztyńska Szkoła Wyższa im. J. Rusieckiego, Olsztyn 2006, 177–184.
10. Dobrzycka A., Krzymuska E.: Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa pomorskiego. pobrano dnia 5.03.2007 z sieci http://www.woj-pomorskie.pl/downloads/wpz_zachowania.pdf.
11. Sękiewicz J.: Raport skrócony – woj. pomorskie 2005. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Pobrano w 06.03.2007 r. z sieci www.narkomania.gov.pl/rpomorskie.htm.

M. Pużuk¹, M. Strankowska¹, B. Samujło¹,
A. Kulikowska¹

Czynniki środowiskowe a wzorce jedzenia w grupie dziewcząt w okresie dojrzewania

Okres dojrzewania jest etapem życia, w którym czynniki środowiskowe, takie jak: funkcjonowanie rodziny, szkoła, grupa rówieśnicza mogą być źródłem powstania patologicznych wzorców odżywiania, takich jak anoreksja i bulimia.

W latach czterdziestych ubiegłego stulecia psychoanalicy tłumaczyli ją podświadomymi fantazjami i wstrętem do życia seksualnego. Od lat siedemdziesiątych coraz większy nacisk kładzie się na środowisko jako podstawowe źródło choroby. Najczęściej na anoreksję zapadają osoby młode, w wieku dojrzewania między 12. a 21. rokiem życia, częściej dziewczynki i kobiety niż chłopcy i mężczyźni. Okres dojrzewania biologicznego cechuje wzmożona aktywność hormonów, budowanie własnej tożsamości, procesy indywidualizacji – czynniki sprzyjające rozchwianiu emocjonalnemu, buntowi przeciw wszystkim i wszystkiemu.

Celem pracy było określenie związków pomiędzy patologicznymi wzorcami odżywiania się a czynnikami związanymi z funkcjonowaniem rodzinnym, szkolnym i środowiskowym.

Material i metoda

Badanie przeprowadzono na terenie Białegostoku na grupie 60 licealistek i grupie 60 gimnazjalistek, za pomocą kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej zawierającej pytania dotyczące: pochodzenia, funkcjonowania w rodzinie, okresu niemowlęcego, przedszkolnego, wyników w nauce, spędzania wolnego czasu poza lekcjami, kontroli ilości jedzenia. Średni wiek badanej grupy licealistek wynosił 18 lat, średni wiek gimnazjalistek 16 lat.

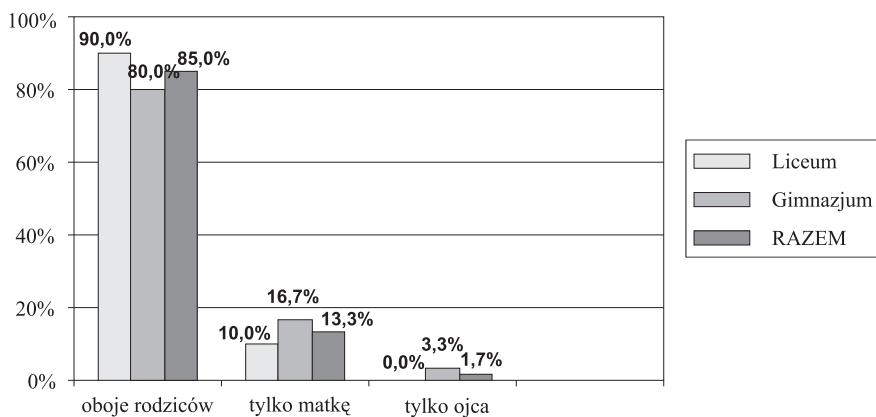
¹ SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Charakterystyka grupy badanej



Wyniki

Rycina 1. Byłam wychowywana przez



W badanej grupie licealistek 90,0% wychowywana była przez obojga rodziców, 10,0% tylko przez matkę. W grupie gimnazjalistek 80,0% wychowywana

była przez obojga rodziców, 16,7% tylko przez matkę, 3,3% wychowywana tylko przez ojca.

Tabela 1. Chodziłam do żłobka, przedszkola

Chodziłam do	Liceum		Gimnazjum		Razem	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
żłobka	20	33,3%	8	13,3%	28	23,3%
przedszkola	41	68,3%	39	65,0%	80	66,7%

33,3% ankietowanych licealistek chodziło do żłobka, 68,3% uczęszczało do przedszkola. W badanej grupie gimnazjalistek 13,3% uczęszczało do żłobka, 65,0% ankietowanych dziewcząt chodziło do przedszkola.

Tabela 2. Obecnie funkcjonuję w rodzinie

Obecnie funkcjonuję w rodzinie	Liceum		Gimnazjum		Razem	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
Pełnej	52	86,7%	52	86,7%	104	86,7%
Tylko z matką	7	11,7%	6	10,0%	13	10,8%
Tylko z ojcem	1	1,7%	1	1,7%	2	1,7%
Tylko z rodzeństwem	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Z innymi członkami rodziny	0	0,0%	1	1,7%	1	0,8%
Inne osoby	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Z badań wynika, że 86,7% licealistek funkcjonuje w rodzinie pełnej, 11,7% tylko z matką, 1,7% tylko z ojcem. W grupie gimnazjalistek w rodzinie pełnej funkcjonuje 86,7% tylko z matką 10,0% tylko z ojcem, 1,7% ankietowanych z innymi członkami rodziny 1,7%.

Tabela 3. Wyniki w nauce w gimnazjum

W gimnazjum moje wyniki są zbliżone do	Ilość	%
3	13	21,7%
4	29	48,3%
5	18	30,0%
6	0	0,0%

Tabela 4. Wyniki w nauce w liceum

W liceum moje wyniki są zbliżone do	Ilość	%
3	7	11,7%
4	41	68,3%
5	12	20,0%
6	0	0,0%

Badania dotyczą grupy gimnazjalistek (Tabela 3). Wyniki w nauce w tej grupie do oceny dostatecznej (3) zbliżone są w 21,7%, do oceny dobrej (4) w 48,3%, do oceny bardzo dobrej (5) w 30,0%.

Badania dotyczą licealistek (Tabela 4). Wyniki w ankietowanej grupie w 11,7% zbliżone są do oceny dostatecznej (3), w 68,3% zbliżone do oceny dobrej (4), w 20,0% do oceny bardzo dobrej (5).

Tabela 5. Czy masz przyjaciół

Mam przyjaciół	Liceum		Gimnazjum		Razem	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
Liczne grono	32	53,3%	22	36,7%	54	45,0%
Kilku przyjaciół	25	41,7%	33	55,0%	58	48,3%
Jeden przyjaciel	3	5,0%	3	5,0%	6	5,0%
To moja rodzina	0	0,0%	1	1,7%	1	0,8%
Nie mam	0	0,0%	1	1,7%	1	0,8%

Z badań wynika, że 53,3% licealistek miało liczne grono przyjaciół, 41,7% miało kilku przyjaciół, 5,0% miało jednego przyjaciela. Z badań grupy wynika, że 36,7% gimnazjalistów miało liczne grono przyjaciół, 5,0% jednego przyjaciela, 1,7% przyjaciółmi jest tylko rodzina, 1,7% badanych gimnazjalistek nie miało przyjaciół.

Tabela 6. Czy lubisz chodzić na dyskoteki i na prywatki?

Lubię chodzić na dyskoteki-prywatki	Liceum		Gimnazjum		Razem	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
Bardzo lubię	37	61,7%	27	45,0%	64	53,3%
Lubię	19	31,7%	20	33,3%	39	32,5%
Nie chodzę	4	6,7%	13	21,7%	17	14,2%

Z badań wynika, że 61,7% licealistek bardzo lubi chodzić na dyskoteki i prywatki, 31,7% lubi chodzić, 6,7% nie chodzi na dyskoteki i na prywatki. 45,0% ankietowanych gimnazjalistek bardzo lubi chodzić na dyskoteki i na prywatki, 33,3% lubi chodzić, 21,7% nie chodzi na dyskoteki i prywatki.

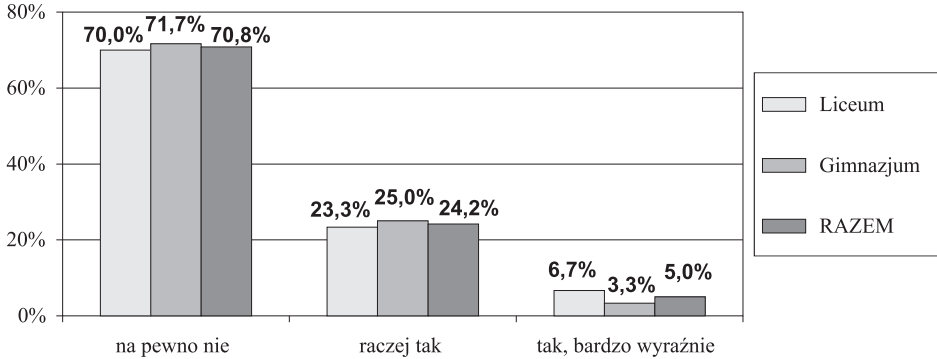
Tabela 7. W odpowiedzi na pytanie: czy ograniczasz ilość jedzenia?

Ograniczyłam ilość jedzenia	Liceum		Gimnazjum		Razem	
	Ilość	%	Ilość	%	Ilość	%
Na pewno nie	30	50,0%	32	53,3%	62	51,7%
Raczej tak	27	45,0%	26	43,3%	53	44,2%
Tak, bardzo wyraźnie	3	5,0%	2	3,3%	5	4,2%

Z badań wynika, że 50,0% licealistek na pewno nie ogranicza ilości jedzenia, 45,0% raczej ogranicza jedzenie, 5,0% bardzo wyraźnie ogranicza ilość jedzenia.

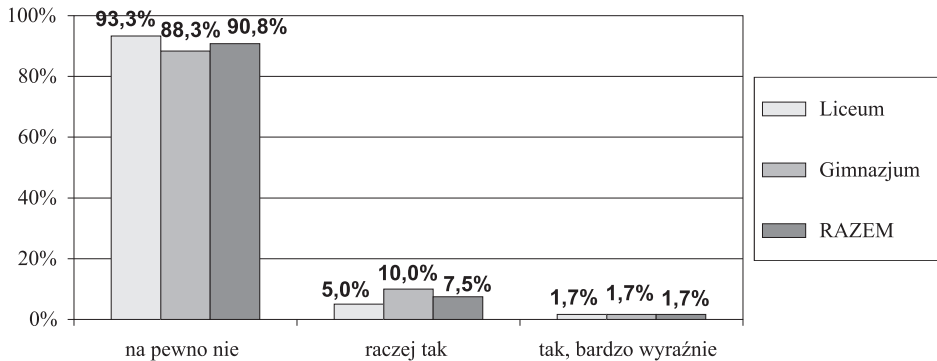
Z badań w grupie gimnazjalistek wynika, że 53,3% na pewno nie ogranicza ilości jedzenia, 43,3% raczej ogranicza ilość jedzenia, 3,3% bardzo wyraźnie ogranicza ilość spożywanego jedzenia.

Rycina 2. Czy zdarzały ci się kilkugodzinne okresy obżarstwa?



70,0% ankietowanych licealistek uważa, że na pewno nie zdarzały się kilkugodzinne okresy obżarstwa, 23,3% raczej tak, 6,7% miało bardzo wyraźne kilkugodzinne okresy obżarstwa. 71,7% ankietowanych gimnazjalistek uważa, że nigdy nie zdarzały się kilkugodzinne okresy obżarstwa, 25,0% raczej tak, 3,3% bardzo wyraźnie wystąpiły okresy obżarstwa.

Rycina 3. W odpowiedzi na pytanie: czy prowokowałaś wymioty?



W badanej grupie licealistek 93,3% nie prowokowało wymiotów, 5,0% raczej tak, zdarzały się takie sytuacje, 1,7% bardzo wyraźnie prowokowało wymioty. W badanej grupie gimnazjalistek 88,3% na pewno nie prowokowało wymiotów, 10,0% raczej tak, zdarzały się takie sytuacje, 1,7% bardzo wyraźnie prowokowało wymioty.

Wnioski

1. Warunki funkcjonowania ankietowanych uczennic w środowisku rodzinnym i szkolnym można określić jako dobre, mające pozytywny wpływ na kształtującą się osobę.
2. Zachowania bulimiczne w postaci objadania się zaobserwowano u 30,0% badanych, a w postaci zaburzeń bulimicznych u 5,0% ankietowanych.

Piśmiennictwo

1. Abraham S. Jones D.L.: Anoreksja, bulimia, otyłość. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
2. Bilikiewicz A. Strzyżewski W.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 1992.
3. Józwik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków: WUJ, 1999.
4. Michałek D. Z.: Nałogowe zachowanie jedzeniowe. Kraków 2001.

Regina Żuralska¹, Aleksandra Gaworska-Krzemińska¹,
Ewa Kowalkiewicz Hussein¹, Rajmunda Gołębowska¹, Darek Świetlik²

Styl żywienia młodzieży szkolnej

Wstęp

Jednym z obszarów analizy zagrożeń dotyczących młodzieży jest analiza stylu żywienia. Wieloletnie badania wskazują, że właściwe odżywianie w istotnym stopniu wpływa na rozwój fizyczny, psychiczny, stan odżywienia oraz zdrowie i samopoczucie człowieka [1, 2]. Właściwe odżywianie w wieku szkolnym oznacza dostarczenie organizmowi możliwie najlepszych składników odżywczych, aby zapewnić między innymi dobrą sprawność umysłową i równowagę emocjonalną, zagwarantować dobrą kondycję, zmniejszyć ryzyko chorób młodego człowieka [3, 4]. Styl życia korzystny dla zdrowia cechuje się codziennymi powtarzanimi zachowaniami, w których wykorzystywane są zdobyte wiedzy mówiące o tym, co wpływa pozytywnie, a czego należy unikać, co stanowi ryzyko [5]. Istotne jest również to, że styl żywienia można kształtować w ciągu całego życia. Dlatego ocena stylu żywienia młodzieży może być cennym wskaźnikiem efektywności działań edukacyjnych szkoły oraz stanowić wskazówkę do opracowywania indywidualnych programów profilaktycznych.

Cel badań

Celem badań było poznanie stylu żywienia młodzieży uczęszczającej do szkół ponadgimnazjalnych, co może przyczynić się do bardziej efektywnych działań edukacyjnych w szkole.

¹ Katedra Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Gdańsku

² Zakład Informatyki Radiologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Gdańsku

Material i metody

Badanie przeprowadzono na przełomie 2005/2006 roku. Objęto nimi ok. 500 uczniów z losowo wybranych klas. Do badań wybrano liceum ogólnokształcące, liceum profilowane i technikum okrętowe w Gdańsku. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety. Badania były przeprowadzone w czasie zajęć dydaktycznych i młodzież została poinformowana o celu badań oraz konieczności szczerych odpowiedzi. Na badania uzyskane zgodę dyrektora Zespołu Szkół w Gdańsku. Podstawowymi pytaniami badawczymi były pytania o sposób odżywiania, częstość spożywanych produktów, ocenę własnego sposobu odżywiania.

Wyniki poddano analizie statystycznej z uwzględnieniem zmiennych tj. płeć i wykształcenie rodziców. Obliczenia wyników badania zostały wykonane za pomocą pakietu statystycznego Statistica 6,0. W analizie wykorzystano test Chi² oraz za poziom istotności uznano $p < 0,05$.

Wyniki

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że 31,4% młodzieży przed wyjściem do szkoły nie je śniadania, częściej dziewczęta niż chłopcy (odpowiednio 17,3% i 14,1%) (tabela 1). Stwierdzono, że płeć respondentów i wykształcenie rodziców nie wpływa istotnie na jedzenie śniadania przed wyjściem do szkoły.

Na pytanie, czy w szkole spożywasz jakieś posiłki, zdecydowana większość uczniów (98,2%) deklaruje, że nic nie je w szkole, w tym ponad połowa chłopców (55,6%) i 42,6% dziewcząt. Tylko 7,1% uczniów deklaruje spożywanie obiadu, w tym częściej chłopcy niż dziewczęta (odpowiednio, 5,83% i 1,23). Kanapki spożywa w szkole większość uczniów (82,8%), w tym 42,2% dziewcząt i 40,1% chłopców. Ponad połowa uczniów (62,5%) deklaruje spożywanie w szkole słodyczy, częściej dziewczęta niż chłopcy (odpowiednio, 34% i 28,5%) (tabela 2). Dokonując analizy statystycznej stwierdzono, że płeć respondentów wpływa istotnie na spożywanie obiadu w szkole.

Tabela 1. Spożywanie śniadania

Płeć	TAK	NIE
Dziewczęta	142 32,27%	76 17,27%
Chłopcy	160 36,36%	62 14,09%
Ogół grp	302 68,64%	138 31,36%

Chi² Pearsona: 2,45698, $p = 0,117007$

Tabela 2. Spożywanie słodyczy

Płeć	TAK	NIE
Dziewczęta	125 33,97%	67 18,21%
Chłopcy	105 28,53%	71 19,29%
Ogół grp	230 62,50%	138 37,50%

Chi² Pearsona: 1,16162, $p = 0,281133$

Tabela 3. Czas spożywania ostatniego posiłku

Płeć	18.00	19.00	20.00	później
Dziewczęta	47 10,26%	49 10,70%	61 13,32%	70 15,28%
Chłopcy	10 2,18%	26 5,68%	50 10,92%	145 31,66%
Ogół grp	57 12,45%	75 16,38%	111 24,24%	215 46,94%

Chi² Pearsona: 58,2933, p = 0,000000

Tabela 4. Częstość spożywania ryb

Płeć	codziennie	co drugi dzień	raz w tygodniu	raz w miesiącu	wcale
Dziewczęta	1 0,22%	9 1,97%	104 22,76%	83 18,16%	30 6,56%
Chłopcy	9 1,97%	16 3,50%	107 23,41%	73 15,97%	25 5,47%
Ogół grp	10 2,19%	25 5,47%	211 46,17%	156 34,14%	55 12,04%

Chi² Pearsona: 9,47894, p = 0,050189

Na pytanie, o której godzinie spożywasz ostatni posiłek, odpowiedzi udzielono następujących: o 18.00 – 12,5%, o 19.00 – 16,4%, o 20.00 – 24,3%, później – 46,9% (tabela 3). Stwierdzono, że płeć i wykształcenie rodziców wpływa istotnie na godzinę spożywania ostatniego posiłku.

Dla zapewnienia właściwego żywienia istotne znaczenie ma częstość i różnorodność spożywanych produktów. 37,4% uczniów deklaruje, że mięso wieprzowe/wołowe spożywa raz w tygodniu, w tym częściej dziewczęta niż chłopcy (odpowiednio, 21,4% i 16%). Prawie co 3 uczeń deklaruje, że spożywa mięso co drugi dzień. Stwierdzono, że płeć wpływa istotnie na spożywanie mięsa wieprzowego/wołowego. Drób, co drugi dzień spożywa 20% dziewcząt i chłopców. Prawie połowa uczniów (46,7%) deklaruje, że ryby spożywa raz w tygodniu, a 34,14% uczniów tylko raz w miesiącu (tabela 4).

Na pytanie, jaką wodę mineralną pijesz, ponad połowa uczniów (57,4%) deklaruje picie wody gazowanej, w tym częściej chłopcy niż dziewczęta (odpowiednio, 36,2% i 21,2%) Stwierdzono, że płeć wpływa istotnie na picie wody mineralnej gazowanej.

Z analizy badań wynika, że większość uczniów codziennie spożywa owoce (78%) i warzywa (87,1%). Stwierdzono, że płeć wpływa istotnie na częstość

spożywania owoców. Do codziennego spożywania ciemnego pieczywa przyznało się 61,3% uczniów. Co 4 uczeń deklaruje spożywanie ciemnego pieczywa co drugi dzień. Zdecydowana większość uczniów (84,1%) deklaruje codzienne spożywanie produktów mlecznych. Stwierdzono, że płeć wpływa istotnie na częstość spożywania produktów mlecznych.

Z analizy badań własnych wynika, że ocena własnego odżywiania wygląda następująco: 48,1% twierdzi, że odżywia się prawidłowo, 15,2% twierdzi, że odżywia się nieprawidłowo, a 36,7% nie potrafi dokonać tej oceny. Dokonując analizy statystycznej stwierdzono, że płeć respondentów nie wpływa istotnie na ocenę własnego odżywiania.

Omówienie

Styl żywienia młodzieży ma wpływ na przebieg końcowej fazy dojrzewania, ukończenie procesu wzrastania i utrzymania prawidłowej masy ciała. Dlatego poznanie sposobów żywienia i zachowań żywieniowych młodzieży szkolnej wydaje się istotne. Źródłem informacji o podobnej tematyce były badania przeprowadzone przez Małgorzatę Gajewską w 2001 r. [6, 7]. Informacje zebrano od 1354 uczniów w wieku 16–18 lat z 60 losowo wybranych szkół ponadgimnazjalnych z woj. mazowieckiego. Przeprowadzone badania wykazały występowanie wielu niepokojących zjawisk dotyczących jakości żywienia. Nieprawidłowy sposób żywienia stwierdzono u około 60% uczniów. Niemal 13% uczniów nie spożywało I śniadania, 22% II śniadania a 8% obiadu. Wyniki badań własnych nie różnią się wyraźnie od cytowanych powyżej, ponieważ wiele uczniów nie zawsze spożywa trzy podstawowe posiłki, gdyż prawie co 3 uczeń wychodząc do szkoły nie je śniadania. Dodatkowych informacji o nieregularności odżywiania świadczy fakt, że 98% uczniów deklaruje, że nic nie je w szkole. Opuszczanie posiłków, a zwłaszcza śniadania, ma niekorzystny wpływ na uczenie się, ogólną kondycję fizyczną oraz samopoczucie młodzieży. Młodzież w wyborze tego, co jedzą kierują się przede wszystkim walorami smakowymi, wyglądem, modą i łatwym dostępem, a nie wartością odżywczą produktów [8].

Z badań przeprowadzonych przez Hannę Kołolo, a dotyczących sposobu żywienia młodzieży w wieku 16–19 lat wynika, że śniadanie przed wyjściem do szkoły nigdy nie je prawie co 5 badany i częściej zdarza się to wśród dziewcząt (23,6%) niż wśród chłopców (15,9%) [9].

Kolejne dane z badań własnych również świadczą o nieprawidłowościach w sposobie żywienia, gdyż prawie połowa uczniów ostatni posiłek spożywa później niż po godzinie 20.00. Prawie co 3 uczeń deklaruje, że spożywa mięso wieprzowe/wołowe co drugi dzień. Patrząc na spożywanie owoców, warzyw i produktów mlecznych można dostrzec, że większość młodzieży deklaruje codzienne spożywanie tych produktów.

Możemy stwierdzić, że uzyskane wyniki badań wskazują, że styl żywienia badanych uczniów pozostawia wiele do życzenia pod względem regularności spożywania posiłków oraz pod względem jakościowym.

Wnioski

1. Badana młodzież wykazuje wiele nieprawidłowości w stylu żywienia, a dotyczy to przede wszystkim regularności spożywania posiłków oraz rodzaju spożywanych produktów. Dlatego postuluje się zwiększenie wiedzy uczniów w tym zakresie.
2. Duża grupa uczniów deklaruje codzienne spożywanie owoców, warzyw i produktów mlecznych, co może świadczyć o wysokim poziomie świadomości w tym zakresie.
3. Konieczne wydaje się bardziej aktywne włączenie pielęgniarki szkolnej do prowadzenia edukacji zdrowotnej w tym zakresie.

Piśmiennictwo

1. Kompendium wiedzy o żywności żywieniu i zdrowiu. Gawęcki J., Mosso-Pietraszewska T. (red.), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004, 8–9.
2. Wojnarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2000, 30.
3. Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z.: Edukacja prozdrowotna. Wyd. SGGW, Warszawa 2003.
4. Holford P.: Smak zdrowia. Zasady prawidłowego odżywiania. Świat Książki, Warszawa 1999.
5. Ziemiański S.: Podstawy prawidłowego żywienia człowieka. Wyd. Instytut Danone, Warszawa 1998.
6. Gajewska M., Gębska-Kuczerowska A., Car J., Uwarunkowania samooceny wiedzy na temat zasad prawidłowego żywienia oraz sposobu żywienia młodzieży, Lublin – Polonia, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Vol. LX, suppl. XVI, 109, Lublin, 2005, 1–4.
7. Gajewska M., Wpływ poziomu wykształcenia rodziców na wybrane zachowania żywieniowe młodzieży z województwa mazowieckiego, Bromatologia i Chemia Toksykologiczna, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Tom XXXVIII, Białystok, 2005, 579–583.
8. Socha J., Stolarczyk A., Socha P.: Zachowania żywieniowe – od genetyki do środowiska społeczno-kulturowego. Nowa Pediatria, 2003, 3, 30: 212–217.
9. Kołoto H.: Sposób żywienia. Pobrano dnia 06.03.2007 z sieci http://imid.med.pl/klient/file/raport_otylosc/cz2.pdf.

Radosław Majewski¹, Remigiusz Filarski¹

Zawartość wybranych związków o działaniu antyoksydacyjnym w jadłospisach dekadowych białostockich przedszkoli

Wstęp

W warunkach fizjologicznych około 1,0–1,5% tlenu ulega konwersji do form wolnorodnikowych w mitochondrialnym łańcuchu przenoszenia elektronów. Wolne rodniki odgrywają istotną rolę w sygnalizacji wewnątrzkomórkowej, odpowiedzialnej np. za inicjację syntezy niektórych białek. Reakcje prowadzące do powstania reaktywnych form tlenu (RFT) są niezbędne do syntezy prostaglandyn i tlenku azotu [1, 3]. Z drugiej strony udowodniono, że reaktywne formy tlenu są czynnikiem patogennym wielu chorób, takich jak miażdżyca, zapalenie wątroby, zaćma oraz nowotwory. O szkodliwym działaniu wolnych rodników możemy mówić tylko wówczas, gdy mamy do czynienia z nadmiernym ich nagromadzeniem w płynach ustrojowych, komórkach i tkankach [3].

Główny system obrony antyoksydacyjnej organizmu tworzą dysmutaza ponadtlenkowa i peroksydaza glutationu. Katalizują one reakcje usuwania wolnych rodników oraz zapobiegają ich powstawaniu. Utrzymanie równowagi między ilością wolnych rodników a aktywnością układu antyoksydacyjnego jest niezbędne dla zachowania zdrowia. Do zapewnienia prawidłowej funkcji układu przeciwutleniaczy konieczna jest podaż naturalnych antyoksydantów, takich jak witamina C, witamina E, witamina A, beta-karoteny, selen, miedź i cynk. Niedostateczne spożycie tych związków sprzyja toksycznym efektom RFT [1].

Celem pracy była ocena zawartości witamin i mikroelementów o działaniu antyoksydacyjnym w jadłospisach dekadowych realizowanych w wybranych białostockich przedszkolach.

Materiał i metody

Materiał do analizy stanowiły jadłospisy dekadowe za okres wiosenno-letni realizowane w czterech białostockich przedszkolach. Zawartość wybranych

¹ Studenckie koło naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna w Białymstoku

witamin i minerałów obliczono przy pomocy programu komputerowego Dietetyk 2. Uzyskane wyniki porównano z normami na poziomie zalecanym dla dzieci w wieku 4–6 lat zgodnie ze stanowiskiem Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie. Ze względu na to, że w przedszkolach dzieci spożywają jedynie 3 posiłki dziennie, normy te pomniejszono o 30% [5].

Wyniki

Zawartość witaminy C w analizowanych jadłospisach czterech przedszkoli wahała się od 22,4 mg/dziecko do 43,0 mg/dziecko (Rycina 1). Oznacza to, że jedna placówka przedszkolna realizowała jadłospis, w którym podaż omawianej witaminy była o 35% niższa od wartości zalecanych. Zawartość witaminy C w jadłospisach pozostałych placówek przewyższała zalecaną normę nie więcej niż o 23%.

Tabela 1. Zawartość antyoksydantów w przedszkolnych jadłospisach dekadowych

Składnik		
Wit. C (mg)	Zalecane dzienne spożycie (–30%)	35,0 mg/dziecko
	Przedział wartości w grupie	22,4–43,0
	Średnia w grupie (\pm SD)	36,4 \pm 9,4
Wit. E (mg) ¹	Zalecane dzienne spożycie (–30%)	4,9 mg/dziecko
	Przedział wartości w grupie	3,9–4,7
	Średnia w grupie (\pm SD)	4,2 \pm 0,4
Wit. A (μ g) ²	Zalecane dzienne spożycie (–30%)	350,0 μ g/dziecko
	Przedział wartości w grupie	872,0–1707,0
	Średnia w grupie (\pm SD)	1263,3 \pm 419,3
Cynk (mg)	Zalecane dzienne spożycie (–30%)	7,0 mg/dziecko
	Przedział wartości w grupie	4,6–6,5
	Średnia w grupie (\pm SD)	5,8 \pm 0,8
Miedź (mg)	Zalecane dzienne spożycie (–30%)	1,05 mg/dziecko
	Przedział wartości w grupie	0,57–0,84
	Średnia w grupie (\pm SD)	0,73 \pm 0,11

¹ witamina E jest wyrażona w mg równoważników tokoferolu

² witamina A jest wyrażona w mg równoważników retinolu

Żaden z ocenianych jadłospisów nie pokrywał normy na witaminę E. Zaobserwowane braki stanowiły od 4 do 20% zalecanej normy.

Zawartość witaminy A we wszystkich ocenianych jadłospisach bardzo znacząco przewyższała zalecane wartości, wahając się w granicach 150–390% normy.

We wszystkich jadłospisach poziom cynku był niewystarczający. Niedobory tego mikroelementu wahały się w granicach 7–35%.

Zawartość miedzi również nie pokrywała zalecanych norm. Najkorzystniejszy jadłospis zawierał jej o 20% poniżej normy, natomiast najbardziej niekorzystny o 46%.

Omówienie wyników i dyskusja

System antyoksydacyjny organizmu człowieka składa się z układu enzymów i substancji drobnocząsteczkowych. Witaminy C, E i A stanowią układ, w którym zachodzi nieustanna wymiana elektronów konieczna do anihilacji form wolnorodnikowych oraz do utrzymania integralności tego układu. Niedobór któregośkolwiek ze składników może prowadzić do generacji reaktywnych form tlenu, nasilenia procesów peroksydacji lipidów oraz do niedostatecznej regeneracji pozostałych witamin antyoksydacyjnych [1, 3].

Niepokojącym jest, że w jednej z placówek przedszkolnych realizowano jadłospis niedoborowy w witaminę C. Zawartość jej była niższa o 35% od zalecanych norm. Ta nieprawidłowość spowodowana była zaplanowaniem zbyt małej ilości owoców obfitujących w tę witaminę.

Witamina C jest ważna nie tylko ze względu na swój udział w procesach oksydoredukcyjnych. Jest niezbędna do wytworzenia substancji cementującej śródbłonek naczyń krwionośnych, do wytworzenia kolagenu, z którego powstaje tkanka łączna chrząstek, kości i zębów. Ma także wpływ na syntezę ciał odpornościowych we krwi, oddziałuje bakteriostatycznie w stosunku do niektórych drobnoustrojów, jest nieodzowna do prawidłowej przemiany tyrozyny, a także ułatwia wchłanianie żelaza z układu pokarmowego. Hipowitaminoza C powoduje szybkie męczenie się organizmu, bóle głowy, brak apetytu oraz bóle stawowe [7].

Bardziej niekorzystnie przedstawia się zawartość witaminy E w omawianych jadłospisach. Żaden z nich bowiem nie pokrywał w 100% zapotrzebowania na tę witaminę, a w jednym z przedszkoli niedobór sięgał 20%. Witamina E wpływa na rozrodczość i prawidłową funkcję mięśni. Pełniąc rolę wewnątrzkomórkowego przeciwutleniacza zapobiega miażdżycy i chorobom nowotworowym. Chroni nienasycone kwasy tłuszczowe i witaminę A przed utlenianiem, chroni błonę krwinek czerwonych i ściany naczyń przed uszkodzeniami oraz wpływa przez przysadkę mózgową na przemianę materii. Hipowitaminoza E objawia się zaburzeniami płodności oraz zaburzeniami w układzie mięśniowym i nerwowym, natomiast awitaminoza prowadzi do atrofii mięśni szkieletowych [7].

W analizowanych jadłospisach zaobserwowano przekroczenia zawartości witaminy A sięgające kilkuset procent. Literatura podaje, że witamina A występuje w diecie w nieco większej ilości niż określają to dzienne zalecenia spożycia [6]. Należy pamiętać, że nadmiar witaminy A gromadzony w wątrobie nie

jest wydalany z ustroju i jest toksyczny. Toksyčna dawka retinolu dla dzieci wynosi 6000 µg [2]. W jadłospisie, który najbardziej przekraczał zalecaną normę retinolu odnotowano jego zawartość wynoszącą 1707 µg. Nadmiar witaminy A powoduje, że z przeciwutleniacza staje się ona utleniaczem nasilając procesy wolnorodnikowe w ustroju [1]. Witamina A jest ponadto konieczna do utrzymania widzenia i ciągłości błon komórkowych [4].

W omawianych jadłospisach stwierdzono niedobór cynku sięgający 35% oraz miedzi sięgający 46%. Wchodzą one w skład dysmutazy ponadtlenkowej, jednego z głównych enzymów biorących udział w przemianach wolnych rodników. Są także elementem składowym wielu innych enzymów, a cynk bierze ponadto udział w przemianach metabolicznych białek, tłuszczów i węglowodanów oraz współdziała z witaminą A w adaptacji wzroku do ciemności [1, 2].

Wnioski

1. Analizowane przedszkolne jadłospisy dekadowe nie były zbilansowane pod względem zawartości witamin i mikroelementów o działaniu antyoksydacyjnym.
2. Podaż witaminy A w dietach przedszkolnych kilkakrotnie przekraczała zalecane normy.
3. Dla podniesienia zawartości witamin C i E oraz cynku i miedzi należy wzbogacić jadłospisy w przedszkolach o produkty stanowiące ich źródło, takie jak: surowe warzywa i owoce, produkty pełnoziarniste, chude mięso, tłuszcze roślinne.

Piśmiennictwo

1. Adamska E., Pawłowska D., Czechowska S., Zalewska S.: Antyoksydanty w diecie studentów AM w Białymstoku; Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego tom II, Białystok 2005; s 76–81.
2. Dietetyka. Ciborowska H., Rudnicka A. PZWL, Warszawa, 2004, s. 149.
3. Matuszkiewicz A.: Białka i kwas moczowy jako potencjalne zmiatacze wolnych rodników, *Medycyna Sportowa*, 2000, s. 31–39.
4. *Pediatrics Tom I.*: Górnicki B., Dębiec B., Baszczyński J. (red.), PZWL, Warszawa, 1995, s. 175–180.
5. Ziemiański Ś.: Normy żywienia człowieka. Fizjologiczne podstawy, PZWL, Warszawa, 2001.
6. *Żywienie człowieka zdrowego i chorego.* Hasik J., Gawęcki J. (red.), PWN, Warszawa, 2003, s. 26.
7. *Żywienie w treningu i walce sportowej.* Celejowa I. Centralny Ośrodek Sportu, Warszawa, 2001, s. 74–78, 56, 63–64, 70–72.

Rola zespołu terapeutycznego w opiece nad dzieckiem (uczniem) z padaczką

Pojęcie „padaczka” (epilepsja), w chwili obecnej częściej stosowana w liczbie mnogiej jako „padaczki” – pochodzi z języka greckiego od czasownika epilambainein (chwytać, obejmować, napadać). Już w okresie starożytności choroba ta była wymieniona jako samodzielna jednostka w pracy Corpus Hippocraticum. Pomimo, iż otrzymała określenie „świętej choroby” – sam Hipokrates nie widział w niej nic świętego, lecz przyjmował naturalne przyczyny powstawania choroby [6].

Padaczką nazywamy stan chorobowy, który przejawia się nawracającymi zaburzeniami czynności mózgu w postaci rozmaitych napadów. Napady te przebiegają najczęściej, ale nie wyłącznie, z utratą przytomności, a podłoże ich stanowią nadmierne, gwałtowne, patologiczne wyładowania grup komórek nerwowych. Objawy kliniczne napadu zależą od tego, jaka struktura czynnościowo-anatomiczna mózgu bierze w nim udział. O padaczce mówimy wtedy, kiedy napady padaczkowe powtarzają się, co najmniej 2 napady u danej osoby dają podstawę do jej rozpoznania [4].

Napad jest zaburzeniem dotyczącym ruchu, odczuwania lub świadomości, wywoływanym przez gwałtowne, nieprawidłowe i nadmierne wyładowania elektryczne w istocie szarej mózgu [2].

Mimo wielkiego postępu neuroobrazowania nadal w większości przypadków etiologia padaczki pozostaje nie wyjaśniona. Jacek Rudy [6] wśród najczęstszych przyczyn wyróżnia:

- urazy głowy,
- urazy okołoporodowe (mechaniczne, niedotlenienie, krwotok),
- malformacje naczyniowe (naczyniaki mózgu),
- udary naczyniowe mózgu,
- guzy mózgu,
- choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego,
- neuroinfekcje.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

Jeśli chodzi o podział napadów padaczkowych to można podzielić je na napady uogólnione i napady częściowe. Wśród napadów uogólnionych można wyróżnić:

- petit mal (napady małe, absence): krótkotrwałe, kilkunastosekundowe epizody znieruchomienia, „wyłączenia”, z zaburzeniami zachowania; występują bez objawów stępných (aury), często prowokowane są przez hiperwentylację; mogą być proste (tylko krótkotrwałe wyłączenie) lub złożone, gdy wyłączeniu towarzyszą objawy ruchowe (mrużenie oczami, automatyzm warg, ruchy kończyn);
- napady toniczne;
- napady miokloniczne;
- uogólnione toniczno-kloniczne (grand mal).

Z kolei napady padaczkowe częściowe, to napady:

- proste,
- złożone
- wtórnie uogólnione.

Ryzyko zachorowania na padaczkę dziecka zdrowych rodziców (a więc w populacji ogólnej) wynosi 1%. W przypadku, gdy jedno z rodziców choruje na padaczkę ryzyko to zwiększa się do poziomu 4%. W sytuacji, gdy na padaczkę chorują oboje rodzice, ryzyko zachorowania przez dziecko wzrasta do poziomu 10–15%. Ryzyko zachorowania na padaczkę zależy od wielu innych czynników, jak np. od wieku, w którym to zachorowali rodzice (7% dla wieku poniżej 20 r.ż.; 3% powyżej 20 r.ż.), od etiologii choroby (7% dla padaczek samoistnych, 2% dla padaczek objawowych) oraz od postaci występujących napadów.

Ryzyko zachorowania na padaczkę w przypadku posiadania rodzeństwa, u którego choroba ujawniła się przed 15 r.ż., wynosi 3–5%. Jeżeli jednak brat czy siostra zachorowali po ukończeniu 25 r.ż., ryzyko maleje do 2–3%. Istnieje również zależność między postacią napadów i zespołem padaczkowym; np. ryzyko dla typowych napadów nieświadomości wynosi 10% [Schmitz, 2006, s. 81–82] [7].

Niektóre rodzaje padaczki np. idiopatyczne zespoły młodzieńczej padaczki mioklonicznej i uogólnionych napadów toniczno-klonicznych okresu budzenia, z większym prawdopodobieństwem mogą występować u nastolatków, Wśród czynników spustowych wymienia się niedostatek snu, znaczny stres spowodowany egzaminem szkolnym. Również napady częściowe mogą występować w okresie młodzieńczym zarówno de novo, jak i w postaci nawrotu uśpionego schorzenia z okresu dzieciństwa, takiego jak stwardnienie przyśrodkowych struktur płata skroniowego. Ta nieprawidłowość strukturalna może być następstwem jednego lub kilku przedłużających się epizodów drgawek gorączkowych w okresie niemowlęcym, bądź stanowić przejaw leżącej u podłoża dysplazji korowej [2].

Szkoła jest miejscem, które skupia uczniów pochodzących z różnych środowisk. W zakresie nauk pedagogicznych wiedza na temat padaczki oraz postępowania z uczniem dysfunkcyjnym jest ograniczona do pojęć ogólnych, wynikających z toku kształcenia przeddyplomowego. Pojawienie się w klasie dziecka (ucznia) z padaczką stawia nauczyciela (wychowawcę) w sytuacji przejęcia nie tylko odpowiedzialności za osiągnięcie przez nie sukcesu szkolnego, ale również odpowiedzialności prawnej wynikającej z przejęcia na czas pobytu dziecka w placówce oświatowej bezpośredniej opieki i bezpieczeństwa nad uczniem. Do tego ostatniego problemu pedagogów nie są przygotowani, a liczba szkół mających na etacie pielęgniarki jest znikoma w skali kraju. W zakresie opieki nad uczniem z padaczką dominuje schemat oparty na bezpośrednim kontakcie, a stan wiedzy i odpowiednie postępowanie z uczniem dysfunkcyjnym w tej jednostce chorobowej jest znikomy. Z bardzo dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że komunikacja pomiędzy nauczycielami sprawującymi opiekę nad uczniami dysfunkcyjnymi (u których rozpoznano padaczkę) nie istnieje.

Zespół terapeutyczny to grupa osób, która wspólnie realizuje proces leczenia. Cechami zespołu terapeutycznego są:

- wspólny cel działania i odpowiedzialność za jego realizację,
- wspólne ustalenie zakresu działań oraz związanych z nim indywidualnych obowiązków i uprawnień,
- sprawny obieg informacji.

W szkole, w skład zespołu terapeutycznego wchodzi: nauczyciel (wychowawca), pedagog szkolny, psycholog i pielęgniarka. Praca w zespole opiera się na podstawie współpartnerstwa, czyli każdy jest samodzielnym praktykiem, ale część zadań może być przydzielona do wykonywania na podstawie wspólnej decyzji zespołu. Z kolei samodzielność oznacza przejawianie własnej inicjatywy w zakresie tego co, jak, gdzie, dlaczego należy wykonać, a także ponoszenie pełnej odpowiedzialności za jakość świadczonej opieki.

Dla potrzeb integracji działań terapeutycznych i opiekuńczych istotne jest przestrzeganie przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego zasad i praw każdego z członków do:

- współdecydowania o sprawach podopiecznego (ucznia),
- bycia rzecznikiem spraw i praw podopiecznego,
- przedstawiania własnych decyzji merytorycznie uzasadnionych popartych odpowiednimi argumentami.

W zespole terapeutycznym ważna rola przypada pielęgniarce. Z roli wynikają funkcje, które ma do spełnienia. Wobec ucznia z padaczką, pielęgniarka podejmuje działania opiekuńcze w momencie wystąpienia deficytu w samoopiece we wszystkich sferach życia podmiotu. Stopień samoobsługi osoby chorej jest wyznacznikiem w ustaleniu zakresu działań opiekuńczych związanych ze stworzeniem jak najlepszych warunków do podtrzymywania biologicznych funkcji

życiowych organizmu, warunków gwarantujących komfort w życiu codziennym w sferze bio-psycho-społecznej, a więc pomaganie, towarzyszenie, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz troskliwość.

Drugą istotną rolą pielęgniarki w zespole są działania profilaktyczne, które polegają na prawidłowym kształtowaniu zachowań prozdrowotnych. Działania mają eliminować, zapobiegać, bądź ograniczyć ryzyko wystąpienia upadku, niesprawności i powikłań mogących być następstwem wiedzy.

Inne zadanie polega na przekazaniu i kształtowaniu wiedzy, jak wzmacniać i utrzymać zdrowie poprzez zdrowy, aktywny styl życia. Są to zadania wynikające z funkcji promowania zdrowia i obejmują one propagowanie zachowań prozdrowotnych.

Ważne są również działania rehabilitacyjne, które polegają na utrzymaniu jak najlepszej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej ucznia, który znalazł się w zmienionej sytuacji życiowej na skutek choroby. Pomaganie, mobilizowanie, motywowanie i usprawnianie ucznia we wszystkich dziedzinach życia realizowane jest poprzez naukę ucznia w zdobyciu nowych umiejętności. Tutaj również ważne są działania prowadzone wobec rodziny (opiekunów) ucznia.

Dość istotnym elementem, który ma wpływ na komunikację pomiędzy członkami każdej grupy są zajmowane względem siebie pozycje społeczne o znaczeniu formalnym i nieformalnym. Takie treści jak dobroć, życzliwość, uczciwość oraz tolerancja wpływają na jakość komunikowania się. Ich brak może powodować niezdrową atmosferę, a jednocześnie powodować konflikty, których nie da się uniknąć, ale niektórym można zapobiec.

Kontakt z uczniem chorym stanowi specyficzną relację interpersonalną, której charakter z jednej strony określony jest przez chorobę i sytuację osobistą ucznia, a z drugiej przez postawę i podejście osoby, która udziela pomocy. Dlatego komunikacja terapeutyczna musi uwzględniać kontekst sytuacji, w której się odbywa. Kontekst ten mieści w sobie cechy choroby i jej obraz subiektywny wytworzony w świadomości ucznia, trudności, jakie stwarza choroba dla zaspokojenia podstawowych potrzeb, jego osobowość, stosowane mechanizmy obronne, style radzenia sobie oraz sytuację społeczną i rodzinną. Ponadto kontekst ten zawiera również (o czym nie pamiętamy) cechy osoby udzielającej pomocy, a co za tym idzie jej wiedzę o problemach ucznia, postawę, jaką wobec niego przyjmuje, a także posiadane kompetencje i umiejętności.

Poznanie ucznia, jego sytuacji, włączając w to jego przeżycia, potrzeby i oczekiwania stanowi podstawę do nawiązania z nim komunikacji terapeutycznej. Komunikacja ta połączona jest ze wsparciem psychicznym, przekazywana jest uczniowi w formie werbalnej i pozawerbalnej. Jest ona tym bardziej skuteczna, im lepiej dostosowana jest do konkretnej sytuacji ucznia oraz indywidualnego charakteru jego problemów [3].

Zdzisław Dąbrowski podkreśla, że cechą opieki jest przejęcie przez opiekuna odpowiedzialności za losy podopiecznego. Jest to jedna z doniosłych jej cech,

bez której działalność nie byłaby tym, czym jest z natury rzeczy i czym powinna być [1].

Mamy tu do czynienia z cechą specyficzną, nie sprowadzającą się tylko do pełnienia określonych ról odpowiedzialności moralnej, prawnej i służbowej odpowiedzialności przedmiotowej, ale tego rodzaju odpowiedzialność wynika z odwiecznych zależności międzyludzkich i stąd też stanowi nie tylko charakterystyczną cechę opieki, ale jednocześnie jej podstawowy warunek. W pełnej opiece istnieje zjawisko, które można określić jako troskę opiekuna o aktualną i przyszłą pomyślność podopiecznego (czyli o jego losy) oraz, w pewnych przypadkach, subiektywne poczucie odpowiedzialności za nią. Najogólniej można powiedzieć, że w rzeczywistości opiekun (nauczyciel) może i powinien odpowiadać za to, czy, na ile i jak zaspakaja potrzeby podopiecznego (ucznia).

Ewa Wysocka stwierdza, że we wszystkich koncepcjach dotyczących opieki podstawowym założeniem jest życie człowieka, które wiąże się z wykonywaniem czynności, których celem jest rozwiązywanie sytuacji trudnych i problemowych. Konieczne jest wprowadzenie ich w samodzielne wartościowe życie. W czynnościach opiekuńczych wyróżnić można najważniejsze cechy: stała obecność podopiecznego (jako specyficzny, samodzielny sposób oddziaływania), skupienie uwagi na jego potrzebach, udzielanie wsparcia, kontakt fizyczny i werbalny (instruowanie, informowanie, udzielanie porad, wyrażanie uczuć, podnoszenie wartości) oraz ukierunkowanie działań na zwiększenie samodzielności i samokontroli podopiecznego [9].

Mikołaj Winiarski wiąże opiekę z działaniem edukacyjnym. Wyróżnia on działania edukacyjne usprawniające, które polegają na kształtowaniu i rozwijaniu instrumentalnych cech osobowości, tj. wiedzy, umiejętności, sprawności, zdolności oraz działanie ukierunkowujące, które sprowadzają się do kształtowania i rozwijania kierunkowych predyspozycji, tj. przekonań, postaw, wartości. Predyspozycje instrumentalne ułatwiają człowiekowi realizację zamierzonych celów i zadań, zaś dyspozycje kierunkowe są użyteczne w sytuacjach wymagających dokonywania wyborów, pewnego rodzaju samoregulacji w dziedzinie postępowania, podejmowania decyzji w różnych sprawach życiowych [8].

Zdaniem H. Nakajimy – Dyrektora Generalnego WHO „Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i postawy wobec zdrowia możemy zwiększyć ich szansę na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w której żyją” [Nakajima, 1993, s. 3].

Aby edukacja w szkole oddziaływała skutecznie na kształtowanie zachowań sprzyjających zdrowiu powinna ukierunkowana być na rozwijanie umiejętności życiowych, które Woynarowska określa jako „proces interakcyjny nauczania i uczenia się polegający na uzyskaniu wiedzy, kształtowaniu postaw i umiejętności, dzięki którym człowiek bierze większą odpowiedzialność za swoje życie przez: dokonywanie zdrowych wyborów życiowych, większą odporność na

wpływy i presję ze strony innych oraz unikanie zachowań ryzykownych dla zdrowia” [Woynarowska, 2001, s. 102] [10].

Zgodnie z wytycznymi reformy edukacji, prowadzenie edukacji prozdrowotnej jest powinnością nauczycieli wszystkich przedmiotów i oni decydują o jakości praktycznej realizacji tych programów. Niestety, wielu nauczycieli nie jest do tego przygotowanych i posiada braki, dlatego niezbędne jest odpowiednie kształcenie i doskonalenie.

Reasumując można powiedzieć, że rola zespołu terapeutycznego w opiece nad uczniem z padaczką jest znacząca. Ażeby ją bardzo dobrze wykonywać, cały zespół terapeutyczny powinien:

- posiadać odpowiednią wiedzę teoretyczną na temat padaczki,
- powinien umieć między sobą nawiązać prawidłową komunikację,
- umieć prawidłowo postępować z uczniem w chwili wystąpienia napadu padaczkowego,
- otoczyć odpowiednią opieką ucznia po napadzie padaczkowym.

Wobec powyższego warto jest przygotować warsztaty dla nauczycieli (wychowawców) z zakresu odpowiedniego postępowania w przypadku wystąpienia napadu padaczkowego u ucznia.

Piśmiennictwo

1. Dąbrowski Z., *Teoretyczne podstawy opieki i wychowania przez opiekę*, Toruń 1987.
2. Brodie M. J., Schachter S. C., *Padaczka*, Gdańsk 2003.
3. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, (red.) Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W., Lublin 2003.
4. Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, Warszawa 2003.
5. Nakajima H., *Wprowadzenie w szkole wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider” Nr 5, 1993, s. 3.
6. Rudy J., *Padaczki*, [w:] *Neurologia i myślenie kliniczne*, (red.) Mazur R., Nyk W., Gdańsk 1998.
7. Schmitz B., Steinhoff B., *Padaczki*, Wrocław 2006.
8. Winiarski M., *Pedagogika społeczna humanistycznie zorientowana*, [w:] *Pedagogika społeczna dokonania – aktualność – perspektywy*, (red.) Kawula S., Toruń 2001, s. 81–85.
9. Wysocka E., *Wybrane problemy opieki i pomocy*, [w:] *Pedagogika społeczna jako dyscyplina akademicka, Stan i perspektywy* (red.) Marynowicz-Hetka E., Piekarski J., Cyrańska E., Łódź 1998, s. 469–480.
10. Woynarowska B., *Podjęcie ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystywania w edukacji zdrowotnej*, Warszawa 2001, s. 102.

Krystyna Kowalczuk¹, Agnieszka Bednarczyk², Barbara Jankowiak¹,
Elżbieta Krajewska-Kula¹, Krystyna Klimaszewska¹, Jolanta Lewko¹

Program edukacji pielęgniarzkiej dla dzieci z rozpoznaną wadą wzroku

Wstęp

Brak świadomości systematycznej kontroli wzroku, niski poziom wiedzy rodziców przyczyniają się do obniżenia jakości życia dziecka. W związku z tym istnieje potrzeba profesjonalnej edukacji dzieci i młodzieży na temat profilaktyki i korekcji wad wzroku [1].

W polskiej literaturze pielęgniarzkiej edukacja definiowana jest jako proces obejmujący oddziaływanie wychowawcze i uczenie, skierowane na pacjenta i/lub jego środowisko. Celem jest wpływanie na kształtowanie (zmianę lub utrwalanie) motywów, postaw w pożądanym pro-zdrowotnym kierunku zgodnym ze społecznie akceptowanymi celami promocji zdrowia [2].

Płaszewska-Żywko definiuje zaś edukację pacjenta, jako świadome komunikowanie się z pacjentem, którego celem jest pomaganie w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem, rozwijanie pozytywnych postaw wobec zdrowia oraz inicjowanie i utrzymywanie pożądaných zachowań zdrowotnych [1].

Celem pracy było opracowanie programu edukacyjnego wobec dzieci z rozpoznaną wadą wzroku.

Material i metodyka

Program edukacyjny opracowano w oparciu o model Precede (Preceding, Reinforcing, Enabling Causes In Educational Diagnosis and Evaluation), czyli model przyczyn poprzedzających, wzmacniających i umożliwiających diagnozę edukacyjną i jej ocenę. Przy planowaniu programu edukacyjnego uwzględniono: czynniki, usposabiające i umożliwiające osiągnięcie korzyści oraz wzmacniające właściwe zachowania zdrowotne.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

² Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ostrołęce

Racjonalnym uzasadnieniem edukacji pacjenta jest stwarzanie ludziom szansy na najpełniejsze życie przez najdłuższy okres czasu i skrócenie czasu choroby. W uproszczonym schemacie działania, składające się na edukację zdrowotną pacjenta, klasyfikuje się jako [1, 2]:

- Informacja zdrowotna – rozumiana jako wiadomość w postaci wskazówki, pouczenia, komunikatu przekazanie słownie lub na piśmie, których celem jest wywołanie zainteresowania, zwrócenie uwagi na określony problem zdrowotny, ostrzeżenie, przypomnienie faktów dotyczących chorób i wad wzroku;
- Nauka informująco-instruktażowa – proces planowych, systematycznych i zamierzonych czynności dotyczących przekazywania wiadomości, umiejętności lub zachowań;
- Wzmacnianie samoedukacji pacjenta – wzmacnianie dążeń pacjenta do rozwoju kontynuowania we własnym zakresie zachowań dotyczących pielęgnowania zdrowia [3].

Wyniki

W pierwszym etapie pracy dokonano obiektywnej analizy problemu, przeprowadzono badania ankietowe, których celem było ustalenie poziomu wiedzy oraz zapotrzebowania na edukację wśród rodziców i dzieci. Przeprowadzone badania wykazały braki w wiedzy i umiejętnościach praktycznych z zakresu profilaktyki rozwoju wad refrakcji.

Kolejnym etapem było przygotowanie i opracowanie prezentowanego w poniższej pracy programu edukacji dzieci z rozpoznanymi wadami wzroku (wzór programu edukacji w załączeniu).

Omówienie

Współcześnie istnieje wiele metod i sposobów korekcji wad wzroku. Jedną z najpowszechniejszych i najczęściej stosowanych form korekcji są soczewki okularowe, kontaktowe. Stosuje się je do wyrównywania wad refrakcji, np.: krótkowzroczności, nadwzroczności. Wybór metody leczenia uzależniony jest od wielkości wady wzroku, stanu zdrowia pacjenta oraz jego indywidualnych potrzeb. W praktyce nierozpoznane wady refrakcji występujące u dzieci i młodzieży są często przyczyną problemów dotyczących rozwoju psychomotorycznego, stwarzają trudności w nauce oraz uniemożliwiają właściwą integrację ze społeczeństwem [4, 5].

Wnioski

Wydaje się celowe i jak najszybsze upowszechnienie i wprowadzenie do praktyki zawodowej prezentowanego poniżej programu edukacji dzieci w wieku szkolnym w celu wyposażenia dzieci i ich rodzin w niezbędną wiedzę dotyczącą wad wzroku oraz metod profilaktyki

Program edukacyjno-zdrowotny dla dzieci i młodzieży z rozpoznanymi wadami wzroku

Cel kształcenia: Przygotowanie dzieci i młodzieży do samokontroli oraz świadomych zachowań zdrowotnych mających na celu wczesne wykrywanie wad wzroku

Młodzież zna:

- Czynniki i sytuacje warunkujące powstawanie wad wzroku;
- Objawy i przyczyny poszczególnych wad wzroku;
- Metody i sposoby korekcji wad wzroku;
- Profilaktykę wad wzroku;
- Placówki medyczne zajmujące się diagnostyką wad wzroku.

Młodzież rozumie:

- Procesy i zjawiska optyczne, zachodzące w ludzkim oku podczas fizjologicznego widzenia;
- Zależności pomiędzy warunkami nauki i pracy (np. przy komputerze) a powstawaniem wad wzroku;
- Związek między wczesnym wykryciem zmian w narządzie wzroku a zastosowaniem odpowiedniej korekcji i zlikwidowaniem skutków ubocznych wynikających z nieprawidłowej ostrości wzroku.

Młodzież umie:

- Prowadzić samoobserwację narządu wzroku, w celu wykrycia i określenia niepokojących objawów związanych z widzeniem;
- Zmodyfikować własny styl życia, postawy i zachowania tak, aby nie wpływały one na powstawanie lub pogłębianie wad wzroku;
- Określić rolę edukacyjną wobec kolegów i koleżanek oraz innych osób z kręgu społecznego.

Motywacja: regularne badanie ostrości wzroku ma na celu wczesne wykrywanie wad refrakcji oraz zapewnienie właściwej profilaktyki

Metody nauczania:

- metody podstawowe – wykład informacyjny;
- metody uzupełniające: opisy, pogadanki i ćwiczenia;

Środki dydaktyczne: ulotki, broszury, plakaty, książki, filmy;

Zakres treści kształcenia:

- Przyczyny wad wzroku (załącznik 1)
- Rodzaje wad refrakcji (załącznik 2)
- Metody korekcji wad wzroku (załącznik 3)
- Warunki badania ostrości wzroku;
- Higiena narządu wzroku;

Załącznik 1. Przyczyny wad wzroku

nadwzroczności: krótka oś gałki ocznej, która najczęściej występuje u większości noworodków (nadwzroczność fizjologiczna), mała refrakcja układu optycznego oka (tj. słabe załamanie soczewki oka) dziedziczność [6].

- **Astygmatyzm:** niesferyczny kształt rogówki, nieprawidłowa budowa soczewki, różne wartości mocy optycznej w różnych płaszczyznach oka [7].
- **Krótkowzroczność:** długotrwałe napięcie akomodacyjne i konwergencyjne przy pracy z bliska, brak korelacji między wzrostem ciała a wzrostem gałki ocznej, wzmożone napięcie akomodacyjne przy patrzeniu na przedmioty leżące daleko, wahania ciśnienia śródgałkowego, nieprawidłowa, zbyt wypukła krzywizna poszczególnych elementów układu optycznego;

Załącznik 2. Rodzaje wad refrakcji

Nadwzroczność:

- Nadwzroczność refrakcyjna – oś gałki ocznej ma prawidłową długość, a układ optyczny jest za słaby, aby skupić wiązkę promieni równoległych na siatkówce
- Nadwzroczność osiowa – oś gałki ocznej jest krótka, układ optyczny prawidłowo załamuje wiązkę światła
- Nadwzroczność ujawniona – nadwzroczność, która ujawnia się wraz z osiągnięciem przez człowieka określonego wieku, tzn. przeciętnie w wieku 25 lat ujawnia się ok. 50% nadwzroczności, a w wieku 45 lat cała nadwzroczność jest ujawniana i przeistacza się w nadwzroczność całkowitą.
- Nadwzroczność starcza – jest wynikiem zmniejszenia się wraz z wiekiem współczynnika załamania ośrodków optycznych oka (zmniejszenie się ich mocy łamiącej oka), a w szczególności rogówki i ciała szklonego [8].
- **Astygmatyzm** (inaczej niezborności) jest wadą układu optycznego oka, w której równoległa wiązka światła po przejściu przez ten układ staje się wiązką o dwóch liniowych ogniskach astygmatycznych [7, 9].

Rodzaje astygmatyzmu:

- Astygmatyzm niezłożony – występuje wtedy, gdy w jednym południku załamywanie promieni jest prawidłowe, a w drugim leżącym w stosunku do pierwszego pod kątem prostym załamywanie jest słabe lub zbyt silne.
- Astygmatyzm nadwzroczny zwykły w przypadku, gdy w jednym przekroju ognisko obrazowe leży na siatkówce, za siatkówką;
- Astygmatyzm krótkowzroczny zwykły w przypadku, gdy jedno z ognisk leży na siatkówce, a drugie przed nią.
- Astygmatyzm złożony – występuje wtedy, gdy w obu południkach istnieje określona wada refrakcji (nadwzroczność lub krótkowzroczność), lecz wielkość tej wady jest różna w tych astygmatyzm nadwzroczny złożony występuje wtedy, gdy w obu postaciach oko jest nadwzroczne [10].

Krótkowzroczność

- Krótkowzroczność mała – pojawia się ona ok. 10 roku życia i narasta w okresie dojrzewania, stabilizując się najczęściej wraz z ustaniem wzrostu oka, tj. ok. 20 roku życia. Nie przekracza ona na ogół poziomu: -3 dpt./ -4 dpt. [10].
- Krótkowzroczność średnia – zaczyna się we wcześniejszym okresie życia i osiąga poziom $-6,0$ dpt. do $-8,0$ dpt.
- Krótkowzroczność wysoka – pojawia się często we wczesnym dzieciństwie i osiąga wartość kilkunastu lub kilkudziesięciu dioptrii. Cechuje się patologicznie długą osią gałki ocznej, która w wyniku zmian zwyrodnieniowych w powłokach oka z kuli staje się niemal bryłą cylindryczną. Istotą tego stopnia krótkowzroczności jest jej postępujący i zwyrodnieniowy charakter [3, 9, 10].

Załącznik 3. Metody korekcji wad wzroku

Soczewki okularowe są mocowane w oprawkach wybieranych przez samego klienta (pacjenta gabinetu okulistycznego). Dostosowuje się je do kształtu twarzy, wyglądu i innych indywidualnych potrzeb, wymagań i preferencji. Pomimo tego wiele osób rezygnuje z okularów, problem ten dotyczy głównie dzieci i młodzieży, u których racjonalne przesłanki leczenia przegrywają z komfortem „normalnego funkcjonowania i względami estetycznymi. *Ortokorekcja* jest metodą nie-chirurgicznej korekcji krótkowzroczności w zakresie od -1 D do $-4,5$ D, z astygmatyzmem do $1,5$ D, stosowaną u osób dorosłych i dzieci powyżej 10 roku życia. Opiera się ona na zmianie kształtu powierzchni rogówki po zastosowaniu twardych soczewek kontaktowych gazo-przepuszczalnych o 4 i 5-strefowej geometrii, zakładanych w godzinach nocnych [3, 9, 10].

Chirurgiczne metody korekcji wad wzroku

Wykorzystywaną metodą korekcji jest chirurgia refrakcyjna mająca za zadanie uzyskanie normowzroczności lub zmniejszenie wady w znacznym stopniu. Chirurgię tę dzielimy na dwa zasadnicze rodzaje. Pierwszy z nich to *chirurgia* refrakcyjna wewnątrzgałkowa, do której należą zabiegi polegające na usunięciu przeziernej soczewki oraz zabiegi polegające na wszczepianiu sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej (w miejsce usuniętej zaćmy). Drugi rodzaj chirurgii stanowi chirurgia refrakcyjna rogówki, czyli laserowa korekta wad wzroku (krótkowzroczności, nadwzroczności i astygmatyzmu).

Wskazania do chirurgicznej korekcji wad wzroku:

- Wiek przed ukończeniem 20. roku życia lub po ukończeniu 65. roku życia;
- Choroby oczu, np. jaskra, zaćma, bakteryjne i wirusowe zapalenia oczu, cukrzyca, zespół suchego oka, zmiany zwyrodnieniowe siatkówki, blizny pourazowe rogówki, niestabilna wada wzroku [11, 12]

Piśmiennictwo

1. Ślusarska B., Zahradniczek K., Zarzycka D.: Podstawy Pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, Wyd. CZELEJ, Lublin, 2004, 413–416, 959–973.
2. Zomadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z.: Edukacja pro zdrowotna. Wyd. SGGW, Warszawa, 2003, 32–33.
3. Niżankowska M. H.: Podstawy okulistyki. Wyd. VOLUMED, Wrocław, 1992, 1–72.
4. Prusałek E.: Astygmatyzm. Zdrowie. 2005, 8, 30–32.
5. Bartkowska J.: Optyka i korekcja wad wzroku. Wyd. PZWL, Warszawa, 1996.
6. Oblacińska A., Ostrega W. (red.): Standardy i metodyka*pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej Wyd. Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa, 2003, 125–129.
7. Woynarowska B., Jodkowska M. (red.): Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym. Wyd. Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa, 2002, 27–32.
8. Prost M., Hapnik A., Zalewska-Żmijewska A., Skłodowska A.: Internetowy program Widzę – służący do skryningowego badania ostrości wzroku i rozpoznania barw u dzieci i młodzieży. Okulistyka, 2003, 1, supl. 157–159.
9. Szeszycka I.: Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych. Antidotum, 2000, 12, 20–27.
10. Zygmia-Jastrzębska, Grałek M.: Występowanie wad refrakcji u dzieci szkolnych medycznych. Antidotum, 2000, 12, 20–27.
11. Zečerowa-Jarzębińska M., Tuleja D.: Soczewki kontaktowe nowe materiały, nowe możliwości. Przegląd Okulistyczny, 2005, 6, 8–9.
12. Zdieszzyńska M., Goś A.: Wady refrakcji układu optycznego oka. Kontaktologia i optyka okulistyki, 2001, 41–44.

Cecylia Godlewska¹, Jolanta Lewko²

Standard pielęgnowania dziecka z zespołem nerczycowym

Wstęp

Zespół nerczycowy jest stanem klinicznym spowodowanym białkomoczem, którego nasilenie przekracza możliwości kompensacyjne ustroju ($> 40 \text{ mg/m}^2$ p. c./godz. lub $> 50 \text{ mg/kg}$ m. c./dobę lub stosunek stężenia białka do kreatyniny w moczu (w mg/dl) $> 1,8$). Jego bezpośrednim następstwem jest hipoalbuminemia ($< 2 \text{ g/l}$), a na ogół również obrzęki i hiperlipidemia.

Przyczyny zespołu nerczycowego są bardzo liczne (choroby układowe, zakażenia, zatrucia, reakcje polekowe itp.), jednak u 90% chorych w wieku od 1–18 lat przyczyną zespołu nerczycowego są pierwotne glomerulopatie.

Najczęstszą postacią idiopatycznego zespołu nerczycowego (INS) jest submikroskopowe kłębuszkowe zapalenie nerek. Przyczyna choroby jest dotychczas nieznana. Uważa się, że jest za nią odpowiedzialny czynnik wytwarzany przez limfocyty T, powodujący nagłe zwiększenie przepuszczalności błony filtracyjnej kłębuszka dla białka. Schorzenie objawia się uogólnionymi obrzękami dotyczącymi powłok ciała (twarz, kończyny, powłoki brzuszne, okolica krzyżowo-lędźwiowa) oraz jam ciała (jamy otrzewnej, jamy opłucnej, jamy osierdza, moszny). Występuje obniżenie stężenia białka w surowicy (hipoproteinemia) i zaburzenia frakcji białkowych – dysproteinemia (niedobór albumin i gamma globulin, wzrost alfa 2 i beta globulin) oraz zwiększone stężenie cholesterolu i innych lipidów.

Choroba ma charakter przewlekły, często przez kilka lub kilkanaście lat z okresami nawrotów i remisji. Leczenie jest objawowe, mające na celu likwidację obrzęków, kortykoterapia lub immunosupresja (zwykle poprzedzona biopsją nerki), profilaktyka przeciwzakrzepowa u dzieci, zapobieganie chorobie wrzodowej, zapobieganie osteoporozie nerczycowej i posterydowej [1, 2].

¹ I Klinika Chorób Dzieci, Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademia Medyczna w Białymstoku

Temat: Pielęgnacja dziecka z zespołem nerczycowym.**Uzasadnienie standardu**

Standard pielęgnowania dziecka z zespołem nerczycowym został opracowany dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad chorym dzieckiem. Pielęgniarki pracujące w klinice znają objawy kliniczne zespołu nerczycowego, jego przebieg, sposób pielęgnowania i leczenia oraz ewentualne powikłania. Od wiedzy zawodowej i umiejętności postępowania oraz planowania opieki, a także od współpracy z zespołem terapeutycznym oraz rodzicami lub opiekunami dziecka zależy powodzenie terapii, zapobieganie nawrotom choroby i ocena świadczonych usług.

Oświadczenie standardowe:

1. Dziecko z zespołem nerczycowym zostanie objęte całościową, profesjonalną opieką pielęgniarską.
2. Rodzice i pacjent zdobędą wiedzę i umiejętności potrzebne do samoopieki i samokontroli przed wypisaniem do domu.

Kryteria standardu:**I. Kryterium struktury**

1. W klinice zespół pielęgniarski jest fachowo przygotowany do sprawowania opieki nad pacjentami z zespołem nerczycowym.
2. Klinika dysponuje odpowiednią ilością sprzętu, leków i środków higienicznych niezbędnych do leczenia i pielęgnacji pacjentów.
3. W klinice funkcjonuje dokumentacja procesu pielęgnowania zawierająca:
 - arkusz oceny stanu bio-psycho-społecznego,
 - historię pielęgnowania,
 - plan opieki pielęgniarskiej, modyfikowany w zależności od stanu zdrowia pacjenta,
 - codzienne obserwacje dotyczące stanu pacjenta.
4. Prowadzona jest współpraca z rodziną dziecka oraz edukacja rodziców i pacjentów w celu zapewnienia optymalnej opieki.
5. W klinice stworzone są warunki niezbędne do realizacji prawidłowej opieki pielęgniarskiej.
6. Klinika posiada pomoce dydaktyczne dla rodziców:
 - a) wskazówki dotyczące diety,
 - b) wskazówki dotyczące pobierania moczu na badanie ogólne.

II. Kryterium procesu

Pielęgniarka:

1. Przyjmuje dziecko do kliniki zgodnie z obowiązującą procedurą i dokonuje wstępnego rozpoznania stanu zdrowia pacjenta.
2. Zapoznaje rodziców lub opiekunów dziecka z regulaminem kliniki, podaje telefony kontaktowe.
3. Zakłada dokumentację obowiązującą w klinice i zbiera wywiad wg ustalonych metod w zakresie:
 - stanu psychicznego dziecka,
 - reakcji na hospitalizację,
 - przyzwyczajień dziecka,
 - diety,
 - warunków społecznych dziecka: stosunku rodziny do dziecka i jego choroby.
4. Ustala problemy pielęgnacyjne dotyczące zespołu nerczycowego i odnotowuje je w historii pielęgnowania.
5. Z udziałem pacjenta i jego rodziny realizuje zaplanowane działania:
 - a) dba o utrzymanie czystości ciała poprzez mycie i dokładne osuszanie przez dotykanie
 - u niemowląt i małych dzieci dba o dokładną pielęgnację fałdów skórnych;
 - b) prowadzi codzienną dokładną obserwację obrzęków poprzez:
 - kontrolę masy ciała (codziennie – o tej samej godzinie, na tej samej wadze, w cienkiej bawełnianej piżamce),
 - ocenę obwodu brzucha,
 - dokładne prowadzenie bilansu wodnego (ilość płynów przyjętych i wydalonych, w przypadku dzieci małych – ważenie pieluch);
 - c) dba o spożycie przez dziecko odpowiedniej ilości posiłku z diety wysokobiałkowej:
 - w przypadku nasilonych obrzęków – dieta z ograniczeniem sodu,
 - obserwuje w kierunku wzmożonego apetytu posterydowego;
 - d) współpracuje z całym zespołem terapeutycznym w leczeniu:
 - podaje leki zgodnie z kartą zleceń i autoryzuje to czytelnym podpisem,
 - zakłada obwodowe wejścia dożylnie i prowadzi kartę obserwacji wkłucia obwodowego,
 - pobiera materiały do badań (krew, mocz),
 - przygotowuje dziecko do badań specjalistycznych;
 - e) zapobiega infekcjom (obniżona odporność) poprzez:
 - umieszczenie dziecka w separacie,

- przestrzeganie zasad reżimu sanitarnego,
 - ograniczenie odwiedzin do najbliższej rodziny,
 - wnikliwie obserwuje dziecko pod kątem objawów infekcji;
- f) wpływa na stan psychiczny dziecka poprzez:
- umożliwienie matce stałego przebywania z dzieckiem,
 - zorganizowanie dziecku czasu wolnego (dostarczenie gier i zabawek w zależności od wieku, a dostępnych w klinice);
- g) współpracuje z dzieckiem i jego rodziną w zakresie przygotowania ich do samoopieki.

III. Kryterium wyniku

1. Dziecko przyjęte do kliniki otrzymało optymalną opiekę w zakresie pielęgnacji i leczenia.
2. Zaplanowane działania pielęgnacyjne zostały zrealizowane i udokumentowane.
3. Rodzina została przygotowana do powrotu pacjenta do domu:
 - a) posiada wiedzę na temat jednostki chorobowej i zaleczonego trybu życia,
 - b) zna zasady dotyczące stosowania zaleczonej diety,
 - c) zna zasady profilaktyki zakażeń układu moczowego,
 - d) przestrzega wyznaczonych terminów wizyt kontrolnych w poradni nefrologicznej,
 - e) potrafi pobierać materiał (mocz) do badań oraz prowadzić zeszyt kontroli (wklejanie wszystkich wyników badań),
 - f) rozumie zasadność ochrony dziecka przed infekcjami oraz ważność szybkiego reagowania w przypadku wystąpienia niepokojących objawów u dziecka,
 - g) dba o właściwą realizację szczepień ochronnych, zawsze w porozumieniu z lekarzem leczącym.

Piśmiennictwo

1. Maciejewski J.: Choroby nerek i dróg moczowych. [W.] Zarys pediatrii. Tom 2. Walczak M. Red. PZWL, Warszawa 1991, s. 315–320.
2. Szajner-Milart I., Papierkowski A. (red.): Choroby wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1997.

Rehabilitacja dziecka z zespołem Downa

Wstęp

Zespół Downa jest schorzeniem polegającym na trwałym defekcie genetycznym, którego istotą jest niższy potencjał intelektualny. Można go jednak umiejętnie rozwinąć poprzez okazywanie miłości i akceptacji, a także poprzez systematycznie wykonywane ćwiczenia [1, 2]. Dzieci z tym zespołem charakteryzują się obniżonym napięciem mięśniowym (hipotonia), które utrudnia opanowanie czynności lokomocyjnych i ruchów chwytnych [1]. Towarzysząca wiotkość więzadeł stawowych powoduje wrażenie nadmiernej ruchomości stawów. Zmiany tego typu w układzie kostno-stawowo-mięśniowym często powodują nieprawidłową postawę ciała: głowa jest opuszczona w dół, plecy zaokrąglone, a kończyny górne luźno zwisają. Miednica ustawiona jest w przodopochyleniu. Funkcja lokomocji u dzieci z zespołem Downa jest w związku z tym zaburzona. Chód jest ciężki, nieestetyczny na całych stopach, kończyny dolne podczas przemieszczania się pozostają nieco w tyle, dając wrażenie nie nadążania za tułowiem. Ruchy są niezgrabne i nieskoordynowane. Uwidacznia się to przy różnego rodzaju zabawach i w szybkim chodzie. Często obserwowana jest skłonność do otyłości, wolniejszy wzrost, co po zakończeniu procesu dojrzewania kośćca powoduje, że osiągają one niską lub średnią wysokość ciała. Głowa jest zwykle mała i spłaszczona w płaszczyźnie przednio-tylnej, szpary powiekowe są skośne ze zmarszczką nakątną. Szeroka i wklęsła nasada nosa daje efekt szerokiego rozstawienia gałek ocznych. Kąćki ust są skierowane ku dołowi, a hipotonia mięśni mimicznych powoduje skłonność do otwierania ust i wysuwania języka, który jest duży, często wystający u małych dzieci. Szyja jest zazwyczaj krótka, uszy zniekształcone. Na szerokich i krótkich dłoniach często obserwuje się poprzeczną bruzdę (małpia bruzda), zaburzenia linii papilarnych i skrócenie lub brak środkowego paliczka V palca, co daje efekt zakrzywienia palca (klinodaktylia).

¹ Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku

Rozwinięcie

W procesie rehabilitacji należy uwzględnić często towarzyszące wady serca, najczęściej w postaci ubytku przegrody międzykomorowej lub przetrwałego przewodu tętniczego Botalla [2]. Zdarzają się również wady słuchu, wzroku, zaburzenia w funkcjonowaniu układu pokarmowego. Problemy może stwarzać sucha skóra, wymagająca szczególnej pielęgnacji.

Znaczna część dzieci z tą wadą wolniej się rozwija, później zaczyna siadać, stawać, chodzić, wolniej reaguje na bodźce, mają osłabione czucie dotyku, bólu i temperatury.

Pomimo towarzyszącego upośledzenia, chorzy osiągają pewien stopień rozwoju umysłowego. Charakteryzują się bowiem stosunkowo dobrą adaptacją społeczną i umiejętnością zjednywania sobie otoczenia dzięki pogodnemu usposobieniu. Upodobanie do muzyki i poczucie rytmu są również cechami, które warto wykorzystać, a przez to zwiększyć efekty terapeutyczne.

Prawidłowe postępowanie z dzieckiem w trakcie jego rozwoju pozwala znacznie zmniejszyć stopień zaburzenia umysłowego. Jedynie poprzez rehabilitację i stymulację rozwoju psychoruchowego można uzyskać poprawę i doprowadzić do względnej samodzielności chorych [3]. Należy jednak zwrócić uwagę, że możliwości poszczególnych dzieci są zróżnicowane. Jeżeli mają zapewnioną wczesną, wszechstronną rehabilitację polisensoryczną, odpowiednie leczenie i poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego, większość z nich osiągnie względną samodzielność.

Rehabilitacja pojmowana jest między innymi jako proces, którego głównym celem jest przywracanie osobie niepełnosprawnej możliwości udziału w normalnym życiu społecznym [3, 4]. Chodzi nie tylko o odtwarzanie utraconych sprawności, ale także o rozwinięcie w jak największym stopniu możliwości człowieka chorego. Możliwości te u dzieci z zespołem Downa należy umiejętnie wykorzystać, aby osiągnąć nasze cele. Konieczne jest bowiem, podobnie jak w innych dziedzinach rehabilitacji, określenie nie tylko deficytów, ale również ujawnienie wszelkich, często minimalnych zdolności. Doświadczony terapeuta jest w stanie sprowokować dziecko do pokazania swoich najlepszych możliwości. Znaczenie dokonanych spostrzeżeń należy przekazać dziecku, rodzicom oraz innym członkom zespołu terapeutycznego. Głównym celem dalszego usprawniania jest rozwijanie tych umiejętności. Takie podejście do rehabilitacji i „pozytywne nastawienie” pomaga dziecku kształtować większą pewność siebie, a rodziców motywuje do pełnego zaangażowania się.

Terapia powinna być prowadzona przez rodziców również w domu, w ścisłym kontakcie z dzieckiem, co jest podstawowym warunkiem dla zapewnienia optymalnych efektów terapeutycznych i prawidłowego rozwoju psychoruchowego. Lekarze, psychologowie i terapeuci zgodnie podkreślają doniosłość i znaczenie rodziny wychowującej dzieci z tym zespołem. Dlatego należy jak najwcześniej

rozpocząć naukę i pracę z dzieckiem poprzez odpowiednio dobraną stymulację. Nauka rodziców to udział w zajęciach z dziećmi, w czasie których poznają cele ćwiczeń, ich przebieg, rezultaty oraz program pracy w domu z dzieckiem, w której to nikt ich nie wyręczy.

„Najlepiej rozpocząć leczenie między 6. a 8. tygodniem życia i systematycznie je prowadzić przez cały okres wczesnego dzieciństwa i potem, aż poza okres dojrzewania [5]. Szczególnie ważne są pierwsze 4 lata życia, gdyż rozwój mózgu przebiega wówczas w sposób najbardziej dynamiczny. W pierwszym roku wzrasta objętość mózgu o 60%, do końca 3 roku o 80% [1]. W tym okresie powstaje u dzieci z nie leczonym zespołem Downa deficyt objętości mózgu na skutek niedostatecznego dojrzewania wtórnych struktur (dendryty, synapsy). Mikrocefalia z wąską podstawą czaszki stanowi przyczynę występujących w kierunku »mongoloidalnych« rysów twarzy. Można tego dalece uniknąć pobudzając zawczasu wzrost mózgu do dodatkowego dojrzewania nie tylko lekami organicznymi, ale również metodami stymulacji nerwowo-mięśniowej (np. metoda Vojty, Bobath, Ayres) [6]. Dzieci dotknięte tą wadą rodzą się z prawidłową liczbą komórek nerwowych i początkowo ich reakcje są poprawne. Jednak trzeba wiedzieć, że potem jest konieczne dalsze pobudzanie rozwoju, gdyż sieć połączeń między komórkami układu nerwowego nie tworzy się w sposób właściwy, uniemożliwiając tym samym prawidłowy jego rozwój – komórki dłużej są niedojrzałe. Jeśli odpowiednio wcześnie nie poddamy dziecka właściwej stymulacji, mózg nie będzie rósł odpowiednio szybko, głowa stanie się płaska i mniejsza.”

Leczenie i usprawnianie dzieci z opóźnieniem umysłowym powinno dotyczyć rozwoju wszystkich sfer czynnościowych: motorycznej, poznawczej i afektywnej. Głównym celem terapii jest osiągnięcie stanu dziecka umożliwiającego mu prawidłowe i efektywne wykonywanie ruchów, rozwój stanu intelektualnego i odpowiednie reagowanie oraz zachowanie się. Wynika z tego całościowe traktowanie problemu usprawniania, które powinno zapewnić równomierny rozwój dziecka jako całości. Upośledzenie jednego typu reakcji czy zachowań może mieć negatywny wpływ na inne sfery. Dziecko, u którego głównym celem usprawniania jest nauczanie go stabilizacji ruchowej, z pewnością skorzysta również, osiągając stabilność psychiczną.

W procesie usprawniania terapeuta, w zależności od postawionych celów, może stosować różne ćwiczenia aktywizujące układ nerwowy. Zmysł równowagi ma znamieny wpływ na napięcie mięśni i wykonywanie ruchów. Stymulacja tego zmysłu poprzez odpowiednio dobrane ćwiczenia rozwija nie tylko równowagę i orientację przestrzenną, ale również wpływa na napięcie mięśni (szczególnie prostowników antygrawitacyjnych), rozwija skupienie i nawiązywanie kontaktu wzrokowego. Rola terapeuty w usprawnianiu tych dzieci polega również na wykonywaniu odpowiednich ćwiczeń stymulujących zarówno czucie powierzchowne, jak i proprioreceptywne, co dodatkowo sprzyja rozwijaniu stabilizacji stawów w odcinkach bliższych.

Istnieje kilka istotnych spraw, o których nie wolno zapominać, chcąc przygotować efektywny program usprawniania dla dziecka z opóźnieniem umysłowym. Terapeuta musi tak dobrać ćwiczenia, aby odpowiadały one dojrzałości psychicznej dziecka, a jednocześnie by były jak najbardziej zbliżone do ćwiczeń wykonywanych z dziećmi w jego wieku biologicznym. Proponowane czynności powinny być dla dziecka interesujące i zrozumiałe oraz sprawiać mu przyjemność. Wszystkie zlecane formy aktywności muszą w najkrótszy sposób prowadzić do zamierzonego celu, ponieważ u dzieci upośledzonych umysłowo często występują trudności ze skupieniem uwagi. W czasie usprawniania upośledzonych umysłowo dzieci terapeuta musi się wykazać dużym zaangażowaniem i wyobraźnią. Tylko w ten sposób będzie w stanie uzyskać odpowiedni stopień integracji z chorym, pozwalający mu wypracować właściwy, zindywidualizowany sposób postępowania. Każdy program terapeutyczny, zakładający nauczanie czegoś, powinien być oparty na powtarzaniu i zwartości proponowanych zadań.

W przypadku dzieci z zespołem Downa zwracać należy uwagę na korekcję postawy:

- uczenie korekcyjnego sposobu siedzenia z udami zwartymi przylegającymi do siebie i stopami opartymi o podłogę, prawidłowe trzymanie głowy w pozycji pionowej,
- ćwiczenia równoważne poprzez częstą zmianę pozycji ciała podczas zabawy,
- doskonalenie funkcji chodu – podnoszenie nóg w czasie marszu i prawidłowe ustawianie stóp.

Podczas zajęć wymagających dłuższej koncentracji uwagi, znacznego wysiłku umysłowego lub fizycznego dzieci te szybko się męczą i zniechęcają. W pracy z nimi trzeba pamiętać o częstym odpoczynku, zmianie charakteru zajęć, by nie doprowadzać ich do momentów wyczerpania.

Nie ma chyba nic gorszego w życiu nas wszystkich – od braku możliwości porozumiewania się z otoczeniem. Dzieci z zespołem Downa rodzą się z wiotkością nie tylko stawów, ścięgien i więzadeł, ale także z wiotkością wszystkich mięśni twarzy, ust, języczka, dziąseł, podniebienia, dłoni itp. dlatego już od niemowlęstwa dzieci te powinny być otoczone szczególną formą terapii ruchowej i logopedycznej.

W przypadku dzieci z zespołem Downa dużą wagę należy przywiązywać do rozwijania sprawności rąk. Nie potrzeba do tego wyszukanych zabawek i przyrządów. Manipulowanie przedmiotami codziennego użytku, a w przypadku już trochę starszych dzieci również samodzielne jedzenie, mycie, zabawy w piasku, ugniatanie ciasta i malowanie farbami to przykłady skutecznych i sprawiających radość ćwiczeń manipulacyjno-koordynacyjnych [5, 6].

Zarówno w praktyce, jak i literaturze proponowanych jest wiele metod stymulacji rozwoju dzieci niepełnosprawnych. Nie ma idealnej metody pracy z dziećmi, dobór metody zależy od możliwości dziecka, od jego stopnia upośledzenia, a dla poprawienia efektu możliwe jest łączenie różnorodnych metod.

Metody neurofizjologiczne wpływają korzystnie na cały organizm. Oddziałują na takie sfery rozwoju, jak:

- sfera ruchowa (kontrola postaw i lokomocji, koordynację wzrokowo-ruchowo-czuciowo-słuchową),
- sfera społeczna – adaptacja do otoczenia,
- sfera intelektualna i emocjonalna (osobowość, kontakty z rówieśnikami i rozwój mowy).

Najczęściej stosowanymi metodami reedukacji nerwowo-mięśniowej są:

- Metoda Vojty – przeznaczona jest dla dzieci już od pierwszych dni ich życia, u których stwierdza się obniżone lub zbliżone do normalnego napięcie mięśniowe [7]. Celem tej metody jest pobudzanie pól koordynacyjnych w o.u.n. w celu utrwalenia prawidłowego ruchu. Metoda ta kładzie nacisk na usprawnianie ruchowe, pomija stronę emocjonalną i społeczną rozwoju.

- Metoda Domana – wychodzi z założenia, iż na drodze rozwoju zdrowego dziecka pojawia się 6 najważniejszych obszarów służących do pełnego funkcjonowania istoty ludzkiej. Są nimi: wzrok, słuch, dotyk, ruch, mowa, sprawność rąk. „W metodzie tej przyjmuje się wczesne usprawnianie dzieci. Ma ono doprowadzić do tego, by nieuszkodzona część mózgu przyjęła zadania uszkodzonej części”. Metoda Domana wyróżnia cztery bloki rozwojowe, w ramach których dokonuje się usprawniania: blok rozwoju fizjologicznego, intelektualnego, społecznego, fizycznego”.

- Metoda NDT – Bobath – zwraca uwagę na umiejętności związane ze zmianą pozycji w leżeniu, kontrolą głowy, przemieszczaniem się przez pełzanie, czworakowanie lub w inny specyficzny sposób, osiąganiem pozycji w siadzie i kłku, pionizacją i chodzeniem [8]. Terapia obejmuje również ćwiczenia rąk, koordynacji wzrokowo-ruchowej, osiąganie równowagi w różnych pozycjach, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni. Może być włączona w codzienne czynności i zabiegi pielęgnacyjne.

- Terapia oparta na rozwijaniu integracji zmysłów, zwana terapią SI (Sensory Integration), bywa pomocna w przypadku niektórych trudności w uczeniu się, zaburzeniach równowagi, koordynacji ruchowej, nadwrażliwości na dotyk. Ćwiczenia terapeutyczne bardziej przypominają zabawę niż uczenie się lub leczenie. Terapia SI sprawia, że nie tylko ciało, ale i umysł pracuje coraz lepiej. Dzieci, osiągając sukcesy, robiąc to, czego jeszcze niedawno nie udawało im się zrobić, nabierają pewności, nawiązują przyjaźnie, zaczynają „lubić siebie” i lepiej oceniać.

Kolejną grupą są metody wspomagania psychoruchowego. Oddziałują one nie tylko na uszkodzone narządy czy funkcje, ale na całe ciało. Należą tu metody, takie jak: metoda ruchu rozwijającego V. Sherborne, hipoterapia, muzykoterapia.

Rodzice często poszukują „cudownej” metody rehabilitacji. Taka metoda nie istnieje. Nie usuniemy dodatkowego chromosomu z każdej komórki ciała za pomocą fizjoterapii. Należy realnie ocenić możliwości swojego dziecka, zadbać

o harmonijny rozwój i cieszyć się każdym jego sukcesem. Właściwa postawa rodziców do niepełnosprawnego dziecka warunkuje jego poczucie bezpieczeństwa, kształtowanie prawidłowej osobowości i wzbudza motywację do ćwiczeń usprawniających jego funkcje.

Podsumowanie

Zastosowanie nawet najlepszych metod rehabilitacyjnych usprawniających dzieci z dysfunkcjami ruchu, nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, jeżeli nie będziemy przestrzegali naturalnych potrzeb rozwoju. Potrzeba miłości i poczucia bezpieczeństwa, przynależności do kogoś, szczególnie wzrasta przy ograniczeniach ruchowych i trudnościach dziecka, a w pełni może być zaspokojona tylko w rodzinie. To ona odgrywa najbardziej znaczącą rolę w prawidłowym rozwoju uczuć i osobowości dziecka. Kluczem do sukcesów jest dopasowywanie różnorodnych technik i metod do potrzeb dziecka, a nie traktowanie jednej tylko metody jako panaceum. Jeżeli podejź się do tego zagadnienia z zaangażowaniem, pracując z dzieckiem systematycznie i konsekwentnie, a jednocześnie wytworzy się wokół zajęć atmosferę radości i rodzinnej zabawy można dojść do znacznych osiągnięć, które w odniesieniu do dziecka o zaburzeniu umysłowym wydają się zaskakujące.

Piśmiennictwo

1. Stratford B.: Zespół Downa. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1993.
2. Minczakiewicz E. M.: Gdy u dziecka rozpoznano zespół Downa. Wydawnictwo Naukowe WSP. Kraków 1994.
3. Borkowska M. (red.): ABC Rehabilitacji dzieci. Najczęstsze schorzenie narządu ruchu. Wyd. Pelikan Warszawa, 1989.
4. Kabsch A.: Współczesne poglądy na rehabilitację kompleksową w świetle Karty 2000 WHO. Systemowe ujęcie rehabilitacji w świetle nowej Klasyfikacji Niepełnosprawności WHO. *Post Reh*, 2001, 15, 71–93.
5. Van Sant A. F.: Rozwój motoryczny, W: Fizjoterapia pediatryczna. Tecklin J. S. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa, 1996, 13–69.
6. Giza T., Ślebodzińska A., Klimkowa E., Chodorowska T., Pietrzyk J. J.: Dziecko fizycznie i psychicznie kalekie. I. Zespół Downa – możliwości rehabilitacyjne. *Folia Med. Cracov.*, 1975, 27, 437.
7. Bauer H., Appaji G., Mundt D. VOJTA neurophysiologic therapy. *Indian J Pediatr.*, 1992, 59, 37–51.
8. Ottenbacher K. J., Biocca Z., DeCremer G., Gevelinger M., Jedlovec K. B., Johnson M. B. Quantitative analysis of the effectiveness of pediatric therapy. Emphasis on the neurodevelopmental treatment approach. *Phys Ther*, 1986, 66, 1095–101.

Anna Owłasiuk¹, Dorota Bielska¹, Alicja Litwiejko¹

Zadania pielęgniarki rodzinnej w opiece nad dzieckiem z atopowym zapaleniem skóry i jego rodziną

Wstęp

Atopowe zapalenie skóry jest najczęściej występującym przewlekłym schorzeniem skóry u dzieci. Występuje u około 10–15% populacji dziecięcej [1].

Atopowe zapalenie skóry (AZS) to powierzchniowy stan zapalny naskórka i górnych warstw skóry właściwej. Etiologia AZS jest nie całkiem jasna, nie do końca wyjaśniony jest też patomechanizm zmian. Patogeneza atopowego zapalenia skóry jest wieloczynnikowa. Duże znaczenie przypisuje się czynnikom genetycznym wpływającym na zaburzenia odczynowości humoralnej i komórkowej, ale sposób dziedziczenia nie został jednoznacznie określony; prawdopodobnie jest złożony i wielogenowy. Na rozwój choroby w równej mierze wpływają także czynniki środowiskowe: swoiste alergeny (wnikające przez przewód pokarmowy, układ oddechowy, skórę), czynniki drażniące, infekcyjne, niekorzystne warunki klimatyczne, a także zaburzenia psycho-somatyczne [2, 3, 4].

Rozwinięcie

Pielęgniarki często mają kontakt z pacjentami cierpiącymi na choroby skóry. Powinny więc znać ich podstawowe objawy, aby umiejętnie wychwycić moment koniecznej wizyty u lekarza oraz właściwie udzielać porad pielęgnacyjnych w przypadkach nie wymagających konsultacji medycznej.

Objawy AZS

Wg Hanifina i Rajki podstawowymi objawami AZS są:

- świąd,
- typowa morfologia i lokalizacja zmian w zależności od fazy choroby,
- przewlekły nawrotowy przebieg choroby,

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii Medycznej w Białymstoku

- istnienie atopii (jednej z form reakcji nadwrażliwości) w wywiadzie u pacjenta lub w jego rodzinie.

Obok głównych kryteriów rozpoznania wyróżnia się dodatkowo:

- suchość skóry,
- rogowacenie przymieszkowe,
- rybia łuska,
- przebarwienie powiek i skóry wokół oczu,
- rumień twarzy i inne [5].

Fazy choroby:

I faza – niemowlęca do 2 roku życia.

Zmiany skórne pojawiają się zazwyczaj między 3. a 6. miesiącem życia, częściej u chłopców i zwykle zlokalizowane są na policzkach (skóra jest zaczerwieniona, napięta, łuszcząca) i skórze owłosionej głowy (przypominając ciemniuchę). Czasem ogniska zapalne występują na tułowiu oraz na zgięciowych powierzchniach kończyn. Wykwity skórne są głównie pęcherzykowe, obficie sączące i dlatego ulegają wtórnemu zakażeniu. Zwykle zmianom skórnym towarzyszy silny świąd.

II faza – dziecięca od 2. do 12. roku życia.

Zmiany skórne zwykle stanowią kontynuację wysiękowo-wypryskowej fazy wczesnego dzieciństwa, ale mogą pojawić się po raz pierwszy ok. 4. roku życia. Zmiany skórne najczęściej obejmują powierzchnie zgięciowe dużych stawów, zdarza się również, że szerzą się na całą powierzchnię skóry. Wykwity stają się mniej wysiękowe. Słabo zaostrzonemu rumieniowi towarzyszy znaczna suchość skóry, jej zgrubienie i ściemnienie (lichenizacja).

III faza – młodzieżowa i osób dorosłych.

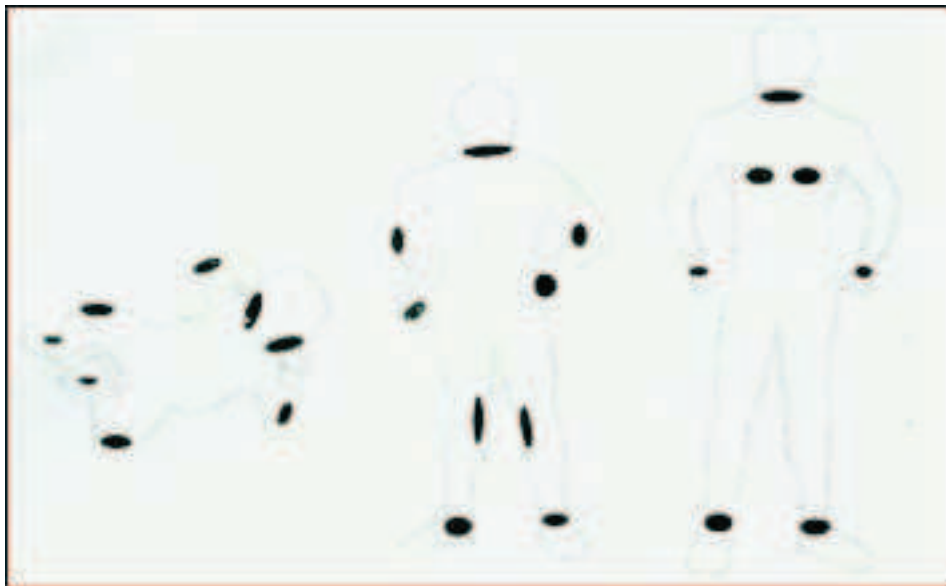
Zmiany skórne występują w miejscach zgięciowych dużych stawów, a także grzbietowej powierzchni rąk, szyi, twarzy, górnej części klatki piersiowej i barkach. Tworzą tam nacieki zapalne i przerost naskórka, dołącza się do tego silny świąd, który może być przyczyną bezsenności, przewlekłego zmęczenia i rozdrażnienia [4].

AZS należy odróżnić od:

- łojotokowego zapalenia skóry powszechnego w okresie niemowlęcym (brak świądu), charakterystyczne żółtawe łuski; strupy na skórze owłosionej głowy, policzkach, fałdach nosowo-wargowych, w okolicach pach i pachwin),
- wyprysku kontaktowego z podrażnienia (najczęściej w okolicy pieluszkowej, wokół ust, na wyprostnych powierzchniach kończyn),
- świerzbu,
- łuszczycy,
- grzybicy powierzchownej

i innych rzadszych chorób skóry [4].

Rycina 1. Lokalizacja zmian skórnych w zależności od wieku



Źródło: Chmielewska-Szewczyk D., Zawadzka-Krajewska A., Bielecka-Zybersztein M.: *Alergie u dzieci – poradnik*, Wyd. Brat, Warszawa 1998 [6].

Lokalizację zmian skórnych w zależności od wieku przedstawia rys. 1.

Co wyzwała i nasila proces chorobowy?

Do zaostrzenia stanu chorobowego skóry dochodzi zwykle wiosną i jesienią, natomiast spontaniczna remisja zmian występuje latem. Jest to związane z korzystnym działaniem słońca.

Czynniki wpływające na nasilenie objawów atopowego zapalenia skóry są bardzo liczne, a ich eliminacja ma duże znaczenie dla przebiegu schorzenia. Dlatego ważne jest indywidualne traktowanie każdego pacjenta.

Do czynników zaostrzających zalicza się między innymi: wysoką temperaturę otoczenia i związane z nią nadmierne pocenie się, małą wilgotność powietrza, infekcje ogólne, infekcje skórne, alergeny wziewne (w tym roztocza kurzu domowego, pyłki traw i drzew, sierść zwierząt oraz zarodniki grzybów pleśniowych), białka występujące w powszechnie spożywanych pokarmach (tj. w mleku, jajach, rybach, orzechach, czekoladzie, owocach i niektórych warzywach), środki drażniące skórę (np. detergenty lub płyny do płukania), tkaniny syntetyczne lub wełniane, stresy, emocje [1, 5, 6, 7].

Atopowe zapalenie skóry jest specyficzną chorobą, która ze względu na swój nawrotowy i długotrwały przebieg stwarza wiele problemów leczniczych i pie-

lęgnacyjnych dla lekarza, pielęgniarki, rodziców i chorego dziecka. Sukcesem terapeutycznym jest utrzymanie jak najdłuższych okresów remisji oraz dobrego stanu ogólnego chorego. Ważnym elementem leczniczym jest pielęgnacja skóry dziecka. Praktycznie nie można sobie wyobrazić ani poprawy stanu klinicznego chorych, ani właściwej kontroli przebiegu schorzenia bez prawidłowo stosowanych zasad pielęgnacyjnych [4, 7].

Jak pomagać choremu dziecku i jego rodzicom?

Wyrozumiała współpraca z rodzicami, których poinformujemy o przewlekłym, nawrotowym przebiegu choroby cechującej się okresowymi zaostrzeniami i remisjami pomoże w osiągnięciu sukcesu terapeutycznego. Przestrzeganie zasad pielęgnacji skóry i profilaktyki zaostrzeń może zaowocować wielomiesięczną czy nawet wieloletnią remisją. Należy jednak pamiętać, że nawrót choroby może nastąpić także po kilkudziesięciu latach w formie np. kontaktowego wyprysku rąk, co należy wziąć pod uwagę przy wyborze przyszłego zawodu. Nie zaleca się wszelkich zawodów zabiegowych czy fryzjerstwa.

Główne zasady postępowania profilaktycznego jako szczególny sposób pielęgnacji:

a) Eliminacja czynników zaostrzających:

- Usuwanie lub ograniczenie ilości alergenów powietrznych (roztozca kurzu domowego, pyłków traw, drzew, chwastów, grzybów pleśniowych, sierści i naskórka zwierząt). Mieszkanie nie powinno być sprzątane w obecności dziecka – zmieniona chorobowo skóra jest miejscem, przez które łatwo wnikają alergeny z otoczenia. Zaleca się zaprzestanie palenia papierosów przez osoby znajdujące się w otoczeniu dziecka, ponieważ przebywanie w atmosferze dymu tytoniowego nasila objawy AZS [1, 6, 7].

- Kontrola właściwej diety w przypadkach obserwowania pogorszenia stanu skóry pod wpływem określonych pokarmów (jaja, mleko, ryby, owoce morza, orzechy, soja, pszenica, kakao, cytryny). Pokarmy dodatkowe muszą być wprowadzane stopniowo, aby stwierdzić nasilenie zmian skórnych po podaniu nowego produktu. W razie zaostrzenia objawów testowany pokarm powinien być wykluczony z diety.

Karmienie niemowląt wyłącznie piersią przez sześć pierwszych miesięcy życia skutecznie zapobiega rozwojowi AZS. Jeżeli w trakcie karmienia naturalnego wystąpią objawy choroby – zaleca się eliminację z diety matki pokarmów o silnych własnościach alergizujących (wymienione wyżej). W przypadku sztucznego karmienia dziecka i dodatniego wywiadu w kierunku atopii w rodzinie – zalecane jest profilaktyczne podawanie niemowlęciu mieszanek mlekozastępczych o małym stopniu hydrolizy (oznaczone symbolem HA) lub o dużym stopniu hydrolizy – jeśli zaleci lekarz (Bebilon pepti, Nutramigen – za pełną odpłatnością). Jeżeli atopowe zapalenie skóry jest objawem alergii na mleko krowie – stosuje

się leczenie przyczynowe polegające na eliminacji czynnika uczulającego poprzez żywienie dziecka mieszankami o dużym stopniu hydrolizy (Babilon pepti, Nutramigen – przepisywane na recepty z refundacją 50% przez NFZ) [8, 9, 10, 11, 12].

U dzieci starszych z alergią pokarmową należy ustalić i wyeliminować z diety składnik alergizujący i zastąpić go innym, wskazanym przez lekarza prowadzącego. Stosując dietę eliminacyjną trzeba poinformować dziecko, jakich potraw nie może spożywać – dzieci doskonale to zapamiętują.

- Zmniejszenie wpływu czynników drażniących na skórę.

Ubranka i pościel dzieci muszą być prane w łagodnych środkach (płynach i środkach hipoalergicznym), delikatnych nieperfumowanych mydłach, wskazane jest co najmniej dwukrotne płukanie ubrań bez używania zapachowych płynów zmiękczających.

Należy unikać kontaktu skóry z ubraniami wełnianymi, flanelowymi, jedwabnymi oraz z tworzyw sztucznych, zalecaną tkaniną jest bawełna.

Nie należy przegrzewać dziecka, ponieważ drażniące działanie potu wpływa niekorzystnie na zmienioną chorobowo skórę; właściwa temperatura w mieszkaniu to ok. 20°C, należy unikać gwałtownych zmian temperatur [1, 6, 7].

- Zachowanie równowagi emocjonalnej w rodzinie i w szkole, przedszkolu; likwidacja sytuacji stresowych i konfliktowych w otoczeniu chorego. Rodzice mogą stosować z dziećmi ćwiczenia relaksacyjne, uczyć odreagowywania stresów i lęków, a u niektórych dzieci wskazana jest psychoterapia.

b) Okresowa zmiana klimatu na mikroklimat o małym stężeniu w/w aero-genów.

c) Ochrona przed infekcjami (hartowanie dziecka, szczepienia ochronne).

d) Właściwy dobór aktywności fizycznej.

Nadmierne pocenie się i pływanie w basenie z chlorowaną wodą – mogą nasilić objawy choroby.

e) Dbanie o właściwą higienę rytmu dnia, tzn. zapewnienie dziecku odpowiedniej ilości snu i odpoczynku.

Na czym polega właściwa pielęgnacja skóry?

Wyeliminowanie suchości skóry polega na natłuszczeniu i nawilżeniu skóry całego ciała. Uważa się, że regularna kąpiel skóry atopowej prowadzi do jej odpowiedniego nawilżenia, oczyszczenia i usunięcia strupów powstałych w przebiegu procesu zapalnego. Należy jednak stosować się do pewnych zaleceń, aby nie doszło do pogorszenia stanu skóry po nieprawidłowo przeprowadzonej kąpeli. Kąpiel dziecka powinna być stosowana raz dziennie; w przypadku ciężkich i rozległych zaostrzeń stanu zapalnego skóry, kąpiel można stosować co drugi dzień. Kąpiel nie powinna być dłuższa niż 15 minut. Temperatura wody nie powinna być zbyt wysoka (aby nie przesuszać dodatkowo skóry), preferowany zakres to 33–34°C. Do mycia należy stosować delikatne preparaty

(emulsje, płyny, oleje mineralne i naturalne) o pH 5,5 (bez substancji o potencjalnym działaniu alergizującym i drażniącym), które – nawilżając i natłuszczając skórę – pomagają dodatkowo kontrolować świąd i zmniejszają konieczność następczego stosowania miejscowych preparatów przeciwzapalnych, a także wspomagają odtworzenie kwaśnego lipidowego płaszcza skóry. Po kąpielii zaleca się delikatne osuszenie skóry (miękkim ręcznikiem) dokładnie, bez pocierania, delikatnie przykładając ręcznik do ciała. Następnie jeszcze na wilgotną skórę do 3 minut po kąpielii należy zastosować obojętny preparat nawilżająco-natłuszczający [1, 4, 6, 7].

Nawilżanie i natłuszczanie skóry stanowi podstawę leczenia chorych z AZS i powinno być prowadzone wielokrotnie podczas dnia, w zależności od stanu klinicznego. Maksymalny czas działania preparatów nawilżająco-natłuszczających (emolientów) to 6 godzin. Aplikacja preparatu powinna być delikatna, należy bezwzględnie unikać intensywnego pocierania lub wcierania emolientu w delikatną skórę chorego na AZS. Dobór preparatów powinien być indywidualny, w zależności od tolerancji skóry atopowej. W przypadku tolerancji warto stosować całą gamę kosmetyków pielęgnacyjnych jednej linii. Nawet środki nawilżająco-natłuszczające przeznaczone do skóry atopowej mogą powodować podrażnienia (użyte podłoża, środki przeciwbakteryjne, konserwujące itd.). Pielęgnacja skóry dziecka chorego na AZS jest też okazją do bezpośredniego kontaktu rodziców z dzieckiem, poprawia jego samopoczucie (świąd skóry ogranicza komfort życia pacjenta) i umacnia ich wzajemne, dobre relacje. Polecane emolienty, które można nabyć w aptece bez recepty: Linola, Oilatum, Emolium, Balneum, Dermed, Cutibaza, Dermobaza, Lipobaza [1, 4, 6, 7].

Ponieważ uporczywy świąd skóry nasila się w nocy, może powodować bezsenność z następowym złym samopoczuciem i rozdrażnieniem dziecka w ciągu dnia. Zaleca się obcinanie paznokci na krótko i nakładanie rękawiczek, co może zapobiec głębokim zadrapaniom, tworzeniu się ran i wtórnym zakażeniom. Ważne jest też utrzymanie odpowiedniej temperatury otoczenia, ponieważ i gorąco i zimno mogą wywołać uporczywy świąd. Korzystnie na skórę oddziałują słońce (czasem uczuła).

Na policzkach i brodzie u niemowląt chorych na AZS łatwo rozwijają się ostre, sączące nadżerkowe zmiany, jako skutek działania enzymów proteolitycznych zawartych w ślinie. Wówczas po zaleceniu lekarza wykonuje się na zmienione chorobowo miejsca okłady z 1% roztworu kwasu bornego co 3 godziny na 30 minut albo 2 razy w ciągu doby smarowanie 1% wodnym roztworem gencjany, aż do ustąpienia sączenia wykwitów [13].

Standardowym leczeniem okresowych zaostrzeń choroby jest miejscowe stosowanie glikokortykoidów (GKS) o słabej sile działania. Aktualnie w celu zmniejszenia ryzyka działań niepożądanych podczas stosowania GKS, a jednocześnie uzyskania pożądanego efektu klinicznego – zaleca się stosowanie tzw. leczenia przerywanego (jednego dnia GKS, a drugiego dnia emolient) [13].

U dzieci po 2. roku życia na zmiany skórne można leczniczo zastosować preparaty antagonistów kalcynury w postaci kremów. Dodatkowo w leczeniu AZS uwzględnia się doustne podawanie leków przeciwhistaminowych [4].

Podsumowanie

Atopowe zapalenie skóry wymaga często zmiany sposobu życia, stosowania uciążliwej profilaktyki alergicznej, diety, wieloletniego leczenia. Może to spowodować zaburzenia w sferze emocjonalnej dziecka i w jego kontaktach z otoczeniem. Tak więc działania terapeutyczne pielęgniarki wobec dziecka z AZS wykraczają poza ramy pielęgniarstwa, wymagają wszechstronnej wiedzy z różnych dziedzin. Cenne są wskazówki odnoszące się do określonych problemów oraz pomoc w rozumieniu choroby i radzeniu sobie z negatywnymi emocjami rodziców sprawujących opiekę nad dzieckiem.

W opiece nad dzieckiem z AZS należy zwrócić uwagę na nauczanie rodziców akceptowania sytuacji, w jakiej się znaleźli w związku z chorobą dziecka i pomoc im w radzeniu sobie z tym problemem.

Aktywny udział rodziny i stosowanie się do zaleceń zmniejsza liczbę ostrzeżeń i nawrotów AZS. Należy pamiętać, aby wskazówki przekazywane rodzicom dziecka były zgodne z możliwościami intelektualnymi rodziny, by nie spowodowały u opiekunów poczucia winy i nie wywołały niepewności.

Piśmiennictwo

1. Górnicka G.: Dzieci z atopowym zapaleniem skóry. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 1999, Nr 7, 27–28.
2. Boznański A.: Choroby alergiczne wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 2003. 177–193.
3. Kubicka K., Kawalec W.: *Pediatrics*. PZWL, Warszawa 2003, 249.
4. Zalewska J.: Atopowe zapalenie skóry. *Lekarz Rodzinny*. 2002, 11 (63), 34–41.
5. Olędzka-Rzepecka E., Kaczmarski M.: Atopowe Zapalenie skóry – współczesna diagnostyka i leczenie. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Teoretyczne i praktyczne aspekty pediatrii z okazji Jubileuszu XXX-lecia pracy naukowo-klinicznej Prof. Dr hab. Med. Macieja Kaczmarskiego. Białystok, 3 października 1997. Białystok: Oddział Białostockiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego 1997, 62–70.
6. Chmielewska-Szewczyk D., Zawadzka-Krajewska A., Bielecka-Zybersztein M.: *Alergie u dzieci – poradnik*, Wyd. „Brat”, Warszawa 1998.
7. Szewczyk A.: Atopowe zapalenie skóry. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2002, Nr 5, 37–38.
8. Dobrzańska A.: Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pediatrii i Zespołu Ekspertów w sprawie stosowania hydrolizatów białkowych w leczeniu alergii pokarmowych. *Gabinet Prywatny*. 2002, 10, 47–49.

9. Książyk J.: Żywienie niemowląt z alergią pokarmową. *Klinika Pediatryczna*. 2005, 10, 47–49.
10. Latkowski J. B., Lukas W.: *Medycyna Rodzinna*. PZWL, Warszawa 2004, 498.
11. Saarinen U., Kajosaari M.: Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995, 346, 1065–1069.
12. Szajewska H., Czerwionka Szafarska M. Komentarze do artykułu pt. Preparaty Żywniowe stosowane w leczeniu i zapobieganiu alergii pokarmowej u niemowląt. Wspólne stanowiska Komitetu ds. Preparatów Hipoalergiczných European Society for Pediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPACI) oraz Komitetu ds. Żywienia European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), *Medycyna Praktyczna. Pediaatria*, 2000, 1, 133–135.
13. Kaszuba A.: Zapytaj eksperta. *Medycyna Praktyczna. Pediaatria*. 2006, 4 (46), 110–111.

Irena Fiedorczuk¹

Nowe zadanie położnej środowiskowej/rodzinnej – wgląd w sytuację dziecka w rodzinie

Wstęp

Przemoc w rodzinie jest jedną z najczęstszych dysfunkcji społecznych, a w statystyce zdrowotnej WHO występuje w pierwszej dziesiątce chorób na świecie. Prowadzi do występowania chorób psychosomatycznych wpływających na obniżenie stanu zdrowia całego społeczeństwa. Ten stan wymaga skutecznej reakcji medycznej – zapobiegania i rozpoznawania, a nie tylko leczenia. „W Polsce nie ma dokładnych statystyk dotyczących dzieci – ofiar przemocy w rodzinie. Wiadomo tylko, że najbardziej dramatyczne przypadki dotyczą małych dzieci oraz, że szybko wzrasta liczba zgłaszanych spraw z podejrzeniem o wykorzystywanie seksualne” [1].

Przemoc wobec małych dzieci – noworodków, niemowląt powinna być rozpoznawana najszybciej przez położne środowiskowe/rodzinne, które poprzez regularne wizyty patronażowe mają wgląd w sytuację dziecka i możliwość zapobiegania występowaniu przemocy w grupach ryzyka.

*
* *

Rola położnej środowiskowej/rodzinnej w opiece poporodowej jest powszechnie znana w zakresie takich czynności, jak: pielęgnowanie noworodka, pielęgnacja kobiet w okresie połogu, karmienia piersią, itp. – każda z tych czynności ujęta jest w planie opieki. W tym planie ważne miejsce powinna zajmować obserwacja dotycząca świadczenia opieki przez matkę jej dziecku, a tym samym określenie jej postawy wobec dziecka.

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii Medycznej w Białymstoku

Żaden wykwalifikowany pracownik opieki zdrowotnej nie ma tak dogodnych możliwości obserwowania kontaktów matki i dziecka na gruncie życia rodzinnego i położne muszą docenić ten przywilej poprzez prowadzenie obiektywnych badań. Wartość wczesnych badań jest bezdyskusyjna, takie informacje to pierwszy sygnał wczesnego zagrożenia wydolności wychowawczej. Położna pracująca w środowisku rodzin podopiecznych powinna dokonać oceny pierwszych powstających w tym czasie kontaktów między rodzicami a ich nowonarodzonych dzieckiem.

Pewnym sposobem sprzyjającym spełnieniu tego warunku jest zastosowanie narzędzia diagnostycznego, które może stanowić podstawę oceny badanej sytuacji, a więc ułatwić trafną i obiektywną diagnozę. Narzędzie takie może również stać się podstawą do przeprowadzenia wstępnego i końcowego pomiaru w działaniach innowacyjnych.

Według Marynowicz-Hetke E. dobre narzędzie diagnostyczne powinno [6]:

- 1) zawierać optymalną liczbę czynników, jednak nie tak dużo, aby ograniczać operatywność narzędzia oraz niezbyt małą, aby nie narażać się na zarzuty nie uwzględniania bardzo istotnych dla prognozy czynników;
- 2) zawierać odpowiednio dobrane, czyli prognostyczne dla danego zjawiska czynniki. Istotne jest, aby zakresy poszczególnych czynników były rozłączne. Nierozłączność podziału powoduje, że narzędzie diagnozy traci zdolność przewidywania;
- 3) podlegać weryfikacji i zmianom w zależności od zmiany warunków społeczno-ekonomicznych;
- 4) być stosowane z umiarem, jako nie jedyny sposób ustalania diagnozy prognostycznej. Pożądane, gdy ten sposób oceny sytuacji wzbogaci studium indywidualnego przypadku, czyli opis sytuacji, jej uwarunkowań, sił wewnętrznych jednostki bądź grupy. Dzięki temu można trafniej przewidywać rozwój zjawiska.

W oparciu o badania własne i literaturę przedmiotu, opracowano narzędzie pomiaru wczesnego zagrożenia wydolności rodzicielskiej, konstruuując je wybrano najbardziej prognostyczne czynniki. Wybór sześciu syndromów – wskaźników (negatywna ocena matki, niekorzystne okoliczności socjalne, wzajemne poporodowe układy w małżeństwie, zaburzenia rozwoju uczucia przywiązania, wiedza matki o dziecku) wraz z ich składnikami został podyktowany dotychczasową wiedzą na temat uwarunkowań pomyślnego środowiska macierzyńskiego [2].

Przyjęto, że do najbardziej ujemnych prognostycznie wskaźników należą:

- 1) Negatywna ocena matki, na którą składają się: nieakceptowana ciąża, brak przygotowań do przyjęcia noworodka w domu, brak poczucia bezpieczeństwa, negatywne przeżycia dotyczące więzi uczuciowej we własnym dzieciństwie, dorastanie w niepełnej rodzinie, brak wsparcia ze strony matki, brak osoby zaufanej;

- 2) Niekorzystne okoliczności socjalne określane przez: trudne, kłopotliwe warunki mieszkaniowe, problemy finansowe, niemożność podjęcia pracy zawodowej, kryzys w rodzinie, inne małe dzieci pod opieką;
- 3) Wzajemne poporodowe układy w małżeństwie przejawiające się w sposób następujący: troska o dziecko to domena matki, mąż czuje utratę bliskości z żoną, mąż czuje się wyobcowany w nowej sytuacji, nie przejawia aktywnego udziału w opiece nad dzieckiem, nie ma formy oczywistej współpracy odnośnie stosownego podziału obowiązków, matka ogranicza się jedynie do karmienia dziecka i odpoczynku, nie istnieje wyrażanie uczuć między małżonkami [2];
- 4) Negatywne reakcje na macierzyństwo wyrażane poprzez: częste zmiany nastroju od uniesienia i radości do wybuchów płaczu z nieistotnych powodów, niemożność pokonania trudności zwłaszcza w stosunku do dziecka, pojawia się nadmierny niepokój o dziecko – nieuzasadniony jego stanem zdrowia, dokuczliwe trudności w zasypianiu, dostrzega się samooskarżanie o niedostateczną miłość lub troskę w stosunku do dziecka, wobec małżonka przejawy wyraźnej irytacji czy nawet agresji, widoczne upośledzenie uwagi i pamięci [2];
- 5) Zaburzenia rozwoju uczucia przywiązania określane przez: bierne reakcje na dziecko (nie trzyma go w ramionach, nie dotyka, nie ogląda) czyni niechętnie uwagi na temat dziecka, nie umie zaspokoić, ukoić dziecka oraz określić przyczyny płaczu, nie przemawia do dziecka za pomocą tzw. „matczynego języka”, nie wie jak zareagować na potrzeby dziecka, nie wchodzi w kontakt z dzieckiem przez zabawę, wyraźnie woli trzymać swoje dziecko po prawej stronie ciała [2];
- 6) Wiedza matki o dziecku: nie zauważa uśmiechu u dziecka, nie inicjuje umiejętności dziecka chwytu za palec matki, uważa, że dziecko nie ma jeszcze zdolności widzenia, twierdzi, że dziecko jest wymagające” podczas karmienia, denerwuje ją „cały bałagan” związany z karmieniem piersią, brzydzi się zmieniania pieluszek u swojego dziecka [2].

Prezentowany zestaw wskaźników opisujących wczesne zagrożenia wydolności rodzicielskiej nie jest z pewnością wyczerpujący. Zasadniczym kryterium przyjęcia danego wskaźnika bądź składnika syndromu była obserwowalność i możliwość szybkiego poznania bez specjalnych badań, na ogół na drodze bezpośrednich obserwacji lub rozmowy z matką. Dążono do tego, aby umieścić i te składniki, które dotyczą spraw nazwanych przez H. Radlińska – środowiskiem niewidzialnym [6]. Pozwalają one na określenie z pewnym przybliżeniem stanu zaspokojenia potrzeb psychicznych i potrzeb rozwoju dzieci. Położna środowiskowa powinna przeprowadzać badania metodą wywiadu środowiskowego.

Narzędzie pomiaru wczesnego zagrożenia wydolności rodzicielskiej

Nazwa zespołu wskaźników	Wskaźniki składowe	Skala
Matka (niekorzystna sytuacja matki)	Nie akceptowała ciąży, nie czyniła przygotowań do przyjęcia noworodka w domu, nie ma poczucia bezpieczeństwa, ma negatywne przeżycie dotyczące więzi uczuciowej we własnym dzieciństwie, dorastała w niepełnej rodzinie, nie ma wsparcia ze strony matki, nie posiada osoby zaufanej	Jeden czynnik to 1, dwa czynniki to 2, trzy czynniki i więcej to 3
Niekorzystne okoliczności społeczne	Trudne, kłopotliwe warunki mieszkaniowe, problemy finansowe, niemożność podjęcia pracy zarobkowej, kryzys w rodzinie, inne małe dzieci pod opieką	Jeden czynnik to 1, dwa czynniki to 2, trzy czynniki i więcej to 3
Wzajemne poporodowe układy w małżeństwie	Troska o dziecko to domena matki, mąż czuje utratę bliskości z żoną, mąż czuje się wyobcowany w nowej sytuacji, nie przejawia aktywnego udziału w opiece nad dzieckiem, nie ma formy oczywistej współpracy odnośnie stosownego podziału obowiązków, matka ogranicza się jedynie do karmienia dziecka i odpoczynku, nie istnieje wyrażanie uczuć miłości między małżonkami	Jeden czynnik to 1, dwa czynniki to 2, trzy czynniki i więcej to 3
Negatywne reakcje na macierzyństwo	Częste zmiany nastroju od uniesienia i radości do wybuchów płaczu z nieistotnych powodów, niemożność pokonania trudności zwłaszcza w stosunku do dziecka, pojawia się nadmierny niepokój o dziecko – nieuzasadniony jego stanem zdrowia, dokuczliwe trudności w zasypianiu, dostrzega się samooskarżanie o niedostateczną miłość lub troskę w stosunku do dziecka, wobec małżonka przejawy wyraźnej irytacji lub nawet agresji, widoczne upośledzenie uwagi i pamięci	Jeden czynnik to 1, dwa czynniki to 2, trzy czynniki i więcej to 3
Zaburzenia rozwoju uczucia przywiązania	Bierne reakcje na dziecko (nie trzyma go w ramionach, nie dotyka, nie ogląda), czyni niechętne uwagi na temat dziecka, nie umie uspokoić, ukoić dziecka oraz określić przyczyny płaczu, nie przemawia do dziecka za pomocą tzw. „matczynego języka”, nie wie jak zareagować na potrzeby dziecka, nie wchodzi w kontakt z dzieckiem przez zabawę, wyraźnie woli trzymać swoje dziecko po prawej stronie ciała	Jeden czynnik to 1, dwa czynniki to 2, trzy czynniki i więcej to 3
Wiedza matki o dziecku	Nie zauważa uśmiechu u dziecka, nie inicjuje umiejętności chwytu za palec matki, uważa, że dziecko nie ma jeszcze zdolności widzenia, twierdzi, że dziecko jest „wymagające” podczas karmienia, denerwuje ją „cały bałagan” związany z karmieniem piersią, brzydzi się zmieniania pieluszek u swego dziecka	Jeden czynnik to 1, dwa czynniki to 2, trzy czynniki i więcej to 3

Ocena środowiska macierzyńskiego: od 0 do 6 punktów – niewielkie zagrożenie wydolności, od 7 do 12 punktów – średnie zagrożenie wydolności, od 13 do 18 punktów – wysokie zagrożenie wydolności.

W profilaktyce medycznej duże znaczenie przypisuje się czynnikom uświadamiania. Położna powinna dążyć do przekazywania młodym matkom wiedzy odnośnie stworzenia właściwych warunków do rozwoju dziecka zawierających

się w wartościowym środowisku rodzinnym, umożliwiającym optymalny rozwój wszelkich wrodzonych zdolności dziecka. Matka i ojciec to pierwsze osoby, które zaspokajają podstawowe potrzeby dziecka. Nieprawidłowe oddziaływanie wychowawcze rodziny powoduje zaburzenia socjalizacji dziecka i może ujawnić się na przykład w zachowaniach przestępczych, agresywnych, itp. Proces socjalizacji odbywa się w ciągu całego życia. Jednak kształtowanie osobowości następuje przede wszystkim w dzieciństwie [4].

Szczególne miejsce zajmują tu wzajemne postawy rodziców, jak również atmosfera emocjonalna charakteryzująca stosunki rodzice – dzieci. Wpływ środowiska rodzinnego na dziecko nie jest stały ani niezmienny. Zmienia się sama rodzina, a przez swoją aktywną działalność dziecko przekształca stosunki panujące w rodzinie. Podatność na wpływ rodziny zależy od wieku dziecka, temperamentu, zdrowia dziecka, aktywności i innych cech zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Czasami rodzina wręcz może szkodzić wychowującym się w niej dzieciom. Rodziny rozbite, w których daleko posunięty jest proces demoralizacji nie stanowią wartościowego środowiska wychowawczego. Rodziny patologiczne nie zapewniają dziecku duchowych i fizycznych sił. Nie wszyscy rodzice jednakowo ustosunkowują się do swych dzieci i nie każdy sposób odnoszenia się rodziców do dziecka jest wartościowy i korzystny dla jego rozwoju [5].

Efektywność pełnienia roli rodzicielskiej wiąże się z osobistym stosunkiem do niej. Analiza tego indywidualnego widzenia roli rodzicielskiej pozwala wyróżnić kilka elementów. Są to:

- 1) przeświadczenie o ważności roli rodzicielskiej – czy matka lub ojciec są przekonani o swej roli, czy nie traktują jej jako drugorzędnej w stosunku do innych ról społecznych, pozarodzinnych czy też ról pełnionych w domu;
- 2) stopień identyfikacji z rolą – czy rodzice uważają się za niezastąpionych w pełnieniu roli rodzicielskiej, czy też uważają, że mogą być zastąpieni;
- 3) treść motywacji współżycia rodzinnego – czy matka i ojciec realizują cele rodziny jako całości, czy też tylko swoje plany i aspiracje [4].

Wymienione elementy wpływają na jakość pełnienia roli rodzicielskiej przez matkę lub ojca.

Podsumowanie

Współpraca i współdziałanie położnej środowiskowej/rodzinnej z rodzicami ma ogromne znaczenie w kształtowaniu ich świadomości, biopozytywnych zachowań zdrowotnych, a także kształtowania właściwego środowiska wychowawczego dzieciom.

Istnieje pilna potrzeba dokumentowania wczesnych przejawów umiejętności matek w zakresie opieki nad dzieckiem, gdyż takie umiejętności są uważane za ważny element kształtowania osobowości dziecka.

Zapewnienie właściwej opieki noworodkom i niemowlęciem będzie niekompletne, jeżeli nie potrafimy ocenić i wspomóc odpowiednio pierwszych powstających w tym czasie kontaktów między rodzicami i ich nowonarodzonym dzieckiem.

Piśmiennictwo

1. *Pediatrics po Dyplomie*, Sierpień 2006, Nr 4.
2. Alexander J., *Nowoczesne położnictwo*. Warszawa 1995.
3. Bielicka I., *Miłość macierzyńska pod mikroskopem*. Warszawa 1967.
4. Braun-Gałkowska M., *Psychologia domowa*. Olsztyn 1990.
5. Łopatkowa M., *Jak pracować z dzieckiem i rodziną zagrożoną*. Warszawa 1980.
6. Marynowicz-Hetke E., *Praca socjalno-wychowawcza z rodziną niepełną*. Warszawa 1985.
7. Pospiszyl I., *Przemoc w rodzinie*. WSiP, Warszawa 1994.
8. Rembowski J., *Rodzina w świetle psychologii*. Warszawa 1986.

*Choroby
cywilizacyjne – wyzwaniem dla
lekarzy, pielęgniarek i potożnych*



**Teresa Bernadetta Kulik^{1,2}, Anna Pacian^{1,2},
Bożena Zboina²**

Profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych

Strategia działania WHO w zakresie profilaktyki

W raporcie WHO pt. „Stan zdrowia na świecie 2003–2006” zwrócono uwagę na najważniejsze dziedziny działalności w zakresie analizy zagrożeń zdrowia ludności. Są to głównie: prewencja pierwotna i wtórna, kontrola bliskich i odległych zagrożeń dla zdrowia oraz zarządzanie procesem zapobiegania zagrożeniom. Działania są skupione wokół zapobiegania zagrożeniom na drodze prewencji pierwotnej, jak na przykład szczepienia, które pozwalają w długim czasie na pozytywne efekty. Prewencja wtórna oparta jest natomiast na badaniach przesiewowych populacji narażonych na wpływ czynników ryzyka, których celem jest wczesne wykrywanie chorób w ich stadium przedklinicznym, a następnie ich leczenie.

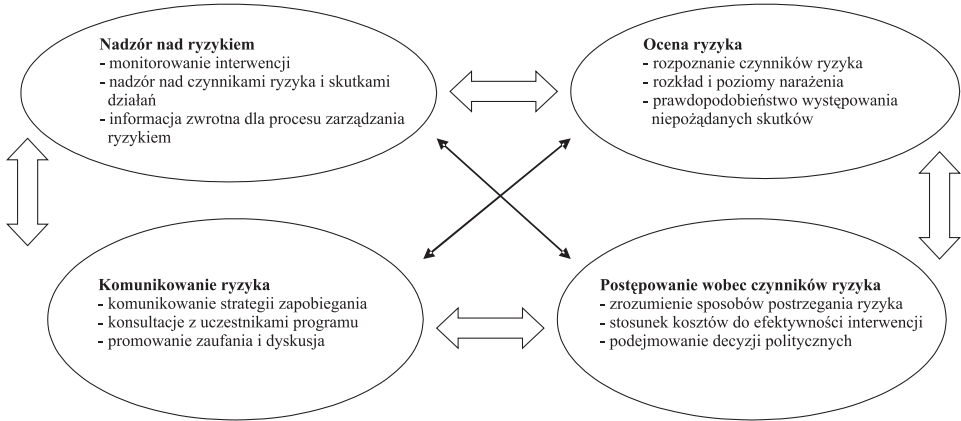
Zarówno rozpoznawanie zagrożeń, jak i zapobieganie im jest elementem polityki zdrowotnej, to przedstawiciele zarówno rządów, jak i ministerstw odnoszą wtedy efekty, gdy zapewniony będzie odpowiedni proces podejmowania decyzji. Podejmowanie działań zawiera podstawowe etapy procesu zarządzania: ocena, kierowanie, komunikowanie i nadzór. Istnieją warunkowe podstawy obciążeń pewnych chorób czynnikami ryzyka, które można likwidować w ramach prewencji.

W ramach zagrożeń został opracowany program zapobiegania zagrożeniom oparty na działaniach i postępowaniu wobec czynników ryzyka (ryc. 1).

¹ Katedra Zdrowia Publicznego z Zakładem Medycyny Katastrof Akademii Medycznej w Lublinie

² Wydział Fizjoterapii, Pielęgniarstwa i Wychowania Fizycznego Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Rycina 1. Program zapobiegania zagrożeniom w ramach raportu WHO



Źródło: WHO 2006. Raport o stanie zdrowia na świecie 2006. Genewa. Światowa Organizacja Zdrowia.

Priorytety w profilaktyce czynników ryzyka

Profilaktyka, z punktu widzenia nauki i ekonomii, należy do najważniejszych i najbardziej efektywnych metod niwelowania i zwalczania chorób. Rozwój profilaktyki w świecie jest szybki i znaczny, natomiast w kraju powolny i niewielki. Przyczyny takiego stanu tkwią głównie w świadomości zarówno pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Społeczeństwo amerykańskie osiągnęło 20-procentowy spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia na przestrzeni lat 1990–2000, 50% to głównie zmiana stylu życia społeczeństwa. Podstawowe filary tych zmian to: zaprzestanie palenia papierosów, właściwe odżywianie oraz wysiłek fizyczny. Są to jednocześnie trzy główne, poddające się kontroli, czynniki ryzyka choroby wieńcowej i zawału serca.

Zadaniem prawidłowo prowadzonej prewencji (profilaktyki) jest wyszukiwanie osób o wysokim czynnikiem ryzyka. W chorobach układu krążenia, ale także nowotworowych trzy zasadnicze czynniki ryzyka są stałe: czynnik genetyczny, czynniki środowiskowe i czynniki regulacyjne. Czynniki genetyczny w wielu badaniach jest czynnikiem, który ma silniejsze negatywne oddziaływanie. Potwierdzają to głównie badania kanadyjskie nad rodzinami z wysokim ciśnieniem krwi. Epidemiologia występowania chorób na świecie skłania do podejmowania działań skierowanych na te czynniki ryzyka, które są ściśle z nimi związane.

Tabela 1. Częstość występowania chorób na świecie wg Murray'a i Lopeza

Rok 1990	Rok 2020
1. Choroby infekcyjne dróg oddechowych	1. Choroba wieńcowa
2. Choroby biegunkowe	2. Depresja
3. Urazy okołoporodowe	3. Wypadki drogowe
4. Depresja	4. Choroby odnaczyniowe mózgu (udary)
5. Choroba wieńcowa	5. Zaporowa choroba dróg oddechowych

Źródło: Profilaktyka. Służba zdrowia 2000, 27–29, s. 1–3.

Programy profilaktyczne w Polsce

Do specjalistycznych programów o zasięgu ogólnokrajowym należą:

1. POLCARD
2. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych
3. Rządowy Program Polityki Zdrowotnej i Społeczno-Ekonomicznej Prowadzącej do Zmniejszenia Konsumpcji Tytoniu
4. Krajowy Program Zapobiegania Narkomanii
5. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
6. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
7. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS i inne.

Wiele zadań zawartych w tych programach zostało włączonych do Narodowego Programu Zdrowia. Systematyczne monitorowanie efektów Narodowego Programu Zdrowia pozwala stwierdzić, jakie skutki populacyjne w zakresie stanu zdrowia społeczeństwa osiągnięto dzięki wszystkim wymienionym wyżej programom.

Integracja działań w profilaktyce chorób cywilizacyjnych na poziomie rządów

Integracja działań w profilaktyce chorób cywilizacyjnych oznacza pozyskiwanie szerokiego kręgu partnerów z licznych układów codziennego życia oraz różnych poziomów zarządzania, poczynając od kraju jako całości do społeczności lokalnej. Podstawowym partnerem jest rząd. Głównym celem jest podniesienie poziomu życia ludzi objętych działaniami rządu. Jest to obowiązek struktur rządowych, których działania w zakresie zdrowia, edukacji, opieki społecznej i ochrony środowiska są jednocześnie powiązane z rozwojem gospodarczym. Zarówno krajowi parlamentarzyści, jak i lokalni politycy powinni zdrowie umieścić na listach swoich zadań politycznych i czuć się odpowiedzialni

za osiągnięte wyniki zdrowotne i skuteczność podejmowanych działań. Rząd jest ostatecznie odpowiedzialny za określenie jasnej polityki zdrowotnej w całym kraju. Rządy powinny ustanowić skuteczne i stałe mechanizmy koordynacji, takie jak krajowa rada zdrowia, gromadząca przedstawicieli wielu resortów i innych partnerów na wyższych szczeblach. Służy to zapewnieniu jednomyślnego podejścia w polityce poprawy zdrowia i właściwego zrównoważenia celów zdrowotnych zarówno pod względem politycznym, jak i metodologicznym. Politycy na poziomie społeczności lokalnej, regionu i kraju powinni dysponować gruntowną analizą potrzeb i możliwości zdrowotnych populacji jakiej służą. Powinni oni zagwarantować, że przepisy prawne i inne regulacje będą ekonomicznym bodźcem dla różnych sektorów i instytucji, który rzeczywiście przyczyni się do poprawy zdrowia. Natomiast specjaliści opieki zdrowotnej jako kluczowi dostarczyciele opieki zdrowotnej powinni przyjąć zasady wysokiej jakości opieki i w sposób czynny pomagać swym pacjentom w samoopiece. Ponadto, pracownicy opieki zdrowotnej muszą być odpowiedzialni za przyjmowanie zdrowego stylu życia, określonego wzorcami wynikającymi z roli jaka pełnią.

Zasadniczą rolę w zakresie działań na rzecz poprawy stanu zdrowia pełnią menedżerowie zdrowia publicznego. Ich funkcją jest identyfikacja, analiza i informowanie o stanie zdrowia i jego uwarunkowaniach. Taka analiza i informowanie o jej wynikach jest niezbędnym krokiem do politycznej, profesjonalnej i publicznej dyskusji na temat działań, dzięki którym stan zdrowia może ulec poprawie. Działania takie zaangażują inne sektory, jak partnerów sektora zdrowia i świadczeń zdrowotnych. Zaangażuje to również politykę i program rozwoju na kilku poziomach (międzynarodowym, krajowym, regionalnym i lokalnym) oraz różne środowiska (miasta, szkoły).

Istotnymi partnerami dla spraw zdrowia są również organizacje pozarządowe. Zwiększają one świadomość ludzi wobec problemów zdrowotnych, które ich dotyczą, popierając zmiany na temat polityki zdrowotnej. Mogą one także oferować znaczną ilość świadczeń zdrowotnych i społecznych. Powinna być umocniona ich rola przy wprowadzaniu samopomocy, tj. pomocy ludziom cierpiącym na określone problemy zdrowotne, aby chorzy mogli lepiej zadbać o siebie. Potencjał organizacji pozarządowych wymaga większego współdziałania ze zorganizowanymi działaniami publicznymi społeczności lokalnej czy krajowej, w celu uzyskania poprawy zdrowia całych grup ludności.

Dla osiągnięcia dobrego stanu zdrowia w całej Europie, olbrzymie znaczenie ma partnerstwo z innymi, dużymi międzynarodowymi zespołami. Do takich zespołów należą: Unia Europejska, Bank Światowy, Rada Europy, OECD oraz różne humanitarne i ds. rozwoju działające w systemie Narodów Zjednoczonych.

Świadczenia zdrowotne, rozszerzone o promocję zdrowia i profilaktykę mają swój udział w problematyce zdrowotnej w ciągu całego życia. Świadczenia te powinny ujmować istoty ludzkie holistycznie i być ukierunkowane w pełni na

ich dobre fizyczne, psychiczne i społeczne funkcjonowanie. Promocja zdrowia lub profilaktyka, w odniesieniu do ważnych zagadnień stylu życia, jest najbardziej efektywna wówczas, kiedy jest prowadzona w sposób stały, zwarty i ciągły oraz jeśli jest oferowana jednostkom, rodzinom i społecznościom lokalnym na wszystkich poziomach.

Piśmiennictwo

1. Knyp K.: Profilaktyka. Służba Zdrowia 2000, nr 27–29, s. 1–3.
2. Kulik T. B., Latański M. (red.): Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów Wydziałów Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
3. Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Warszawa 2003.
4. Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006–2015. Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny.
5. Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Fundacja Zdrowia Publicznego. Warszawa – Kraków 2001, s. 159–216.

Ewa Szynkiewicz¹, Bernadeta Cegła¹,
Małgorzata Filanowicz¹, Aneta Dowbór-Dzwonka¹

Zespół chorego budynku

Wstęp

Badania epidemiologiczne wskazują, że za gwałtowny wzrost chorób alergicznych na świecie odpowiadają między innymi zanieczyszczenia środowiska wewnątrz- i zewnątrzdomowego. Objawy chorób alergicznych występują u 20–35% populacji, a co 10–15 lat liczba chorych podwaja się. Za przyczynę wzrostu schorzeń alergicznych uważa się utratę zdolności adaptacyjnych w zbyt szybko zmieniającym się otoczeniu, zwłaszcza w krajach wysokorozwiniętych. Jest to cena, którą płacimy za wysoki standard życia. Uwarunkowania genetyczne oraz czynniki środowiskowe, urbanizacja, wzrost uprzemysłowienia, masowe stosowanie pestycydów nie może pozostać bez wpływu na ludzkie zdrowie [1, 2].

Na podstawie różnych badań wykazano, że w zamkniętych pomieszczeniach (domu, biurze, kinie, szkole itp.) spędzamy nawet 90% czasu. Wnętrza obiektów w, których przebywamy posiadają swoisty mikroklimat składający się z wielu czynników. Przykładem mogą być niektóre techniki budowlane wpływające na złą wentylację pomieszczeń, nadmierną wilgotność oraz nagromadzenie ogromnej ilości zanieczyszczeń i alergenów. Dlatego często warunki panujące wewnątrz budynków mają nawet większy wpływ na nasze zdrowie niż środowisko zewnętrzne [3, 4, 5, 6, 7].

Rozwinięcie

W latach siedemdziesiątych dwudziestego wieku zespół czynników negatywnie wpływających na samopoczucie i zdrowie ludzi nazwano zespołem chorego budynku (SBS – sick building syndrom). O „chorym budynku” mówimy, gdy u 30% jego użytkowników występują objawy z nim zwią-

¹ Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

zane. Najbardziej wrażliwe na mikroklimat pomieszczeń zamkniętych są osoby z chorobami alergicznymi, przewlekłymi stanami zapalnymi dróg oddechowych, spojówek, korzystające z soczewek kontaktowych, dzieci oraz osoby starsze [3, 8, 11, 9, 10].

W 1987 roku Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła listę objawów zespołu chorego budynku i dokonała podziału tych zaburzeń. Do pierwszej grupy możemy zaliczyć objawy ogólne, którymi są najczęściej bóle głowy, zmęczenie, rozdrażnienie, osłabienie koncentracji, zawroty głowy oraz przygnębienie. Następna grupa jest związana z podrażnieniem błon śluzowych występujących w postaci podrażnienia śluzówek oczu, nosa, krtani i oskrzeli. Objawy skórne manifestujące się wysuszeniem skóry, dusznością, zaczerwienieniem, złuszczeniem naskórka na twarzy i rękach oraz skłonnością do infekcji należą do ostatniej grupy.

Schorzenia pojawiające się podczas przebywania w nadmiernie zanieczyszczonym środowisku wewnętrznym zostały nazwane chorobami związanymi z budynkiem (BRI – Building Related Illnesses). Niejednokrotnie zespół wymienianych objawów ustępuje lub w sposób zauważalny ulega zmniejszeniu po opuszczeniu budynku. Czasami ekspozycja na czynnik szkodliwy działa tak długo, że wywołane zmiany są trwałe. Najbardziej znanymi pośród nich są zatrucie tlenkiem węgla oraz astma i choroba legionistów. Do chorób związanych z budynkiem zaliczamy:

1. infekcje (legionellozę, grypę, różyczkę, infekcje dróg oddechowych),
2. choroby alergiczne (astmę oskrzelową, zapalenie spojówek),
3. gorączkę klimatyzacyjną,
4. suchość oraz zaczerwienienie skóry zwłaszcza twarzy, świąd, pokrzywka, pogorszenie przewlekłych chorób skóry,
5. podrażnienie, wysychanie spojówek, przewlekłe podrażnienie spojówek,
6. przewlekłe i nawracające zapalenie ucha środkowego i zewnętrznego,
7. objawy neurotoksyczne – bóle głowy, nużliwość psychiczną,
8. objawy astmopodobne, grypopodobne, zespoły zmęczeniowe,
9. nowotwory [8, 11, 12, 10].

Najczęstszymi przyczynami problemów zdrowotnych osób przebywających w „chorych budynkach” są: czynniki chemiczne, biologiczne, zjawiska elektrostatyczne, ograniczona wymiana powietrza wewnętrznego oraz wibracje, hałas i zjawiska radiacyjne. Na te problemy zdrowotne wpływają także zagrożenia wynikające ze stylu życia mieszkańców tego budynku.

Wśród czynników chemicznych największe znaczenie ma emisja szkodliwych substancji z materiałów budowlanych do wnętrza występujących w różnych ilościach i stężeniach. Do najczęściej występujących zalicza się: toluen, ksylen, formaldehyd, benzen i styren. Chorobotwórcze substancje występują w takich grupach produktów, jak kleje, tworzywa sztuczne, materiały izolacyjne, lakiery, lepiki oraz impregnaty.

Zanieczyszczenia chemiczne szkodliwie działające na nasze zdrowie mogą pochodzić z urządzeń grzewczych i palenisk. Są to: tlenek i dwutlenek węgla oraz tlenek azotu i dwutlenek siarki. Gazy te mają udowodniony toksyczny wpływ na ludzki organizm. Znanym szkodliwym czynnikiem jest dym tytoniowy uszkadzający drogi oddechowe i śluzówki. Jego składniki wpływają na powstawanie stanów zapalnych i sprzyjają infekcjom. Zwiększają ryzyko wystąpienia chorób nowotworowych. Działanie rakotwórcze ma także radon należący do naturalnych pierwiastków ziemi. Jest on często obecny w ceglach, kamieniach naturalnych, gazie ziemnym. Skutki skażenia radonem zamkniętych pomieszczeń są podobne do typowych zmian dla napromieniowania promieniami jonizującymi. Także włókna azbestu oraz zwiększone ilości ołowiu (występujące w spalinach samochodowych i farbach) stymulują procesy nowotworowe i wywierają działanie toksyczne, szczególnie na dzieci. Azbest jako materiał ognioodporny używany był najczęściej w postaci płyt cementowo-azbestowych do izolacji termicznej budynków. Źródłem zanieczyszczeń biologicznych w budynkach mogą być: ludzie, pyły organiczne oraz powietrze znajdujące się w systemach wentylacyjno-klimatyzacyjnych zawierające grzyby, pleśnie oraz drobnoustroje. W Polsce problem zagrzybienia mieszkań dotyczy 25% budynków. Władysław Ochmański opisuje, że w każdym z nich może żyć ponad 400 gatunków grzybów pleśniowych, będących czynnikiem alergizującym mającym ogromny wpływ na powstawanie wielu chorób. Badania mykologiczne wykazały, że najczęściej mamy do czynienia z grzybami pleśniowymi z rodzaju *Aspergillus*, *Penicillium*, *Alternaria*, *Cladosporium* oraz *Stachybotrys* [7, 13, 14].

Zagrożenie zdrowia mieszkańców występuje w miejscach załamania równowagi w mikrobiocenozach pomieszczeń. Drobnoustroje posiadają idealne warunki rozwoju w budynkach o dużej wilgotności i temperaturze. Wpływ na ich rozwój ma także zastosowanie niewłaściwych materiałów wykończeniowych. Drobnoustroje w powietrzu występują najczęściej w formie bioaerozoli, zawierających fazę rozpraszającą (powietrze) oraz rozproszoną w postaci cząstek cieczy oraz kurzu pochodzenia roślinnego, zwierzęcego czy mineralnego. Zarodniki i konidia grzybów oraz bakterie i ich przetrwalniki wydzielają różne substancje o złożonym składzie chemicznym.

Mikroflorę powietrza w pomieszczeniach zamkniętych stanowią w czwartej części bakterie. W powietrzu wewnętrznym może ich występować kilkadziesiąt gatunków, a wśród nich gatunki z rodzaju: *Bacillus*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*, *Flavobacterium*, *Alcaligenes*, *Micrococcus* [13].

Substancje pochodzące od drobnoustrojów znajdujące się w naszych domach możemy podzielić na kilka grup. Za kryteria obrano pochodzenie i typ oddziaływania na organizm ludzki. Za zapalenia skóry oraz zatrucia odpowiadają mikotoksyny będące trującymi metabolitami wielu gatunków grzybów pleśniowych. Wpływają one na zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego. Następną grupą są endotoksyny wytwarzane przez ściany komórkowe bakterii Gram-ujemnych

należące do związków o szerokim spektrum działania toksycznego. Kolejnym czynnikiem są alergeny, które należą do substancji wytwarzanych przez wiele gatunków bakterii i grzybów.

Na zmiany błon śluzowych dróg oddechowych i układu wewnątrzwydzielniczego wpływają zjawiska elektrostatyczne. Wpływ zjonizowanego powietrza powoduje wzrost pobudzania receptorów oskrzelowych i płucnych. Podwyższony stopień zagrożenia biologicznego stwarza kurz przyciągany przez elektryzujące się tworzywa sztuczne. W zjonizowanym powietrzu gazy i aerozole mogą swobodnie przenikać i uszkadzać drogi oddechowe.

Zagrożenia wynikające ze stylu życia mieszkańców związane są z dużą ilością pary wodnej, zanieczyszczeń powstających przy gotowaniu i sprzątaniu w postaci produktów chemicznych codziennego użytku, pyłków roślin, mikroorganizmów.

Ograniczona wymiana powietrza wewnętrznego poprzez złą lub wadliwą wentylację jest głównym powodem nieprawidłowych warunków fizycznych panujących w pomieszczeniach. Zależy ona od strumienia powietrza wentylacyjnego, właściwego korzystania z urządzeń instalacyjnych i klimatyzacyjnych, zanieczyszczeń przewodów i urządzeń wentylacyjnych. Średnie optymalne wartości temperatury (21 stopni C) i wilgotności (55%) w „chorych budynkach” są znacznie podwyższone, co powoduje „efekt puszkę ciepłej”, który jest związany ze szczelnością okien i brakiem naturalnej mikrowentylacji. Zjawisko to może mieć negatywne skutki zdrowotne i wpływać na rozwój mikroorganizmów.

Na mikroklimat panujący w budynkach mają wpływ projektanci, wykonawcy obiektu oraz jego użytkownicy. Zdaniem Ewy Bogackiej czynnikami mającymi wpływ na mikroklimat pomieszczeń zamkniętych są:

1. właściwości terenu, na którym postawiono budynek (otoczenie, klimat okolicy),
2. rodzaj użytych materiałów budowlanych i wykończeniowych,
3. sposób wentylacji, ogrzewania oraz izolacji budynku,
4. wiek budynku, przeprowadzane w nim konserwacje i remonty,
5. wyposażenie pomieszczeń (wykładziny podłogowe, tapety, panele, boazeria, kominki, rodzaj mebli, środki używane do ich konserwacji, stosowanie nawilżaczy powietrza),
6. w pomieszczeniach biurowych zwracamy uwagę na ilość sprzętu biurowego (komputery, drukarki, kserokopiarki, faksy, monitory),
7. czynniki zależne od stylu życia mieszkańców (liczba rezydentów, duże zagęszczenie mieszkań, częstotliwość wietrzenia pomieszczeń, suszenie prania, gotowanie na kuchenkach gazowych, dogrzewanie mieszkania za pomocą piecyków, palenie papierosów, czyszczenie chemiczne odzieży oraz pomieszczeń, ilość używanych kosmetyków o lotnych składnikach, obecność zwierząt domowych i roślin) [3, 8, 5, 13].

Podsumowanie

Powietrze, którym oddychamy w biurach, hotelach, przedszkolach, szkołach i naszych domach jest bardzo często zanieczyszczone. Światowa Organizacja Zdrowia kilkanaście lat temu uznała, że mikroklimat powstający w zamkniętych budynkach może oddziaływać niekorzystnie na zdrowie osób w nim przebywających. W krajach wysokorozwiniętych problem ten jest traktowany z dużą powagą. Syndrom chorego budynku wciąż jest w Polsce mało znany, co może powodować, że dolegliwości w nim występujące są bagatelizowane. Zagrożenia ze strony nowoczesnego budownictwa spowodowane są coraz częstszym wyposażaniem budynków w wentylację mechaniczną i klimatyzację oraz montowanie szczelnych okien, co wpływa na zmniejszoną wymianę powietrza. Uzyskanie czystości pomieszczeń w odniesieniu do czynników biologicznych zależy w znacznej mierze od prawidłowo funkcjonującego i konserwowanego systemu wentylacyjnego lub klimatyzacyjnego pomieszczeń. W przypadku braku takich systemów należy odpowiednio często stosować wietrzenie pomieszczeń, co chroni przed występowaniem grzybów pleśniowych oraz bakterii.

Zwiększenie wiedzy pracowników ochrony zdrowia, architektów oraz mieszkańców pozwoli uniknąć lub zminimalizować zagrożenia zdrowotne mogące powstać w chorych budynkach.

Piśmiennictwo

1. Kowalski M. L.: Alergia atopowa – epidemia XX wieku? *Służba Zdr.*, 2000, 65–68, 2958–2961.
2. Kowalski M. L.: *Alergologia. Med. Prakt.*, 2002, 1–2, 131–140.
3. Bocheńska-Marciniak M.: *Epidemiologia chorób alergicznych. Terapia.* 2000, 4, (1) 8–10.
4. Faleńczyk K., Bartuzi Z.: Wielkość i status materialny rodziny a występowanie chorób atopowych. *Waletudinaria – Post. Med. Klin. Wojsk.*, 2003 (8), 3–4, 105–111.
5. Faleńczyk K., Bartuzi Z.: Wpływ czynników środowiskowych na występowanie chorób atopowych. *Pol. Med. Rodz.*, 2004, 6, Suplement 1, 58–62.
6. Kucharska A., Trzcńska H., Pawlik A., Rozwadowska A.: Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce i na świecie w świetle współczesnych badań. *Pol. Med. Rodz.*, 2004, 6, suplement 1, 30–35.
7. Żakowska Z., Gutarowska B., Piotrowska M., Wiszniewska M., Pałczyński C.: Zespół chorego budynku. XV Ogólnopolskie sympozjum szkoleniowe i warsztaty alergologiczne Dobieszków 9 X 2004, 18–19.
8. Bogacka E.: Zagrożenia zdrowotne dzieci we współczesnym budownictwie mieszkaniowym. *Pol. Merk. Lek.*, 2002, XII, 68, 143–146.
9. Pastuszka J. S.: Higiena pracy w pomieszczeniach nieprzemysłowych. J. A. Indulski: Higiena Pracy. Oficyna Wydawnicza IMP Łódź, 1999, 87–92.

10. Wittczak T., Walusiak J., Pałczyński C.: „Sick building syndrome” – nowy problem w medycynie pracy. *Med. Pracy*, 2001, 52, 5, 369–373.
11. Bogacka E.: „Choroba budynków”. *Mikol. Lek.*, 1997, 4, (4), 233–237.
12. Romański B.: Choroby atopowe na przełomie wieków – epidemiologia, profilaktyka, leczenie. *Alergia, Astma, Immunologia*. 1998, 3, (1), 12–16.
13. Gołofit-Szymczak M., Skowron J.: Zagrożenia mikrobiologiczne w pomieszczeniach biurowych. *Bezp. Pracy*, 2005, 3, 29–31.
14. Ochmański W., Barabasz W.: Mikrobiologiczne zagrożenia budynków i pomieszczeń mieszkalnych oraz ich wpływ na zdrowie (syndrom chorego budynku). *Przeg. Lek.*, 2000, 57, 7–8, 419–423.

Występowanie alergenów środowiskowych w teatrze

Wstęp

Historia teatru. Sławni artyści związani z teatrem, dotknięci alergią

Hipokrates nazywał medycynę siostrą sztuki. I medycyna, i sztuka dotyczą żywności człowieka składającego się z duszy i ciała. Czy aktorzy i widzowie w greckim mieście byli w równym stopniu narażeni na pyłkowicę co grający i oklaskujący ich występ w dziewiczej puszczy? Zimne, wilgotne, niedoskonale ogrzane monumentalne budowle, idealne miejsce rozwoju dla grzybów i pleśni. Ilu widzów, oprócz wrażeń artystycznych i uniesień religijnych, wynosiło stąd nagły i gwałtowny katar czy ogólne złe samopoczucie? [1, 2].

Irena Solska w „Pamiętniku” [3] wspomina o swoim pogarszającym się stanie zdrowia, o tym, że po rozstaniu z Ludwikiem Solskim zaczął się dla niej okres nieustannych dolegliwości uczuleń. Dziś możemy się tylko domyślać, że były to „uczulenia” typu alergicznego.

Zbyszek Cybulski [4] od dziecka nie tolerował mięsa w żadnej postaci, a rozumiała to tylko jego matka, której był za to wdzięczny do końca swoich dni. Cóż, natura bywa niedościgniona w swej mądrości – możliwe, że istniała organiczna przyczyna tego stanu rzeczy, przecież alergicy wielokrotnie „nie lubią” potraw, które im szkodzą.

Osterwa [5] natomiast był wiecznie niedożywiony i chorował na bronchity i schorzenia górnych dróg oddechowych. Dziś wiadomo, że tego typu infekcje poprzez drażniący wpływ na śluzówkę dróg oddechowych mogą sprzyjać rozwojowi nadwrażliwości. Takich przykładów wśród ludzi teatru i sztuki znalazłoby się pewnie wiele.

W teatrze współczesnym na sukces przedstawienia pracują nie tylko aktorzy, autor tekstu, reżyser, scenograf, choreograf i kompozytor. Ciężko pracuje cały zespół pracowników wykonujących wiele zawodów, zatrudnionych w róż-

¹ Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

nych działach teatru. Od pionu artystycznego, przez organizację widowni, dział administracyjny i techniczny. Czy są oni potencjalnie narażeni na działanie alergenów środowiskowych w swoim miejscu pracy? To właśnie zostanie wykazane w pracy.

Alergeny występujące w teatrze.

Alergię wywołują czynniki środowiska naturalnego i skażonego chemicznie, zwane alergenami. Ze względu na drogę wnikania do ustroju alergeny dzielimy na pięć podstawowych grup: wziewne, pokarmowe, kontaktowe, leki, inne [8]. Do alergenów występujących w teatrze możemy zaliczyć najczęstsze alergeny środowiska naturalnego: *alergeny wziewne*, do których zaliczamy między innymi roztocze kurzu domowego. Głównym źródłem alergenu roztocowego są ich odchody. Drobiną kału roztoczy w postaci pokrytych śluzem kuleczek przyklejają się do materiałów chropowatych np.: włókien tkanin, włosów itp. Meble tapicerowane, materace, pościel, kotary, dywany to miejsca gdzie najliczniej gromadzą się roztocza kurzu domowego [6, 7]. Nie opisano grupy *alergenów pokarmowych*, gdyż nie są istotne dla tematu pracy. Do najczęstszych alergenów środowiska skażonego (*kontaktowe*) należą m.in.: dodatki do pokarmów, metale, lateks, aldehydy. Środki występujące w teatrze, a będące zarazem częstymi alergenami kontaktowymi środowiska skażonego, to m.in. [9, 10]:

FORMALINA. W teatrze występuje jako:

- konserwant kosmetyków (pudry, kremy, róż do policzków, podkłady kosmetyczne, ołówki do brwi używane przez aktorów do nakładania makijażu scenicznego),
- konserwant klejów – w teatrze używanych do wykonywania dekoracji, rekwizytów itp. (używa się klejów typu VIKOL, INTROLIGATORSKI, BUTAPREN, VELPON, „KROPELKA”),
- środek do garbowania wyrobów skórzanych – w teatrze to: buty sceniczne, elementy kostiumu aktora i lalki, elementy dekoracji,
- środek konserwujący tkaniny bawełniane i lniane (kostiumy z tych surowców często są używane w przedstawieniach).

KALAFONIA – otrzymuje się ją z drzew rodziny Pinaceae. Kalafonia uczula czasem skrzypków (służy do przecierania strun) oraz pracowników baletu (ponieważ zmniejsza śliskość, bywa stosowana do smarowania spodów butów i podłóg przed tańcem), jest też w:

- tuszach do rzęs, cieniach do oczu, różach do policzków (makijaż sceniczny),
- składnik niektórych tektur (w pracowni plastycznej oraz jako element dekoracji),
- składnik klejów, stosowanych w teatrze,
- składnik lakierów, pokostów (stosowanych w teatrze do pokrywania powierzchni drewnianych dekoracji, rekwizytów itp.),
- składnik farb drukarskich (dokumenty w pionie administracyjnym teatru).

ŻYWICE EPOKSYDOWE – nieutwardzone żywice epoksydowe należą do najsilniejszych alergenów kontaktowych. Występują jako składnik klejów i lakierów pokrywających sztuczną biżuterię, dodatek do tkanin, zapobiegający kurczeniu i gnicieniu się materiałów. W teatrze występują jako:

- składnik klejów i lakierów pokrywających sztuczną biżuterię, występującą jako element kostiumu aktora, lalki, ozdoba peruk, element dekoracji,
- dodatek do tkanin przeciw kurczeniu i gnicieniu się (kostiumy szyte są z takich tkanin).

LANOLINA – W teatrze stosowane są głównie kremy z zawartością lanoliny używane przez aktorki oraz mydło w płynie, używane do mycia rąk, w skład którego wchodzi lanolina.

LATEKS – jest produktem naturalnym, otrzymywanym z drzewa *Hevea brasiliensis*. W teatrze lateks występuje głównie w ochronnych rękawicach gumowych, używanych w pracowni plastycznej.

BARWNIK PDD (sztuczna henna) – barwnik stosowany do farbowania m.in. tkanin, najczęściej typu tekstylna i futra oraz włosów na kolor czarny. W teatrze wystawiany jest spektakl utrzymany w konwencji „czarnego teatru”, w którym aktorzy ubrani są w czarne kostiumy szczelnie okrywające ciało, jedynie z otworami na oczy. Ubrania farbowane na różne barwy również mogą wywoływać alergiczne odczyny kontaktowe. W teatrze kostiumy, w których występują aktorzy często są farbowane na kolor czarny.

NIKIEL, CHROM i inne składniki śladowe stopów metali często są przyczyną wyprysku skórnoego. W teatrze elementami metalowymi mogącymi potencjalnie alergizować są czempuryty, nożyczki, szpilki w pracowni krawieckiej, metalowe części maszyn w stolarni.

ANILINY – chlorowodorek. Działa szkodliwie w przypadku narażenia drogą oddechową i kontaktu ze skórą. W teatralnej pracowni plastycznej używane są farby do tkanin zawierające aniliny. Do malowania dekoracji, lalek używa się głównie farb Nitro i Akryl.

DETERGENTY – zawarte w środkach czyszczących „chemii domowej”, używane w teatrze do utrzymania czystości w instytucji, również są częstym alergenem kontaktowym [12].

Leki są ważną grupą alergenów, jednak nie są związane bezpośrednio z tematem tej pracy, nie omówiono więc tych substancji.

Alergeny inne. Do tej grupy środków alergizujących zaliczymy sztuczne oświetlenie:

- silne światło reflektorów padające na scenę,
- promienie ultrafioletowe, będące jedynym źródłem światła w całkowitej ciemności, stosowane w spektaklach utrzymanych w konwencji „czarnego teatru”, granych w badanym teatrze,
- sztuczną „mgłę” stosowaną jako efekt specjalny w czasie niektórych przedstawień [11].

Założenie pracy

Alergia jest chorobą, która dotyczy ludzi w różnym wieku, o odmiennym stylu życia, pracujących w różnych zawodach. Teatr jest instytucją skupiającą grono osób różniących się wiekiem, wykształceniem i zawodem. W teatrze występują także różnorodne i liczne czynniki alergizujące. Stwarza to sytuację potencjalnego narażenia na działanie drażniące alergenów na populację ludzi zatrudnionych w teatrze. W piśmiennictwie dużo miejsca poświęca się alergii, mniej natomiast miejscom występowania alergenów. Bardzo trudno znaleźć publikacje na temat alergii w teatrze. Praktycznie brak danych o wpływie alergenów występujących w środowisku teatru na samopoczucie i zdrowie aktorów i pozostałych pracowników instytucji teatru oraz publiczności, bez której teatr nie miałby racji bytu.

Cel pracy

Celem podjętych badań własnych było:

1. Określić czynniki mogące wywołać alergię występujące w różnych działach teatru.
2. Wskazać miejsca w teatrze, gdzie występuje szczególnie dużo czynników alergizujących.
3. Określić poziom obecności roztoczy kurzu domowego w wybranych miejscach teatru: scena, zapadnia, kostium aktora.
4. Ustalić poziom wiedzy pracowników teatru na temat alergii i miejscach występowania potencjalnych alergenów w ich miejscu pracy.

Metody pracy

Pracę podzielono na dwa etapy.

Badania ankietowe

Zastosowano ankietę własną, skierowaną do pracowników teatru składającą się z części:

- dotyczącej wiedzy ogólnej, tzw. metryczki
- pytania dotyczące orientacji pracowników teatru w temacie alergii oraz alergenów występujące w ich miejscu pracy.

Badania zawartości roztoczy kurzu domowego w pomieszczeniach teatru

Przeprowadzono badanie zawartości odchodów roztoczy w kurzu pobranym w wybranych miejscach w teatrze: scena, zapadnia kostium z magazynu kostiumów, metodą ACAREX TEST (test wyprodukowany przez ALLERGOFAR-MA 019593/18 – 31.03.05).

Tabela 1. Zawody wykonywane w badanym teatrze

Zawód wykonywany	Liczba osób
aktor	12
elektroakustyk	3
bileterka	3
teatrolog	2
plastyk	2
dyrektor naczelny i artystyczny	1
asystent dyrektora	1
kierownik literacki	1
scenograf	1
specjalista do spraw administracyjnych	1
referent	1
kasjerka	1
księgowa	1
kierownik techniczny	1
garderobiana	1
krawcowa	1
kierowca	1
mechanizator stolarz	1

Wyniki

Część I – pracy – badania ankietowe

W ankiecie przeprowadzonej wśród pracowników teatru wzięło udział 19 kobiet oraz 17 mężczyzn, łącznie 36 osób o zróżnicowanym wykształceniu. Średnia wieku wyniosła 50 lat.

Najwięcej osób posiadało wykształcenie średnie – 50%, wyższe 26%, zawodowe 11%, policealne – 2% oraz 11% to studenci. Najwięcej osób znajdowało się w przedziale wiekowym 50–60 lat – 38%, w przedziale 40–49 lat – 32% osób, w przedziale 30–39 lat – 9%, w przedziale 20–29 lat – 13% oraz powyżej 60 roku życia – 8%. W teatrze pracują ludzie o zróżnicowanych zawodach, co dokumentuje tabela 1. Wiadomości na temat alergii badani posiadają bardzo zróżnicowane, czerpią je z różnych źródeł co przedstawia tabela 2.

Alergiczny wywiad rodzinny wśród ankietowanych kształtuje się następująco: 42% badanych nie ma objawów alergii, ale ma dodatni wywiad rodzinny, 58% nie ma objawów i ma ujemny wywiad rodzinny. Najczęściej wymieniane przez ankietowanych alergeny, występujące ich zdaniem w miejscu pracy i ich lokalizację przedstawia tabela 3.

Tabela 2. Źródła informacji na temat alergii

Media	24%
Znajomi	21%
Czasopisma	26%
Ulotki	5%
Lekarz	21%
Pielęgniarka	3%

Tabela 3. Alergeny występujące w teatrze i ich lokalizacja zdaniem ankietowanych

Rodzaj alergenu	Miejsce występowania
kurz	scena, magazyn kostiumów
środki chemiczne (głównie kosmetyki)	garderoba
promienie ultrafioletowe jako oświetlenie	scena
maski	scena
lalki	scena
dekoracje	scena
kostiumy	scena

Tabela 4. Wyniki badania Acaresx-testu

Lp.	Materiał	Miejsce pobrania	Wynik Acaresx testu	Wynik wg ankietowanych
1.	kurz	kostium	niski	wysoki
2.	kurz	kotara na scenie	średni	wysoki
3.	kurz	zapadnia	wysoki	wysoki

Na pytanie „Czy Twoim zdaniem jesteś narażony w pracy na działanie alergenów?” – 76,5% ankietowanych odpowiedziało TAK; 23,5% ankietowanych odpowiedziało NIE.

Część II – badanie roztoczy kurzu domowego w wybranych miejscach teatru

Badanie na obecność kurzu domowego wykonano w miejscach wskazanych przez pracowników jako ich zdaniem najbardziej narażonych na obecność roztoczy. Miejsca, z których pobrano próbki do badania oraz wyniki wykonania badania ACAREX TESTU przedstawia tabela 4.

Wnioski

1. Czynniki mogące wywołać alergię, występujące w teatrze to:
 - alergenzy wziewne: roztocze kurzu domowego,
 - alergenzy kontaktowe: środki chemiczne (kosmetyki używane do makijażu scenicznego; farby, którymi malowane są lalki, dekoracje, rekwizyty, barwniki anilinowe – używane do barwienia tkanin; detergenty – będące składnikiem proszku do prania, mydeł),
 - alergenzy inne (sztuczne oświetlenie, promienie ultrafioletowe, sztuczna „mgła”).
2. Miejsca szczególnie narażone na występowanie alergenów w teatrze to:
 - zapadnia,
 - pracownia plastyczna,
 - scena,
 - magazyn dekoracji,
 - garderoba.
3. W wybranych (badanych) miejscach teatru występują roztocza kurzu domowego w różnym stężeniu:
 - zapadnia – poziom wysoki,
 - kotara na scenie – poziom średni,
 - kostium – poziom niski,
4. Wiedza pracowników teatru na temat alergii jest bardzo ogólna, pobieżna. Pracownicy w większości trafnie wskazują miejsca występowania alergenów w ich miejscu pracy.

Zakończenie

Praca powyższa powstała na przykładzie jednego z łódzkich teatrów. W Łodzi jest kilka teatrów, w Polsce działają 62 państwowe instytucje teatralne, kilka jest w trakcie tworzenia. Mieszczą się w budynkach o różnym komforcie i warunkach pracy dla aktora, i dla publiczności. W zależności od lokalnych warunków – występowanie alergenów środowiskowych również może się zmieniać. W jednych teatrach przeważać będą alergenzy środowiska naturalnego, w innych skażonego chemicznie. Ale niemożliwe wydaje się zupełne ich wyeliminowanie w teatrze. Aktor zwykle potrzebuje kostiumu scenicznego, czasem uzupełnionego maską czy peruką; gra najczęściej z rekwizytem, czasem z lalką; stosuje makijaż sceniczny. Efekty specjalne (np.: sztuczna mgła) stosowane są coraz częściej, aby uczynić sztukę sceniczną bardziej atrakcyjną dla widza, zwłaszcza młodego (w dobie animacji i efektów wirtualnych to trudne zadanie). Może to również sprzyjać wytwarzaniu się reakcji alergicznych. Idealna sytuacja to taka, w której aktor (zwłaszcza cierpiący na alergię), występując w teatrze, nie odczuwa pogorszenia samopoczucia z powodu przebywania na scenie czy innej pracowni

teatralnej. Aby widz (zwłaszcza będący alergikiem), trafiający do teatru w poszukiwaniu tego samego od wieków duchowego i emocjonalnego katharsis, nie wynosił oprócz wrażeń estetycznych i artystycznych również gorszego samopoczucia czy np.: nagłego kataru.

Piśmiennictwo

1. Szczeklik A.: Katharsis o uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki. wyd. I, Wydawnictwo Znak, Kraków 2003.
2. Hausbrandt A.: Elementy wiedzy o teatrze. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982.
3. Solska J.: Pamiętnik, Wydawnictwo Artystyczne i Filmowe, Warszawa 1978.
4. Afansajew J.: Okno Zbyszka Cybulskiego, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1970.
5. Szublewski J.: Żywot Osterwy, PWN, Warszawa 1973.
6. Samoliński B. Roztocze kurzu domowego, „Alergia i ty” kwartalnik dla dorosłych i dzieci 2/2002, s. 4.
7. Solarz K. Alertex profilaktyka alergii na roztocze kurzu domowego. Gabinet prywatny 8/2003/118, s. 10–14.
8. Hofman T., Michalik J.: Historia alergologii, „Alergia pyłkowa”, Dom Usługi Wydawnicze Tomasz Adamski, Poznań 1998.
9. Gliński W., Rudzki E. Alergologia dla lekarzy, CZELEJ, Lublin 2002, s. 156–227.
10. Grevers G., Rocken (tłum.) Marita NitterMarszalska, Panaszek B.: Ilustrowany Podręcznik Chorób Alergicznych, Urban & Partner, Wrocław 2002.
11. Waszkiel M. (red.): Łódzkie sceny lalkowe, POLUNIMA, Łódź 1992.
12. Rudzki E.: Alergeny kontaktowe, „Medycyna praktyczna”, wydanie specjalne nr 3/2003, s. 120–147.

Małgorzata Filanowicz¹, Ewa Szynkiewicz¹,
Aneta Dobór-Dzwonka¹, Bernadeta Cegła¹

Jakość życia pacjentów z pyłkowicą przed rozpoczęciem immunoterapii

Wstęp

Alergicznemu nieżyтови nosa (ANN), określanemu również jako zapalenie błony śluzowej nosa, towarzyszy najczęściej: świąd skóry, kichanie, wodnisty wyciek lub obrzęk błony śluzowej doprowadzający do uczucia zatkania nosa. Do objawów często dołącza się zapalenie spojówek, zatok obocznych nosa oraz uciążliwe uczucie zatkania uszu. Objawy wpływają na wszystkie aspekty życia znacznie je utrudniając, przez co powodują wykluczenie z normalnego funkcjonowania. Przyczyniają się do częstych absencji chorobowych. Szacuje się, że na pyłkowicę uważaną za znaczny problem zdrowotny choruje ok. 20% Europejczyków, przy czym ich ilość stale rośnie [1, 2, 3].

Alergiczny nieżyt nosa występuje w postaci sezonowej, całorocznej lub epizodycznej. Do najczęstszych czynników alergizujących w całorocznym nieżycie nosa można zaliczyć: alergeny roztoczy kurzu domowego (*Dermatophagoides farinae* i *pteronyssinus*), alergeny zwierząt domowych (sierść, naskórek, ślina psa i kota, rzadziej chomika i świnki morskiej), mnogie uczulenia na pyłki roślinne. Objawy każdej z tych chorób są bardzo dokuczliwe i mogą w znacznym stopniu pogarszać jakość życia. Obniżeniu ulega kondycja fizyczna, dochodzi do osłabienia psychicznego i ograniczenia kontaktów społecznych. Powszechnie wiadomo, że aby zmniejszyć nasilenie choroby należy unikać kontaktu z alergenem [3, 4, 5, 6]. Niestety, w przypadku ekspozycji na pyłki roślin nie jest to możliwe do uniknięcia [7].

Za jedną z najlepszych metod leczenia przyczynowego chorych na pyłkowicę, która daje najlepsze długotrwałe wyniki leczenia uznawana jest immunoterapia swoista (SIT). Celem tej metody jest zmniejszenie wrażliwości dróg oddechowych na alergen, ograniczenie odczynu zapalnego oraz ograniczenie lub

¹ Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

zapobieganie powstawaniu nieodwracalnych zmian strukturalnych w drogach oddechowych. Stosowanie SIT doprowadza do wytworzenia swoistej immunologicznej niewrażliwości (tolerancji) w stosunku do określonego antygeny lub grupy antygenów [3, 4, 6, 8, 9].

Pojęcie jakości życia zostało użyte po raz pierwszy ponad pół wieku temu. Zakres tego zagadnienia można sprowadzić do określenia stanu równowagi między potrzebami danej jednostki wynikającymi z choroby somatycznej i możliwością ich zaspokojenia, uwzględniając warunki otaczającej nas rzeczywistości. Niemożność sprostaną jednej z potrzeb powoduje frustrację. W tej sytuacji do pogorszenia jakości życia nie tylko w sferze funkcjonalnej, ale również pogorszeniu ulega poczucie satysfakcji i zadowolenia z życia. Określając jakość życia należy wziąć po uwagę nie tylko odczucia subiektywne pacjenta, ale również obiektywnie ocenianą sytuację [10, 11, 12, 13].

W związku z tym, że każdy człowiek w odmienny sposób reaguje na bodźce zewnętrzne, w tym choroby, ocenę jakości życia należało ujednoczyć. Zastosowanie znalazły dwie grupy narzędzi badawczych: ogólne i szczegółowe używane w zależności od typu i rodzaju badań. Narzędzia badawcze stosowane w postaci kwestionariusza dotyczą określonych chorób i są standaryzowane. Charakteryzują się rzetelnością, co ma wpływ na wiarygodność wyników [14]. Opierając się na ogłoszonej przez Światową Organizację Zdrowia w 1994 roku definicji określającej jakość życia jako postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości w jakich żyją oraz jej związku z indywidualnymi celami, oczekiwaniami, standardami i zainteresowaniami sformułowano kwestionariusz specyficzny dla jednostki chorobowej, jaką jest pyłkowica [3, 15, 16].

Jednym z nich jest zyskujący coraz więcej zwolenników kwestionariusz RQLQ. Został on opracowany by mierzyć problemy, z jakimi codziennie stykają się ludzie dorośli cierpiący na katar sienny [3, 6].

Materiał i metoda

W badaniach własnych wykorzystano polską wersję kwestionariusza RQLQ. Za pomocą tego kwestionariusza badano wpływ dolegliwości wynikających z choroby na codzienną aktywność chorego. Jednocześnie oceniano jakość życia. Zastosowane narzędzie badawcze składało się z 28 pytań i dotyczyło siedmiu, najbardziej istotnych dla pacjentów obszarów życia: codziennej aktywności, snu, objawów nie związanych z katarzem siennym, problemów praktycznych, objawami ze strony nosa, objawami ze strony oczu oraz problemów emocjonalnych.

Zgodę na użycie narzędzia otrzymano od jego autorki – Profesor Elizabeth Juniper z Mc Master University w Kanadzie.

Celem głównym niniejszych badań było określenie poziomu jakości życia wśród osób, u których dopiero rozpoznano pyłkowicę. Cele szczegółowe sformułowano w dwóch kategoriach: 1) zbadanie jakości życia w różnych sferach (dome-

nach) życia pacjentów z pyłkowicą, 2) stwierdzenie, czy jakość życia pacjentów z pyłkowicą uzależniona jest od czynników socio-demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie).

W tym celu przeprowadzono ankiety wśród 37 kobiet i 38 mężczyzn, w wieku od 18 do 60 roku życia, u których na podstawie zgłaszanych objawów i wykonanych testów skórnych stwierdzono pyłkowicę. Nikt spośród ankietowanych osób nie był wcześniej odczulany. Ocena jakości życia każdego pacjenta była obliczona jako średnia ze wszystkich ocen z poszczególnych kategorii (odpowiedzi). Im większa była wartość średnia ze wszystkich ocen, tym wyższą była jakość życia danego pacjenta.

Badani zaznaczali odpowiedzi na pytania w skali Likerta od 1 do 7. Wyższe oceny oznaczały lepszy stan pacjenta, co świadczyło o wyższej jakości życia w danej kategorii.

W celu zweryfikowania hipotezy o równościach średnich posłużono się testem analizy wariancji ANOVA. Obliczono wartość F -statystyki = 9,32, która jest większa od wartości krytycznej $F_{kr} = 2,61$ przy poziomie istotności 0,05 ($p < 0,0000\dots$). Aby odpowiedzieć na pytanie, które z tych średnich różnią się istotnie był zastosowany test *NIR* (najmniejszych istotnych różnic) o poziomie istotności 0,05. Za pomocą testu niezależności „chi-kwadrat” ustalono brak zależności między parametrami „płeć”, „wiek” i „wykształcenie” ($p > 0,05$), co pozwoliło porównać wartości średnie oraz zastosować testy *t*-Studenta i analizy wariancji ANOVA. Jako miarodajny był przyjęty poziom istotności 0,05. W poszukiwaniu zależności między jakością życia a wykształceniem oraz wiekiem badanych zastosowano test analizy wariancji ANOVA. Zastosowano test *t*-Studenta w celu porównania wartości średnich ocen jakości życia mężczyzn i kobiet.

Wyniki badań

Ze wszystkich ocen dla każdej domeny zostały obliczone wartości średnie i odchylenia standardowe, zawarte w tabeli 1.

Tabela 1. Wartości średnie i odchylenia standardowe dla poszczególnych domen

	Aktywność	Sen	Nie związane z nosem	Praktyczne problemy	Ze strony nosa	Z oczami	Emocjonalne problemy
Ilość pytań	3	3	7	3	4	4	4
Ilość ocen	221	223	519	225	299	300	299
Średnia z ocen	3.08	5.09	5.08	4.03	4.01	4.81	5.30
SD	1.51	1.88	1.77	2.00	2.09	2.02	1.52

Z obliczeń wynika, że najwyższą jakość życia osiągnęli pacjenci w kategorii „problemy emocjonalne” (średnia wartość – 5,30), natomiast najmniejszą – w kategorii „aktywność”, gdzie po zastosowaniu testu analizy wariancji stwierdzono istotną różnicę między średnimi: $F = 50,30 \gg 2,103 = F_{kr}$ ($p < 0,0000\dots$).

Z danych podanych w tabeli wynika, że średnia ocena poziomu jakości życia w kategorii „aktywność” (średnia wartość – 3,08) jest istotnie mniejsza niż średnie oceny w pozostałych kategoriach. Nie wykryto natomiast różnicy w kategoriach: „problemy praktyczne” (średnia wartość – 4,03), „objawy ze strony nosa” (średnia wartość – 4,01). Stwierdzono także, że kategorie: „sen” (średnia wartość – 5,09), „objawy nie związane z nosem/oczami” (średnia wartość – 5,08), „objawy związane z oczami” (średnia – 4,81) i „problemy emocjonalne” (średnia – 5,30) pod względem wartości średnich istotnie się różnią od pozostałych. W odniesieniu do poszukiwania zależności między jakością życia a wykształceniem oraz wiekiem badanych, zostały obliczone średnie wartości ocen jakości życia w podgrupach z różnym wykształceniem (ze względu na małe liczebności połączone zostały podgrupy badanych z wykształceniem podstawowym i zawodowym) oraz w różnych grupach wiekowych (18–30, 31–40, 41–60). Stosując test Bartletta nie odnotowana istotnej różnicy średnich ocen w podgrupach pacjentów z różnym wykształceniem. Stąd wynika, że jakość życia nie jest związana z wykształceniem w badanej grupie chorych, gdyż w związku z uzyskanymi wynikami: $\chi^2 = 2,44$, $\chi_{kr} = 5,99$, $p = 0,30$. Przy pomocy testu nie wykazano także statystycznie istotnej różnicy między średnimi ocen w różnych grupach wiekowych badanych pacjentów, gdyż $\chi^2 = 1,51$, $\chi_{kr} = 5,99$, $p = 0,47$. Również zastosowany test t-Studenta, w celu porównania wartości średnich ocen jakości życia mężczyzn i kobiet, pozwolił na stwierdzenie, iż nie istnieje statystycznie istotna różnica, ponieważ $t = 1,39$, $t_{kr} = 3,12$, $p = 0,93$.

Omówienie wyników

Przedstawione w pracy wyniki badań własnych potwierdzają teorię o negatywnym wpływie pyłkowicy na jakość życia pacjentów. Średnia ocena jakości życia w badanej grupie, przy zastosowaniu 7-stopniowej skali, wynosiła 4,60. Uogólniona w ten sposób ocena nie daje w pełni odzwierciedlenia rzeczywistego stanu pacjenta. Dlatego podjęto próbę ustalenia, w jakim stopniu badane dziedziny życia są zaburzone przez chorobę.

Po przeprowadzeniu dokładnej analizy stwierdzono, że jakość życia w poszczególnych domenach nie została sklasyfikowana na jednakowym poziomie.

Na podstawie uzyskanych wyników wydzielono 3 podgrupy poziomu jakości życia:

- najniższy poziom (aktywność),
- średni poziom (problemy praktyczne, objawy ze strony nosa),
- najwyższy poziom (sen, objawy nie związane z nosem/oczami, objawy ze strony oczu, problemy emocjonalne).

Pacjenci deklarowali, iż niewygodą z powodu noszenia chusteczek, pocierania, wycierania nosa, uczucia zapchania nosa, wodnistej wydzieliny czy wreszcie kichania zostały sklasyfikowane na poziomie opisanym w metodzie jako średnio dokuczliwe. Długotrwałe i utrzymujące się stale na jednakowym poziomie objawy powodowały obniżenie aktywności fizycznej. Badani najbardziej skarżyli się na niemożność zabawy z dziećmi czy wnukami, czytanie, oglądanie telewizji lub korzystanie z komputera. Uciążliwość objawów i poczucie mniejszej atrakcyjności powodowała ograniczenie kontaktów z przyjaciółmi czy krewnymi. To celowe lub podświadome ograniczenie relacji międzyludzkich, zwłaszcza tych długo trwających może doprowadzić do izolacji społecznej, osamotnienia i konsekwencji do pogorszenia jakości życia [17].

Pacjenci twierdzili, że objawy towarzyszące chorobie manifestujące się zmęczeniem, zmniejszoną wydajnością, trudnościami w koncentracji uwagi, a także pragnieniem, bólami głowy były oceniane na poziomie 5 punktów w skali 7-stopniowej. Trudności w zasypianiu, budzenie się nocy czy brak dobrego snu nie były zbyt kłopotliwe dla ankietowanych. Również objawy powodujące swędzenie oczu, łzawienie czy obrzęk nie wywoływało u badanych osób frustracji zirytowania czy zakłopotania. Stopień tych wszystkich uciążliwości ocenili na poziomie wyższym od określonego w metodzie jako średni poziom jakości życia.

Większość badaczy sugeruje, że pomiędzy grupą mężczyzn i kobiet istnieją istotne różnice w subiektywnych ocenach jakości życia. Kobiety zazwyczaj częściej i dłużej rozpamiętują negatywne aspekty życia, natomiast mężczyźni są bardziej pozytywnie nastawieni do życia, czerpiąc z niego więcej radości. Stąd oceniają się, że średnia jakość życia kobiet jest niższa od jakości życia mężczyzn [18, 19]. W przeprowadzonych badaniach własnych stwierdzono brak istotnej zależności jakości życia (JŻ) z płcią ankietowanych. Różnice między średnimi wartościami JŻ u obu płci, obliczane za pomocą testu t-Studenta, były statystycznie nieistotne ($p = 0,17$).

W dalszym etapie badań podjęto próbę ustalenia, w jakim stopniu wiek wpływa na ocenę jakości życia. W niektórych publikacjach autorzy dowodzą, że na ogólną ocenę jakości życia ma wpływ faza życia, w jakiej dany pacjent się aktualnie znajduje. Według nich najwięcej optymizmu i pogody ducha prezentują osoby młode i w starszym wieku. Pacjenci w średnim wieku stanowią grupę oceniającą swoją jakość życia na niższym poziomie [20]. Analiza statystyczna badań własnych nie potwierdziła tej opinii – nie wykazano, aby wiek wpływał na obniżenie poziomu jakości życia.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że wszyscy pacjenci w badanej grupie cierpiący na pyłkovicę, niezależnie od wykształcenia, oceniają swoją jakość życia na jednakowym poziomie. W związku z tym przekonanie, iż osoby z niższym wykształceniem będą oceniali swoją jakość życia na niższym poziomie, a pacjenci z wykształceniem wyższym na poziomie wyższym nie znajduje

odzwierciedlenia. Brak istotnej zależności między czynnikami socjo-demograficznymi a jakością życia w niniejszych badaniach związany jest prawdopodobnie z niewielką liczebnością badanej grupy.

Wnioski

Na podstawie uzyskanych danych sformułowano następujące wnioski:

1. U pacjentów z pyłkowicą, przed rozpoczęciem immunoterapii stwierdzono, iż jakość życia warunkowana objawami choroby nie jest zadowolająca.
2. Pyłkowica i objawy z nią związane najbardziej zaburzają sferę dotyczącą kategorii „sen”, „objawy nie związane z nosem”, „objawy nie związane z oczami”, „problemy emocjonalne”, najniżej – „aktywność fizyczna”.
3. Czynniki socjo-demograficzne (wiek, płeć, wykształcenie) nie wpływają w znaczący sposób na jakość życia pacjentów chorych na pyłkowicę.

Piśmiennictwo

1. Buczyłko K.: Alergiczny nieżyt nosa. Świat med. i farm., 2004, 3, 6–9.
2. Dzioba A.: Zapalenie górnych dróg oddechowych-codzienny problem w praktyce lekarza rodzinnego. Med. Rodz., 2002, 5, 154–156.
3. Kuna P.: Pyłkowica – diagnostyka, obraz kliniczny i leczenie. Pol. Med. Rodzinna 2004, 6, 1045–1050.
4. Bocheńska-Marciniak M.: Alergiczny nieżyt nosa – wiodąca choroba alergiczna XXI wieku. Terapia, 2002, 4, 7–20.
5. Rapięjko P.: Leczenie alergicznych nieżytów nosa. Terapia, 2004, 4, 24–28.
6. Szmidt M.: Pyłkowica zagadnienia kliniczne i leczenie. Terapia 2001, 12, 7–13.
7. Gawrońska-Ukleja E., Bartuzi Z., Kamińska S. i wsp.: Losy pacjentów poddanych immunoterapii z powodu chorób alergicznych. Ann. Acad. Med. Bydg., 2004, 18, 53–58.
8. Jacobsen L.: Zapobieganie astmie poprzez immunoterapię. Alergia 2002, Wiosna 34–36.
9. Gawrońska-Ukleja E., Bartuzi Z., Dąbrowska M. i wsp.: Częstość występowania uczuleń na pospolite alergeny wziewne i pokarmowe u chorych leczonych w Przychodni Alergologicznej. Ann. Acad. Med. Bydg. 2004, 18, 45–52.
10. Gruszczynski W., Goc S.: Pojęcie jakości życia w medycynie, Kwart. Ortop. 2004, 3, 151–153.
11. Sidorowicz S.: Kilka uwag na temat jakości życia chorych. Wiad. Psychiatr., 2001, 4, 294–295.
12. Sokolnicka H., Mikuła W.: Medycyna a pojęcie jakości życia. Med. Rodzinna, 2003, 3–4, 126–127.
13. Jaracz K.: Jakość życia – wymiar obiektywny i subiektywny. Pielęg. Pol., 2002, 1, 28–29.
14. Jarema J.: Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. Nowa Med., 2000, 10, 15.

15. Pierzchała W., Farnik-Brodzińska M.: Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. *Alerg. Astma Immun.*, 1997, 2, 203–206.
16. Patkowski J., Kuźniar T.: Znaczenie badań nad jakością życia w chorobach alergicznych. *Alergologia* 1999, 6, 445–448.
17. Stelcer B.: Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. *Pielę. Pol.*, 2001, 2, 227–233.
18. Meyza J. red.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa 1997: 61–85.
19. Wejnert B.: Problematyka subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia w badaniach amerykańskich, [w:] Wachowiak A. red.: *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Tadeusza Kotarbińskiego w Zielonej Górze, Poznań 2001: 97–112.
20. Glise H., Wiklund I.: Quadrennial Review. Health-related quality of life andgastrointestinal disease. *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2002, 17, 72–84.

Dorota Joanna Kondzior¹, Krystyna Klimaszewska¹, Barbara Jankowiak¹,
Elżbieta Krajewska-Kułał¹, Krystyna Kowalczuk¹, Hanna Rolka¹,
Anna Baranowska¹, Katarzyna Krajewska¹

Jak zapobiegać powstaniu dyskopatii?

Wstęp

Bóle kręgosłupa to aktualnie najpopularniejsza dolegliwość w narządzie ruchu człowieka. Powtarzające się i nakładające obciążenia fizyczne i psychiczne związane ze współczesnym kształtem życia codziennego, pracą, siedzącym trybem spędzania wolnego czasu [1]. Organizm człowieka jest zaprogramowany jak komputer, a wszystkie jego części są ze sobą powiązane. Szczególną pozycję zajmuje tu kręgosłup, który stanowi sprężystą oś tułowia. Zdrowy kręgosłup człowieka spełnia równolegle kilka różnorodnych funkcji:

- chroni przebiegające w jego kanale delikatne tkanki rdzenia i korzeni nerwowych;
- jest podporą i rusztowaniem dla wiszących w nim narządów oraz oplatających go naczyń krwionośnych, limfatycznych i unerwienia wegetatywnego;
- amortyzuje wstrząsy;
- krwiotwórczą;
- zapewnia ruchomość tułowia, szyi i głowy;
- odpowiada za postawę i sylwetkę właściciela;
- utrzymuje ciało w równowadze [2, 3].

Składa się z 33–34 kręgów, między którymi znajdują się 23 włóknisto-chrzęstne tarczki – krążki międzykręgowe, popularnie określane mianem „dysków”, które są zbudowane z dwóch rodzajów tkanki łącznej: środkowej (centralnej), galaretowatej i sprężystej masy łącznotkankowej – zwanej „jądrem miazdzystym” lub „galaretowatym” oraz okalającego ją mocnego, włóknistego pierścienia zbudowanego ze zbitą tkanki łącznej. Krążki te nie występują między pierwszym a drugim kręgiem szyjnym, również w kości krzyżowej zanikły wraz z rozwojem organizmu. Między kością krzyżową a ogonową oraz poszczególnymi kręgami kości ogonowej znajdują się wprawdzie krążki międzykręgowe, ale nie posiadają

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

wewnętrznego, miękkiego rdzenia (jądra miażdżystego). Kręgi krzyżowe i ogonowe są ze sobą zrosnięte i nie mogą się względem siebie przemieszczać [4].

Dyski pełnią ważną funkcję jako segmenty ruchowe ludzkiego kręgosłupa. Ich zmiany chorobowe prowadzą do przemieszczeń, zniekształceń i przesunięć tkanki, z której są zbudowane. Znacznie częściej dochodzi do przepukliny jądra miażdżystego, czyli pęknięcia pierścienia włóknistego i wypłynięcie galaretowatej masy jądra miażdżystego. Czasem dochodzi do przemieszczenia dysku bez przerwania ciągłości pierścienia włóknistego [5, 6, 7].

Najczęstsze czynniki predysponujące do powstawania zmian to: nadwaga, palenie tytoniu, ciężka praca fizyczna, długotrwałe wymuszona postawa ciała, często powtarzane ruchy zginania i rotacji, narażenie na wibrację, praca na wysokościach, narażenie na zmienne warunki atmosferyczne, praca w transporcie i kierowanie ruchem [4, 7].

Bez względu na rodzaj czynnika i zmian w krążkach doprowadza to do schorzenia zwanego dyskopatią, czyli zespołu bólów ze zmianami patologicznymi w obrębie krążków międzykręgowych.

Rozwinięcie

Rozwój i przebieg dyskopatii zależy od trybu życia, utrwalonych wadliwych postaw, niepożądanych stereotypów zachowania, ograniczeń ruchowych. Aby jej zapobiegać należy:

- Dbać o prawidłowe odżywianie, prawidłową masę ciała, w przypadku nadwagi pozbyć się jej.
- W pozycji stojącej:
 - wysoko unieść głowę
 - wciągnąć brzuch
 - zacisnąć pośladki
 - naprzemiennie stawiać stopy na niewielkim stołku
 - unikać trwania zbyt długo w jednej pozycji
 - unikać pochylania się – raczej kucać
 - podczas schylania się plecy powinny być wyprostowane, a nogi ugięte w kolanach
 - unikać sięgania do góry lub na dół
- W pozycji siedzącej:
 - siadać na płaskich, twardych krzesłach (o odpowiedniej wysokości i oparciu)
 - uda powinny tworzyć kąt prosty z kręgosłupem, pochYLENIE powoduje nadmierne przeciążenie krążków krzyża
 - unikać siadania na miękkich fotelach
 - unikać zakładania nogi na nogę
 - unikać gwałtownego odwracania się

- Przy podnoszeniu ciężarów:
 - nie podnosić ciężarów w pozycji pochylonej i powyżej pasa
 - ciężar rozkładać na oba ramiona, korzystać z plecaka
 - w miarę możliwości ciężar wozić, a nie nosić
 - unikać przeciążenia kolan i bioder
 - w czasie codziennych prac domowych (odkurzanie, pranie, sprząatanie)
 - nie używać większej siły niż to konieczne
- W pozycji leżącej:
 - unikać podłoża zbyt miękkiego i zbyt twardego (powoduje nieprawidłowe ułożenie kręgosłupa), zalecany jest półsztywny materac dopasowujący się do fizjologicznych wygięć kręgosłupa lub podłożenie pod materac 2 cm deski zapewniającej poziome i równe ułożenie ciała
 - unikać dużych poduszek
- Systematycznie uprawiać gimnastykę wzmacniającą mięśnie brzucha, codziennie spacerować, minimalnie 3 km.
- Podczas jazdy samochodem robić przerwy.
- Porzucić palenie – tytoń zwęża naczynia krwionośne.
- Unikać chodzenia po schodach i nierównym terenie.
- Nosić obuwie na niewielkich obcasach (2–2,5 cm), które powinny być z gumy lub innego miękkiego tworzywa.
- Robić przerwy na odpoczynek (kilkuminutowe w pozycji leżącej).
- Utrzymywać stałą temperaturę ciała (unikać oziębienia, zwłaszcza po kąpielach) [8].
- Popatrzeć dookoła i zastanowić się:
 - czy blat w kuchni można podnieść wyżej? Jeśli nie, to może wiele czynności można wykonać na stole, w którym można regulować wysokość
 - może nie trzeba wszystkiego podnosić, może mała podstawka na kółkach (np. pod wiadro z wodą) załatwiłaby sprawę?
 - kiedy korzystasz z wanny piorąc w niej jest możliwość zamontowania na jej krawędziach małej miednicy i będzie dużo wygodniej wykonywać to samo
 - czy musisz podnosić koło wymieniając je w samochodzie, może klucz w kształcie krzyża mógłby zadziałać jak dźwignia?
 - czy jadąc samochodem zwracasz uwagę na to, jak ustawiony jest Twój kręgosłup, czy nie wygina się do tyłu, w „pałąk”? Ustaw tak siedzenie, abyś nie musiał pochylać głowy, a kręgosłup lędźwiowy zabezpiecz małym wałkiem wykonanym z ręcznika.
 - czy monitor lub klawiatura Twojego komputera nie jest za wysoko lub za nisko?
 - kiedy podnosisz coś ciężkiego uginasz kolana? Zabezpiecz kręgosłup w wyproście (pozycja sztangisty) i dopiero wtedy podnoś ciężar [5, 6, 7].

- kiedy jesteś zmęczony może zrezygnuj z siedzenia w „wygodnym” fotelu, nie mogąc później wstać, tylko połóż się na brzuchu (taka pozycja przywróci prawidłowe ustawienie kręgosłupa)
- w trakcie pracy oderwij się na 5 sekund, wykonaj odgięcie tułowia, wraz z głową do tyłu kilka razy

STARAJ SIĘ UNIKAĆ!!!

- Długiego siedzenia:
 - w samochodzie
 - przy komputerze
 - na wersalce
 - w głębokich fotelach
- Długotrwałych czynności w przodopochyleniu (skłonie):
 - na działce
 - podczas odkurzania
 - przy wannie
 - podczas dźwiganiu, podnoszenia
- Podczas leżenia na boku:
 - czytania książki
 - oglądania tv
- Nadwagi
- Konieczna jest dbałość o utrzymanie dobrego „gorsetu mięśniowego”, zwłaszcza mięśni brzucha, który można utrzymać dzięki chodzeniu na:
 - basen
 - siłownię pod fachową kontrolą
 - spacer
 - wrotki
 - stepper
 - systematyczne codzienne ćwiczenia, np.:
 - napinanie wszystkich mięśni,
 - w pozycji stojącej – zgięcia, przeprosty, stanie na jednej nodze, krążenia bioder, szybkie obustronne krążenia ramion, obroty głowy, wypychanie klatki piersiowej do przodu,
 - w leżeniu przodem (na brzuchu) – napinanie mięśni, leżenie w przeproście, przeprosty, naprzemienne unoszenie kończyn (lewa ręka, prawa noga),
 - w pozycji leżącej – zgięcia, unoszenie bioder, podnoszenie wyprostowanych nóg do góry, unoszenie kończyn górnych za głowę, kołyska na grzbiecie.

Każde ćwiczenie wykonywać po 10–15 razy [1, 4, 7].

Podsumowanie

Choroba zwyrodnieniowa krążka międzykręgowego stanowi istotny problem, gdyż dotyczy często ludzi młodych, aktywnych zawodowo. Ważne jest, aby prowadzić edukację wśród osób zdrowych w zakresie prewencji przeciążeń kręgosłupa. Działania edukacyjne, nabyta wiedza może wpływać na zmianę zachowań, co ochroni osoby zdrowe przed cierpieniem, a pozwoli zmniejszyć konsekwencje choroby już cierpiącym.

Piśmiennictwo

1. Stodolny J.: Choroba przeciążeniowa kręgosłupa. Epidemia naszych czasów. Wydawnictwo ZL Natura, 2000, s. 17–248.
2. Gołąb B., Traczyk W. Z.: Anatomia i fizjologia człowieka. PZWL, Warszawa, 1981, 63–65, 365–366.
3. Stodolny J.: Jak chronić swój kręgosłup. ZL NATURA, Kielce, 1997, s. 15–16.
4. Kiwerski J.: Schorzenia i urazy kręgosłupa. PZWL. Warszawa, 1997, 2001, s. 116–121.
5. Retinger-Grzesiułowa M.: Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne. PZWL. Warszawa, 1988, s. 136.
6. Maksymowicz W.: Neurologia w zarysie. PZWL. Warszawa, 1999, s. 200.
7. Rapała K.: Zespoły bólowe kręgosłupa. Zagadnienia wybrane. PZWL. Warszawa, 2004, s. 64–173.
8. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Czelej. Lublin, 2000, s. 87–88.

A. Gołębiewska¹, E. Krajewska-Kułak^{1,2}, B. Jankowiak^{1,2},
K. Wróblewska¹, B. Kowalewska¹, J. Chilińska¹, H. Rolka^{1,2}

Osteoporoza – problem każdego wieku

Wprowadzenie

Osteoporoza jest wyrazem zaburzeń metabolizmu kostnego prowadzących do zmniejszenia masy kostnej oraz zmniejszenia odporności mechanicznej kości. W fazie przedklinicznej obserwuje się osteopenię. Wraz z zaawansowaniem procesu chorobowego pojawiają się złamania zarówno samoistne, jak i pod wpływem niewielkich urazów. Obniżonej masy kostnej nie towarzyszy zaburzenie stosunku minerału do matrycy kolagenowej.

Definicja osteoporozy

Osteoporoza w roku 2001 została zdefiniowana przez National Osteoporosis Foundation (NOF) i National Institutes of Health USA (NIH) jako „choroba szkieletu charakteryzująca się upośledzoną wytrzymałością kości, co powoduje zwiększone ryzyko złamania”.

Osteoporoza stanowi obecnie poważny problem medyczny, ekonomiczny i społeczny, a wydłużanie okresu życia nieuchronnie prowadzi do jego narastania [1].

Epidemiologia

Epidemiolodzy szacują, iż wśród kobiet 50-letnich osteoporoza występuje w 16–18%. Zgodnie z kryteriami rozpoznawania schorzenia, przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), 30% kobiet po menopauzie można kwalifikować do grupy osteoporozy. Według bardziej wyostrzonych kryteriów NOF, nastawiającej się na jak najwcześniejsze wykrywanie choroby po to, by jej rozwój odpowiednio wcześnie hamować, do grupy osteoporozy można zaliczyć aż 45% kobiet po menopauzie [1].

¹ Instytut Pielęgniarstwa PWSliP w Łomży

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

W osteoporozie najistotniejsze są złamania, prowadzące do obniżenia jakości życia, inwalidztwa, a nawet do śmierci. Życiowe ryzyko złamania kości u kobiety po 50. roku życia wynosi około 40% [10]. Starzenie się społeczeństwa powoduje, że liczba złamań narasta lawinowo i są one główną przyczyną dolegliwości i przedwczesnych zgonów.

Zasadniczą przyczyną złamań są upadki. Odpowiadają one za 100% złamań przedramienia, 90% złamań bliższego krańca kości udowej i około 25% złamań kręgosłupa. Zatem profilaktyka osteoporozy musi obejmować nie tylko dbałość o jakość samej kości, od poczęcia, poprzez dorastanie, lata dojrzałe i starcze, ale również o zapobieganie upadkom.

Negatywny wpływ tych złamań na jakość życia jest znaczący i zwiększa się wraz z wiekiem i liczbą złamań. Z punktu widzenia kosztów leczenia szpitalnego, obciążenia finansowe spowodowane złamaniami osteoporotycznymi u kobiet przekraczają wydatki związane z rakiem sutka, zawałem serca lub z udarem.

Rozpoznanie

Osteoporozę rozpoznaje się za pomocą technik ilościowego pomiaru parametru oznaczanego skrótem BMD (ang. bone mineral density, tzn. gęstość mineralna kości albo gęstość minerału kostnego). Służy do tego tzw. densytometria DEXA (dwufotonowa absorpcjometria rentgenowska), która umożliwia pomiar gęstości kości w kręgosłupie i kości udowej. Za pomocą tej techniki bada się także nadgarstek lub kość piętową, ale wyniki tych badań mają mniejsze znaczenie w rokowaniu. Za pomocą DEXA uzyskuje się dwuwymiarowy obraz kości. Wyniki BMD podawane są w g/cm^2 . Gdy wartość BMD jest statystycznie znacznie niższa od średniej masy szczytowej mówimy o osteopenii, a następnie – o osteoporozie, gdy kość oprócz gęstości traci także strukturę wewnętrznego utkania [13].

Czynniki ryzyka osteoporozy

Jedną z bardziej istotnych przyczyn osteoporozy jest zmniejszanie liczby osteocytów oraz osłabienie możliwości reakcji naprawczych. Głównymi czynnikami ryzyka osteoporozy, niezależnymi od BMD są: wiek, przebyte złamanieiskoenergetyczne, wystąpienia złamania w rodzinie, RZS, palenie papierosów, alkoholizm, zażywanie glikokortykosteroidów. Na wielkość szczytowej masy kostnej wpływają także:

- Złe nawyki żywieniowe (dieta – szczególnie uboga w białko i wapń, witaminę D, albo bogata w sól kuchenną),
- Wysiłek fizyczny (złe kontrolowany sport wyczynowy, intensywne uprawianie sportu może mieć negatywny wpływ na cykle miesięczne u kobiet),
- Siedzący tryb życia, zbyt małe obciążanie szkieletu (znaczące zmniejszenie aktywności fizycznej u osób starszych); osteoporoza z unieruchomienia,
- Mała ekspozycja na światło słoneczne,

- Niedobór hormonów (estradiolu, testosteronu),
- Przewlekłe choroby i ich farmakoterapia,
- Stosowanie niebezpiecznych diet redukcyjnych [2].

Obrót kostny

Remodelowanie (ang. remodelling) kości to proces odmładzania kości i formowania jej kształtów zgodnie z genetycznym programem. W ciągu roku dochodzi do wymiany 2–10% masy kostnej.

Przebudowa kości trwa przez całe życie. W okresie dzieciństwa i wczesnej młodości dominuje proces budowy nad resorpcją (utrata) kości tak, że ok. 30. roku życia człowiek osiąga tzw. szczytową masę kostną. Jest ona genetycznie uwarunkowana. W okresie późniejszym, zwłaszcza po 45. roku życia u kobiet, w przebudowie ich kości („obrocie kostnym”) zaczyna przeważać resorpcja nad syntezą. Masa i gęstość kości powoli, ale nieustannie maleją. W warunkach fizjologii roczna utrata masy kostnej wynosi ok. 1%.

Na dwa lata przed menopauzą zaczyna się u kobiet przyśpieszona faza utraty masy kostnej i trwa ona ok. 10 lat. Wtedy, co rok kobieta traci ok. 2% masy kostnej. Mężczyźni są znacznie mniej podatni na osteoporozę. To schorzenie staje się dla nich problemem w późniejszym okresie życia, tj. po 70 roku [9].

Profilaktyka osteoporozy

Profilaktyka osteoporozy zależy od etapu życia. Rozpoczyna się od okresu płodowego, trwa przez okres dorastania, aż do późnej starości.

Niezależnie od zabezpieczenia prawidłowej masy kostnej, profilaktyka osteoporozy powinna obejmować:

- redukcję ryzyka upadków,
- redukcję złamań,
- optymalizację sprawności chorego i poprawę jakości życia,
- zapobieganie przedwczesnej śmierci [4].

Okres płodowy

Na budowę szkieletu płodu wpływa stężenie wapnia, fosforu, magnezu i witaminy D3 oraz składników pokarmowych modyfikujących gospodarkę Ca-P-Mg spożywanych przez matkę w okresie ciąży. Witamina D jest odpowiedzialna za wchłanianie wapnia w przewodzie pokarmowym i utrzymanie jego stałego stężenia w organizmie, odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu homeostazy wapniowo-fosforanowej. Źródłem jej jest pożywienie lub naświetlanie skóry promieniami ultrafioletowymi. Zapotrzebowanie matki w okresie ciąży i kobiety karmiącej na wapń wynosi 1000 mg dziennie, a na witaminę D poniżej 800 IU. Według zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii kobiety ciężarne powinny uzupełniać dietę witaminą D w dawce 400 IU dziennie. Suplementację należy rozpocząć od drugiego trymestru ciąży. W profilaktyce należy uwzględnić również zachowanie aktywności fizycznej [4].

Okres od narodzenia do zakończenia wzrostu kośćca

W tym okresie następuje zasadniczy rozwój masy kostnej. Dzięki aktywności chrząstek wzrostowych następuje wzrost kości długich, a działanie okostnej modeluje ich przekrój. Masa kośćca powiększa się od kilkuset gramów u noworodka do 10–12 kg u osoby dojrzałej. Okres wzrostu dziewcząt kończy się z pierwszą miesiączką, a u chłopców około 18 roku życia. Przyjmuje się, że szczytową masę kostną osiąga się między 16. a 30. rokiem życia.

Zapotrzebowanie na Ca u dzieci w tym okresie wynosi od 800 do 1300 mg. W celu zapobiegania krzywicy u niemowląt przyjęto zasadę stałej suplementacji witaminy D3 w dawce od 400 do 800 j/dobę w zależności od wieku, nasłonecznienia, objawów klinicznych krzywicy. W Polsce przeciętna dieta dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży nie zabezpiecza właściwej podaży wapnia i witaminy D. Szeroko zalecane jest stosowanie w okresie wzrostu kośćca diety bogatej w wapń i witaminę D3. Przedawkowanie naturalnej witaminy D, tzn. dostarczanej w pożywieniu jest praktycznie niemożliwe ze względu na precyzyjne mechanizmy regulujące jej przyswajanie i wydalanie. Na rynku jest coraz więcej produktów wzbogacanych w wapń i witaminę D (margaryny, oleje, soki, jogurty) [8]. Oprócz właściwej zawartości minerałów dieta musi być zbilansowana energetycznie tak, by osiągnąć i utrzymać właściwą wagę ciała. Wykazano bowiem, że niskie BMI (poniżej 20 kg/m²) jest czynnikiem ryzyka osteoporozy. Badania u dzieci z anoreksją udowadniają, że jest to jeden z najsilniejszych czynników ryzyka osteoporozy.

Jednakże osiągnięcie zaprogramowanej genetycznie szczytowej masy kostnej zależy od wielu czynników: funkcjonowania układu dokrewnego, aktywności i ćwiczeń fizycznych, odżywiania, a także stylu życia. Wiele z tych czynników ma również istotne znaczenie w późniejszym życiu. Dlatego ten okres życia to przede wszystkim kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych (dieta, alkohol i papierosy) oraz stylu życia, w tym aktywności fizycznej. Ćwiczenia fizyczne w okresie wzrastania stymulują wzrost BMD i kości [4].

Okres od zakończenia wzrostu do osiągnięcia masy szczytowej

W tym okresie objętość kości nie ulega powiększeniu, natomiast zwiększa się jej stopień mineralizacji, co powoduje zwiększenie BMD. U mężczyzn między 19. a 50. r.ż. dawka wapnia powinna przekraczać 1000 mg/dobę i 400 IU/d witaminy D [4, 8].

Wiek dojrzały do 65 roku życia

W tym okresie u kobiet na skutek menopauzy następuje gwałtowny spadek poziomu estrogenów, który często prowadzi do obniżenia masy kostnej. W tym przedziale wiekowym należy zadbać z jednej strony o odpowiednią podaż wapnia i witaminy D, a z drugiej strony eliminować czynniki wpływające na możliwość wystąpienia osteoporozy. Po 50. r.ż. dawka wapnia powinna być większa,

także z powodu spadku przyswajalności w przewodzie pokarmowym. Wynosi ona odpowiednio 1500 mg/d wapnia i 800 IU/d witaminy D [4, 8].

Wiek powyżej 65 roku życia

Jest to okres pojawienia się dysfunkcji w wielu narządach, co doprowadza m.in. do zwiększonego ryzyka upadków. Niezależnie od kontynuacji profilaktyki z poprzednich okresów życia, wymagana jest diagnostyka osteoporozy i ewentualnie wdrożenie jej leczenia. U osób, u których doszło do ubytku masy kostnej, ruch ma działanie lecznicze i profilaktyczne. U osób starszych niedobór witaminy D prowadzi do osłabienia mięśni kończyn dolnych, siły uścisku i ogólnej wydolności.

Zalecenia dla osób, u których stwierdzono osteoporozę

- Osoba, u której stwierdzono osteoporozę powinna unikać gwałtownych ruchów pochylania do przodu i skręcania, podnoszenia z pozycji pochylonej przedmiotów. Powinna spać na materacu sprężystym, niezapadającym się pod wpływem ciężaru ciała, w ułożeniu na boku.
- Chorego na osteoporozę należy nauczyć umiejętnego wstawania z łóżka (obrócić się na bok, ugiąć kończyny w biodrach i kolanach, podpierając się obiema rękami opuścić stopy na podłogę i przyjąć pozycję stojącą), wstawania z pozycji siedzącej z podparciem obiema rękami o podłoże lub poręcz.
- Czynności, takie jak mycie zębów, włosów, golenie osoba z osteoporozą powinna wykonywać w pozycji siedzącej z możliwością oparcia kończyn górnych, przy prostych plecach. Mycie całego ciała jest bezpieczniejsze pod prysznicem niż w wannie.
- Prace związane z pochylaniem tułowia do przodu wymagają utrzymania kręgosłupa w wyproście, prawidłowego ustawienia głowy, ugięcia kończyn dolnych w stawach kolanowych i biodrowych.
- Czynności związane z przygotowywaniem posiłków i czytaniem powinny być wykonywane w pozycji siedzącej, ze stopami swobodnie opartymi o podłoże (podłoga lub stołeczek). Siedzieć należy na krześle lub fotelu z siedziskiem sprężystym, którego długość odpowiada długości ud. Oparcie tylne utrzymuje kręgosłup piersiowy w wyproście i podpira w odcinku lędźwiowym.
- Prace wykonywane w pozycji stojącej wymagają ustawienia kończyn dolnych w odwiedzeniu na szerokość miednicy, jedna noga powinna być nieznacznie wysunięta do przodu lub ustawiona nieco wyżej. Ciężar powinien być co pewien czas przenoszony z jednej nogi na drugą.
- Przenoszenie przedmiotów o niewielkiej wadze powinno odbywać się w plecaku lub wózek z kółkami albo tak, aby ciężar był równomiernie rozłożony w obu rękach, jak najbliżej tułowia przy wyprostowanych plecach i wciągniętych mięśniach brzucha

- Dieta – produkty mleczne o obniżonej zawartości tłuszczu [12], ryby, sardynki w oleju i pomidory jedzone wraz ze szkieletem oraz warzywa zielone (szpinak, jarmuż, brokuły, natka pietruszki) i strączkowe (nasiona soi i fasoli). Niektóre warzywa (np. szpinak, szczaw, rabarbar, buraki i rzodkiewka) i owoce oraz takie używki, jak herbata, kawa czy kwaśne wino są bogate w szczawiany. Związki te, wiążąc w przewodzie pokarmowym wapń, obniżają jego wchłanianie. Ograniczenie spożycia soli (do 6 g dziennie), mocnej kawy, herbaty i coca-coli. Unikanie nadmiernego spożycia białka zwierzęcego, powodującego zmniejszenie wchłaniania wapnia [11].

Profilaktyka upadków

Upadek jest to nagła i niezamierzona zmiana pozycji ciała z poziomu dotychczas zajmowanego na niższy.

Upadki są nie tylko bezpośrednią przyczyną złamań osteoporotycznych, ale również innych urazów, które odpowiadają za zwiększoną śmiertelność, chorobowość i upośledzenia sprawności osób starszych. Najczęstszą przyczyną są:

- Osłabienie siły mięśniowej
- Upadki w wywiadzie
- Zaburzenia chodu
- Zaburzenia równowagi
- Stosowanie urządzeń wspomagających chód (balkoniki)
- Zaburzenia widzenia
- Depresja
- Zaburzenia pamięci
- Wiek ≥ 80 lat
- Niska masa ciała oraz
- Obniżenie aktywności życiowej
- Stosowane leki psychotropowe (neuroleptyki, leki nasenne, przeciwdepresyjne, benzodwiazepiny) [5]

Po 65. r.ż. około 35–40% generalnie zdrowych, samodzielnych osób doznaje przynajmniej 1 upadku w roku, a po 80. r.ż. prawie 50%. Z tego powodu upadki są jedną z głównych przyczyn inwalidztwa i piątą, co do częstości, przyczyną zgonów u osób powyżej 75. r.ż. 50% upadków jest skutkiem poślizgnięcia lub potknięcia, 10% omdlenia, 10% zawrotów głowy, a 20–30% innych zaburzeń równowagi [7].

Oprócz uszkodzeń ciała, upadki mają swoje psychologiczne i społeczne konsekwencje – „zespół lęku poupadkowego”, prowadzące do izolacji, ograniczenia aktywności i upośledzenia aktywności starszych pacjentów.

Elementy profilaktyki upadków

- Trening siły i równowagi obejmujący „naukę upadania”, w celu osłabienia jego skutku. Najbezpieczniejsze są upadki na pośladki, najniebezpieczniejsze

– na bok (uderzenie o twardą powierzchnię bezpośrednio w okolicach biodra). Odpowiednio dobrana gimnastyka poprawia sprawność stawów i zapobiega bólom. Unieruchomienie ma bardzo niekorzystny wpływ na układ kostno-stawowy, natomiast mechaniczne obciążenie kości stymuluje wzrost jej masy.

- Eliminacja domowych czynników ryzyka – rekomendowane są działania polegające na instalacji podparć i uchwytów w toalecie, łazience, miejsc do siedzenia pod prysznicem, stosowanie mat antypoślizgowych i adaptacji oświetlenia, jak również zainstalowanie bezprzewodowego telefonu „alarmowego” oraz eliminacja luźnych kabli i niezabezpieczonych przewodów.
- Poprawa funkcjonowania narządu wzroku, układu krążenia, funkcji umysłowych. Spośród działań poprawiających funkcjonowanie układu krążenia, nerwowego i narządu wzroku udowodniono przydatność wszczepiania rozruszników serca w zapobieganiu upadkom u osób z nadwrażliwością zatoki tętnicy szyjnej. W zakresie układu nerwowego działania prewencyjne powinny obejmować leczenie zaburzeń równowagi i pamięci.
- Weryfikacja stosowanych leków, włącznie z odstawieniem niektórych środków. Istotnym elementem profilaktyki upadków jest modyfikacja leczenia farmakologicznego. W ramach interwencji farmakologicznej należy rozważyć stosowanie witaminy D, a u osób po 70. r.ż. aktywnych postaci witaminy D3 [6].

Podsumowanie

Społeczeństwa postindustrialne starzeją się, wzrasta odsetek ludzi w wieku powyżej 75. roku życia. Złamania kości szyjki udowej w wyniku osteoporozy zaczynają być postrzegane w wymiarze socjoekonomicznym [3]. Konsekwencje złamań bywają różne. Ból, unieruchomienie, pogorszenie sprawności fizycznej, trudności rehabilitacji należą do najłagodniejszych następstw zdarzenia. Z uwagi na zwykle zaawansowany wiek chorych często dołączają się dodatkowe powikłania, które pomimo intensywnego leczenia doprowadzają do przejściowej lub trwałej utraty samodzielności lub nawet do zgonu chorych.

Biorąc po uwagę powyższe można stwierdzić, że podstawowe znaczenie w osteoporozie ma rozpoczęcie jej profilaktyki już od momentu poczęcia – poprzez racjonalny tryb życia matki, w kolejnych etapach życia dziecka – stosowanie witaminy D, wapnia w pożywieniu, unikanie palenia tytoniu, alkoholu, umiejętne stosowanie aktywności fizycznej. Ważne jest również zapobieganie upadkom wśród osób znajdujących się w grupie narażonej i stosowanie się do zaleceń przez osoby z rozpoznaną osteoporozą, a dotyczące – zachowania się w różnych sytuacjach domowych, aktywności fizycznej, diety,

Piśmiennictwo

1. Badurski J.: Uwagi o patogenezie i epidemiologii osteoporozy i złamań. Wydanie specjalne: Osteoporoza w praktyce lekarskiej. Med. Dypl. 2004: 50–53, 5–9.
2. Chalcerz W. i wsp.: Wpływ wybranych czynników na wiedzę z zakresu żywienia i aktywności fizycznej kobiet chorych na Osteoporozę. Post. Osteoartrologii 1998, 10: 109–116.
3. Czerwieński E., Osiedleniec J., Borowy P.: Złamania w osteoporozie, Mag Med 2003; 14: 4–11.
4. Horst-Sikorka W.: Profilaktyka osteoporozy. Wydanie specjalne: Osteoporoza w praktyce lekarskiej. Med. Dypl. 2004: 54–57.
5. Księżopolska-Pietrzak K.: Zapobieganie upadkom i rehabilitacja. Wydanie specjalne: Osteoporoza w praktyce lekarskiej. Med. Dypl. 2004: 50–53.
6. Księżopolska-Pietrzak K.: Zasady rehabilitacji i ochrona narządu ruchu w osteoporozie. w: Leczenie osteoporozy. Lorenc R. S., Warenik-Szymankiewicz A. Wydawnictwo Osteoforum, Warszawa 1999: 159–176.
7. Lindsay R. i wsp.: Ocena ryzyka ponownego złamania kręgu w okresie roku po pierwszym złamaniu. JAMA 2001, 285: 320–323.
8. Marcinowska-Suchowierska E.: Witamina D – aktualny stan wiedzy. Pol. Arch. Med. Wew. 2002, 2: 11.
9. Marcinowska-Suchowierska E., Tałałaj M.: Choroby metaboliczne kości 2004: 74–96.
10. Nowak N. A. i wsp.: Epidemiologia Osteoporozy u kobiet w aglomeracji Białegostoku (BOS) 1. Gęstość kości a złamania. Post. Osteoartrologii 2003, 14: 1–2.
11. Owecki M. i wsp.: Wpływ diety i aktywności fizycznej na przebieg i leczenie osteoporozy. Pol. Merkur. Lek. 2002: 78.
12. Sawicki A. i wsp.: Spożycie wapnia z mleka i jego przetworów w powiązaniu z występowaniem osteoporozy u kobiet. Żyw. Człow. Metab. 1997, 1: 63–74.
13. Tałałaj M. i wsp.: Diagnostyka osteoporozy – aspekt praktyczny. Wydanie specjalne: Osteoporoza w praktyce lekarskiej. Med. Dypl. 2004: 10–13.

Krystyna Kurowska¹, Magdalena Zając²

Orientacja życiowa i poziom depresyjności u osób z nadmierną masą ciała

Wstęp

Koncepcja poczucia koherencji autorstwa Arona Antonovsky'ego ma złożoną strukturę poznawczą, której głównym założeniem jest przekonanie człowieka o zrozumiałości, sensowności i zaradności. Widzenie świata jako przewidywalnego, uporządkowanego czy też sensownego ma wpływać korzystnie na zachowania prozdrowotne człowieka [1]. Otyłość ze względu na ogromne rozpowszechnienie określana jest dzisiaj epidemią XXI wieku, dotyka społeczeństwa, paradoksalnie staje się ceną za rozwój cywilizacyjny i dobrobyt. Często jest następstwem zewnętrznych przejawów zakłóceń w życiu emocjonalnym. Stan psychiki osób otyłych raczej nie jest najlepszy, czują się wyobcowani, mają niską samoocenę, niekiedy pojawia się u nich depresja [2]. Stąd też określenie, w jaki sposób osoby te postrzegają własne życie, a także wzmacnianie spójności i poczucia własnej wartości stanowi potencjał do poprawy ich sytuacji zdrowotnej.

Celem niniejszej pracy było określenie, czy orientacja życiowa badanych osób pozostaje w związku z ich nadmierną masą ciała oraz czy znajduje to odzwierciedlenie w poziomie ich depresyjności.

Material i metoda

Badania, w których wykorzystano ankietę osobową, kwestionariusz orientacji życiowej (SOC-29) oraz skalę Becka (BDI) przeprowadzono na grupie 57 osób poddanych terapii w ramach leczenia uzdrowiskowego w Ciechocinku w terminie od stycznia do czerwca 2006 roku. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej pod kątem cech demograficznych, opisu statystycznego oraz zróżnicowania za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0. Za istotne statystycznie przyjęto wskaźniki spełniające warunek $p < 0,05$.

¹ Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM W Bydgoszczy UMK Toruń

² Zakład Psychologii Wychowawczej UKW Bydgoszcz Instytut Psychologii

Wyniki badań

W pierwszym etapie badań określono cechy demograficzne grupy. Wśród badanych dominowały kobiety (91,23%), jedynie pięcioro badanych stanowiło mężczyźni. Przeciętny wiek badanych wyniósł około 51 lat, połowa badanych pochodziła z grupy między 40. a 60. rokiem życia, najmłodsza osoba miała 26, a najstarsza 83 lata. Widać więc, że rozpiętość wiekowa badanych jest znaczna. W zakresie BMI także widoczne są znaczne różnice – od nadwagi (26p) do skrajnej otyłości – 54p. Przeciętny poziom BMI wyniósł niemal 33p.

Tabela I. Przeciętny poziom poczucia koherencji oraz jego podskal u osób z nadmierną masą ciała

Poziom poczucia koherencji (SOC)	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. Std.
Zrozumiałość	57	45.45	23.00	66.00	10.32
Zaradność	57	46.21	23.00	66.00	9.55
Sensowność	57	38.15	14.00	55.00	8.16
SOC ogólne	57	129.82	83.00	182.00	24.01

W kolejnym kroku określono poziom poczucia koherencji wśród badanych. Wyniki przeciętne globalnego poczucia koherencji oraz podskal prezentuje (tabela I). W zakresie ogólnej orientacji życiowej widoczna jest bardzo duża rozpiętość wyników – od 83 do 182 punktów. Jednocześnie przeciętny poziom oscylował około 130 punktów. W odniesieniu do wcześniejszych badań na innych grupach można stwierdzić, że jest on niższy niż u osób zdrowych [3, 4]. W porównaniach do osób z innym charakterem schorzenia uzyskane wyniki nie są tak jednoznaczne. Pozostają poniżej danych normatywnych Antonovsky'ego, przewyższają jednak wyniki osób z zaburzeniami psychicznymi [5] oraz z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych [6]. Jednocześnie w zakresie innych chorób (stwardnienie rozsiane, zawał serca w końcowej fazie rehabilitacji, choroby nowotworowe) widać wyższy niż u badanych poziom SOC [7, 3, 8]. Analizując podskale poczucia koherencji stwierdzono, iż najniższe wyniki badani uzyskali w zakresie poczucia sensowności, natomiast zarówno zrozumiałość, jak i zaradność pozostają na zbliżonym poziomie. Tendencja ta znajduje odzwierciedlenie także w innych badaniach osób chorych. Uzyskane wartości dla skali zaradności i zrozumiałości są bliskie wynikom osób chorych somatycznie [8, 3, 7] oraz chorych z nowotworami [3, 4, 9, 10]. W przypadku poczucia sensowności wyniki badanych bliższe są rezultatowi uzyskanym wśród hemodializowanych [11] oraz uzależnionych od alkoholu [12]. Niższe poczucie sensowności niż osoby otyłe mają jedynie osoby z zaburzeniami psychicznymi bądź pozostające w stanie niepewności co do rokowań i terapii.

Tabela II. Przeciętny poziom depresyjności u osób z nadmierną masą ciała

Skala depresji Becka	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. Std.
		57	16.80	1.00	45.00

Tabela III. Rozkład wyników skali depresji Becka wśród osób z nadmierną masą ciała

Poziom depresji	Liczba osób	Skumulowana liczba	Procent ważnych
$0 < x \leq 11$ – bez depresji	27	27	47,38
$12 < x \leq 26$ – łagodna depresja	15	42	26,31
$27 < x \leq 49$ – umiarkowanie ciężka	15	57	26,31
$50 < x \leq 63$ – bardzo ciężka depresja	0	57	0,00

Tabela IV. Związek pomiędzy poziomem BMI a orientacją życiową badanych

Poziom poczucia koherencji (SOC)	BMI
Zrozumiałość	-0,17
Zaradność	-0,04
Sensowność	-0,17
SOC ogólny poziom	-0,15

Dalszym etapem analizy było określenie, jaki poziom depresyjności wykazują osoby z nadmierną masą ciała. Uzyskane wyniki przedstawia (tabela II). Przeciętny poziom depresyjności oscylował u badanych w okolicach 17 pkt., minimalny uzyskany wynik wynosił 1 pkt., natomiast maksymalny 45 pkt. Rozpiętość i zróżnicowanie wyników było znaczne i mierzone odchyleniem standardowym wynosiło $SD = 11,82$. Rozkład wyników w badanej grupie prezentuje (tabela III). Najczęściej występowały wyniki niskie, wskazujące na brak depresji – w granicach 0–11 punktów, jednak stosunkowo często widoczne były także wyniki z zakresu 12–49 pkt. (łącznie ponad 52%). Najwyższy uzyskany wynik to 45 punktów, widać więc, że żadna z badanych osób nie wykazywała bardzo ciężkiej depresji. Biorąc pod uwagę fakt, iż na pozostawanie w stanie depresji (łagodnym bądź umiarkowanym) wskazywała ponad połowa badanych, można uznać, że zbyt duża masa ciała wiąże się z obniżeniem nastroju.

W późniejszych etapach analizy zbadane zostały związki pomiędzy nadmierną masą ciała badanych manifestowaną wzrostem BMI a orientacją życiową oraz poziomem depresyjności. W zakresie orientacji życiowej i jej składowych uzyskano następujące związki z BMI (tabela IV). Żaden z uzyskanych wskaźników nie okazał się istotny statystycznie mimo, że wszystkie wykazywały ocze-

Tabela V. Związek między poziomem depresyjności a orientacją życiową badanych

Poziom poczucia koherencji (SOC)	Poziom depresji
Zrozumiałość	- 0.46
Zaradność	- 0.54
Sensowność	- 0.42
SOC ogólne	- 0.55

kiwany kierunek – im wyższy poziom BMI tym niższe poczucie koherencji. Co istotne, związek ten w przypadku zrozumiałości bądź sensowności jest silniejszy niż w przypadku zaradności, chociaż wciąż zależność jest niska. Osoby o większej sensowności i zrozumieniu własnego życia mają nieco niższą masę ciała. Mimo, że na tej grupie badanych różnice są nieistotne statystycznie, to jednak tak zbliżone wyniki obu podskal sugerują, że jest to pewna tendencja, która na większej grupie badanych może być istotna statystycznie.

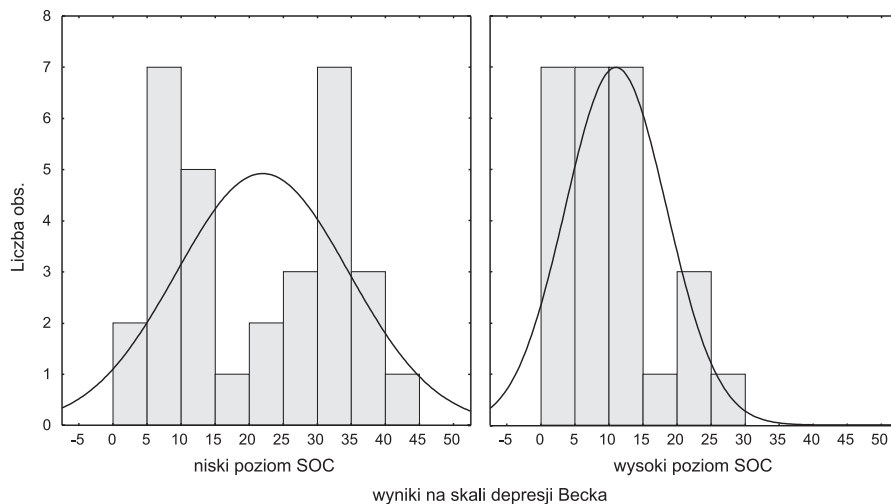
Dalsza analiza rozpatrywała związki między poziomem depresyjności i BMI. Uzyskany wynik $r = 0,06$ jest nieistotny statystycznie i wskazuje na nikły związek. Jego kierunek jest zgodny z oczekiwanym – im wyższa masa ciała, tym wyższy poziom depresyjności. Poziom depresyjności został także skorelowany z orientacją życiową. Wyniki przedstawia (tabela V). Poziom depresji okazał się negatywnie istotny statystycznie ($p < 0,05$) skorelowany z poczuciem koherencji na poziomie przeciętnym dla zrozumiałości i sensowności oraz na poziomie wysokim dla ogólnej orientacji życiowej i zaradności. Negatywna korelacja oznaczała, że im wyższe poczucie koherencji, tym mniejszy poziom depresyjności wśród badanych z nadmierną masą ciała. Uznać więc należy, że poziom poczucia koherencji badanych i depresyjność w znacznie większym stopniu są związane ze sobą, niż z BMI badanych. Oznacza to, że nadmierna masa ciała nie powoduje tak dużych negatywnych konsekwencji psychologicznych, jak można było przypuszczać.

W celu określenia, czy wyższy poziom SOC sprzyja mniejszej depresyjności w tej grupie, podzielono badanych ze względu na poziom poczucia koherencji, przyjmując jako wartość przeciętną – średnią arytmetyczną $M = 129,82$. Badanych podzielono na dwie grupy – z niskim poziomem poczucia koherencji $x < 129,82$ oraz wysokim poziomem $x > 129,82$. Założono, że osoby otyłe o wyższym poziomie SOC mają mniejszą skłonność do depresji, widoczna będzie między nimi różnica w wartościach przeciętnych obu grup. Odrębności te prezentuje (tabela VI). Jak widać, średni poziom depresyjności u osób z niskim SOC jest dwukrotnie większy niż u osób z wysokim poziomem SOC, różnica między grupami jest istotna statystycznie także na poziomie $p < 0,001$. Rozkłady wyników obu porównywanych grup przedstawia (rycyna 1). Na powyższym wykresie wyraźnie

Tabela VI. Różnice w przeciętnym poziomie depresyjności u osób z niskim i wysokim SOC

Skala depresji Becka	Średnia	Średnia	t	p
	Niski poziom SOC	Wysoki poziom SOC		
	21.80645	10.84615	3.903236	0.000261*

Rycina 1. Rozkład wyników skali depresyjności Becka u osób z wysokim i niskim poziomem SOC



wiadać, że osoby o niskim poziomie SOC posiadają wyniki z zakresu szerszego niż osoby o wysokim SOC, ponadto osoby z wysokim SOC zazwyczaj mają wyniki oscylujące w przedziałach od 0 do 15 punktów, podczas gdy osoby o niskim SOC mają niskie wyniki (z przedziału 0–15), ale także wysokie z przedziałów od 20 do 40 punktów.

Omówienie

W wyniku badań stwierdzono, że osoby z nadmierną masą ciała charakteryzują się niższym poczuciem koherencji niż osoby zdrowe. Najniższe wyniki badani uzyskali w zakresie poczucia sensowności, natomiast zarówno zrozumiałość, jak i zaradność pozostają na zbliżonym poziomie, tendencja ta jest charakterystyczna dla osób z problemami zdrowotnymi nawet wtedy, gdy posiadają one odmienny charakter. Na pozostawanie w stanie depresji (łagodnym bądź umiarkowanym) wskazywała ponad połowa badanych, można więc uznać, że zbyt duża masa ciała wiąże się z obniżeniem nastroju. Jednocześnie osoby o wyższym BMI posiadały niższy poziom SOC. W prowadzonych badaniach różnica

ta była nieistotna statystycznie, jednak wskazuje na pewną tendencję, prawdopodobnie istotną w większych grupach. Wyższy poziom SOC, nawet u osób z otyłością, powodowała ich niższą depresyjność. Uznać więc należy, że poziom poczucia koherencji badanych i depresyjność w znacznie większym stopniu są związane ze sobą, niż z BMI badanych. Oznacza to, że nadmierna masa ciała przy sprzyjającym, wysokim poziomie SOC nie powoduje tak dużych negatywnych konsekwencji psychologicznych, jak można było przypuszczać. Stanowi to dobry prognostyk planowania psychoedukacji tej grupy osób w świetle innych doniesień. Sherwitz i in. [13] opisują bardzo optymistyczny eksperyment z udziałem osób z chorobą wieńcową serca, które przez tydzień uczono, jak zmienić styl życia (dieta, aktywność fizyczna, rzucenie palenia, trening radzenia sobie ze stresem poprzez relaksację, medytację, wizualizację, ćwiczenia oddechowe) i przez rok raz w tygodniu prowadzono z nimi sesje terapii podtrzymującej. Po roku nie tylko poprawiły się wszystkie wskaźniki kardiologiczne, ale także wzrósł poziom SOC – był teraz istotnie wyższy niż w grupie kontrolnej, która nie zmieniła trybu życia, a wyjściowo miała taki sam poziom SOC, jak grupa badawcza. Istotny wzrost SOC po terapii może być interpretowany jako osiągnięcie stadium gotowości do zmiany zachowania lub utrzymania zmian. Za taką hipotezą przemawia istotna korelacja między SOC a własną motywacją pacjentów leczonych z powodu otyłości [14], definiowana przez autorów jako ogólna tendencja do utrzymywania zalecanego pacjentowi zachowania – czyli w tym przypadku przestrzegania diety i powstrzymania się od jedzenia. Jak więc powyżej wykazano, poczucie koherencji jest istotnym czynnikiem sprzyjającym utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Orientacja życiowa, będąca cechą osobowościową, pozwala na dostosowanie psychoedukacji do potrzeb podopiecznych wraz z maksymalizacją efektywności oddziaływań, których głównym zadaniem jest modyfikacja postawy zdrowotnej chorego.

Wnioski

1. Osoby posiadające nadmierną masę ciała charakteryzują się niższym niż przeciętny poziom poczucia koherencji. Jednocześnie nie różni się on znacznie od orientacji życiowej osób chorujących na choroby somatyczne i psychiczne bądź psychosomatyczne.
2. Badane osoby, poddawane terapii uzdrowiskowej, pozostawały najczęściej w łagodnym stanie depresji. Im wyższy miały poziom SOC, tym rzadziej występowały u nich obniżenia nastroju.
3. Depresyjność i orientacja życiowa są ze sobą związane w sposób istotny, związek ten jest silniejszy niż ze wskaźnikiem BMI.
4. Wspomaganie poczucia koherencji, obniżające poziom depresyjności jest dobrym punktem wyjścia planowania terapii osób z nadwagą.

Piśmiennictwo

1. Dolińska-Zygmunt G.: Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego. *Acta Univ. Wratislaviensis*. 1996, 1818, 22–26.
2. Konopko M., Dąbrowski A.: Otyłość epidemia XXI wieku. *Medyk Białost.* 2005, 1 (24), 5–12.
3. Basińska B.: Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie – choroba nowotworowa. *Psychoonkologia*, 2001, 8, 25–33.
4. Skokowski J., Szymczak J.: Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuc oczekujących na operację i u osób zdrowych. *Psychoonkologia*, 1999, 4, 35–45.
5. Mroziak B., Czabała J., Wójtowicz S.: Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatr. Pol.* 1997, 3, 257–268.
6. Kurowska K., Wrońska I., Zając M.: Poczucie koherencji u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, *Zdr. Publ.* 115 (2), 2005.
7. Bogutyn T., Szerszeń-Motyka J., Ogorzały-Skupniewicz M., Piotrowski W.: Zmiany poczucia koherencji i wskaźników psychologicznego przystosowania w przebiegu rehabilitacji kardiologicznej. *Sztuka Leczenia*, 1998, 4 (2), 57–63.
8. Kossakowska M., Basińska M.: Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatr. Neurol.* 2000, 9 (1), 55–61.
9. Szymczak J.: Poczucie koherencji a depresja u chorych zakwalifikowanych do operacji z powodu nowotworu płuca i u osób zdrowych. *Psychoonkologia*, 2001, 8, 35–46.
10. Kozaka J.: Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia*, 2002, 6 (1), 13–19.
11. Zawadzka B.: Wpływ poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami. *Nef. rol. Dializoter. Pol.*, 2000, 4, 50–53.
12. Mroziak B., Wójtowicz S., Woronowicz B.: Zmiany poczucia koherencji w terapii uzależnienia od alkoholu – wstępne wyniki badania katamnesticznego. *Sztuka Leczenia*, 2001, 7, 37–43.
13. Sherwitz L., Ornish D.: The impact of major lifestyle changes on coronary stenosis, CHD risk factors and psychological status from the San Francisco Lifestyle Heart Trial. *Homeost. Health Dis.*, 1994, 35, 190–197.
14. Björvell H., Aly A., Langius A., Nordström G.: Indicators of changes in weight and eating behavior in severely obese patients treated in a nursing behavioral program. *Int. J. Obes.*, 1994, 18, 521–525.

Karolina Kołodziej^{1,3}, Janusz Strzelczyk², Ewa Borowiak¹

Czynniki determinujące stopień otyłości mierzone wskaźnikami BMI i WHR – badania wstępne

Wstęp

Otyłość to jeden z głównych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa [1]. Chorobowość z powodu otyłości, w większości krajów europejskich mieści się w przedziale 10–20% u mężczyzn i 10–25% u kobiet [2, 3]. Należy ona do schorzeń, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Ryzyko wystąpienia chorób współistniejących zależy w znacznej mierze od rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie [4]. Otyłość jest rozpoznawana, gdy wskaźnik Body Mass Index (BMI) ma wartość większą lub równą 30 kg/m^2 . Innym parametrem pozwalającym rozpoznać typ otyłości jest WHR, który w warunkach fizjologicznych u kobiet jest mniejszy niż 0.85, a u mężczyzn mniejszy niż 1.0 [5, 6]. Otyłość, zwłaszcza brzuszna zwiększa ryzyko wystąpienia takich chorób, jak: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów [2]. Jednym z wielu problemów diabetologii jest zarówno patofizjologiczny, jak i terapeutyczny związek między otyłością a cukrzycą typu 2. Częstość występowania cukrzycy typu 2 wśród osób z $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ jest siedem razy większa niż w populacji ogólnej [7]. Otyłość powstaje, gdy przez pewien okres czasu ilość spożywanej energii przewyższa wartość wykorzystanej [8]. Jedną z podstawowych metod leczenia otyłości jest dieta ubogoenergetyczna. W zwalczaniu otyłości należy pamiętać, że bardzo ważny jest również wysiłek fizyczny. Inne metody leczenia to farmakoterapia, leczenie chirurgiczne [9, 10].

¹ Katedra i Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi

³ Sekcja koła naukowego przy Katedrze Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Niniejsza praca miała na celu ocenę związku wskaźnika BMI oraz WHR z różnymi procesami u osób otyłych. W badaniu poprzez analizę zmiennych, tj. wiek, płeć, liczbę przyjmowanych posiłków, aktywność fizyczną, współistnienie chorób dążono do sprawdzenia, które z tych czynników mogą determinować związek ze wskaźnikiem BMI i/lub WHR.

Materiały i metody

Osoby badane

Badania przeprowadzono w grupie 52 osób ze wskaźnikiem BMI > 30 kg/m² na terenie jednej z poradni w Łodzi. Respondenci (38 kobiet i 14 mężczyzn) zostali wyłonieni spośród osób leczących się w Poradni leczenia chorób metabolicznych i otyłości, w okresie od października 2006 roku do lutego 2007 roku. Kryterium udziału w badaniach były: otyłość, sprawność komunikacji werbalnej oraz wyrażenie zgody na udział w badaniu.

Procedura i narzędzie badawcze

U każdego z badanych przeprowadzono wywiad w celu pozyskania informacji na temat wartości wskaźnika BMI, współistniejących chorób, nawyków żywieniowych. W badaniu posługiwano się specjalnie zaprojektowaną, anonimową ankietą składającą się z 24 pytań. Siedem pytań dotyczy parametrów, takich jak: wiek, płeć, wzrost, aktualny ciężar ciała, obwód brzucha na poziomie pępka, obwód bioder, czas występowania otyłości w latach oraz okres życia, w którym pojawiła się otyłość. Osoba badana na pytanie to może wybrać odpowiedź oznaczającą: a) dzieciństwo, b) okres dojrzewania, c) życie dorosłe, d) menopauza. Dalsze pytania dotyczą: częstotliwości odchudzania się, rezultatu odchudzania się oraz występowania efektu „jojo”. Ankieta zawiera także pytanie o aktywność fizyczną, częstość uprawiania sportu, w której respondent może wybrać odpowiedź oznaczającą: a) mała, 2 razy w m-cu, b) średnia, raz w tygodniu, c) duża, 2 lub > razy w tygodniu. Następne pytanie dotyczy ilości posiłków głównych zjadanych przez pacjenta. Można wybrać odpowiedź: a) dwa, b) trzy, c) cztery, d) pięć i więcej. Na pytanie o główne składniki posiłków, pacjent może wybrać a) pieczywo, ziemniaki, makaron; b) mięso, wędliny; c) mleko, przetwory mleczne; d) owoce i warzywa. Pytanie 17 dotyczy podjadania między posiłkami głównymi. Kolejne pytania dotyczą współwystępowania chorób, takich jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby kręgosłupa i stawów, astmy oskrzelowej.

Analiza statystyczna

Zmienne analizowano testem W Shapiro-Wilka, Kruskal-Wallis, testem chi², testem U Manna-Whitneya, współczynnikiem korelacji Pearsona. Zmienne ilościowe przedstawiono jako średnią ± odchylenie standardowe. Za poziom istotny statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

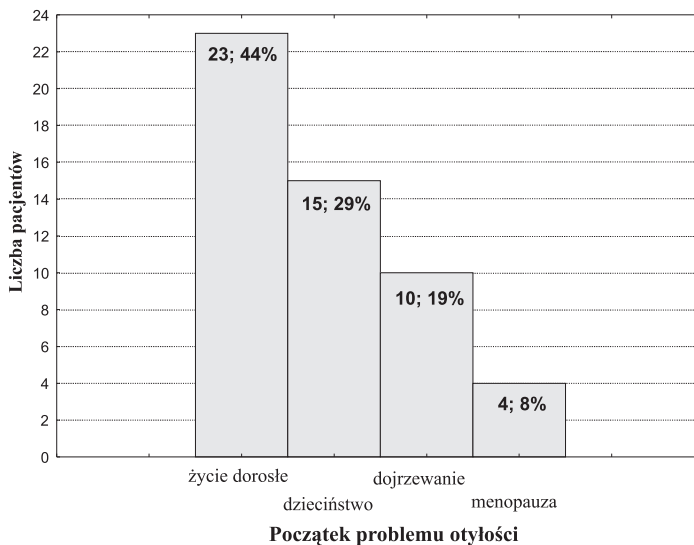
Wyniki badań

Stosunek kobiet do mężczyzn w grupie badanej wynosił: 38 do 14. Średni wiek ankietowanych wynosił 42 ± 12.7 lat. Wartości średnie masy ciała, wzrostu, obwodu talii i bioder, wskaźników Body Mass Index (BMI) oraz talia-biodra (waist-hip ratio WHR) wskazywały na występowanie otyłości u respondentów (Tab. 1). Czas utrzymywania się otyłości podawany przez badanych wynosił średnio 18.9 ± 10.6 lat. Badani wskazywali najczęściej na okres dorosłości jako moment rozpoczęcia się problemu otyłości (Ryc. 1). Wszyscy badani deklarowali próby odchudzania, które trwały średnio 12.6 ± 1.06 lat. Liczba podejmowanych kuracji odchudzających wahała się od 1 do 30. Mediana liczby kuracji odchudzających wynosiła 9 (IQR 4–10). Aż 45 ankietowanych (87%) określiło efekt tych

Tabela 1. Wartości parametrów charakteryzujących otyłość w badanej grupie

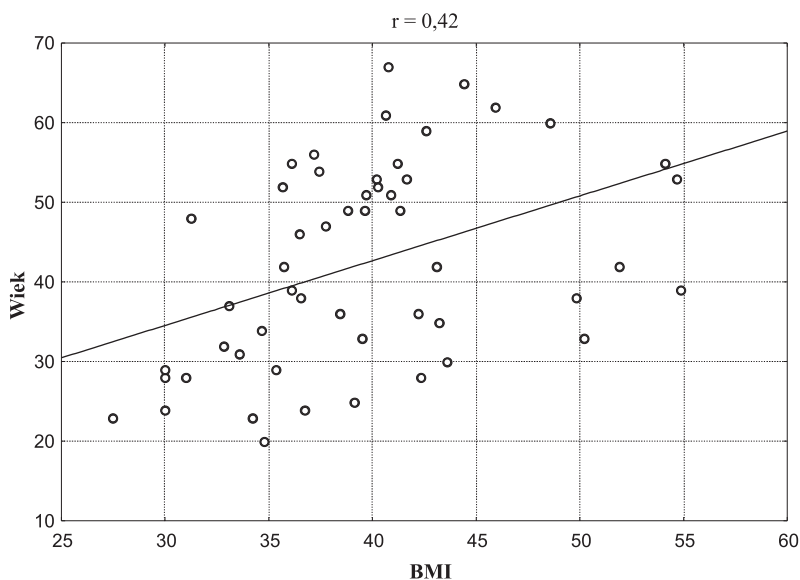
Cecha	Średnia	Odchylenie standardowe	Zakres
Wzrost (cm)	166	8.5	153–184
Masa ciała (kg)	109	20.0	73–150
Obwód talii (cm)	120	15.6	92–150
Obwód bioder (cm)	126	13.6	98–156
BMI (kg/m ²)	39.6	6.5	30–54.8
WHR	0.95	0.09	0.79–1.20

Rycina 1. Początek problemu otyłości a liczba pacjentów



kuracji jako zadawalający. Wszyscy ankietowani, poza jedną osobą, stwierdzili, że wystąpił u nich tak zwany efekt „jojo”. 73% ankietowanych deklaruje małą aktywność fizyczną (mniej niż 2 razy w miesiącu), 21% średnią (mniej niż 1 raz w tygodniu), a tylko 6% dużą (2 lub więcej razy w tygodniu). 25% ankietowanych deklaruje, iż zjada w ciągu dnia 2 posiłki główne, 29% zjada 3 posiłki, 35% – 4 posiłki, a 12% 5 i > posiłków. Podjadanie deklarowało 35 osób (67%). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic zależnych od płci ankietowanych pod względem wartości wskaźnika BMI ($p = 0.3$), czasu trwania otyłości ($p = 0.4$) ani czasu odchudzania ($p = 0.97$). Stwierdzono natomiast istotną statystycznie różnicę między wartościami wskaźnika WHR ($p = 0.0001$) a płcią. Wyższa wartość wskaźnika WHR występowała u mężczyzn. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy płcią a podjadaniem pomiędzy posiłkami ($p = 0.11$), występowaniem cukrzycy ($p = 0.65$), nadciśnienia tętniczego ($p = 0.75$), chorób kręgosłupa ($p = 0.7$) ani astmy oskrzelowej ($p = 0.65$). Nie stwierdzono różnic zależnych od płci w czasie pojawienia się otyłości ($p = 0.54$).

Rycina 2. Zależność wartości wskaźnika BMI od wieku



Stwierdzono istotną statystycznie, umiarkowanie silną korelację pomiędzy wiekiem a wartością wskaźnika BMI ($r = 0.42$; $p = 0.002$) (Ryc. 2). Wartość wskaźnika Body Mass Index (BMI) wzrastał wraz z wiekiem pacjenta i szczyt osiągał w okresie dojrzałym. Nie stwierdzono różnic w wartościach wskaźników BMI ani WHR pomiędzy pacjentami, u których doszło do rozwinięcia się cukrzycy (odpowiednio $p = 0.69$ i 0.45), występowania chorób kręgosłupa ($p = 0.91$ i $p = 0.86$)

ani też astmy oskrzelowej ($p = 0.33$ i $p = 0.53$). Zaobserwowano natomiast wyższe wartości wskaźnika BMI ($p = 0.01$), ale nie WHR ($p = 0.49$) u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Nie stwierdzono różnic w wartościach wskaźnika BMI zależnie od czasu pojawienia się otyłości ($p = 0.16$). Nie wykazano różnic w czasie utrzymywania się otyłości a wystąpieniem cukrzycy ($p = 0.24$). Nie zaobserwowano również zależności pomiędzy wartością wskaźnika BMI a deklarowaną aktywnością fizyczną ($p = 0.29$). Aktywność fizyczna nie była związana w istotnym stopniu z rozwinięciem się cukrzycy.

Omówienie

W niniejszej pracy wykazano związek wartości wskaźnika BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ z istotnymi procesami życiowymi. Większość obecnych wyników potwierdza dane z poprzednich badań. W dostępnym piśmiennictwie wielu badaczy wykazało, że niezależnie od płci Body Mass Index (BMI) wzrasta wraz z wiekiem i szczyt osiąga w okresie dojrzałym [11, 12]. Dane uzyskane obecnie również wykazują, że wartość wskaźnika Body Mass Index (BMI) wzrasta niezależnie od płci wraz z wiekiem pacjentów. Wielu badaczy podkreśla także negatywny wpływ wysokiej wartości wskaźnika WHR na jakość życia oraz częstsze jego występowanie u mężczyzn niż u kobiet [11]. Analiza wyników tego badania potwierdza, iż wyższa wartość wskaźnika WHR występuje u mężczyzn, co wiąże się z częstszym występowaniem u nich otyłości brzusznej. Wielu badaczy obecnie podkreśla znaczenie aktywności ruchowej jako bardzo ważnego zachowania prozdrowotnego. Z informacji podanych przez prof. W. Drygasa wynika, iż społeczeństwo polskie należy do najmniej aktywnych fizycznie. Zaledwie 10% Polaków wykonuje systematycznie (minimum 2–3 razy w tygodniu) ćwiczenia fizyczne, trwające przynajmniej 20–30 minut. Zdecydowana większość (około 60–70% osób dorosłych) nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych lub czyni to kilka razy w roku [13]. W obecnej pracy, podobnie do prezentowanych publikacji wykazano, że osoby otyłe wykazują małą aktywność fizyczną [14]. Z uzyskanych badań wynika, że wartość wskaźnika Body Mass Index (BMI) jest niższa u osób wykazujących średnią aktywność fizyczną niż u osób deklarujących małą i co ciekawe dużą aktywność. Ważnym problemem osób otyłych jest niestosowanie się do zaleceń dietetycznych. Wielu autorów podkreśla znaczenie właściwego odżywiania wśród otyłych. Dieta bogata w tłuszcze i węglowodany proste sprzyja powstawaniu otyłości [14]. W dostępnym piśmiennictwie wykazano, że osoby, które spożywają dwa posiłki w ciągu dnia wykazują większą skłonność do zwiększania masy ciała, niż osoby przyjmujące 5 posiłków w równych odstępach czasu i o mniejszej wartości kalorycznej [15]. W analizowanej kohorcie zdecydowana większość respondentów deklaruje, iż zjada 2–4 posiłki główne w ciągu dnia, a przede wszystkim podjada między nimi.

W badanej grupie wszyscy pacjenci podejmowali próby odchudzania. Jednak odchudzanie bez zmiany nawyków żywieniowych i trybu życia skutkuje efektem „jojo”, co potwierdzają obecne wyniki.

Wielu badaczy podkreśla znaczenie otyłości, jako czynnika ryzyka rozmaitych chorób [16]. Zaś zmiana stylu życia (aktywność fizyczna, utrzymanie należytej masy ciała) zmniejsza ryzyko wystąpienia zaburzeń ustrojowych [14]. Analiza schorzeń współistniejących u respondentów wykazuje, że wśród osób otyłych zwiększa się występowanie takich chorób, jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba stawów i kręgosłupa.

Wydaje się, iż propagowanie zmiany nawyków żywieniowych, zwiększenia aktywności ruchowej jest nadal istotnym elementem utrzymania należytej masy ciała, a zarazem profilaktyki schorzeń przewlekłych szczególnie u osób otyłych niezależnie od ich wieku.

Wnioski

1. Osoby otyłe wykazują małą aktywność fizyczną, często deklarują niestosowanie się do zaleceń dietetycznych, a przede wszystkim podjadanie między posiłkami głównymi.
2. Wartość wskaźnika Body Mass Index (BMI) wzrasta niezależnie od płci wraz z wiekiem pacjentów.
3. Odchudzanie bez zmiany nawyków żywieniowych i trybu życia skutkuje tzw. efektem „jojo”.
4. Często wśród otyłych osób występują choroby współistniejące, np. cukrzyca, choroby stawów i kręgosłupa.

Piśmiennictwo

1. Czyżewska K.: Patofizjologiczne podstawy wybranych chorób. Część III. Otyłość. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2000, 5–8.
2. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Otyłość. Zespół metaboliczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 15–25.
3. Basdevant A., Barzic M., Guy-Grand B.: Otyłość. Medycyna Praktyczna, Kraków 1996, 43–51.
4. Zahorska-Markiewicz B.: Otyłość. Poradnik dla lekarzy. Wydawnictwo Archi – Plus, Kraków, 2002, 8.
5. Kokot F., Tatoń J.: Zaburzenia przemiany materii. Kokot F. (red.): Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002, 886–1136.
6. Wyrzykowski B.: Zespół metaboliczny – rozpoznanie i leczenie. Wydawnictwo L-Medica Press, Bielsko-Biała, 2006, 16–29.
7. Tatoń J.: Postępowanie w cukrzycy typu 2 oparte na faktach. Standardy dla lekarzy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 109–133.

8. Abraham S., Llewellyn-Jonem D.: Anoreksja, bulimia, otyłość. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1995, 163–218.
9. Baranowska B., Białkowska M., Wasilewska-Dziubińska E., Pachocki R.: Otyłość. Choroba cywilizacji. Wydawnictwo Bel Copr., Warszawa 1994, 47–75.
10. Białkowska M.: Leczenie otyłości. Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L.: Otyłość. Zapobieganie i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 60–90.
11. Kostka T., Bogus K.: Independent contribution of overweight/obesity and physical inactivity to lower health-related quality of life in community-dwelling older subjects. *Gerontol Geriatr.* 2007 Feb; 40 (1): 43–51.
12. Pasquet P., Temgoua L.S., Melaman-Sego F., Froment A., Rikong-Adie H.: Prevalence of overweight and obesity for urban adults in Cameroon. *Ann Hum Biol.* 2003 Sep-Oct; 30 (5): 551–62.
13. Drygas W.: Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne. *Medycyna Metaboliczna*, 2003, VII (2), 47–51.
14. Wannamethee S. G., Shaper A. G., Whincup P. H.: Modifiable lifestyle factors and the metabolic syndrome in older men: Effects of lifestyle changes. *J Am Geriatr Soc.* 2006 Dec; 54 (12): 1909–14.
15. Struczyński J.: Otyłość – choroba cywilizacyjna. *Panacea. Leki ziołowe*, 2004, 3 (8), 19–21.
16. Bryan S., Walsh P.: Physical Activity and Obesity in Canadian Women. *BMC Womens Health.* 2004 Aug 25; 4 Suppl 1: S6.

Krystyna Kurowska, Magdalena Zając

Salutogenetyczne uwarunkowania zdrowotne u chorych na cukrzycę

Wstęp

Model salutogenetyczny autorstwa znanego socjologa Aarona Antonovsky'ego zawiera pytanie o tajemnicę zdrowia, o czynniki dzięki którym człowiek, pomimo wielkich obciążeń zachowuje zdrowie lub szybko do niego powraca po chorobie, bądź przystosowuje się do życia z nią. Uruchomienie i wykorzystanie właściwych w danej sytuacji zasobów umożliwia szeroko opisana przez Antonovsky'ego globalna orientacja człowieka, zwana poczuciem koherencji, tzn. trwałą, zgeneralizowany, poznawczo-emocjonalny sposób patrzenia na siebie, swoje życie i świat. Pozwala on na odbiór otaczających człowieka zjawisk jako zrozumiałych, poddających się kontroli oraz sensownych. Im wyższą pozycję zajmuje człowiek na kontinuum danego zasobu, tym większe prawdopodobieństwo, że jego doświadczenia życiowe będą sprzyjały rozwojowi silnego poczucia koherencji, im wyższe poczucie koherencji, tym większa zdolność do walki ze stresorami i wyższy poziom zachowań zdrowotnych [1].

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą metaboliczną, której podstawowym objawem jest podwyższony poziom cukru we krwi. Cukrzycę dzieli się na następujące podstawowe typy: typ 1 (zwany także cukrzycą młodzieńczą bądź insulinozależną), to rodzaj cukrzycy występującej częściej u ludzi młodych (ale nie tylko) oraz u dzieci. Jedynym możliwym leczeniem tej choroby jest podawanie insuliny oraz właściwe odżywianie i wysiłek fizyczny. Cukrzyca typu 2 (cukrzyca dorosłych, insulinoniezależna) – w tym rodzaju cukrzycy przyczyną podwyższonego poziomu cukru nie jest brak insuliny, ale jej nieprawidłowe działanie w organizmie (oporność na działanie insuliny) [2]. Najczęściej diabetekom typu 2 towarzyszy otyłość oraz bardzo często nadciśnienie tętnicze. Ten rodzaj cukrzycy występuje najczęściej u ludzi starszych. Początkowo leczenie tej choroby opiera się na stosowaniu odpowiedniej diety, dostosowanego do możliwości

¹ Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM w Bydgoszczy UMK Toruń

² Zakład Psychologii Wychowawczej UKW Bydgoszcz, Instytut Psychologii

chorego wysiłku fizycznego oraz doustnych leków hipoglikemizujących (przeciwcukrzycowych). Wszyscy jednak chorzy na cukrzycę typu 2 wymagają po pewnym (różnym) czasie trwania choroby leczenia insuliną. Pewna grupa osób młodych, poniżej 35 roku życia, cierpi na odmianę cukrzycy typu 2 [3].

Celem pracy było porównanie poczucia koherencji u diabetyków typu 1 oraz 2 ze względu na charakter obu typów schorzeń, które mogą potencjalnie wywoływać inne skutki psychologiczne, ale także stan zdrowia pacjentów może być różny ze względu na ich postawę wobec własnej choroby. Stąd główne założenie badań – osoby, które lepiej adaptują się do warunków choroby i skuteczniej stosują strategie prozdrowotne posiadają wyższy poziom poczucia koherencji.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono na grupie 171 osób, z czego 84 osoby chorowały na cukrzycę typu 1, natomiast 87 osób na typ 2. W grupie tej, pochodzącej ze środowiska wielkomiejskiego, zastosowano badanie kwestionariuszowe za pomocą SOC-29 oraz ankiety konstrukcji własnej. Ankieta ta, poza zmiennymi demograficznymi, zawierała ocenę pięciu wskaźników sposobu monitorowania swojego stanu zdrowia (regularne stosowanie diety jako wyraz samoopieki, przestrzeganie wizyt i zaleceń lekarskich, poziom wiedzy na temat choroby, zdolność do samokontroli). W ich wyniku uzyskano sumaryczny wskaźnik oznaczający poziom dbałości o własne zdrowie. Badania prowadzono w okresie od stycznia do listopada 2006 roku w Bydgoszczy oraz Toruniu. Materiał badawczy analizowano przy pomocy pakietu STATISTICA 6.0, wykorzystując statystyki opisowe oraz testy istotności różnic. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek $p < 0,05$.

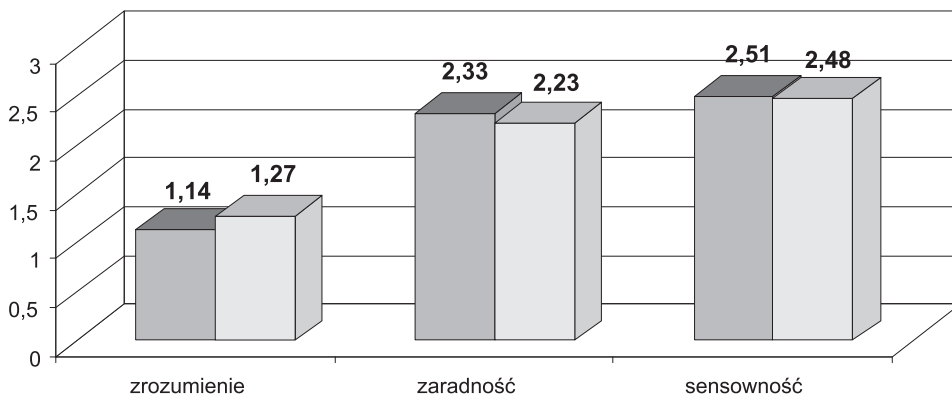
Wyniki badań

Ze względu na specyfikę obu typów choroby określono zmienne demograficzne w obu grupach. Wśród osób chorujących na cukrzycę typu 1 było 45 kobiet oraz 39 mężczyzn, natomiast wśród chorych z typem 2 – 43 mężczyzn i 44 kobiety. Oba rozkłady płci badanych nie różniły się istotnie statystycznie. Znacznie częściej jednak osoby z typem 2 pozostawały w związkach – 61 osób zadeklarowało posiadanie partnera (ponad 69% badanych), podczas gdy dla typu 1 odsetek ten wynosił nieco ponad 44% (37 osób) różnica między badanymi była istotna statystycznie ($t = -3,44$; $p < 0,008$). Również wiek istotnie różnił badanych, średnia wieku dla typu 1 wynosiła 34,05 lat, natomiast w drugim typie 62,07 ($t = -16,56$; $p < 0,0001$), co jest charakterystyczne dla omawianych schorzeń [2]. Badanych różnił także poziom wykształcenia, młodsze osoby, a więc najczęściej z typem 1 cukrzycy zazwyczaj posiadały wykształcenie średnie i wyższe (ponad 64% badanych), natomiast osoby starsze niespełna 50%, różnica między grupami ze względu

Tabela 1. Różnice w poziomie poczucia koherencji i jego składowych u chorych z cukrzycą typu 1 i 2

Poczucie koherencji (SOC)	Średnia Typ 1	Średnia Typ 2	Test t	df	p
Zrozumienie	45,1667	45,3523	-0,1120	170	0,910985
Zaradność	50,2738	50,5977	-0,2181	169	0,827577
Sensowność	41,4405	42,6782	-1,0032	169	0,317204
SOC ogólnie	136,8810	138,5698	-0,4375	168	0,662336

Rycina 1. Różnice w podskalach SOC u osób z cukrzycą typu 1 i 2



du na poziom wykształcenia była istotna na poziomie $p < 0,001$ ($t = 9,77$). Odmiennosc między grupami widoczna była we wskaźniku BMI. Osoby z cukrzycą typu młodzieńczego posiadały przeciętny wskaźnik pozwalający ocenić ich masę ciała jako normalną ($BMI = 23,42$), natomiast osoby z typem 2 częściej miały nadwagę ($BMI = 29,43$). Różnica ta była istotna statystycznie ($t = -7,69$; $p < 0,0001$), co jest zgodne z wcześniejszymi obserwacjami [3].

W obu grupach oceniony został poziom poczucia koherencji oraz jego składowe. Wartości średnie, a także różnice między grupami prezentuje (tabela 1). Jak widać poziom poczucia koherencji w obu badanych grupach jest bardzo zbliżony, nie ma między nimi różnic istotnych statystycznie. Wskazywałoby to na taką samą orientację życiową osób pozostających w chorobie, mimo iż ma ona odmienny charakter. Opisane przez Antonovsky'ego składowe poczucia koherencji różnią się między sobą poziomem w obu grupach. W celu lepszej oceny zróżnicowania wyciągnięta została średnia itemowa i zbadane różnice między podskalami w obu podgrupach. Różnice badane testem nieparametrycznym ANOVA Friedmana w obu grupach okazały się istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$ ($\chi^2 = 93,37$ dla typu 1 oraz $\chi^2 = 70,26$ dla typu 2). Kierunek różnic obrazuje (rycina 1). W obu badanych grupach widoczna jest przewaga sensow-

Tabela 2. Różnice w zakresie zachowań zdrowotnych badanych z cukrzycą typu 1 i typu 2

Zachowania	Średnia Typ 1	Średnia Typ 2	Test t	df	p
Wizyty	0.738095	1.227273	-3.6716	170	0.000323
Badania	0.404762	0.670455	-2.6105	170	0.009848
Samokontrola	0.238095	1.443182	-12.9822	170	0.000001
Samoopieka	0.869048	0.272727	9.8068	170	0.000001
Edukacja	0.083333	0.920455	-19.9532	170	0.000001
Sumarycznie	2,33333	4,534091	-9,61748	170	0,000001

ności i zaradności nad zrozumieniem. Zdaniem Antonovsky'ego taka tendencja występuje rzadko, jednak jest potencjałem do podwyższenia globalnej orientacji życiowej [1]. Mimo, iż badani z oboma typami cukrzycy nie różnili się istotnie poziomem poczucia koherencji, to nie oznacza to automatycznie takich samych zachowań zdrowotnych wśród pacjentów. By sprawdzić, czy grupy te różnią się zachowaniami zestawiono kolejne typy zachowań badanych w obu grupach. Prezentuje je, wraz z istotnością różnic (tabela 2). Wyższa przeciętna wskazuje na korzystniejsze zachowania badanych. Wyniki zestawione w tabeli wskazują na niezwykle silne, istotne statystycznie różnice między osobami chorującymi na typ 1 i 2 cukrzycy. Osoby z typem 2, a więc zazwyczaj osoby starsze, częściej deklarują przestrzeganie wizyt kontrolnych, wykonywanie badań oraz samokontrolę i edukację. Jednak osoby z typem 1 są w większym stopniu zdolne do samoopieki, lepiej przestrzegają dietę, lepiej radzą sobie także z trudami codziennego życia. Wyniki te mogą wydawać się zaskakujące, jednak należy wziąć pod uwagę kilka uwarunkowań uzyskanych rezultatów. Z jednej strony osoby młodsze, lepiej wykształcone są skłonne do większej samokrytyki oraz realnej oceny własnych przekonań zdrowotnych, jednocześnie osoby starsze częściej podlegać mogą zjawisku udzielania odpowiedzi akceptowanej społecznie. Innym wytłumaczeniem, bliżej związanym z charakterem życia badanych jest spełnianie przez nich określonych ról społecznych. Osoby chorujące na 2 typ cukrzycy to rzadziej osoby czynne zawodowo – stąd zdecydowanie częściej i chętniej przestrzegają terminów wizyt oraz badań. Dla chorych z cukrzycą typu 1 elementy te stanowią istotną przeszkodę w planowaniu pracy zawodowej. Chorzy z typem 2 wskazują na częstsza edukację, przy jednocześnie mniejszej samoopiece. Być może są oni na takim etapie choroby, w którym wciąż ją poznają, nie potrafią przełożyć wiedzy na konkretne zachowania, nie widząc najczęściej negatywnych skutków choroby. Typ 1 cukrzycy występuje u osób młodych, które w szybkim tempie muszą nauczyć się żyć w sytuacji choroby, częściej też odczuwają negatywne skutki powikłań cukrzycy.

Omówienie

Sytuacja choroby przewlekłej stanowi szeroki obszar badań, w którym wykorzystuje się kontekst poczucia koherencji. Badacze sugerują, że stan ten podobny jest do krytycznych urazów. W przewlekłej chorobie człowiek musi poradzić sobie z chorobą do końca swojego życia. Radzenie sobie z chorobą jest konstrukcyjnym procesem przystosowania się do rzeczywistości i patrzeniu ku przyszłości, natomiast prawidłowa adaptacja do choroby jest wykładnikiem poziomu jakości życia osób nią dotkniętych. Sanden-Eriksson i in. [4] starali się udzielić odpowiedzi na pytanie: czy silny poziom poczucia koherencji pomaga pacjentom kontrolować chorobę przewlekłą (cukrzycę 2 typu) oraz dokonywać radykalnych zmian w dotychczasowych zachowaniach antyzdrowotnych (dieta, ćwiczenia fizyczne, redukcja masy ciała), co w efekcie miało przyczynić się do utrzymania należącego poziomu glukozy we krwi, co jest istotą w terapii tej choroby. Wyniki jednoznacznie wskazywały na silną, pozytywną korelację między niskimi poziomami hemoglobiny glikozylowanej a wysokim poziomem poczucia koherencji i znacznym poziomem indeksu aktywnego zarządzania i emocjonalnej akceptacji cukrzycy. Osoby o wysokiej orientacji życiowej w opinii badaczy praktycznie zdolne były do samodzielnego kierowania swoją chorobą, przy tylko nieznacznej pomocy (konsultacje) ze strony zespołu terapeutycznego. Natomiast pacjenci pasywni, mający trudności w akceptacji choroby (obniżony poziom poczucia koherencji oraz niskie wartości indeksu aktywnego zarządzania i emocjonalnej akceptacji choroby) nie byli zdolni do zarządzania cukrzycą. Badacze sugerowali, że okazywane im wsparcie powinno się skupiać przede wszystkim na strategii zwiększenia aktywności pacjenta w walce z chorobą.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że mimo iż osoby chorujące na typ 1 bądź 2 cukrzycy nie różnią się poziomem SOC, za to zauważono wśród nich różnice w zachowaniach zdrowotnych. Uzyskane wartości przeciętne zbliżone są do wartości normatywnych Antonovsky'ego, więc potencjalną zdolność do efektywnego uczestniczenia w terapii. Różnice w zachowaniach zdrowotnych spowodowane zostały z jednej strony charakterystyką grupy wśród której występuje określony typ choroby, z drugiej natomiast dynamiką, objawami i powikłaniami – różnymi dla typu 1 i 2. Powyższe wnioski stanowią podstawę do kolejnego zagadnienia istotnego w planowaniu efektywnej terapii – daleko posuniętej indywidualizacji oddziaływań. Karlsson i in. [5], w badaniach chorych po zabiegach naczyniowych, wskazywał na konieczność zindywidualizowania opieki, szczególnie pielęgniarstwa wobec osób z obniżonym poziomem SOC, jako wykładnika gorszego radzenia sobie z chorobą. Badacze wnioskują, że w pracy pielęgniarek ocena poziomu SOC powinna zajmować kluczową rolę w planowaniu edukacji pacjenta. Przeprowadzone badania wskazują, iż chorzy z cukrzycą posiadają wspólny potencjał podwyższania SOC, jednocześnie psychoedukacja powinna zostać wśród tych badanych skierowana na zmianę aspektów zacho-

wań prozdrowotnych. Ustalenie poziomu orientacji życiowej, jako punktu wyjścia edukacji zdrowotnej, pozwoli na opracowanie podmiotowego programu psychoedukacyjnego na miarę potrzeb chorych. W jego ramach modyfikacji ulegać będzie postawa zdrowotna chorego zarówno w odniesieniu do jego zachowań pro- i antyzdrowotnych, jak i życiowej wewnętrznej spójności człowieka.

Wnioski

1. Osoby chorujące na typ 1 i 2 cukrzycy różnią się wiekiem, wykształceniem oraz wskaźnikiem BMI.
2. Bez względu na typ cukrzycy poziom SOC chorych jest zbliżony i wskazuje na potencjał do jego podwyższenia, mimo że schorzenia te różnią się, to SOC stanowić może wyznacznik konstruowania programów edukacyjnych
3. Chorzy na cukrzycę różnią się istotnie zachowaniami zdrowotnymi. Osoby młodsze, częściej chorujące na typ 1 są zdolne do samoopieki, natomiast diabetycy z typem 2 w większym stopniu poddają się oddziaływaniom zewnętrznym ze strony personelu medycznego.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Fundacja IPN, Warszawa 1995, 32, 35.
2. Szelachowska M.: Cukrzyca. J. Daniluk, J. Jurkowska: Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Czelej, Lublin, 2005, 514–531.
3. Kokot F., Tatoń J.: Zaburzenia przemiany materii: F. Kokot: Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa, 1996, 689–744.
4. Sanden-Eriksson, B.: Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J. Adv. Nurs.*, 2000, 31, 1393–1401.
5. Karlsson I., Berglin E., Pettersson G., Larsson P.: Predictors of Chest Pain after Coronary Artery Bypass Grafting. *Scan Cardiovasc. J.*, 1999, 33, 289–294.

Sylwia Krzemińska¹, Renata Janes², Izabella Uchmanowicz¹,
Adriana Borodzicz-Cedro¹, Jacek Piechocki³

Powikłania ze strony narządu wzroku w przebiegu cukrzycy

Wstęp

Cukrzyca to choroba, która dotyka ludzi na całym świecie. Występuje bez względu na rasę, zamieszkiwany kontynent, wiek czy płeć. Ze względu na przewlekły charakter cukrzycy oraz dotkliwie i liczne powikłania jest ona jedną z niewielu chorób, której obecność bardzo silnie wpływa na jakość życia pacjenta. Często wymaga od chorego nie tylko zmiany trybu życia, sposobu odżywiania, rezygnacji z używek, ale bywa też, że i z planów życiowych czy pracy zawodowej. W tej nowej sytuacji pacjent potrzebuje pomocy i wsparcia u ludzi, którzy go otaczają. Zwłaszcza w początkowym etapie choroby często jest zagubiony, bezradny, czuje lęk i myśli „czy sobie poradzę”, „jaki sens ma moja praca” czy nawet życie. W tym momencie bardzo ważną rolę może odegrać pielęgniarka. Jej funkcja nie polega „tylko” na czynnościach czysto pielęgnacyjnych i wykonywaniu zleceń lekarskich. Może ona również wcielić się w rolę edukatora, by w jak najlepszy sposób przygotować nie tylko pacjenta, ale również i jego rodzinę do samoopieki i samokontroli. Pacjent zapomina często, że sama farmakoterapia nie zapewni dobrych rezultatów leczenia. Pielęgniarka powinna wówczas uświadomić choremu jak ważna jest współpraca z personelem medycznym dbającym o jego zdrowie, ale i że sam chory ma też ogromny wpływ na przebieg choroby. Dlatego ingerencja pielęgniarki w zmiany błędnych przeświadczeń pacjenta może dać zaskakująco dobre efekty leczenia.

Cukrzyca występuje w sposób epidemiczny. Badania ostatnich lat dostarczyły wielu danych i dowodów na to, że cukrzyca stanowić będzie jeden z najistotniejszych problemów zdrowotnych o charakterze społecznym w najbliższych latach [1].

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna

² 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Oddział Okulistyki

³ Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna

Rozwinięcie

Cukrzyca jest to każde przewlekłe zaburzenie metaboliczne, w którym w sposób powtarzalny występują:

- hiperglikemia na czczo i glikozuria,
- hiperglikemia po posiłkach w ciągu dnia i glikozuria,
- stężenie glukozy we krwi większe od uznawanego za charakterystyczne dla osób zdrowych po podaniu doustnym testowej dawki 75 g glukozy.

Istotnym elementem obrazu klinicznego długotrwałej cukrzycy są także jej powikłania w postaci:

- mikroangiopatii – głównie retinopatii i neuropatii cukrzycowej w wyniku indukowanych przez niedobór insuliny i hiperglikemię zaburzeń metabolicznych składników ściany naczyń włosowatych i małych naczyń o średnicy mniejszej niż 100 μm ;
- makroangiopatii – przyspieszenia i modyfikowania rozwoju miażdżycy tętnic mózgu, serca i kończyn dolnych w wyniku zaburzeń metabolicznych i innych zmian w ścianach tętnic mózgu, serca i kończyn dolnych w wyniku zaburzeń metabolicznych i innych zmian w ścianie tętnic
- neuropatii cukrzycowej – uszkodzenia ośrodkowego i autonomicznego układu nerwowego związanego z toksycznym działaniem hiperglikemii i angiopatii [2].

Retinopatia cukrzycowa jest formą mikroangiopatii stanowiącej powikłanie długotrwałej cukrzycy. Zapadalność na retinopatię cukrzycową chorych na cukrzycę typu 1 wynosi 5%, natomiast wskaźnik chorobowości waha się w granicach 30–50%. Retinopatia pojawia się wcześniej i częściej w cukrzycy typu 1. U osób młodych częściej powstaje retinopatia proliferacyjna, podczas gdy u starszych główną przyczyną upośledzenia wzroku jest tzw. makulopatia.

Najczęściej stosuje się podział retinopatii na postać nieproliferacyjną – bez nowotworzenia naczyń i postać proliferacyjną – z nowotworzeniem naczyń [3].

W piśmiennictwie europejskim spotyka się klasyfikację 5-stopniową:

- retinopatia prosta (nieproliferacyjna);
- makulopatia ogniskowa, rozlana i niedokrwienna;
- retinopatia przedproliferacyjna;
- retinopatia proliferacyjna;
- zaawansowana cukrzycowa choroba oka.

Do powstania retinopatii przyczynia się hipoglikemia, której działanie jest wzmożone u osób z genetyczną predyspozycją do rozwoju mikroangiopatii. Do tej grupy należą chorzy, u których występuje zwiększona ekspresja genów dla angiotensyny II, endoteliny, a także czynników proliferacyjnych, takich jak IGF-1.

Nieskuteczne leczenie cukrzycy powoduje 3 rodzaje zaburzeń w obrębie naczyń oka:

1. Niedotlenienie siatkówki. Siatkówka należy do tkanek bardzo wrażliwych na hipoksję. Zaburzenia metaboliczne i hipoksja siatkówki u osób z niewyrównaną cukrzycą powodują w siatkówce 3 główne rodzaje zmian:
 - zwyrodnienie i martwicę komórek śródściennych naczyń włosowatych;
 - nadmierne wytwarzanie materiału błony podstawnej;
 - martwicę prawidłowych naczyń włosowatych oraz proliferację nowych patologicznych naczyń włosowatych (nowotworzenie).
2. Zaburzenia hemodynamiczne mikrokrażenia siatkówki. Pierwotne zwyrodnienie i martwica komórek śródbłonna oraz komórek śródściennych naczyń włosowatych, zależne od cukrzycy, powodują utratę prawidłowej regulacji napięcia ich ścian, a wtórnie zwolnienie przepływu krwi. W wyniku tych zaburzeń pojawiają się uogólnione i miejscowe mikrotętniaki z następczym niedokrwieniem siatkówki.
3. Zmiany zwyrodnieniowe. Działanie czynników patogenetycznych przejawia się zwyrodnieniem błony podstawnej naczyń włosowatych, tworzeniem mikrotętniaków i innych zmian. Zwiększa się przepuszczalność naczyń włosowatych dla składników osocza. Z powodu hipoksji dochodzi do pojawienia się ognisk zwyrodnieniowych, mikrozawałów, nowotworzenia, krwawień, wysięków lipidowych, obrzęku siatkówki oraz do makulopatii cukrzycowej [2].

W retinopatii cukrzycowej występują poniższe objawy:

- Głęboko umiejscowione wybroczyny. Powstają one w wyniku pęknięcia mikrotętniaków. W miarę postępu retinopatii wybroczyny powiększają się i zwiększa się ich liczba. Zwykle wchłaniają się w ciągu 3–4 mies. bez uszkodzenia widzenia.
- Krwotoki przedsiatkówkowe. W rzeczywistości w różnym stopniu obejmują one także wewnętrzne warstwy siatkówki, umiejscawiają się również pod błoną graniczną wewnętrzną. Po resorpcji powstają zazwyczaj żółtawe plamy. Niektóre mogą przebić się do ciała szklistego, powodując zaburzenia widzenia.
- Krwotoki do ciała szklistego. Wylewy te powstają nagle, w wyniku przedostania się wyznaczynionej krwi z siatkówki do ciała szklistego lub wyniku pęknięcia nowo tworzonych naczyń. Przesłaniają pole widzenia. Pojawiają się nawroty, które wywołują silniejszy odczyn łącznotkankowy tak, że ciało szkliste wypełnia się żółtobrunatną masą.
- Odwarstwienie siatkówki. Pierwotne odwarstwienie siatkówki u chorych na cukrzycę bez retinopatii pojawia się z podobną częstością jak w populacji ogólnej. Ryzyko odwarstwienia gwałtownie się zwiększa w przypadku retinopatii proliferacyjnej. Są to odwarstwienia wtórne, którym objawem jest utrata części pola widzenia.
- Makulopatia. Jest to uszkodzenie plamki żółtej spowodowane cukrzycą. W makulopatii występuje obrzęk siatkówki i twarde wysięki. Wyróżnia

się makulopatię ogniskową, spowodowaną przeciekami przez ściany mikro-tętniaka oraz obrzęk głęboki, rozlany, wynikający z przeciekania naczyń w okolicy plamki. Zmiany te powodują pogorszenie widzenia, wyraźne w przypadku poszerzenia ich poza odległość większą niż 100 μm od dołeczka.

Diagnostyka i leczenie retinopatii cukrzycowej

Początkowe stadium retinopatii można rozpoznawać za pomocą angiografii fluoresceinowej oraz fluorofotometrii. W okresie tym chory nie wymaga jeszcze leczenia okulistycznego. Konieczne jest jednak uzyskanie stanu normoglikemii.

W późniejszym okresie, gdy rozpoznaje się retinopatie, wspólne wysiłki okulistów i diabetologów powinny mieć na celu zapobieganie rozwojowi fazy proliferacyjnej.

Leczenie obejmuje:

- dążenie do rygorystycznej kontroli cukrzycy;
- wspomagające leczenie farmakologiczne dobesylanem wapnia i winpocetyną;
- okulistyczne leczenie miejscowe, w tym kriopeksję i fotokoagulację;
- chirurgię oka, np. witrektomię [2].

Podsumowanie

Według prognoz, w latach 1994–2010 nastąpi zwiększenie liczby przypadków na świecie o ponad 200%. Ten wzrastający trend dotyczy szczególnie cukrzycy typu 2. Należy mówić o światowej epidemii tej choroby. Epidemia cukrzycy dotyczy również Polski, co wykazały badania zespołu Z. Szybińskiego i J. Tatonia [3]. Stąd profilaktyka cukrzycy i zapobieganie powikłaniom cukrzycy nabiera coraz większego znaczenia.

Piśmiennictwo

1. Taton J.: Diabetologia praktyczna, PZWL 1993, 91–104.
2. Taton J., Czech: Diabetologia, Tom II, PZWL, Warszawa 2005.
3. Wolnik B.: Przewlekłe powikłania cukrzycy. pobrano dnia 13.03.2007, z sieci WWW: http://www.cukrzyca.info.pl/pacjent/abc_cukrzycy/article/301.html.
4. Pączek L. (red.): Choroby wewnętrzne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

A. Szyszko-Perłowska¹, K. Kotomska²,
E. Krajewska-Kulał¹, K. Klimaszewska¹, D. Kondzior¹

Zachowania ryzykowne po spożyciu alkoholu wśród studentów

Wstęp

Od początku zapisów historycznych spożywanie napojów alkoholowych było i jest nieodłącznym elementem wielu kultur. Mimo tak długiej historii obcowania z tą używką, ludzkość nie potrafi sobie do dziś poradzić z konsekwencjami nadużywania alkoholu. Szkody ponoszone przez społeczeństwo oraz poszczególne osoby są ogromne i to zarówno w sferze finansowej, jak i obyczajowej czy społecznej [1].

Spożywanie alkoholu jest jednym z głównych problemów dotyczących społeczeństwa polskiego. Picie alkoholu dotyczy prawie każdej grupy wiekowej. Z jednego z ostatnich badań wynika, że najwięcej piją osoby młode w wieku 18–29 lat, a najmniej najstarsze w wieku ponad 65 lat [2].

Z badań przeprowadzonych pod koniec 2005 roku wynika, że spośród problemów społecznych kraju na pierwszym miejscu jest bezrobocie i spadek stopy życiowej, na kolejnych agresja i przemoc oraz dwa problemy związane ze spożywaniem alkoholu: uzależnienia oraz picie młodzieży. Niepokojący jest również fakt obniżającego się wieku inicjacji alkoholowej. Z badań przeprowadzonych w 2000 roku wynika, że pierwszy kontakt z alkoholem mają w naszym kraju dzieci w wieku 9–12 lat [3].

Problemem jest nie tylko to, że młodzi ludzie piją, ważne jest, że sposób w jaki to robią naraża ich na duże ryzyko pojawienia się problemów związanych z używaniem alkoholu. Coraz częściej w dzisiejszych czasach nagłówki gazet przynoszą wieści o kolejnych tragediach związanych z używaniem alkoholu przez młodych ludzi – śmiertelne zatrucia, wypadki drogowe po spożyciu alkoholu, przemoc, agresja w szkołach i domach [4]. Picie alkoholu jest jedną z głównych przyczyn śmierci oraz inwalidztwa wśród młodzieży w wieku 15–21 lat.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

² Studentka lic. kier. Pielęgniarstwo WPIOZ AMB

Dzisiejsza młodzież już w bardzo wczesnym wieku czuje się dorosła, autorytetem dla nich coraz rzadziej są rodzice i inni dorośli ludzie. Młodzi biorą przykład z kolegów 2–3 lata starszych nie zastanawiając się nad konsekwencjami swoich czynów. Może gdyby wiedzieli, że u 35% młodocianych alkoholików choroba rozwija się po upływie 2 lat nadużywania alkoholu, a u 90% młodzieży już od pierwszych dawek alkoholu dochodzi do utraty kontroli nad zachowaniem i piciem przemysleliby, jakie to może nieść za sobą konsekwencje [5].

Celem pracy było:

1. Ocena ilości spożywanego przez młodzież alkoholu.
2. Ustalenie rodzaju najczęściej spożywanego przez studentów alkoholu.
3. Określenie głównych powodów, dla których młodzież sięga po alkohol.
4. Ustalenie zachowań ryzykownych młodzieży, jakie ma miejsce po spożyciu alkoholu.

Materiał i metoda

Badanie zostało przeprowadzone wśród 50 studentów Politechniki w Białymstoku, z czego po 50% osób stanowiły kobiety i mężczyźni. Badani studenci to osoby w wieku 20–27 lat. Biorąc pod uwagę miejsce pochodzenia to zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn większość pochodzi z miasta. Jedynie 24% kobiet i 32% mężczyzn pochodzi ze wsi. Zarówno wśród kobiet (88%) jak i mężczyzn (84%) znaczna większość wychowała się w rodzinie pełnej.

Techniką badawczą użytą w tej pracy była ankieta. Kwestionariusz ankiety skonstruowany do przeprowadzenia badań zawierał w części wstępnej informację o pełnej anonimowości wszystkich odpowiedzi oraz sposobie wypełniania ankiety.

W zasadniczej części kwestionariusza zawarto ogółem 30 pytań. Był on zbudowany z dwóch części. Pierwsza część – metryczka zawierała 7 pytań dotyczących podstawowych informacji społeczno-demograficznych. Dotyczyły one: płci, wieku, miejsca pochodzenia, struktury rodziny, relacji z rodzicami, miejsca zamieszkania podczas studiów. W drugiej części kwestionariusza pytania dotyczyły spożywania alkoholu i zachowań, jakie występują po spożyciu alkoholu. Składała się z 23 pytań, z czego 22 to pytania zamknięte i 1 pytanie otwarte.

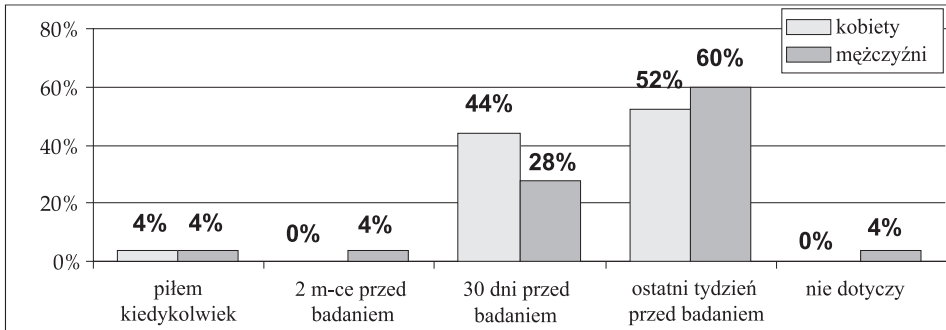
Wyniki

Wszyscy mężczyźni przyznali, że w ich domach okazjonalnie spożywa się alkohol. Jeśli chodzi o kobiety, to tylko 8% z nich mieszka w domach, gdzie alkoholu się nie spożywa.

Spośród ankietowanych osób, aż 20% mężczyzn posiada w najbliższej rodzinie osobę, która pije alkohol nałogowo. Podobna sytuacja jest wśród kobiet (16%).

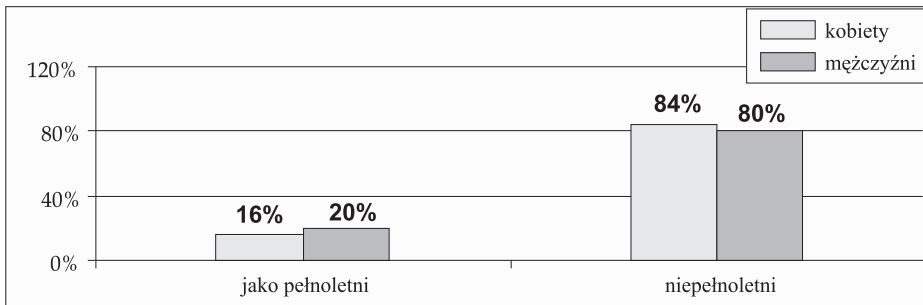
Z badań wynika, że duża liczba osób: 60% mężczyzn i 52% kobiet piło alkohol w ciągu ostatniego tygodnia przed badaniem. Miesiąc przed badaniem po alkohol sięgnęło 28% mężczyzn i 44% kobiet. Zaznaczyć należy, że wśród mężczyzn znalazła się jedna osoba, która nie piła jeszcze nigdy alkoholu. Podsumowując dane wynika, że to jednak więcej kobiet (96%) niż mężczyzn (88%) w czasie ostatniego tygodnia i miesiąca przed badaniem sięgnęło po alkohol – ryc. 1.

Rycina 1. Czas, w którym ostatnio studenci pili alkohol



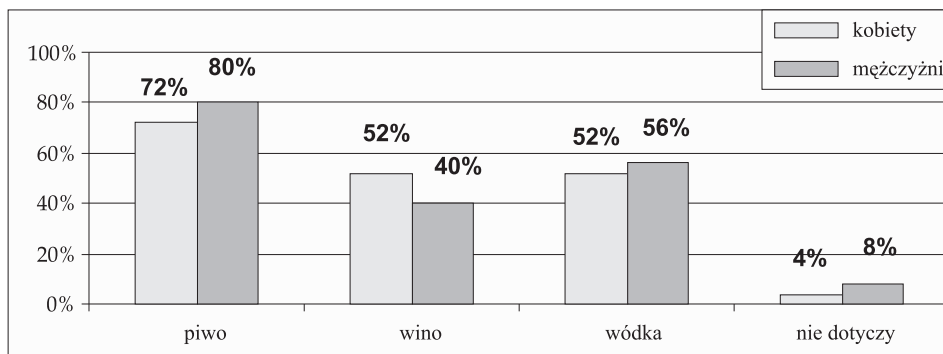
Jeśli chodzi o wiek, w którym respondenci sięgnęli po alkohol po raz pierwszy okazuje się, że więcej mężczyzn zrobiło to jako osoby pełnoletnie (20%) niż kobiety, których było 16%. Szczegółowe dane pokazują rycina 2.

Rycina 2. Wiek inicjacji alkoholowej ankietowanych



Okazuje się, że zarówno wśród kobiet (72%), jak i mężczyzn (80%) najpopularniejszym napojem alkoholowym jest piwo. Jeśli chodzi o spożywanie alkoholu przez mężczyzn, to więcej pili oni wódki (56%) niż wina (40%). Takiej różnicy nie ma wśród kobiet, taka sama ilość studentek sięgnęła po wódkę i po wino – po 52%. Tylko 8% mężczyzn i 4% kobiet nie spożywało żadnego alkoholu w ciągu 30 dni przed badaniem – ryc. 3.

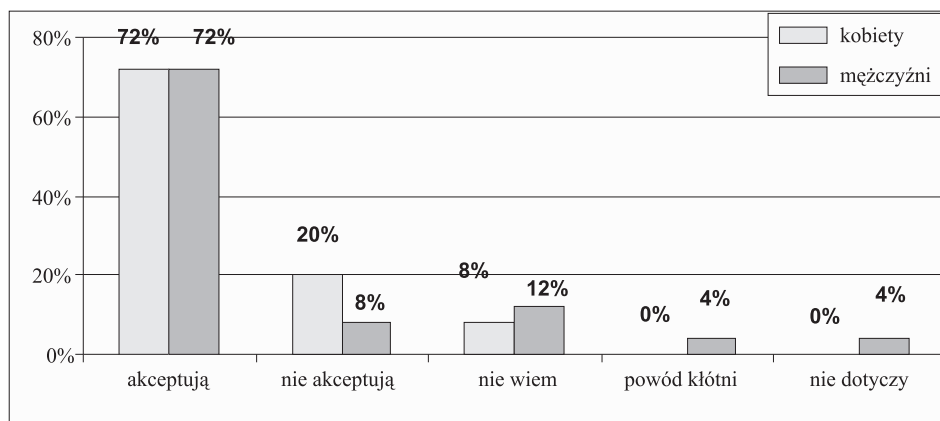
Rycina 3. Alkohol spożywany w ciągu 30 dni przed badaniem*



* Wartość nie sumuje się do stu ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

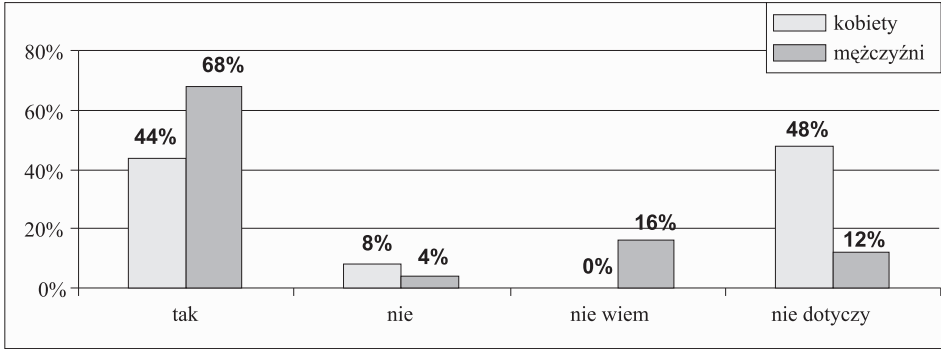
Tyle samo kobiet, jak i mężczyzn (72%) uważa, że ich rodzice nie mają nic przeciwko spożywaniu przez nich alkoholu. Natomiast 20% kobiet i 8% mężczyzn przyznaje, że ich zachowanie nie odpowiada ich rodzicom, zaś dla 4% mężczyzn picie alkoholu jest powodem ich kłótni ze swoimi rodzicami – ryc. 4.

Rycina 4. Akceptacja spożywania alkoholu przez rodziców studentów

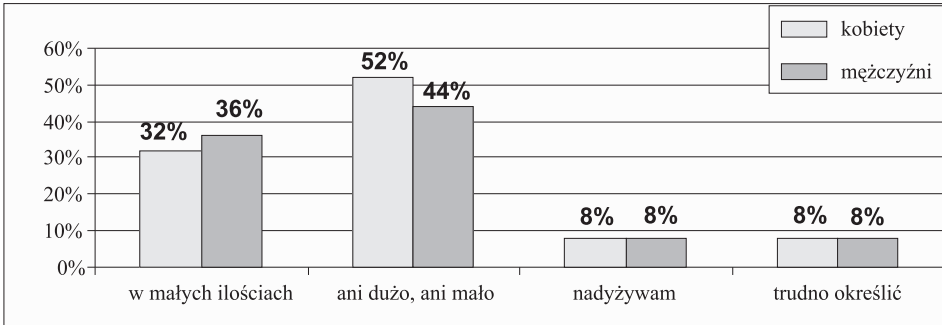


Jeśli chodzi o akceptowanie spożywania alkoholu przez partnerów respondentów to widać, że znacznie większa ilość kobiet akceptuje picie alkoholu przez swojego partnera (68%) niż w sytuacji odwrotnej. 8% kobiet i 4% mężczyzn wie, że ich partnerzy są przeciwni spożywaniu przez nich alkoholu – ryc. 5.

Ponad połowa mężczyzn (52%) odpowiedziała pozytywnie na pytanie, czy kiedykolwiek spożywała alkohol niewiadomego pochodzenia. Odsetek ten jest niższy wśród kobiet – 24%, mimo to dane te są mogą budzić wiele obaw, dotyczących skutków picia alkoholu pochodzącego z niewiadomego źródła.

Rycina 5. Akceptowanie spożywania alkoholu przez partnerów respondentów

Jeśli chodzi o odczucia, co do ilości spożywania alkoholu przez samych studentów, to odpowiedzi mężczyzn i kobiet są bardzo podobne. 36% pań i 32% panów uważa, że alkohol spożywają w małych ilościach. Ponad połowa kobiet (52%) i 44% mężczyzn sądzi, że nie pije ani dużo, ani mało. Tylko po 8% ankietowanych z każdej z grup przyznaje, że nadużywa alkoholu – ryc. 6.

Rycina 6. Ilość spożywanego alkoholu w odczuciach respondentów

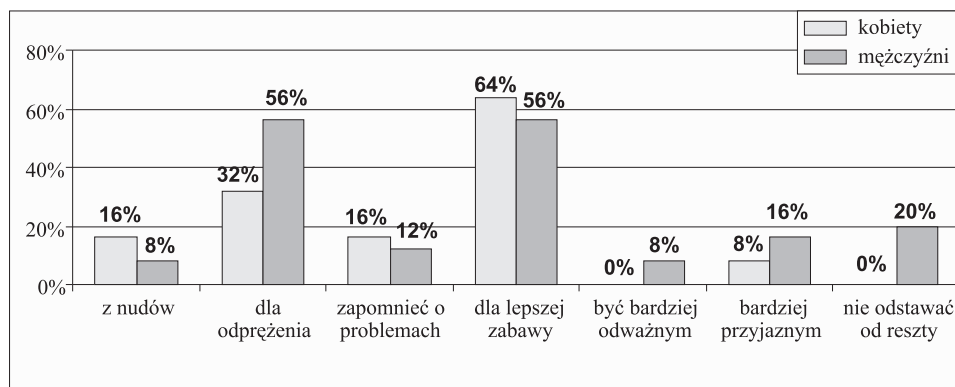
Zarówno kobiety (68%), jak i mężczyźni (88%) najchętniej piją w barach. Ponad połowa panów (60%) preferuje także picie we własnym domu. Dla takiej samej liczby osób (po 4%) odpowiednim do tego miejscem okazuje się ulica bądź park. Studentki natomiast, poza barem, alkohol najczęściej spożywają w domu u kogoś innego (48%) lub na dyskotecie (48%). Zdecydowanie mniej kobiet niż mężczyzn, bo tylko 24% czuje się swobodnie pijąc we własnym domu. Miłym faktem jest to, że żadna z respondentek nie pije na ulicy lub w parku.

Podczas swojego maksymalnego upicia się w skali od 1 (lekki rausz) do 10 (bardzo silne upicie) najwięcej, bo 52% mężczyzn zaznaczyło największą war-

tość, przy czym takiego samego doświadczenia doznało prawie połowę mniej kobiet (24%). Bliżej takiego stanu było 8% studentek i 8% mężczyzn. Gdy chodzi o picie w taki stopniu, żeby nie zachwiało to zbyt mocno równowagi organizmu przeważają kobiety. Tylko one udzieliły odpowiedzi przy punktach poniżej środka podanej skali. Nikt nie zaznaczył najmniejszej wartości – czyli osiągnięcia stanu lekkiego rauszu, podczas maksymalnego upicia.

Rozpatrując powody, dla których studenci piją alkohol, to dla 64% kobiet najważniejsze jest to, że po spożyciu alkoholu bawią się lepiej. Mężczyźni w takim samym stopniu piją dla lepszej zabawy (56%), jak również dla odprężenia (56%). Dwa razy więcej kobiet (16%) niż mężczyzn (8%) spożywa alkohol z nudów. Panie sięgają po alkohol też częściej niż panowie po to, by zapomnieć o problemach. Natomiast dla mężczyzn powodem do picia jest to, by nie odstawać od reszty (20%), być bardziej przyjaznym (16%) i odważnym (8%) – ryc. 7.

Rycina 7. Powody sięgania po alkohol*



* Wartość nie sumuje się do stu ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Spożycie alkoholu niesie za sobą wiele ryzykownych sytuacji i zachowań. Okazuje się, że 36% kobiet i 64% mężczyzn uczestniczyło w zajęciach na uczelni pomimo wcześniejszego spożywania alkoholu. Bójka pod wpływem alkoholu najczęściej dotyka panów (28%). Wypadkowi bądź uszkodzeniu ciała po wypiciu uległo 16% studentek i 36% studentów. Żadna z respondentek nie podejmowała przypadkowych kontaktów seksualnych w odróżnieniu do 32% panów. Seks bez zabezpieczenia uprawiało 4% kobiet i 12% mężczyzn. Niestety, aż 12% kobiet i 28% mężczyzn prowadziło pojazdy mechaniczne. Wraz z picciem alkoholu po substancje odurzające sięgnęło 4% studentek i 28% studentów (tab. 1).

Tabela 1. Zachowania ankietowanych po spożyciu alkoholu*

Lp.	Możliwe zachowania	Kobiety	Mężczyźni
1.	kłótnia lub sprzeczka	36%	40%
2.	bójka	4%	28%
3.	wypadek lub uszkodzenie ciała	16%	36%
4.	utrata pieniędzy lub przedmiotów	4%	16%
5.	kłopoty z policją	8%	24%
6.	przypadkowe kontakty seksualne	0%	32%
7.	seks bez zabezpieczenia	4%	12%
8.	zaśnięcie w miejscu publicznym	4%	32%
9.	pobył na izbie wytrzeźwień	0%	0%
10.	prowadzenie pojazdu	12%	28%
11.	uczestniczenie w zajęciach	36%	64%
12.	stosowanie substancji odurzających	4%	28%

* Wartość nie sumuje się do stu ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru

Przeprowadzona analiza badań pozwoliła na wyłonienie następujących wniosków:

1. Kobiety spożywają średnio 1,43 l piwa, a mężczyźni 1,37 l. Wino w większej ilości spożywają mężczyźni – średnio 572 g, a kobiety 372 g. W spożyciu wódki również przeważają panowie pijąc średnio 223 g, gdy kobiety piją około 166 g.
2. Alkoholem, po jaki najczęściej sięgają studenci (80% kobiet i 80% mężczyzn) jest piwo.
3. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety najczęściej sięgają po alkohol dla lepszej zabawy oraz dla odprężenia.
4. Najczęstszym zachowaniem, jakie ma miejsce po spożyciu alkoholu tak wśród kobiet, jak i mężczyzn jest uczestniczenie w zajęciach. Na kolejnych miejscach są: kłótnia lub sprzeczka, wypadek lub uszkodzenie ciała, prowadzenie pojazdu. Wśród mężczyzn często zdarza się zaśnięcie w miejscu publicznym oraz przypadkowe kontakty seksualne.

Dyskusja

Picie alkoholu wśród młodzieży jest jednym z głównych problemów społeczeństwa polskiego. Zjawiskiem pogłębiając ten problem jest coraz niższy wiek inicjacji alkoholowej. Z przeprowadzonych badań wynika, że 80% mężczyzn i 84% kobiet spożyło alkohol po raz pierwszy jako osoby niepełnoletnie. Badania Hryszkiewicza [6] pokazują, że około 16% osób niepełnoletnich nie miało jeszcze za sobą kontaktu z alkoholem.

Z danych Wojcieszaka [7] wynika, że jednorazowo powyżej 100 gram wódki spożywa 21,5% badanych, przy czym do picia powyżej 50 gram przyznało się 30% ankietowanych. Badania studentów pokazują, że ponad 50 gram wódki spożywa 20% ankietowanych, a powyżej 100 gram tego alkoholu pije jednorazowo 52% respondentów.

Jeśli chodzi o przekroczenie progu nietrzeźwości w ciągu ostatnich 30 dni, to przyznało się do tego 52% kobiet i 44% mężczyzn. Nieco inne wyniki otrzymał Sierosławski [8]. W jego badaniach 38,1% chłopców i 20,8% dziewcząt przekroczyło próg nietrzeźwości w ciągu ostatnich 30 dni.

Według Zimakowskiej [9] najczęstszym powodem sięgania po alkohol, wśród studentów jest kolejno picie dla towarzystwa, dla przyjemności, żeby uczcić sukces, dla poprawy humoru. Z badań wynika jednak, że najczęstszym powodem picia alkoholu jest chęć lepszej zabawy. Tak odpowiedziało 64% kobiet i 56% mężczyzn. Na kolejnym miejscu alkohol spożywano dla odprężenia oraz po to, by zapomnieć o problemach.

Jedną z najczęstszych konsekwencji spożywania alkoholu przez studentów jest kłótnia lub sprzeczka – tak odpowiedziało 36% kobiet i 40% mężczyzn. W bójce uczestniczyło 4% kobiet i 28% mężczyzn. Według Fronczyka [10] bezpośrednim efektem spożycia alkoholu jest agresja lub przemoc, ponieważ alkohol zakłóca normalną pracę mózgu. Dane z Komendy Głównej Policji, że 60,4% biorących udział w bójkach to osoby pod wpływem alkoholu.

Prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu jest poważnym zagrożeniem nie tylko dla własnego życia, ale również innych osób. Po spożyciu alkoholu pojazd prowadziło 12% kobiet i 28% mężczyzn. Jak mówią dane z Komendy Głównej Policji w ciągu 2002 roku policja odebrała prawo jazdy 83246 kierowcom, z czego z powodu jazdy pod wpływem alkoholu 62431 osobom, co stanowi 74,8%.

Często wraz ze spożywaniem alkoholu idzie również spożywanie substancji psychoaktywnych. Z przeprowadzonych badań wynika, że po spożyciu alkoholu po substancje psychoaktywne sięga 4% kobiet i 28% mężczyzn. Według Krawczyk [11] 20% studentów przyznaje się do okazjonalnego używania nielegalnych narkotyków. Dane z badań Pacha [12] pokazują, że wśród studentów uczelni krakowskich, przeprowadzonych na grupie 725 studentów 38,3% z nich ma za sobą inicjację narkotykową.

Najczęściej zażywaną substancją psychoaktywną jest marihuana, po którą sięgnęło 44% mężczyzn i 16% kobiet. Podobnie mówią wyniki Krawczyk [13], w których najczęściej spożywanym narkotykiem jest również marihuana – 20,6%.

Piśmiennictwo

1. Mierzecki A., Godycki-Ćwirko M. (red.): Zagadnienia profilaktyki i promocji zdrowia. Aktis, Łódź 2000, 59–70.

2. Jastrun E.: Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce. *Świat Problemów*, 2006, 4, 4–7.
3. Kopyel A.: Społeczne skutki nadużywania alkoholu. *Medycyna Ogólna*, 2004, 10, 1–2, 49–55.
4. Dane z komendy Głównej Policji. Przepięstwa pod wpływem alkoholu. *Świat Problemów*, 2003, 7–8, 33–35.
5. Lewicka M.: Picie alkoholu przez młodzież: czynniki ryzyka i konsekwencje. *Alkohol i Nauka*, 1993, 3, 1–9.
6. Hryszkiewicz G.: Alkohol – młodzież – dorośli. *Świat Problemów*, 2002, 9, 18–20.
7. Wojcieszek K.: Aktualnie, alkohol, aspekty. Co słycać u młodych Polaków. *Świat Problemów*, 2005, 4, 4–8.
8. Sierosławski J., Praisner B.: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w Poznaniu w 2003 roku. Europejski Program badań ankietowych w szkołach ESPAD, Warszawa 2003.
9. Zimakowska M.: O studentach i alkoholu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2003, 2, 18–20.
10. Fronczyk K., Sacewicz M.: Alkohol, przemoc i agresja. *Alkohol i Nauka*, 1991, 1, 21–29.
11. Krawczyk E., Kroch S., Satora L.: Krakowski model przeciwdziałania uzależnieniom wśród studentów. *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 339–341.
12. Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Jabłoński P., Brzycki P., Krawczyk E., Satora L., Targosz D., Morawska J.: Uczelnie wolne od narkotyków – trendy używania substancji psychoaktywnych przez studentów krakowskich uczelni. *Przegląd Lekarski*, 2005, 6, 62, 342–347.
13. Krawczyk E., Kroch S., Satora L.: Krakowski model przeciwdziałania uzależnieniom wśród studentów. *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 6, 339–341.

Hanna Grabowska¹, Krzysztof Narkiewicz²,
Władysław Grabowski¹, Maria Krajewska³, Michał Grzegorzczak¹,
Aleksandra Gaworska-Krzemińska¹, Dariusz Świetlik⁴

Spożywanie alkoholu a ciśnienie tętnicze krwi w opinii pielęgniarek

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze dotyka około 30% dorosłej populacji i stanowi istotny czynnik ryzyka zaburzeń sercowo-naczyniowych. Podstawowe znaczenie w jego rozwoju odgrywa dziedziczność. Wśród czynników środowiskowych wymienia się alkohol, sól kuchenną, sytuacje stresowe, hałas, leki, a niekiedy także palenie tytoniu oraz niedobór potasu i wapnia [1].

Nadmierne spożycie alkoholu jest jednym z głównych czynników sprzyjających rozwojowi nadciśnienia tętniczego. Obecnie wyrażany jest pogląd, że alkohol może być odpowiedzialny za kilka do kilkunastu procent wszystkich przypadków nadciśnienia pierwotnego (dotyczy zwłaszcza osób spożywających ponad 20–30 g etanolu na dobę) [2, 3, 4].

Zależność między alkoholem a nadciśnieniem tętniczym została opisana po raz pierwszy w 1915 roku przez Liana. Odkrył on wówczas podwyższony odsetek osób z nadciśnieniem tętniczym wśród alkoholików rasy czarnej [4]. Dopiero w ostatnich latach zależność pomiędzy ciśnieniem a spożyciem alkoholu wzbudziła ponowne zainteresowanie naukowców. Zaobserwowano, że liczba problemów związanych z piciem alkoholu (medycznych, psychicznych i społecznych) jest ściśle związana ze średnim spożyciem alkoholu w danej populacji [5, 6]. Siła związku (alkohol – nadciśnienie tętnicze) jest określona zarówno przez wielkość, jak i okres nadmiernego picia. Zaobserwowano jej zwiększenie w odniesieniu

¹ Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, WNoZ, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Zakład Nadciśnienia Tętniczego, Akademia Medyczna w Gdańsku

³ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, WNoZ, Akademia Medyczna w Gdańsku

⁴ Pracownia Informatyki Medycznej i Sieci Neuronalnych, Akademia Medyczna w Gdańsku

do płci męskiej, starości i otyłości. Kobiety gorzej tolerują nadmiar alkoholu, co wynika z jego szybszego wchłaniania i odmiennego niż u mężczyzn metabolizmu [3].

Nie określono dokładnie mechanizmów wzrostu ciśnienia tętniczego zależnego od alkoholu. Bezpośrednie działanie presyjne wiąże się z bezpośrednią stymulacją układu współczulnego i układu RAA [4, 7, 8].

Liczni autorzy opisują szkodliwy wpływ zjawiska „binge drinking”, oznaczającego wypijanie znacznych ilości alkoholu w krótkim czasie (zwykle w czasie weekendu), co powoduje wyższe wartości ciśnienia mierzonego na początku tygodnia w porównaniu z ciśnieniem mierzonym w kolejnych dniach [4, 7, 8].

Ograniczenie picia dużych ilości alkoholu przynosi po kilku tygodniach pozytywne wyniki, a po roku obniżenie ciśnienia skurczowego może wynosić średnio 12 mm Hg [3].

Aby pomoc lekarzy i pielęgniarek była efektywna, muszą posiadać podstawową wiedzę w zakresie rozpoznawania szkód spowodowanych alkoholem, różnicowania uzależnienia od picia szkodliwego i ryzykownego oraz adekwatnego postępowania.

Autorzy niniejszej pracy podjęli się próby poznania opinii pielęgniarek na temat możliwości oceny ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego w praktyce pielęgniarskiej spowodowanego spożyciem alkoholu przez zdrowych dorosłych.

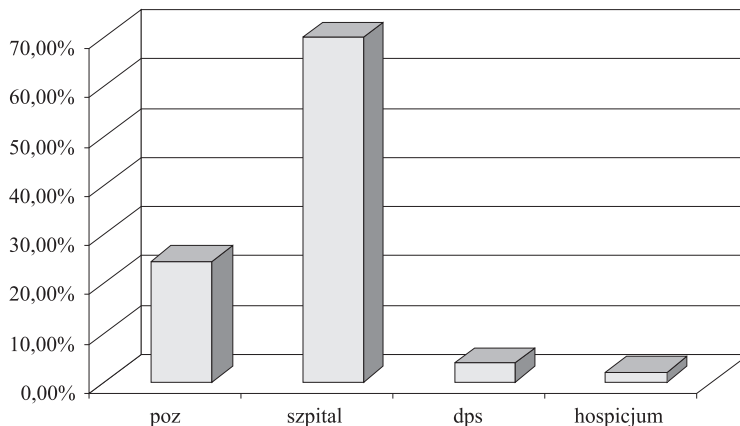
Materiał i metoda

Badaniami, przeprowadzonymi w styczniu 2007 roku, objęto grupę 53 pielęgniarek, studentek ostatniego roku jednolitych studiów magisterskich Oddziału Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Gdańsku. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, posłużono się techniką ankietową. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy.

Grupę badawczą stanowiły kobiety (100,0%). Średnia wieku wynosiła 37,8 lat. Wiek badanych mieścił się w przedziale 28–52 lata, przy czym największy odsetek dotyczył przedziału wieku 31–40 lat (60,4%). Wśród respondentek przeważały mieszkanki miast (84,91% – 45 osób), wieś reprezentowało 8 badanych, tj. 15,09%. Osoby zameżne stanowiły 73,58% badanych.

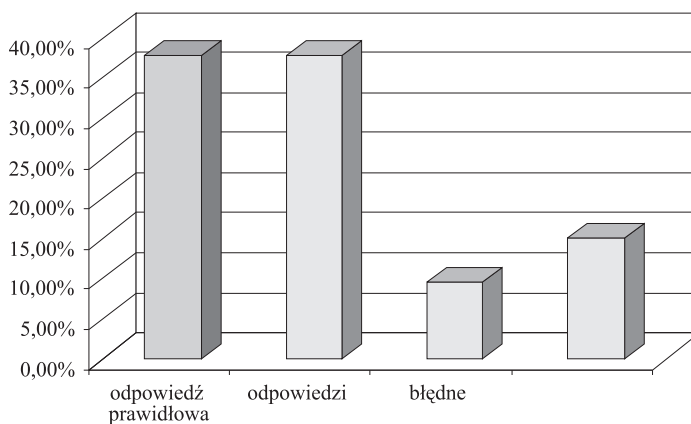
Średni staż pracy w zawodzie pielęgniarki wyniósł 16,6 lat i wahał się od 6 do 28 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły studentki legitymujące się doświadczeniami zawodowymi mieszczącymi się w przedziale 16–20 lat (33,9%, tj. 18 osób).

Dominującą grupę badanych stanowiły pielęgniarki zatrudnione w oddziałach szpitalnych, na stanowisku pielęgniarki odcinkowej (52,83%). Miejsce pracy respondentek ilustruje wykres 1.

Wykres 1. Miejsce pracy ankietowanych pielęgniarek**Wyniki badań i omówienie**

Zdaniem Habrata najważniejszą sprawą jest włączenie pytań o picie alkoholu do rutynowo zbieranego wywiadu pielęgniarzkiego/lekańskiego. Powtarzanie, w czasie kolejnych wizyt, pytania o alkohol nie tylko posiadają walor diagnostyczny, ale również przekonują pacjentów o wadze problemu [5]. Ułatwieniem w tym zakresie może być zastosowanie prostych narzędzi skriningowych, do których należą metody kwestionariuszowe, między innymi: MAST Test (Michigan Alcoholism Screening), jego skrócona wersja CAGE oraz AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), zalecany przez WHO [5, 6, 9, 10].

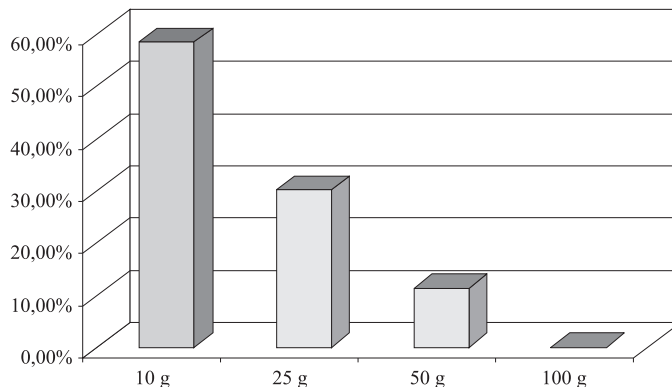
Znajomość narzędzi przesiewowych, służących do oceny stylu picia alkoholu wykazało 20 respondentek (37,74%), co przedstawia wykres 2.

Wykres 2. Stopień znajomości narzędzi przesiewowych

Oceniając spożycie alkoholu zarówno dla pielęgniarzki, jak i pacjenta, wygodne jest posługiwanie się kategorią standardowej jednostki, np. tzw. porcji standardowej, zawierającej określoną i jednakową ilość alkoholu etylowego. Przyjęto, iż porcja standardowa zawiera 10 g czystego alkoholu etylowego, co odpowiada w przybliżeniu 200 ml 5% piwa, 100 ml wina o mocy 10%, 25 ml wódki o mocy 40% [1, 5, 6].

W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, iż prawidłowej interpretacji porcji standardowej dokonała ponad połowa badanych, tj. 31 osób (58,49%). Ilustrację udzielonych przez respondentki wskazań stanowi wykres 3.

Wykres 3. Zawartość alkoholu etylowego w porcji standardowej

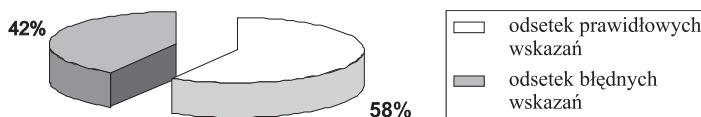


Przedmiotem kontrowersji pozostaje nadal istnienie progu ilościowego, powodującego istotne zwiększenie częstości występowania nadciśnienia tętniczego. Większość autorów sugeruje zależność liniową ciśnienia od dawki, z progiem presyjnym na poziomie 30 g alkoholu. Wypiciu 30 g etanolu dziennie towarzyszy zwiększenie ciśnienia skurczowego o 3–4 mm Hg i ciśnienia rozkurczowego o 1–2 mm Hg. Picie większej ilości alkoholu jeszcze wyraźniej podwyższa wartości ciśnienia tętniczego.

W przypadku niewielkiego spożycia nie istnieje ścisła zależność z nadciśnieniem tętniczym. Dopiero przy wartości progowej wynoszącej 210 g/tydzień (2–3 drinki na dobę) należy uwzględnić możliwość negatywnego wpływu na wartości ciśnienia tętniczego krwi [1, 4, 6, 7]. Jeżeli codzienne spożycie alkoholu przekracza 40 g, należy dążyć do ograniczenia jego spożycia lub pełnej abstynencji. Dzielne spożycie alkoholu przez kobiety nie powinno przekraczać maksymalnie 20–30 g, a przez mężczyzn – 30–40 g. Każde dodatkowe 10 g alkoholu dziennie, powyżej tej granicy, podwyższa ciśnienie tętnicze o około 1–2 mm Hg [4].

Wpływ ilości spożywanego alkoholu na ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego w grupie mężczyzn i kobiet prawidłowo określiło 31 respondentek, co stanowi 58,49% badanych. Uzyskane wyniki zawarto w wykresie 4.

Wykres 4. Odsetek wskazań „rozsądnego limitu picia alkoholu” w zależności od płci



Dodatkowo, po dokonaniu analizy statystycznej, uwzględniającej wpływ miejsca zamieszkania na poprawność wskazań okazało się, że statystycznie więcej odpowiedzi poprawnych uzyskano ze strony pielęgniarek mieszkających w mieście.

odpowiedź	miasto	wieś
prawidłowa	66.67%	12.50%
nieprawidłowa	33.33%	87.50%

Test Chi-kwadrat wykazał istotność statystyczną pomiędzy pielęgniarkami, które udzieliły odpowiedzi prawidłowej i nieprawidłowej (wartość testu 8.208394, $p = 0.00417$).

Wnioski

1. Ponad połowa respondentek prawidłowo interpretuje pojęcie tzw. porcji standardowej oraz określa granice w miarę bezpiecznego spożycia alkoholu przez kobiety i mężczyzn.
2. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono stosunkowo mniejszą orientację uczestniczek badania w zakresie dostępnych narzędzi przesiewowych służących ocenie stopnia spożywanego alkoholu.
3. Postulowana jest potrzeba przeprowadzenia szerszych badań w zakresie poruszanej problematyki.

Piśmiennictwo

1. Wyrzykowski B.: Nadciśnienie pierwotne. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 521–534.
2. Sznajderman M., Januszewicz W.: Leczenie nefarmakologiczne. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 817–821.
3. Kawecka-Jaszcz K., Kocemba J.: Nadciśnienie tętnicze. W: Manddecki T. (red.): Kardiologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 442–502.

4. Middeke M.: Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 117–122.
5. Habrat B.: Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem. Przewodnik lekarza praktyka. Springer PWN, Warszawa 1996, 10–14, 18–21, 30–32, 52–53, 65–77, 84–88, 135–138.
6. Babor Th. F., de la Fuente J. R., Saunders J., Grant M.: Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu AUDIT. Przewodnik dla podstawowej opieki zdrowotnej. Publikacja ŚOZ. PARPA, Warszawa 1997.
7. Kaplan N. M.: Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 29–56.
8. Januszewicz A.: Nadciśnienie tętnicze. Zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. Medycyna Praktyczna, Kraków 2002.
9. Bickley L. S., Szilagyi P. G.: Bate's Guide to Physical Examination and History Taking. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003, 40–49.
10. Grabowska H., Grabowski W., Gaworska-Krzemińska A., Krajewska M.: Propozycja katalogu umiejętności zawodowych dla potrzeb objęcia opieką pielęgniarską osób w stanie zagrożenia zdrowia. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, Sectio D Medicina, Vol. LX, Suppl. XVI, N 6, Lublin 2006; 8–11.
11. Mamcarz A., Pikto-Pietkiewicz W.: Niefarmakologiczne metody zapobiegania chorobom układu krążenia – naturalne antyoksydanty i alkohol.: Naruszewicz M. (red.): Kardiologia zapobiegawcza. PTBNM, Szczecin 2003, 297–313.

Hanna Grabowska¹, Krzysztof Narkiewicz², Władysław Grabowski¹,
Maria Krajewska³, Aleksandra Gaworska-Krzemińska¹, Dariusz Świetlik⁴

Wiedza studentów V roku pielęgniarstwa n.t. rozpowszechnienia, klasyfikacji i następstw nadciśnienia tętniczego

Wstęp

Pierwotne nadciśnienie tętnicze, zgodnie z założeniami mozaikowej koncepcji jego patogenezy, oznacza złożony heterogenny zespół chorobowy, rozwijający się w następstwie interakcji wielu czynników genetycznych i środowiskowych. Ujawnia się najczęściej między 30. a 50. r.ż., częściej u kobiet, u których charakteryzuje się łagodniejszym przebiegiem i mniejszym odsetkiem powikłań narządowych [1, 2].

W rozwoju nadciśnienia tętniczego podstawowe znaczenie odgrywa dziedziczność. Wśród czynników środowiskowych wymienia się alkohol, sól kuchenną, sytuacje stresowe, hałas, leki, a niekiedy także palenie tytoniu oraz niedobór potasu i wapnia. Spośród uwarunkowań osobniczych największe znacznie przypisuje się otyłości – zwłaszcza androidalnej, insulinooporności z hiperinsulinizmem, wzmożonej reaktywności psychicznej oraz dyshormonozom (meno- i andropauza). Wszystkie one mogą odgrywać ważną rolę czynników wyzwalających, „mechanizmów spustowych”, jak również przyczyniać się do systematycznej progresji i utrwalania patologicznej homeostazy chorego organizmu [1, 2].

W literaturze fachowej wymienia się kategorie częstości występowania nadciśnienia tętniczego w populacji światowej: od nieobecnego (plemiona dorzecza Amazonki), poprzez małą (7–15% – Chiny, Afryka) i umiarkowaną (15–30% – Europa Zach., biała ludność USA) aż do dużej, obejmującej ponad 30% populacji

¹ Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, WNoZ, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Zakład Nadciśnienia Tętniczego, Akademia Medyczna w Gdańsku

³ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, WNoZ, Akademia Medyczna w Gdańsku

⁴ Pracownia Informatyki Medycznej i Sieci Neuronalnych, Akademia Medyczna w Gdańsku

(czarna ludność USA, Rosja, Finlandia, Polska). Nadciśnienie tętnicze zwiększa, między innymi, ryzyko zawału serca (2–3 krotnie), niewydolności serca (3 razy) oraz miażdżycy naczyń [3].

Na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentem oraz wyników pomiaru wartości ciśnienia tętniczego krwi pielęgniarki mogą wyselekcjonować osoby zagrożone rozwojem nadciśnienia tętniczego w przyszłości.

Autorzy niniejszej pracy podjęli próbę ustalenia poziomu orientacji w zakresie rozpowszechnienia, klasyfikacji i następstw nadciśnienia tętniczego, prezentowanej przez studiujące pielęgniarki, jak również dokonanie oceny, czy istnieje zależność statystyczna występująca między wskazaniami respondentów a posiadanym wiekiem, stażem pracy oraz miejscem zamieszkania.

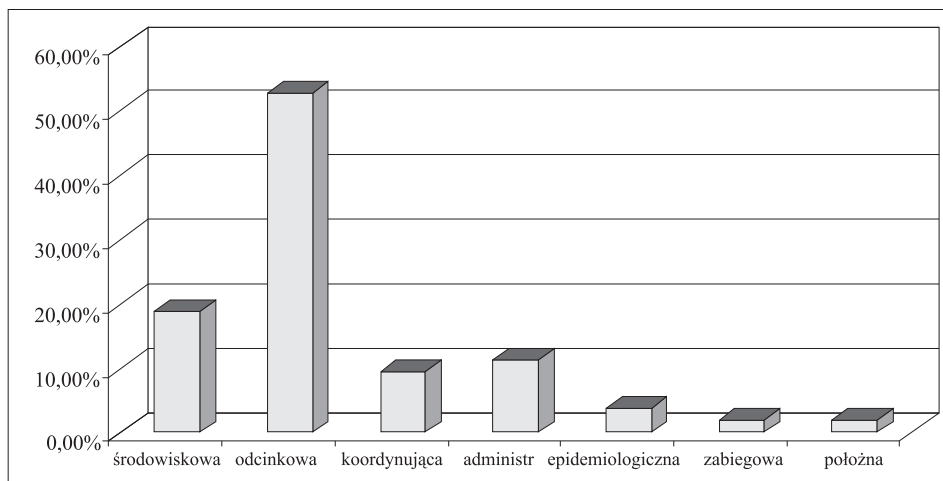
Material i metoda

Badanie, z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego, techniki ankietowej, w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety, przeprowadzono w styczniu 2007 roku w grupie 53 pielęgniarek, studentek ostatniego roku jednolitych studiów magisterskich, kierunku: pielęgniarstwo WNoZ Akademii Medycznej w Gdańsku. Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka respondentów

Charakterystyka	Wartość
Płeć: kobiety mężczyźni	53 (100%) –
Wiek: średnia	37,8 lat
Miejsce zamieszkania: miasto wieś	45 (84,91%) 8 (15,09%)
Sytuacja rodzinna: osoby zamężne osoby niezamężne	39 (73,58%) 14 (26,42%)
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki: średnia	16,6 lat
Miejsce pracy: poz szpital dps hospicjum	13 (24,53%) 37 (69,81%) 2 (3,77%) 1 (1,89%)

Ponad połowa respondentek pełni aktualnie obowiązki pielęgniarki odcinkowej (52,83%). Udział procentowy, zajmowanych przez uczestniczki badania, stanowisk pracy zawiera wykres 1.

Wykres 1. Zajmowane stanowisko**Wyniki badań i omówienie**

Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w Polsce szacuje się na 20–30% dorosłej populacji, a w starszych grupach wiekowych (po 65 r.ż.) na ponad 50%, w tym pierwotne nadciśnienie tętnicze stanowi około 90% [4, 2].

Właściwą orientację w tym zakresie wykazała większość badanych respondentek – 62,26% (33 osoby), 26,42% (14 osób) wyrażając pogląd, iż nadciśnienie tętnicze obejmuje większy odsetek Polaków, natomiast 11,32% (6 badanych) – że znacznie mniejszy.

Nadciśnienie tętnicze stanowi jeden z najważniejszych czynników ryzyka miażdżycy i związanych z nim chorób sercowo-naczyniowych, takich jak: udar mózgu, choroba wieńcowa, choroby naczyń obwodowych kończyn, a także bezpośrednich powikłań, do których zalicza się: niewydolność serca, niewydolność nerek, encefalopatię [3].

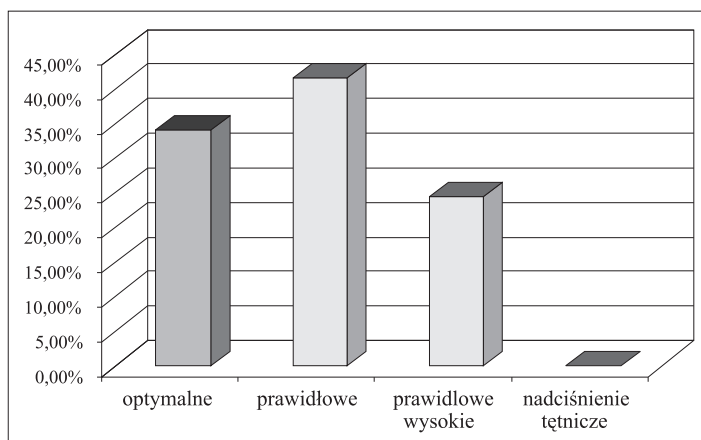
Badane pielęgniarki dobrze znały następstwa nadciśnienia tętniczego. W największym stopniu wiązały wpływ wysokich wartości ciśnienia tętniczego z ryzykiem wystąpienia udaru mózgu (100%), w najmniejszym – z niebezpieczeństwem rozwoju encefalopatii (47,17%). Udział procentowy poszczególnych kategorii odpowiedzi zawiera tabela 2.

Dalszym etapem badania było uzyskanie informacji zwrotnej na temat znajomości, w badanej grupie pielęgniarek, kategorii wartości ciśnienia tętniczego krwi. Dla potrzeb niniejszej pracy przyjęto klasyfikację zaproponowaną przez ESH/ESC oraz PTNT w 2003 roku. Respondentki poproszono o wskazanie wartości ciśnienia optymalnego (<120/<80 mm Hg), które poprawnie zaznaczyło 18 osób, co stanowi 33,96%.

Tabela 2. Następstwa nadciśnienia tętniczego w opinii badanych

Powikłania nadciśnienia tętniczego	Liczność		%	
	tak	nie	tak	nie
Miażdżycy	43	10	81,13%	18,87%
Udar mózgu	53	0	100,00%	0,00%
Choroba wieńcowa	46	7	86,79%	13,21%
Choroby naczyń obwodowych kończyn	32	21	60,38%	39,62%
Niewydolność serca	47	6	88,68%	11,32%
Niewydolność nerek	48	5	90,57%	9,43%
Encefalopatia	25	28	47,17%	52,83%

Wyodrębnienie kategorii ciśnienia optymalnego i prawidłowego uzasadnia fakt, że ryzyko sercowo-naczyniowe zwiększa się wraz ze wzrostem ciśnienia tętniczego, w tym w zakresach ciśnień arbitralnie uznanych za prawidłowe [3, 5, 6].

Wykres 2. Wartości optymalnego ciśnienia tętniczego w opinii respondentek

We wszystkich klasyfikacjach i międzynarodowych zaleceniach (7. Raport JNC, ESH/ESC, PTNT) wartości świadczące o nadciśnieniu tętniczym zaczynają się od wartości ≥ 140 i/lub ≥ 90 mm Hg [3, 5, 6]. Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, iż ponad połowie badanych – tj. 58,49% (31 osób) – znane są kategorie wartości ciśnienia świadczące o nadciśnieniu tętniczym.

W toku badań podjęto również próbę ustalenia, jaką orientację posiadają pielęgniarki w zakresie znaczenia wpływu czynników emocjonalnych związanych z faktem pomiaru ciśnienia tętniczego krwi dokonywanego przez personel medyczny, opisywanego w literaturze przedmiotu jako zjawisko lub efekt białego fartucha. Polega ono na występowaniu zwiększonych wartości ciśnienia wyłącznie w trakcie pomiaru dokonywanego przez personel. Dzieli się na tzw. „nadc-

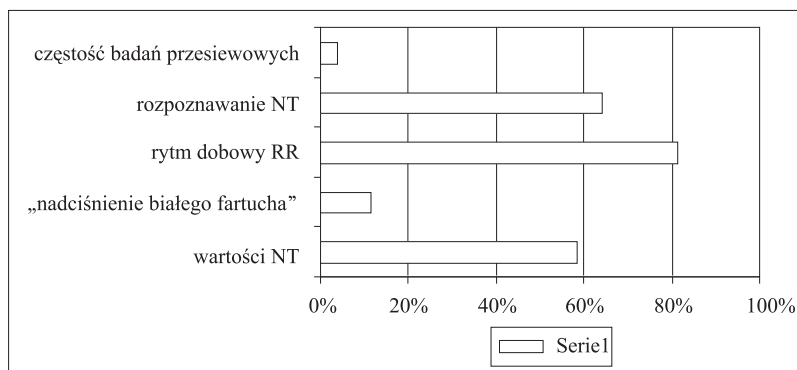
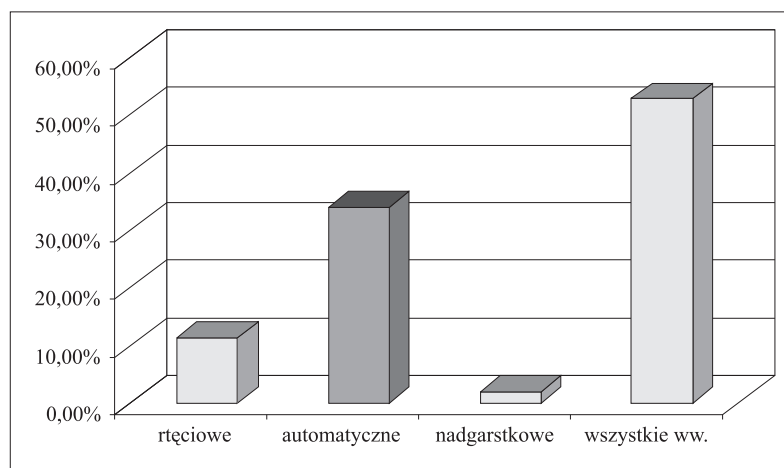
śnienie białego fartucha” – u osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym i „efekt białego fartucha” – u chorych na nadciśnienie tętnicze [4, 5, 7]. Prawidłową wiedzę w tym zakresie prezentowało zaledwie 6 osób, co stanowi 11,32% ogółu badanych.

Zainteresowanie autorów niniejszej pracy skupiło się także na poznaniu, prezentowanej przez respondentki wiedzy, dotyczącej rytmu dobowego ciśnienia tętniczego, który charakteryzuje się wyraźnym zmniejszeniem wartości w godzinach nocnych i szybkim wzrostem w godzinach porannych, bezpośrednio po przebudzeniu [4, 5, 7]. Poprawnej odpowiedzi udzieliła większość badanych, bowiem zaznaczyły ją 43 pielęgniarki (81,13%), 6 osób (11,32%) wyrażało opinię o wzroście wartości ciśnienia w godzinach nocnych, natomiast według 4 respondentek (7,55%) pora doby nie wpływa znacząco na wartość ciśnienia.

Uzyskane w toku badań wyniki pozwalają stwierdzić, iż badana grupa pielęgniarek prezentuje prawidłową orientację w zakresie pożądanej liczby pomiarów wartości ciśnienia tętniczego krwi, niezbędnej do postawienia rozpoznania nadciśnienia tętniczego, pamiętając o tym, że nie można sformułować omawianej diagnozy na podstawie wyniku pojedynczego pomiaru RR lub kilku pomiarów przeprowadzonych podczas jednego badania, tylko na podstawie wyników kilkakrotnych pomiarów RR podczas przynajmniej dwu kolejnych wizyt [1].

Badane studentki zapytano również o zalecaną częstotliwość dokonywania pomiarów u osób zdrowych. Autorzy pracy oparli się na wspólnym stanowisku ACP, CTFHE, USPSTF i JNC w kwestii przeprowadzania badań przesiewowych w kierunku rozpoznawania nadciśnienia tętniczego, zalecającego wykonywanie pomiaru ciśnienia tętniczego u osób powyżej 21 roku życia, przynajmniej raz na dwa lata. Dla wartości przekraczających 130/85 mm Hg, sugerowany jest częstszy pomiar ciśnienia tętniczego. Podkreślić należy, iż wytyczne nie ustalają górnej granicy wieku wykonywania badań przesiewowych w kierunku rozpoznawania nadciśnienia tętniczego [8]. Powyższe zalecenie znane było zaledwie 2 osobom (3,77%), bowiem większość pielęgniarek (tj. 41 osób, czyli 77,36%) uznała za słuszne dokonywanie pomiarów wartości ciśnienia tętniczego w odstępach trzymiesięcznych. Ilustrację uzyskanych wyników stanowi wykres 3.

Uczestniczki badania poproszono o wskazanie typów ciśnieniomierzy szczególnie polecanych pacjentom do stosowania w warunkach domowych. Niepokojącym jest fakt, iż połowa respondentek (28 osób, tj. 52,83%) wyraża opinię, że wszystkie rodzaje aparatów (w tym nadgarstkowe) można zaproponować podopiecznym, choć zdaniem większości autorów nie należy zalecać ich stosowania, gdyż uzyskiwane wartości ciśnienia znacznie odbiegają od wartości mierzonych konwencjonalnie, z mankietem założonym na ramieniu [4, 7]. Uzyskane w toku badania odpowiedzi przedstawia wykres 4.

Wykres 3. Wartości, kryteria rozpoznania, rytm dobowy RR i nadciśnienie tętnicze w opinii respondentek**Wykres 4. Typy ciśnieniomierzy**

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie uzyskano istotnych statystycznie zależności wskazań poszczególnych kategorii odpowiedzi respondentek od wieku, stażu pracy i miejsca zamieszkania.

Wnioski

1. Ponad połowa badanych dysponuje aktualną wiedzą dotyczącą kryteriów rozpoznawania, rozpowszechnienia oraz następstw nadciśnienia tętniczego.
2. Stosunkowo mniej znanymi aspektami w badanej populacji okazały się zagadnienia związane z wartościami ciśnienia uznawanymi za prawidłowe, jak również zjawiskiem „nadciśnienia białego fartucha” oraz zalecaną częstotliwością badań przesiewowych u osób zdrowych.

3. Wskazane jest przeprowadzenie szerzej zakrojonych badań, zwłaszcza w grupie pielęgniarek, które zobligowane są w sposób szczególny do profilaktyki pierwotnej nadciśnienia tętniczego.

Piśmiennictwo

1. Wyrzykowski B.: Nadciśnienie pierwotne. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 521–534.
2. Kawecka-Jaszcz K., Kocemba J.: Nadciśnienie tętnicze. W: Mandecki T. (red.): Kardiologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 442–502.
3. Rywik S., Broda G., Zdrojewski T.: Epidemiologia nadciśnienia tętniczego. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 385–399.
4. Kabat M., Pęczkowska M., Cendrowska-Demkow I.: Pomiar ciśnienia tętniczego. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M.: Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004, 423–431.
5. Middeke M.: Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 23–43, 56–64.
6. Januszewicz W., Januszewicz A., Prejbisz A., Kabat M.: Wytyczne i zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. W: Januszewicz A., Naruszewicz M., Rużyłło W. (red.): Postępowanie z chorym o dużym ryzyku sercowo-naczyniowym. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 249–266.
7. Kaplan N.M.: Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 29–56.
8. Gaziano J. M.: Znaczenie badań przesiewowych w wykrywaniu choroby wieńcowej i identyfikacji czynników ryzyka. W: Braunwald E., Goldman L.: Kardiologia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005, 289–307.

**Bogusława Banaszak-Żak¹, Katarzyna Mizia-Stec²,
Zbigniew Gašior², Magdalena Mizia², Maciej Haberk²**

Czynniki ryzyka chorób układu krążenia w populacji młodych dorosłych osób – studentów Śląskiej Akademii Medycznej

Wstęp

Miażdżyc^a to przewlekła choroba polegająca na zmianach zwyrodnieniowo-wytwórczych w błonie wewnętrznej i środkowej aorty i tętnic średniej wielkości. Jej konsekwencją są choroby serca, mózgu, kończyn dolnych i innych narządów będące główną przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. Najczęściej objawy miażdżycy pojawiają się w czwartej dekadzie życia lub później. Jednak początek procesu miażdżycowego ma miejsce już w dzieciństwie, a według niektórych autorów nawet w życiu płodowym [1].

Z uwagi na tak wczesną obecność zmian miażdżycowych w naczyniach tętnicznych oraz poważne konsekwencje ich progresji zwraca się szczególną uwagę na prewencję pierwotną prowadzoną w coraz to młodszych przedziałach wiekowych, także wśród dzieci i młodzieży.

Obecność klasycznych czynników ryzyka miażdżycy w dużym stopniu zależy od wieku badanych i u dorosłych wykazuje związek z płcią. Stąd ogólne zalecenia profilaktyki pierwotnej powinny być ukierunkowane dla poszczególnych grup wiekowych i zawodowych. Wiele przemawia za tym, że powinny się nieco różnić dla kobiet i mężczyzn.

Cel pracy

1. ocena częstości występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji młodych dorosłych osób w wieku 19–25 lat – studentów Śląskiej Akademii Medycznej
2. ocena zależności między obecnością czynników ryzyka chorób układu krążenia a płcią badanych.

¹ Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach

² Katedra i Klinika Kardiologii, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach

Materiał i metoda

Materiał

Badania zostały przeprowadzone wśród 512 ochotników, studentów Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach na Wydziałach:

- a) Wydział Opieki Zdrowotnej:
 - kierunek – Pielęgniarstwo – 178 osób (34,7%),
 - kierunek – Fizjoterapia – 109 osób (21,3%),
 - kierunek – Położnictwo – 49 osób (9,5%)
- b) Wydział Lekarski – 176 osób (34,3%)

Wśród badanych ($n = 512$) znalazło się 89 mężczyzn (17,4%) oraz 423 kobiety (82,6%); średnia wieku 21 lat; średnia masa ciała 61,7 kg; średnia wartość BMI 21,5 kg/m²; średni obwód pasa 74 cm.

Kryteria włączenia do badań:

- studenci Śląskiej Akademii Medycznej w wieku 19–25 lat (osoby potencjalnie zdrowe, bez przeciwwskazań do wykonywania zawodów medycznych),
- zgoda na przeprowadzenie badań.

Kryteria wyłączenia z badań:

- wiek poniżej 19 roku, powyżej 25 roku życia,
- brak zgody na przeprowadzenie badań.

Metoda

W badaniu posłużono się następującymi metodami:

Kwestionariusz imienny, zawierający pytania dotyczące czynników ryzyka chorób układu krążenia – kwestionariusz został opracowany na podstawie danych z badania INTERHEART dotyczącego czynników ryzyka związanych z zawałem serca (*Am. Heart J.* 2001; 141: 711–721) [2] oraz Ogólnopolskich Badań Programu WOBASZ przeprowadzonych w populacji polskiej oceniających rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego (*Kardiol. Pol.* 2005; 63: 6, supl. 4) [3].

Kwestionariusz zawierał pytania na temat:

- aktualnego stanu zdrowia, masy ciała, wzrostu, obwodu pasa, BMI, masy urodzeniowej,
- stylu życia, aktywności fizycznej, palenia papierosów, picia alkoholu, spożywania warzyw i owoców, poziomu stresu oraz narażenia na stres przewlekły,
- wywiadu rodzinnego w zakresie występowania w rodzinie chorób układu krążenia: nadciśnienia, choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, cukrzycy oraz zaburzeń lipidowych.

Metody statystyczne

Uzyskane dane zapisano w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 2003. Analizę statystyczną wykonano z użyciem programu statystycznego Sta-

tistica 7,1. Zastosowano kryterium statystycznej znamienności $p < 0,05$. Opracowano walidację ankiety dla oceny powtarzalności poszczególnych pytań kwestionariusza badawczego, obliczono wartości odsetkowe zgodnych odpowiedzi w teście i reteście. Ponadto obliczono wartość statystyki Kappa Cohena. Wartość Kappa $> 0,61$ wskazuje na dobrą powtarzalność. Dla wszystkich z uzyskanych pytań uzyskano bardzo dobrą powtarzalność wartości Kappa $> 0,90$.

Wyniki

Ocena częstości występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia w badanej populacji

Nadciśnienie tętnicze: spośród wszystkich badanych ($n = 512$) tylko 13 osób (2,5% badanych) deklarowało w kwestionariuszu, że choruje na nadciśnienie tętnicze.

Cukrzyca: spośród wszystkich badanych żadna osoba nie chorowała na cukrzycę. **Stężenie glukozy** w surowicy krwi własnej znało 88 studentów (17,2% badanych).

Stężenie cholesterolu w surowicy krwi własnej znało 15 studentów (2,9% badanych).

Zaburzenia lipidowe: występowanie zaburzeń lipidowych deklarowało 10 studentów (1,9% badanych), pozostali nie wiedzieli, czy występują u nich zaburzenia.

Palenie tytoniu: do faktu palenia tytoniu przyznało się 148 studentów (28,9% badanych), przy czym spośród osób palących papierosy średnio na dobę wypalano $7,2 \pm 5,6$ papierosa (największą deklarowaną ilością wypalanych papierosów na dobę było 30 sztuk). Średni okres czasu, w którym badani palili papierosy wynosił $3,5 \pm 1,9$, przy czym najkrótszy okres palenia tytoniu wynosił pół roku a najdłuższy 8 lat.

Aktywność fizyczna: na pytanie dotyczące aktywności fizycznej wśród badanych uzyskano następujące odpowiedzi: co czwarty badany określił swoją aktywność jako prawidłową (24,3%), prawie połowa deklarowała średnią aktywność fizyczną (44,1%) oraz co trzeci badany uznał swoją aktywność za niewystarczającą (31,6%).

Alkohol: do spożywania alkoholu kiedykolwiek przyznało się 87,1% badanych studentów. Codzienne picie alkoholu deklarowało 2 studentów (0,4% badanych), ponad 1/3 badanych (36,6%) deklarowała spożywanie alkoholu 2–3 razy w tygodniu, 209 osób (47,3% badanych) odpowiedziały, że nie pije alkoholu w ogóle (tabela poniżej). Spośród deklarowanego w kwestionariuszu rodzaju spożywanego alkoholu, najczęściej wymieniano alkohol nisko procentowy (wino i piwo) i dotyczyło to 74,7% udzielonych odpowiedzi.

Dieta – spożywanie warzyw i owoców: najczęściej udzielaną odpowiedzią była kategoria „4 razy i więcej w tygodniu” i dotyczyła 60% ankietowanych.

Wywiad rodzinny:

- Cukrzyca typu I u członków rodziny – pozytywną odpowiedź udzieliło 92 (17,9%) badanych. Najczęściej deklarowano występowanie choroby u dziadków – 66 osób (71,7% udzielonych odpowiedzi);
- Cukrzyca typu II u członków rodziny – pozytywną odpowiedź udzieliło 130 (25,4%) badanych. Najczęściej deklarowano występowanie choroby u dziadków – 108 osób (83,1% udzielonych odpowiedzi);
- Nadciśnienie tętnicze u członków rodziny – pozytywną odpowiedź udzieliło 355 (69,3%) badanych. Najczęściej deklarowano występowanie nadciśnienia tętniczego u dziadków – 172 osoby (48,4% odpowiedzi) oraz rodziców – 96 osób (27,0% odpowiedzi);
- Wczesne występowanie choroby niedokrwiennej serca u członków rodziny – pozytywną odpowiedź udzieliło 147 (28,7%) badanych;
- Rodzinne występowanie zaburzeń lipidowych – pozytywną odpowiedź udzieliło 231 (45,2%) badanych. Najczęściej deklarowano występowanie zaburzeń lipidowych u dziadków (41,9% udzielonych odpowiedzi); rodziców (27,7% odpowiedzi) oraz rodziców i dziadków (25,9% odpowiedzi). Tylko 38 osób (7,4% badanych) nie potrafiło określić, czy u kogoś występowały (nie wiedziało);
- Udar mózgu u członków rodziny – pozytywną odpowiedź udzieliło 106 (20,7%) badanych. Najczęściej deklarowano udar mózgu u dziadków – 93 osoby (87,7% odpowiedzi).

Ocena aktualnego i przewlekłego stresu: najczęściej wskazywaną wartością na skali punktowej od 0 do 10 były wartości z połowy skali, w przypadku stresu aktualnego była to wartość „8” i dotyczyła ona 68 osób (13,3% badanych); w przypadku stresu przewlekłego była to wartość „5” i dotyczyła 85 osób (16,6% badanych).

Choroby zapalne: 82 osoby (16% badanych) deklarywały występowanie chorób – najczęściej chorób układu oddechowego: 49 osób (59,7% udzielonych odpowiedzi) oraz chorób układu kostno-stawowego: 16 osób (19,5% udzielonych odpowiedzi).

Ocena zależności między obecnością czynników ryzyka a płcią badanych

Nadciśnienie tętnicze: częstość występowania nadciśnienia tętniczego w grupie kobiet (1,2%) była istotnie statystycznie niższa niż w grupie mężczyzn (9,0%, $p = 0,00002$) (Tab. 1).

Stężenie glukozy w surowicy krwi: częściej znali mężczyźni (20,2%) niż kobiety (16,5%), ale obserwowana różnica nie jest statystycznie znamiennej ($p = 0,4$).

Podobnie było w przypadku deklarowanej wiedzy na temat stężenia cholesterolu w swojej krwi, częściej wiedzę o wartości stężenia swojego cholesterolu posiadali mężczyźni (5,6%) niż kobiety (2,4%), ale obserwowana różnica nie była statystycznie znamiennej ($p = 0,09$).

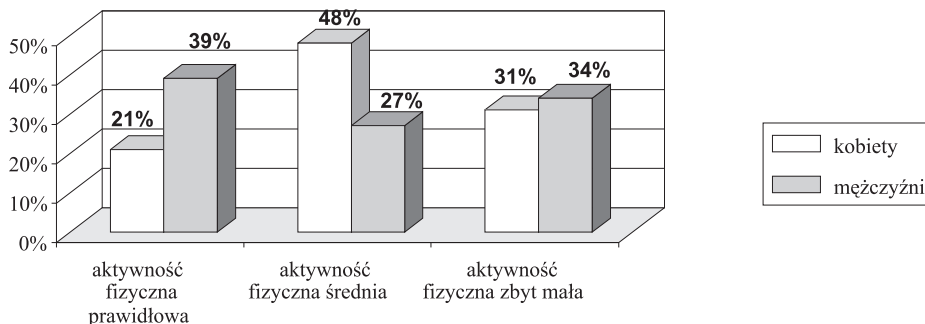
Tabela 1. Występowanie nadciśnienia tętniczego w grupach zdefiniowanych przez płeć badanych

Czynnik ryzyka	Kobiety	Mężczyźni	p
Nadciśnienie tętnicze	1,5%	9,0%	< 0,0001
Cukrzyca	—	—	—
znajomość stężenia glukozy w surowicy krwi	16,5%	20,2%	0,4
Zaburzenia lipidowe	2,1%	1,1%	—
znajomość stężenia TCh w surowicy krwi	2,4%	5,6%	0,09
Palenie tytoniu	27,7%	34,8%	0,2

Zaburzenia lipidowe: deklarowane w kwestionariuszu zaburzenia lipidowe częściej dotyczyły badanych kobiet (2,1%) niż mężczyzn (1,1%).

Palenie tytoniu: deklarowana w kwestionariuszu częstość palenia papierosów była większa w grupie mężczyzn (34,8%) niż kobiet (27,7%) ale obserwowane różnice nie były statystycznie znamienne ($p = 0,2$). Nie stwierdzono różnic w ilości wypalanych papierosów na dobę.

Aktywność fizyczna: prawidłową aktywność deklarowało 38,6% mężczyzn oraz 21,3% kobiet, podobnie nieco wyższy odsetek badanych mężczyzn deklarował zbyt małą aktywność fizyczną (34,1% – M vs 31,0% – K). Reasumując, płeć badanych miała statystycznie znamieny wpływ na częstość deklarowanych odpowiedzi ($p=0,0003$) (Rycina 1).

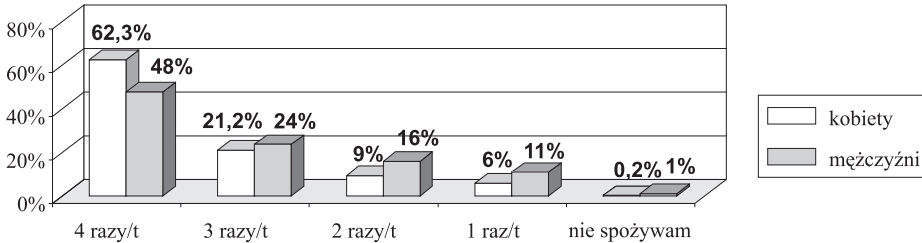
Rycina 1. Aktywność fizyczna wg płci badanych ($p = 0,0003$)

Z kolei po przemodelowaniu zmiennej „aktywność fizyczna” definiowana w 3 kategoriach do zmiennej definiowanej w dwóch kategoriach: 1 = aktywność prawidłowa lub średnia oraz 2 = aktywność zbyt mała, płeć nie jest już czynnikiem statystycznie znamienne kształtującym odsetek badanych w poszczególnych kategoriach aktywności ($p = 0,5$).

Alkohol: procentowa ilość osób spożywających alkohol była większa w grupie mężczyzn (91%) niż kobiet (86,3%), ale obserwowane różnice nie są statystycznie znamienne ($p = 0,2$).

Dieta – spożywanie warzyw i owoców: płeć badanych była zmienną determinującą w sposób statystycznie znamieny odsetek osób w poszczególnych kategoriach opisujących częstość spożywania warzyw i owoców ($p = 0,04$) (Rycina 2). Częściej warzywa i owoce spożywały kobiety, np. w kategorii „cztery razy w tygodniu i więcej” było 62,6% kobiet oraz 47,7% mężczyzn.

Rycina 2. Spożywanie warzyw i owoców na tydzień wg płci badanych ($p = 0,04$)



Wywiad rodzinny:

- Płeć badanych nie miała wpływu na częstość deklarowanych w kwestionariuszu rodzinnych uwarunkowań: cukrzyca typu I ($p = 0,5$); cukrzyca typu II ($p = 0,9$); nadciśnienia tętniczego ($p = 0,4$); zaburzeń lipidowych ($p = 0,07$); choroby niedokrwiennej serca ($p = 0,3$); oraz udaru mózgu ($p = 0,6$).

Ocena aktualnego i przewlekłego stresu: Badane kobiety podawały, znacznie wyższe subiektywne odczucie stresu aktualnego w porównaniu z badanymi mężczyznami ($p = 0,005$) (Tab. 2). Nie stwierdzono różnic w ocenie nasilenia stresu przewlekłego.

Tabela 2. Subiektywne odczucie stresu wg płci badanych

Analizowany parametr	Kobiety	średni \pm SD	Mężczyźni	średnia \pm SD	p
stres aktualny	422	5,05 \pm 2,78	89	4,14 \pm 2,94	0,005
stres przewlekły	422	5,30 \pm 2,53	89	5,44 \pm 2,96	0,620

Choroby zapalne: Płeć badanych nie miała wpływu na częstość deklarowanego w kwestionariuszu występowania chorób zapalnych.

Omówienie wyników

Opublikowane w 2004 roku badanie INTERHEART mówi o istotnym wpływie 9 potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka, które pozwalają przewidzieć wystąpienie aż w 90% wszystkich zawałów serca [4]. Należą do nich:

palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość, aspekty psychologiczne oraz czynniki ochronne, np.: codzienne spożywanie owoców i warzyw, regularna aktywność fizyczna i umiarkowane spożywanie niskoprocentowego alkoholu. Zależności te dotyczą także młodych osób, a powyższe czynniki odpowiadają za 93% ryzyka wystąpienia zawału serca przypisanego populacji mężczyzn i 96% wśród kobiet poniżej 40 r.ż. [4].

W analizie dokonano oceny wpływu płci badanych na częstość występowania czynników ryzyka. Istotne różnice stwierdzono jedynie w zakresie nadciśnienia tętniczego, które stwierdzano istotnie częściej u badanych mężczyzn. Stwierdzono częstsze spożywanie warzyw wśród badanych kobiet.

Badani różnili się również stopniem aktywności fizycznej – prawidłową aktywność zgłaszali częściej badani mężczyźni. Wg Ogólnopolskich badań Programu WOBASZ, blisko 35% uczestników badania (37% kobiet i 32% mężczyzn) nie wykonuje jakichkolwiek ćwiczeń fizycznych trwających przynajmniej 30 min. dziennie, natomiast ponad 50% osób dorosłych w wieku 20–74 lat (55% kobiet i 49% mężczyzn) charakteryzuje mała aktywność fizyczna [3]. Kolejne badania stanu zdrowia, postaw i zachowań zdrowotnych mieszkańców Łodzi i Torunia przeprowadzone w latach 2000–2001 w ramach programu CINDY WHO wykazały, że odsetek osób o małej aktywności fizycznej (60% mężczyzn i 70% kobiet) jest znacznie wyższy niż osób o dużej, systematycznej aktywności fizycznej (15–20% mężczyzn i 9–15% kobiet) [7, 8].

Wg najnowszych badań systematyczne spożywanie małych ilości alkoholu jest korzystne dla serca – a nieregularne spożywanie dużych ilości napojów wysokoprocentowych może zwiększać ryzyko choroby niedokrwiennej serca [11]. Wyniki badań wskazują, że zażywanie do 30 g alkoholu dziennie związane jest z obniżeniem ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia o 20–30% [12].

W analizowanej grupie badanej częstość spożywania alkoholu była większa wśród mężczyzn (91%) w porównaniu z kobietami (86,3%) ale zaobserwowane różnice w poszczególnych grupach nie były statystycznie znamienne.

Jednym z najistotniejszych czynników ryzyka zawału serca, wg badania INTERHEART, jest palenie tytoniu [4]. W badanej populacji 28% kobiet paliło papierosy oraz 35% mężczyzn. Według badania INTERHEART fakt niepalenia tytoniu jest znaczącym czynnikiem protekcyjnym i ogranicza ryzyko wystąpienia ostrego incydentu wieńcowego – u mężczyzn o około 44%, a u kobiet o 16% w skali ogólnoświatowej [4].

Wg Ogólnopolskich badań WOBASZ nałóg palenia tytoniu w populacji Polski dotyczy 42% mężczyzn i 25% kobiet [3]. Wyniki te są zbieżne z uzyskanymi w naszej pracy, aczkolwiek musi wzbudzić zaniepokojenie tak duży odsetek osób palących papierosy wśród studentów uczelni medycznej.

Palacze w stosunku do osób niepalących mają 2-krotnie wyższe ryzyko chorób układu krążenia, takich jak choroba niedokrwienna serca, udar mózgu, choroby naczyń obwodowych oraz 3-krotnie wyższe ryzyko wystąpienia nagłego

zgonu. Palenie zwiększa istotnie ryzyko przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz nowotworów układu oddechowego i pokarmowego [5, 6]. Palenie tytoniu jest jedynym czynnikiem ryzyka w pełni modyfikowalnym stosunkowo prostymi metodami, którego eliminacja powoduje całkowitą lub znaczną redukcję powikłań związanych z paleniem [3].

W ocenie subiektywnego odczuwania stresu wykorzystano skalę od 0 do 10 zamieszczoną w kwestionariuszu. Subiektywne odczucie stresu przewlekłego było niezależne od płci badanych. Natomiast stres aktualny oceniały badane kobiety istotnie wyżej niż badani mężczyźni. Badań nas temat powiązań między stresem a płcią badanych nie jest wiele. Duże badania populacyjne stres oceniają w powiązaniu z szeregiem innych czynników psychospołecznych. Wyniki wieloletniego monitorowania stanu zdrowia prawobrzeżnej Warszawy w ramach programu Pol-MONICA wykazały duże rozpowszechnienie negatywnych psychospołecznych czynników ryzyka chorób układu krążenia: niskiego poziomu wsparcia i wysokiego natężenia stresujących wydarzeń życiowych [9]. Wyniki badania Wobasz wykazały, że niski poziom wsparcia w badanej populacji Polski częściej występował u kobiet (38%) niż u mężczyzn (30%) i dotyczył 1/3 ogółu zbadanych [3]. Inne badania stwierdzają częstsze występowanie objawów depresji u kobiet niż u mężczyzn. Częstość występowania objawów depresji w populacji ogólnej Polski, potwierdzoną badaniem klinicznym stwierdza się na ok. 20% [10].

Wnioski

1. Najczęściej występujące czynniki ryzyka chorób układu krążenia w populacji studentów Śląskiej Akademii Medycznej to palenie tytoniu oraz zbyt mała aktywność fizyczna.
2. Płeć badanych ma istotny wpływ na występowanie czynników ryzyka – nadciśnienie tętnicze i złe nawyki żywieniowe stanowią bardziej istotny czynnik ryzyka chorób układu krążenia u mężczyzn.
3. Wśród kobiet subiektywne odczucie stresu jest znacznie bardziej nasilone niż u mężczyzn.
4. Populacja studentów Śląskiej Akademii Medycznej wymaga prowadzenia profilaktyki pierwotnej chorób układu krążenia, która powinna uwzględniać działania w kierunku zwiększenia aktywności fizycznej, zmniejszenia nawyku palenia tytoniu i modyfikacji diety.

Piśmiennictwo

1. Beręsewicz A., Skierczyńska A.: Miażdżycy – choroba całego życia i całej populacji krajów cywilizacji zachodniej. Choroby serca i Naczyń, tom 3, 1, 1–6.
2. Ounpuu S., Ph.D., Negassa A., Yusuf S.: INTER-HEART: A global study of risk factors for acute myocardial infarction. American Heart Journal, 2001, 141, 5.

3. Rywik S., Broda G.: Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, tom 63, suplement IV.
4. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T.: Wpływ potencjalnie modyfikowanych czynników ryzyka związanych z zawałem serca w 52 krajach (badanie INTERHEART): badanie kliniczno-kontrolne. *The Lancet*, 2004; 364, 11.
5. Hausberg M., Kosch., Barenbrock M.: Smoking, blood pressure and cardiovascular risk. *Journal Hypertension* 2002; 20: 1699–1701.
6. Bartecchi C. E., MacKenzie T. D., Schrier R. W.: The human costs of tobacco use. *N English Journal Medical* 1994; 330: 13, 907–912.
7. Dyrgas W., Bielecki W.: Stan zdrowia, postawy i zachowania zdrowotne mieszkańców Łodzi. Raport z badań w ramach programu CINDI WHO, Łódź 2002.
8. Dyrgas W., Bielecki W.: Stan zdrowia, postawy i zachowania zdrowotne mieszkańców Torunia. Raport z badań w ramach programu CINDI WHO, Łódź 2001.
9. Piwoński J., Piotrowski R.: Poziom wsparcia społecznego i stresu a choroba niedokrwienna serca. Badanie Pol-MONICA Warszawa. *Kardiologia Polska* 1998; 48: 7, 847–853.
10. Araszkiwicz A., Piekarska A., Drózd W.: Zaburzenia depresyjne i lękowe u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. W: dyskusje o depresji 2001; 16: 2–3.
11. Kauhanen J., Kaplan G., Goldberg D. i wsp.: Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study. *British Medical Journal*. 1997, 315, 846–51.
12. Rimm E., Giovannucci E., Willet W. i wsp.: Prospective study of alcohol consumption and the risk of coronary heart disease in men. *Lancet* 1991, 338, 464–468.

**Beata Jankowska¹, Adela Bartczuk¹, Jan Socha³,
Krystyna Łoboz-Grudzień^{1,2}**

Analiza czynników ryzyka wpływających na występowanie udaru mózgu – rola pielęgniarki

Wstęp

Udar mózgu i jego konsekwencje zdrowotne to jeden z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. W Polsce jest to czwarta przyczyna zgonów – każdego roku udaru mózgu doznaje około 60 tysięcy osób [1]. W ostatnim dziesięcioleciu w krajach wysoko uprzemysłowionych obserwuje się spadek umieralności z powodu udaru mózgu. Ten korzystny trend spowodowany jest nie tylko postępami w diagnostyce i leczeniu, ale szeroko stosowaną prewencją pierwotną i wtórną [2]. Znajomość zasad profilaktyki prewencji pierwotnej i wtórnej udarów mózgu jest w naszym kraju ciągle niedostateczna [3]. Skuteczne działania profilaktyczne powinny być związane z okresowymi badaniami populacyjnymi, których celem będzie wykrycie wczesnych czynników ryzyka (cz.r.) udarów. Do podstawowych cz.r. należą: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nikotynizm, zaburzenia gospodarki lipidowej. Prewencja wtórna ma zapobiegać wystąpieniu ponownego udaru. Podstawowym elementem profilaktyki wtórnej jest zmiana stylu życia i leczenie klinicznych cz.r. [4]. Celem tej pracy jest analiza cz.r. udaru mózgu oraz działań profilaktycznych, prowadzących do zmiany stylu życia.

Materiał i metoda

Analiza cz.r. udaru mózgu oraz częstotliwość ich występowania: analiza czynników klinicznych mogących być przyczyną udaru: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba niedokrwienna, choroby naczyń obwodowych, zaburzenia

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Oddział Kardiologiczny Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu

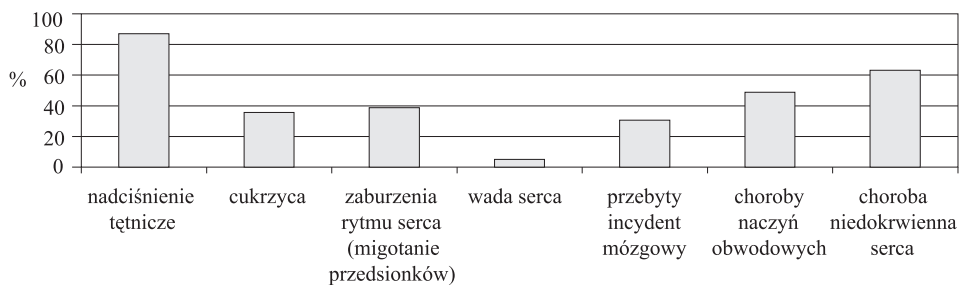
³ Wojewódzki Szpital im. J. Babińskiego we Wrocławiu

rytmu oraz czynników zależnych od stylu życia (nikotynizm, nadużywanie alkoholu, stres, nadwaga, gospodarka lipidowa, aktywność fizyczna). Badaniem ankietowym objęto 98 chorych (52 kobiety i 46 mężczyzn) w wieku 30–81 lat, średnia wieku 69,4 lat. Wykształcenie było zróżnicowane, najczęściej zawodowe (49,9%) i średnie (28%), oraz podstawowe (16,3%) i wyższe (8,2%). Dobór osób miał charakter losowy. Badania prowadzono w 2005 roku, wśród chorych hospitalizowanych w Szpitalu im. J. Babińskiego we Wrocławiu, z powodu udaru niedokrwiennego mózgu. Do zebrania materiału badawczego, posłużyła analiza dokumentacji lekarskiej, oraz autorski kwestionariusz ankiety. Pytania zawarte w ankiecie badały występowanie klinicznych cz.r. udaru mózgu i cz.r. związanych ze stylem życia chorych, a także posiadaną wiedzę na temat swojej choroby. Analizą objęto działania profilaktyczne, prowadzone przez personel medyczny i samych chorych. W badaniu aktywności fizycznej uwzględniono następujące możliwości wyboru: bardzo dobra, dobra, średnia, zła, bardzo zła. Przy ocenie wagi ciała za Polskim Towarzystwem Patogenezy i Terapii Otyłości [2] przyjęto wskaźnik BMI przy nadwadze powyżej 25 do 29,9 oraz otyłości powyżej 30. Uzyskany materiał badawczy został opracowany i przedstawiony w postaci tabel i rycin.

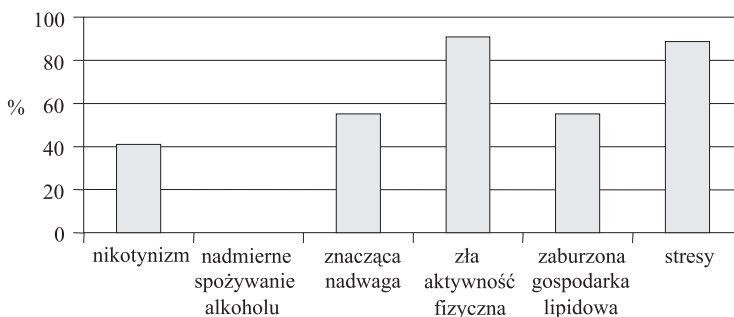
Wyniki

Najczęściej występującym u badanych, klinicznym cz.r. udaru mózgu było nadciśnienie tętnicze (u 87%), a kolejno – choroba niedokrwienna serca (u 63,2%), choroby naczyń obwodowych (u 48,9%), zaburzenia rytmu (u 38,7%), cukrzyca (u 35,7%) (wykres 1). Cz.r. wynikające ze stylu życia badanych to: mała aktywność fizyczna (u 90,8%), stres (u 88,8%), nadwaga (u 55,1%), nikotynizm (u 40,8%) (wykres 2). W populacji mężczyzn i kobiet potwierdzono występowanie wielu cz.r. jednocześnie – u 57,1% wystąpiły 3 cz.r., u 30,6% – dwa cz.r., a u 12% jeden czynnik ryzyka (wykres 3). Niepokojące jest to, że nikt spośród ankietowanych nie prowadzi kontroli swojego ciśnienia krwi regularnie, a tylko 27,5% badanych kontroluje ciśnienie z powodu złego samopoczucia i 16,3% badanych czyni to jeden raz w tygodniu (wykres 4). Spośród badanych 85,7% wie, że nadciśnienie tętnicze jest cz.r. udaru mózgu. Ankietowani to osoby o zróżnicowanej wadze ciała, bowiem tylko 14,3% badanych posiada prawidłowy ciężar ciała, 60% podaje, że ma nadwagę a 23,5% otyłość. 61,2% badanych wie, że nadwaga i otyłość stanowią cz.r. udaru (wykres 5). Ponad połowa badanych to osoby z hipercholesterolemią (55,8% kobiet i 69,6% mężczyzn) i poziomem glukozy w surowicy krwi powyżej 100mg% (u 69,2% kobiet i 69,6% mężczyzn) (wykres 6 i 7, tabela 1). Wśród chorych na cukrzycę 62,2% kontroluje poziom glukozy we krwi. Tylko 1% chorych na cukrzycę przestrzega zasad diety cukrzycowej, a 12,2% stosuje się do zaleceń lekarza oraz 48% wie, że cukrzyca stanowi cz.r. udaru mózgu. Na rycinie przedstawiono odsetek przyjmowanych leków w prewencji wtórnej.

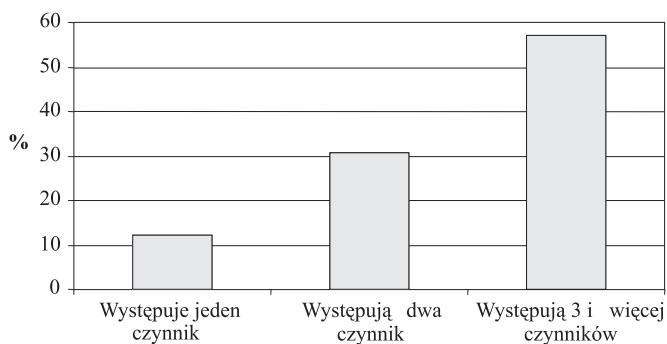
Wykres 1. Częstość występowania klinicznych czynników ryzyka udaru w badanej grupie



Wykres 2. Częstość występowania czynników ryzyka związanych ze stylem życia



Wykres 3. Współwystępowanie czynników ryzyka



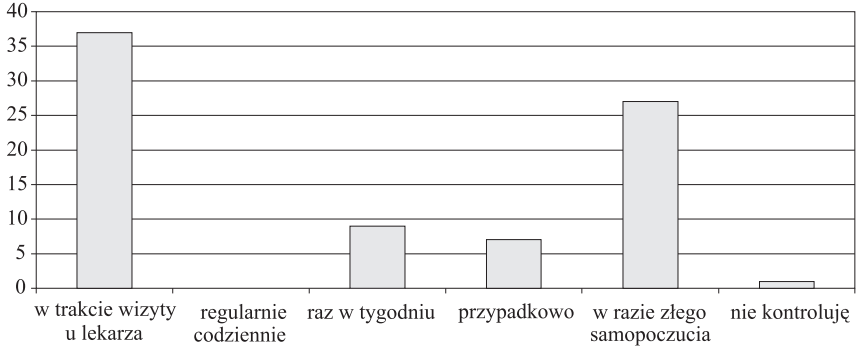
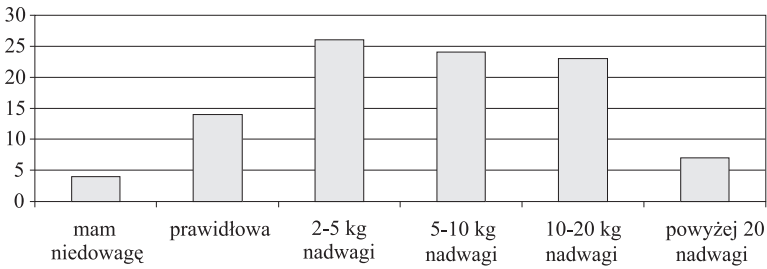
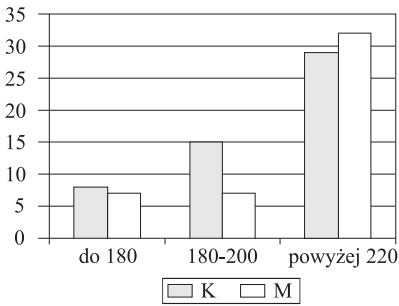
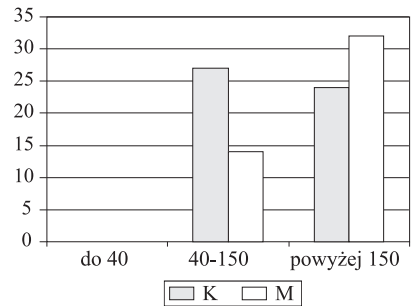
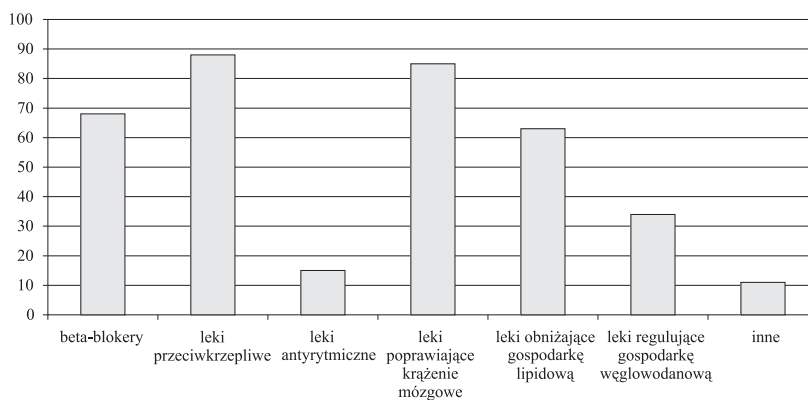
Wykres 4. Kontrola ciśnienia tętniczego krwi**Wykres 5. Waga ciała badanych****Wykres 6. Poziom cholesterolu****Wykres 7. Poziom TGL**

Tabela 1. Analiza wartości badań laboratoryjnych

Badanie	Zakres	K	M	K %	M %
poziom cukru we krwi	do 100	16	14	30,8	30,4
	powyżej 100	36	32	69,2	69,6
poziom cholesterolu	do 180	8	7	15,4	15,2
	180–200	15	7	28,8	15,2
	powyżej 220	29	32	55,8	69,6
poziom trójglicerydów	do 40	0	0	0,0	0,0
	40–150	27	14	51,9	30,4
	powyżej 150	24	32	46,1	69,6
wartość INR	do 1,00	9	13	17,3	28,3
	powyżej 1,00	42	31	80,8	67,4

Wykres 8. Leki przyjmowane przez chorych po udarze



Jak wynika z zestawienia odsetek osób przyjmujących leki po udarze mózgu wyniósł: B-blokery w 69,3%, środki przeciwkrzepliwe 89,8%, środki antyarytmiczne 15,3%, leki poprawiające krążenie mózgowe 86,7%, leki hipolipemizujące 64,2%, leki regulujące gospodarkę węglowodanową 34,6% (wykres 8). Ponadto niewielki odsetek badanych (18,7%) stosuje się do zaleceń lekarza. W celu analizy cz.r. mających wpływ na występowanie udarów mózgu, prowadzono badanie stylu życia. Uwzględniono w nim następujące zagadnienia: palenie tytoniu i spożywanie alkoholu, aktywności fizycznej, żywnie i stres. Wśród ankietowanych, przed zachorowaniem paliło tytoń 59%, w tym 25% kobiet i 95% mężczyzn, a po udarze z palenia zrezygnowało 7,6% kobiet i 30,4% mężczyzn, dodatkowo 13,4% kobiet i 30,4% mężczyzn palenie ograniczyło. Wśród badanych 5,7% kobiet i 41,3% mężczyzn wypalało od 15 do 24 papierosów dziennie, powyżej 25 papierosów wypalało 1,9% kobiet i 13% mężczyzn. Stosunkowo duży odsetek

Wykres 9. Palenie papierosów przez badanych

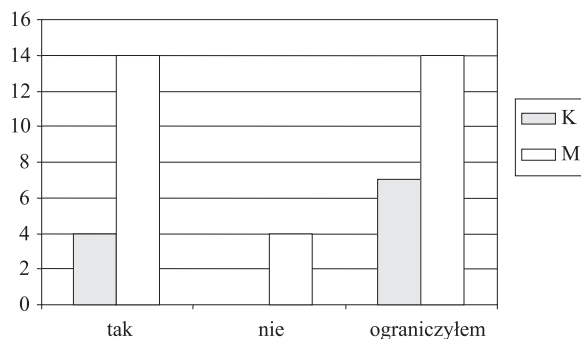


Tabela 2. Dane dotyczące spożywania alkoholu

Pytanie	Odpowiedź	K = 52	M = 46	K %	M %
Czy spożywa Pan(i) alkohol?	tak	16	27	30,7	58,7
	nie	36	13	69,2	28,2
	obecnie nie spożywam	0	6	0,0	13,0
Jak często?	3–7 razy w tygodniu	0	1	0,0	2,1
	1–2 razy w tygodniu	0	0	0,0	0,0
	1–2 razy w miesiącu	3	12	5,7	26,0
	okazjonalnie	13	14	25,0	30,4
	nie piję	36	19	69,2	41,3
Czy uważa Pan(i), że alkohol ma wpływ na wystąpienie choroby?	tak	7	9	13,4	19,5
	nie	28	15	53,8	32,6
	nie wiem	17	22	32,6	47,8

(82,6% kobiet i 36,9% mężczyzn) nie zauważa negatywnego wpływu palenia tytoniu na wystąpienie udaru (wykres 9). 61,2% badanych wie, że palenie tytoniu stanowi cz.r. udaru mózgu, a 41,8% badanych chciałoby pogłębić swoją wiedzę na temat rzucenia palenia tytoniu. Badani w odpowiedzi na pytanie „czy spożywali alkohol i jak często”, aż 58,7% mężczyzn, częściej od kobiet (30,7%) spożywa alkohol, przy czym 25% kobiet i 30,4% mężczyzn piło okazjonalnie, a 2,7% mężczyzn codziennie. Spośród badanych 53,8% kobiet i 32,6% mężczyzn nie widzi zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu a wystąpieniem udaru mózgu (tabela 2). Ankietowani (36,7%) swoją aktywność fizyczną szacują jako średnią i bierną, a 17,3% twierdzi że jest ona bardzo zła. Aż 25,4% badanych nie zauważa związku między wpływem aktywności fizycznej a zdrowiem. Spośród badanych 54,1% uważa małą aktywność fizyczną za cz.r. udaru mózgu, a 65,3% badanych chciałoby poszerzyć swoją wiedzę na temat wpływu aktyw-

Tabela 3. Dane dotyczące aktywności fizycznej

Pytanie	Odpowiedź	Suma = 98	%
12. Jak ocenia Pan(i) swoją aktywność fizyczną?	bardzo dobra	0	0,0
	dobra	9	9,1
	średnia	36	36,7
	zła	36	36,7
	bardzo zła	17	17,3
13. Czy uważa Pan(i), że ruch ma wpływ na zdrowie?	tak	73	74,4
	nie	4	4,0
	nie wiem	21	21,4

Tabela 4. Dane dotyczące stresu

Pytanie	Odpowiedź	Suma	%
18. Czy przeżywa Pan(i) stresy?	tak	87	88,8
	nie	11	11,2
19. Czy uważa Pan(i), że przeżywane stresy mają negatywny wpływ na nasze zdrowie?	tak	58	59,2
	nie	0	0,0
	trudno powiedzieć	40	40,8
20. W jaki sposób odreagowuje Pan(i) stres?	rozmowa	37	37,8
	ruch na świeżym powietrzu	35	35,7
	odpoczynek	30	30,6
	palenie papierosów	26	26,5
	inne	4	4,1

ności fizycznej na organizm (tabela 3). Zdaniem badanych (32,7% kobiet i 28,3% mężczyzn) sposób odżywiania wpływa na powstanie udaru mózgu. Natomiast 58,7% mężczyzn i 46,1% kobiet podaje, że nie wie czy odżywianie wpłynęło na ich zachorowanie. Połowa badanych uważa, że odżywia się prawidłowo. Ponad połowa badanych w codziennym jadłospisie preferuje mięso białe, owoce i warzywa, kawę i herbatę. Około 30% badanych twierdzi, że skład codziennie spożywanych pokarmów zawiera: ciemne pieczywo, mięso czerwone, kaszę, ziemniaki i słodycze, a 51% uważa niewłaściwe odżywianie za cz.r. udaru mózgu. Spośród badanych 62,2% wskazuje na potrzebę pogłębiania swoich wiadomości w zakresie prawidłowego odżywiania. Analiza źródeł pozyskiwania wiedzy na temat modyfikacji stylu życia przez chorych po przebytym udarze mózgu wykazała, że lekarz (wg 80,6%) stanowi najczęstsze źródło wiedzy. O połowę mniejszy odsetek osób (45,9%) twierdzi że była to pielęgniarka oraz media (wg 24,5%). Połowa ogółu badanych przyznaje, że posiada potrzebę uzupełniania wiedzy na temat swojej choroby. Większość badanych (88,8%) przyznaje się do obecności

stresu w życiu codziennym. Zdaniem 59,2% stres wpływa negatywnie na zdrowie. Badani radzą sobie ze stresem poprzez rozmowy (37,8%), ruch na świeżym powietrzu (35,7%), odpoczynek (30,6%), palenie tytoniu (26,5%) (tabela 4).

Dyskusja

Znajomość zasad profilaktyki pierwotnej i wtórnej jest w Polsce ciągle niedostateczna. Brak dostatecznej wiedzy o roli nadciśnienia, cukrzycy, stylu życia w patologii krążenia mózgowego przyczynia się do nieprzestrzegania przez chorych ich ścisłej kontroli [3]. Występowanie u naszych badanych cz.r. udaru mózgu, a także występowanie kilku cz.r. jednocześnie wskazują na pilną potrzebę działań edukacyjnych i leczniczych w prewencji pierwotnej i wtórnej udaru mózgu. Badania Z. Boneckiej-Majkutewicz [5] nad występowaniem cz.r. w grupie chorych z niedokrwinnym udarem mózgu potwierdzają ich liczne występowanie, a najczęściej był to wiek powyżej 60 r.ż. (77%), nadciśnienie tętnicze (68,5%), choroba wieńcowa (50,8%), palenie tytoniu (32%).

Badanie SHEEP [6] dowiodło, że zmniejszenie ciśnienia tętniczego do wartości poniżej 140/90 mm Hg jest najważniejszym niezależnym wykładnikiem zmniejszenia udaru mózgu. Badanie własne wykazało brak dyscypliny, systematyczności w kontroli ciśnienia tętniczego krwi. 6 Raport INC [7] zaleca prowadzenie samokontroli poprzez pomiary ciśnienia i odnotowywanie wyników w „zeszycie kontroli ciśnienia tętniczego krwi”. Sposób ten sprzyja współpracy pacjenta z lekarzem i pielęgniarką oraz członkami rodziny. Pacjenci mają możliwość obserwacji leczenia farmakologicznego i jego wpływu na utrzymanie ciśnienia tętniczego krwi, w zakresie wartości prawidłowych. Prowadzone w kraju badania dowodzą, że wysoka zapadalność na choroby serca, jest jedną z przyczyn wysokiej śmiertelności chorych z udarem mózgu [8]. W materiale własnym choroba niedokrwienności serca była drugim pod względem częstości występowania czynnikiem zwiększającym ryzyko udaru mózgu. Osobom, które przebyły zawał serca należy celu przeciwdziałania udarowi podawać antykoagulanty, leki hamujące agregację płytek krwi lub leki hipolipemizujące [9]. Wyniki masowych badań są zbieżne z zamieszczonymi w piśmiennictwie. Wzrósł odsetek osób, u których stosowano profilaktykę farmakologiczną. Pierwszym badaniem, w którym statyna przyniosła korzystny efekt w zapobieganiu udarowi mózgu było badanie CARE (1999 Circulation) [10]. Zastosowanie prawastatyny spowodowało obniżenie ryzyka udaru mózgu o 31% w grupie chorych po zawale serca z łagodną i umiarkowaną hipercholesterolemią. W materiale własnym 64,2% chorych otrzymywało statyny. Cukrzyca jest uznanym, niezależnym cz.r. udaru mózgu. Przyjęto, że obecność cukrzycy zwiększa ryzyko udaru mózgu o 2,5 do 4,0 razy [11]. We własnych badaniach stwierdzono, że ok. 70% badanych posiada podwyższony poziom glukozy w surowicy krwi (powyżej 100%), tylko 12,2% stosuje się do zaleceń diabetologa, a tylko 1% stosuje dietę cukrzycową.

Wśród wielu cz.r. udaru duże ryzyko stanowi nadwaga i otyłość. W badaniu Framingham stwierdzono, że 30% nadwagi zwiększa ryzyko udaru. W badaniu własnym potwierdzono występowanie osób z nadwagą (60%) i otyłością (13,5%). W jadłospisie tych chorych przeważały pokarmy zawierające mięso czerwone, tłuszcze zwierzęce i węglowodany proste (u 52%). Badani to osoby prowadzące mało aktywny tryb życia, 36,7% szacuje swoją aktywność jako bierną, a 17,3% twierdzi, że jest ona bardzo zła. Poziom aktywności fizycznej wykazuje odwrotną korelację z ryzykiem wystąpienia udaru mózgu. Prowadzone badania „Physical Health Study” [1] wykazały, że zależność ta wynika z korzystnego wpływu wysiłku fizycznego na masę ciała, ciśnienie tętnicze krwi, stężenia cholesterolu w surowicy krwi i tolerancję glukozy. Palenia tytoniu uznane zostało za powszechny cz.r. udaru, bowiem zwiększa krzepliwość i lepkość krwi, a także stężenie fibrynogenu. Przyjęto, że palenie zwiększa ryzyko udaru proporcjonalnie do liczby wypalanych papierosów [7]. W badaniu własnym wykazano, że przed zachorowaniem paliło 59% badanych. Odnotowano istotną poprawę, bowiem 7,6% kobiet i 30,4% mężczyzn zrezygnowało z palenia, oraz 13,4% kobiet i 30,4% palenie ograniczyło. Nadal, aż 82,6% kobiet i 26,9% mężczyzn nie zauważa negatywnego wpływu palenia na występowanie udaru. Odnotowano osoby spożywające alkohol, zarówno wśród kobiet (30,7%) i mężczyzn (58,7%) oraz 2,7% mężczyzn pijących codziennie. Badania wykazują, że spożycie dużych ilości alkoholu (powyżej 5 drinków), wiąże się ze zwiększonym ryzykiem udaru [12]. Badania własne wskazują, że ponad połowa badanych ma potrzebę uzupełniania swojej wiedzy na temat udaru mózgu i cz.r. mających wpływ na ich występowanie.

Wnioski

1. Wśród ankietowanych spośród klinicznych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia udaru mózgu najczęściej obserwowano: nadciśnienie tętnicze które (u 87,7%) oraz chorobę niedokrwienną serca (u 63,2%), wśród czynników ryzyka związanych ze stylem życia najczęściej występowała otyłość (u 81,6%), stresy (u 88,8%) oraz mała aktywność fizyczna (u 90,9%)
2. Istnieje pilna potrzeba edukacji i modyfikacji czynników ryzyka.

Piśmiennictwo

1. Kwolek A.: Postępowanie i profilaktyka powikłań w ostrej fazie udaru mózgu z uwzględnieniem wczesnej rehabilitacji. Postępowanie rehabilitacyjne, 1996, 10: 95–100.
2. Członkowska A. i wsp.: Profilaktyka wtórna udarów mózgu. Neurol. Neuroch. Pol., 2003, 37 sup. Rekomendacje grupy Ekspertów Narodowego Programu profilaktyki i leczenia udaru mózgu.

3. Kozera G. i wsp.: Świadomość znaczenia czynników ryzyka u pacjentów po przebytym udarze mózgu – ocena wstępna. *Udar mózgu*, 2002, tom 4, nr 1, 23–28.
4. Zaborska B.: Prewencja wtórna po zawale serca i prewencja udaru mózgu. *Kardiologia Polska*, 2000, 52, Supl. I – 35.
5. Banecka-Majkutewicz Z. i wsp.: Analiza czynników ryzyka udaru niedokrwienego mózgu. *Udary mózgu*, 2002, 4, nr 1, 15–21.
6. Flemming K. D. i wsp.: Zawał mózgu i przemijające ataki niedokrwienne. *Medycyna po dyplomie*, 2001, vol. 1, 10.
7. Gorlicki H. i wsp.: Zapobieganie pierwszemu udarowi mózgu. *JAMA-Pl*, 1999, 1, 12: 821–829.
8. Członkowska A. i wsp.: Zmiany miażdżycowe aorty u chorych w udarze niedokrwienym i krwotocznym mózgu. *Neurol. Neuroch. Pol.*, 2001, 35, 1: 23–33.
9. Ezekowitz M. i wsp.: Zapobieganie udarowi mózgu u pacjenta z migotaniem przedsionków. *JAMA-Pl*, 1999, 1, 12: 831–836.
10. Shepherd J. i wsp.: Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *Medycyna praktyczna*, 2002, 7–8 (137–138).
11. Niedokrwienne udary mózgu. Prusiński A. i wsp.: Bielsko-Biała, Alfa-Medica Press, 1999.
12. Hillbom K. I wsp.: Alcohol intoxication: a risk factor for primary subarachnoid hemorrhage. *Neurology*, 1982, 32: 706–711.

B. Kowalewska¹, E. Krajewska-Kułałak^{1,2}, B. Jankowiak^{1,2}, K. Wróblewska¹,
A. Gołębiowska¹, J. Chilińska¹, H. Rolka^{1,2}, K. Jabłonowska¹

Nieswoiste choroby zapalne jelita grubego – colitis ulcerosa

Wprowadzenie

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – WZJG – **colitis ulcerosa** – CU – należy do nieswoistych zapaleń jelita grubego, które stanowią grupę przewlekłych, nieuleczalnych schorzeń przewodu pokarmowego, cechujących się remisjami i nawrotami [1]. Schorzenie to szerzy się w sposób ciągły z powstawaniem powierzchniowych owrzodzeń w obrębie jelita grubego [2]. Sformułowanie – colitis ulcerosa – wyraża skłonność do tworzenia się wrzodów, natomiast – rectocolitis haemorrhagica – wyraża skłonność do krwotoczności. Obie nazwy są uzasadnione i używane alternatywnie w różnych strefach geograficznych świata. Pomimo jednak powszechniejszego używania pierwszego sformułowania (colitis ulcerosa), to posługiwanie się drugim (rectocolitis haemorrhagica) wydaje się słuszniejsze, ponieważ analizując kolejność pojawiania się zmian w rozwoju choroby, krwotoczność wydaje się pierwszą cechą patologiczną, a owrzodzenia zmianą wtórną [3].

1. Etiologia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

Colitis ulcerosa może się ujawnić w każdym wieku, przy czym zaobserwować można dwa szczyty zapadalności, przypadające pomiędzy 20–35 oraz po 60. roku życia. Dynamiczny rozwój cywilizacji technicznej jest prawdopodobnie odpowiedzialny za to, iż zachorowalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) wzrasta. Obecnie szacuje się, że w wysoko rozwiniętych krajach (Europa Zachodnia, Ameryka Północna) każdego roku zapada na tę chorobę od 15 do 20 osób na 100 000 mieszkańców. W ostatnich latach wzrost zachorowalności dotknął także kraje azjatyckie (Japonia, Korea Południowa), w których nastąpiła zmiana stylu życia na „zachodni” [1, 4].

¹ Instytut Pielęgniarstwa PWSliP w Łomży

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

W Polsce nie prowadzi się dokładnej statystyki zapadalności na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, a jedynie dokonuje się szacunku opartego na statystyce zachorowań w innych krajach europejskich. Na tej podstawie przyjmuje się, że w Polsce zapadalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego wynosi około 700 nowych przypadków rocznie, a liczba chorych zawiera się w granicach 40–50 tys. osób [1, 2, 5].

Dotychczas nie poznano czynników przyczynowych odpowiedzialnych za patogenezę CU. Przypuszcza się, że do rozwoju choroby dochodzi u osób predysponowanych genetycznie, pod wpływem oddziaływania egzogennych czynników środowiskowych. Ryzyko zachorowania na colitis ulcerosa jest 10-krotnie wyższe u członków rodzin chorych niż w pozostałej populacji. Według koncepcji immunologicznego podłoża choroby, kaskadę procesu zapalnego rozpoczyna ekspozycja antygeny w świetle jelita. Ten nieznaną antygen może być związkiem (alergenem) zawartym w pożywieniu, czynnikiem infekcyjnym, bakteryjnym lub wirusowym. Interakcja czynników genetycznych i środowiskowych w połączeniu z oddziaływaniem flory jelitowej prowadzi do aktywnego osobliwego systemu odpornościowego w ścianie jelita. Powoduje to aktywację i proliferację komórek T, syntezę cytokin i uruchomienie przewlekłego, destrukcyjnego procesu zapalnego w błonie śluzowej. Wśród czynników środowiskowych mogących mieć udział w uruchomieniu procesu zapalnego wymienia się alergeny zawarte w pożywieniu, bakterie i wirusy RNA. Dotychczasowe wyniki wpływu stresu i stanu psychicznego na przebieg colitis ulcerosa nie są jednoznaczne. Zwraca się uwagę, że początek rozwoju choroby często związany jest z urazem psychicznym, stresem lub trudną sytuacją życiową. Wielu chorych kojarzy występowanie zaostrzeń choroby z sytuacjami stresowymi. Badania uczonych austriackich i kanadyjskich wykazały znaczącą korelację między czynnikami psychologicznymi (depresja, obniżona samoocena stanu zdrowia, lęk), a częstością występowania zaostrzeń choroby. Stres, poprzez wpływ ośrodkowego układu nerwowego na jelitowy układ nerwowy i przewód pokarmowy, może zaostrzać proces zapalny oraz inne symptomy chorobowe [1, 2, 4, 6].

2. Objawy i diagnostyka colitis ulcerosa

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego może rozwinąć się nagle, objawiając się częstymi, luźnymi, krwistymi wypróżnieniami lub mogą to również być wypróżnienia tylko z domieszką krwi albo wręcz sam śluz z krwią. Niekiedy choroba rozwija się stopniowo, podstępnie, w ciągu wielu miesięcy, a nawet lat, kiedy to pierwszym objawem są nawracające okresy luźnych wypróżnień z niewielką domieszką krwi. Bóle brzucha, jeżeli występują, mają postać trudnego do powstrzymania parcia na stolec, które ustępuje po wypróżnieniu. Do innych objawów należą: chudnięcie, gorączka, obrzęki, niedokrwistość [1, 4, 6].

Pozajelitowe manifestacje colitis ulcerosa występują z różną częstością i różnym nasileniem u ok. 30–50% chorych i dotyczą głównie stawów, skóry, oczu, wątroby i dróg żółciowych. Niektóre z objawów pozajelitowych, takie jak rumień guzowaty czy dolegliwości stawowe mogą poprzedzać ujawnienie się choroby. Objawy, takie jak pericarditis, myocarditis, niedokrwistość hemolityczna czy zapalenie trzustki występują nie częściej niż u 1% chorych. Choroba ta przebiega z samoistnymi remisjami i obostrzeniami, a obraz kliniczny zależy od ciężkości rzutu choroby [2, 4, 7].

Przebieg kliniczny colitis ulcerosa może zależeć od zakresu zmian zapalnych w jelicie. W około 50 proc. przypadków choroba obejmuje wyłącznie odcinek dystalny (odbytnica, esica), w około 30 proc. choroba dotyczy lewej połowy okrężnicy, a w około 20 proc. obejmuje całe jelito grube. WZJG wykazuje dużą skalę form klinicznych. Przebieg choroby określa się jako lekki – jeżeli w ciągu roku występuje nie więcej niż 1 rzut choroby, poddający się leczeniu Sulfosalazyzną. Przebieg średnio ciężki – jeżeli w ciągu roku występują 2 lub więcej rzutów oraz istnieje konieczność podania sterydów. Przebieg ciężki – jeżeli stwierdza się stale aktywną fazę choroby. Ostry i gwałtowny przebieg spotykany jest rzadko i przebiega z odwodnieniem, gorączką septyczną i wstrząsem [1, 2, 3].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego początkowo obejmuje odbytnicę, ale zmiany mogą szerzyć się proksymalnie w sposób ciągły na okrężnicę tak, że w najcięższych przypadkach zajęta bywa cała błona śluzowa okrężnicy [1, 2, 3, 8]. W obrazie USG można stwierdzić pogrubiałe ściany jelita (> 5 mm) oraz brak jej charakterystycznej struktury warstwowej, brak charakterystycznego pofałdowania ścian jelita, wolny płyn między pętlami jelita, czasami powiększone węzły chłonne krezki oraz rozdęcie okrężnicy [2, 3, 8]. W obrazie endoskopowym występuje ciągłość zmian od prostnicy w kierunku proksymalnym, u około 50 proc. chorych zmiany sięgają 1/2 okrężnicy, u 28 proc. obejmują lewą stronę okrężnicy, a u 20 proc. ograniczają się do prostnicy. W zaostrzeniach choroby występują zlewne, nieregularne owrzodzenia, pokryte włóknikiem oraz śluzem i ropą, natomiast w remisji choroby stwierdza się przekrwienie, obrzęk i kruchość błony śluzowej [1, 2, 3].

W badaniu histopatologicznym pobranego wycinka obserwuje się ogniskowe, polimorficzne nacieki leukocytarne w błonie śluzowej jelita, kumulacje granulocytów obojętnochłonnych w świetle cew gruczołowych i formowanie charakterystycznych mikroropni kryptowych [2, 9]. W badaniu radiologicznym kontrastowym widać nierówny, postrzępiony zarys ścian jelita i polipy rzekome. W zaawansowanym stadium choroby obserwuje się usztywnienie i zwężenie jelita [2]. Badania laboratoryjne wykazują aktywność wskaźników stanu zapalnego, tj.: wzrost OB, leukocytozę, wzrost stężenia CRP i globulin (w zależności od aktywności zapalenia). Ponadto wyłania się obraz niedokrwistości, hipokaliemii, obniżenia stężenia białaka całkowitego, albumin, hemoglobiny, żelaza, w niektórych przypadkach obserwuje się trombocytozę [2, 3, 9].

Wczesne i prawidłowe rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego oraz zastosowanie optymalnego leczenia w celu poprawy stanu zdrowia zarówno w krótkim (leczenie zaostrzeń choroby), jak i odległym czasie (zapobieganie nawrotom choroby) jest niezmiernie istotne. Nieprawidłowa diagnoza może prowadzić do licznych komplikacji w tym, między innymi, do wyniszczenia organizmu lub niepotrzebnych interwencji chirurgicznych. Opóźnienie rozpoznania może wynikać z mało charakterystycznej i bogatej często wielonarządowej, manifestacji klinicznej choroby, której pierwsze objawy są często bagatelizowane przez chorych lub nawet niezauważone. Drugą przyczyną jest stosunkowo rzadkie wykonywanie badań endoskopowych jelita oraz słaba znajomość tego zespołu wśród lekarzy pierwszego kontaktu. Rozpoznanie opiera się na ocenie objawów klinicznych, wyników badań laboratoryjnych, obrazu endoskopowego, radiologicznego oraz na ocenie histopatologicznej wycinków jelita, pozwalającej na precyzyjne postawienie diagnozy [1, 2, 3, 4, 7, 9].

W rozpoznawaniu choroby istotne znaczenie ma badanie podmiotowe, które pozwala na ustalenie rozpoznania lub je ukierunkowuje. Podstawą jest dobrze przeprowadzony wywiad dotyczący m.in.: obecności krwawienia, zmian charakteru i trybu wypróżnień, nietrzymania stolca, lokalizacji bólu, przebytych chorób zapalnych jelit, polipów jelita grubego, dziedzicznych skłonności występowania WZJG oraz raka. Z badań przedmiotowych niezwykle ważne jest badanie proktologiczne, USG jamy brzusznej, rektoskopia, kolonoskopia oraz badanie radiologiczne dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Badania endoskopowe odgrywają ogromną rolę w rozpoznaniu CU. Do oceny aktywności choroby wykonuje się badania biochemiczne krwi: liczba leukocytów, OB, CRP, poziom albumin, hemoglobiny, żelaza, immunoglobuliny IGG. W każdym przypadku krwistej biegunki obowiązują badania bakteriologiczne i parazytologiczne kału [1, 2, 3, 4].

3. Leczenie colitis ulcerosa

Do głównych celów leczenia zachowawczego colitis ulcerosa należą: opanowanie ostrego rzutu choroby, uzupełnianie niedoborów żywieniowych, złagodzenie objawów (ból brzucha, biegunki), utrzymanie remisji i zapobieganie nawrotom choroby [1, 4]. Główne grupy leków o decydującym znaczeniu w terapii WZJG to aminosalicylany i kortykosteroidy, które w 75% przypadków pozwalają opanować ostry rzut choroby [1]. Dobór stosowanych leków zależy od aktywności procesu chorobowego oraz umiejscowienia zmian zapalnych [1, 2, 3, 4].

Rolę nie do przecenienia w leczeniu WZG odgrywa właściwe postępowanie dietetyczne, modyfikowane w zależności od stadium choroby, okresów zaostrzeń i remisji. Zalecana w przypadku tego schorzenia dieta powinna być: łatwostrawna, bogatoenergetyczna i bogatobiałkowa, z ograniczeniem tłuszczu i znacznym ograniczeniem błonnika [7, 10, 11]. W okresie zaostrzeń stosuje się dietę płynną, a następnie półpłynną – nie dłużej jednak niż 3 dni, gdyż jest niepełno-

wartościowa. W miarę poprawy stanu zdrowia chorego dietę płynną rozszerza się stopniowo wprowadzając kompoty, gorzką herbatę, soki owocowe. Następnie można włączyć kleik z ryżu, kaszki pszenne oraz rozmoczone sucharki. Często stosuje się również gotowe preparaty dietetyczne, które zapewniają pełne zbilansowanie składników pokarmowych i nie zawierają błonnika pokarmowego [5, 10, 11]. W okresie remisji, natomiast, w miarę ustępowania biegunki należy przejść na dietę realimentacyjną. W celu uzupełnienia niedoborów pokarmowych stosuje się dietę bogatoenergetyczną (2500–3000 kcal) o dużej ilości białka. W celu oszczędzania chorego jelita ogranicza się wszystkie pokarmy, które mogą drażnić śluzówkę jelita, pobudzając jego ruchy robaczkowe – stosując znaczne ograniczenie ilości błonnika pokarmowego. Zaleca się przygotowywanie posiłków za pomocą gotowania w wodzie lub na parze, duszenia (bez wstępnego obsmażania) lub pieczenia w folii. Wskazane jest przecieranie, miksowanie i rozdrabnianie potraw. Posiłki powinny być małe objętościowo, spożywane regularnie 5–6 razy dziennie. Najlepsze źródła pełnowartościowego białka (80–120 g/dobę) stanowi chude mięso: kurczaki, cielęcina, indyk, królik; ryby – szczupak, dorsz, sandacz, leszcz, unikać należy ryb tłustych, wędzonych i marynowanych; jaja – w postaci gotowanej na miękko, omletów, sufletów. Zaleca się również zmniejszenie ilości tłuszczu do 50–70 g (ok. 20% energii pożywienia). Dodaje się go w postaci surowej do gotowych potraw. Jeśli chory to źle toleruje, zaleca się podawanie tłuszczów zawierających kwasy tłuszczowe o średnim łańcuchu węglowym, tzw. triglicerydy. Są one najlepiej trawione i wchłaniane przez organizm ludzki. Można je kupić w postaci tłuszczów spożywanych lub specjalnych preparatów. Większość energii, bo ponad 60% (400–500 g) powinna pochodzić z węglowodanów, które znajdują się głównie w produktach zbożowych, takich jak białe pieczywo, sucharki, makaron drobny, kasza pszena, ryż. Mleko i przetwory mleczne w większości przypadków są przeciwwskazane, chorzy, bowiem źle je tolerują, jednakże przy braku dolegliwości mogą je spożywać. Chorych należy uwrażliwić na rodzaj i sposób przyrządzania posiłków, aby świadomie unikali spożywania zakazanych produktów od ostrych przypraw i alkoholu począwszy przez ciemne pieczywo i tłuste wędliny po warzywa i owoce bogate w błonnik [5, 7, 10, 11]. W ostatnich latach coraz większą rolę w leczeniu i łagodzeniu objawów nieswoistych zapaleń jelita odgrywają leki pochodzenia naturalnego. Wymienić tu można kwasy omega-3, prebiotyki i probiotyki. Aczkolwiek badania naukowe, dotyczące ich wpływu na podtrzymanie remisji i łagodzenie objawów zaostrzeń choroby nadal trwają, a ich wyniki nie są jednoznaczne, to coraz częściej zalecane jest ich stosowanie w okresie remisji ze względu na niewystępowanie skutków ubocznych [5]. W literaturze przedmiotu znajdujemy wskazówki, co do istotnego wpływu jaki może mieć na chorych i proces leczenia WZJG – psychoterapia. Wprawdzie nie zapobiega ona nawrotom colitis ulcerosa, ale na pewno pomaga walczyć z chorobą i jej skutkami. Psychoterapia powinna opierać się na partnerstwie między zespołem terapeutycznym i pacjentem. Pacjent, rozumiejąc swoją

chorobę, powinien uczestniczyć w procesie leczniczym i wraz z nim podejmować decyzje terapeutyczne. Pomoc psychologiczna oraz tworzenie grup wsparcia może łagodzić stres psychiczny nieodłącznie towarzyszący rozpoznaniu tej choroby oraz pomagając pacjentom w przezwyciężeniu problemów związanych z nowotworami i komplikacjami, które często są jej następstwem [1, 2, 3, 4, 12].

Podsumowanie

Colitis ulcerosa należy do nieswoistych zapaleń jelita grubego, stanowi grupę przewlekłych, nieuleczalnych schorzeń przewodu pokarmowego, z charakterystycznymi okresami remisji i zaostrzeń. Celem leczenia zachowawczego jest opanowanie ostrego rzutu choroby, uzupełnianie niedoborów żywieniowych, złagodzenie objawów oraz utrzymanie remisji przez możliwie najdłuższy czas. Ważne miejsce w procesie terapii colitis ulcerosa zajmuje leczenie dietetyczne, modyfikowane w zależności od okresu choroby, eliminujące produkty szkodliwe oraz psychoterapia pomagająca w akceptacji choroby i jej skutków, pozwalająca na złagodzenie stresu towarzyszącego chorobie oraz mobilizująca do aktywnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym.

Wzrost zachorowań na WZJG w krajach wysokorozwiniętych wskazuje na powiązanie wystąpienia tego schorzenia z czynnikami środowiskowymi. Stawia to kolejne wyzwania przed medycyną, ponieważ skłania do upowszechnienia wiedzy na temat WZG, czynników ryzyka oraz zagrożeń, podobnie jak w przypadku chorób układu krążenia. Niestety, brak statystyk uniemożliwia obiektywną ocenę skali rozpowszechnienia tego schorzenia, którego odległym skutkiem jest nowotwór jelita grubego. Mimo, iż ocenia się ryzyko wystąpienia tego nowotworu na 0,5–1,0%, to światowe statystyki podają wartości dziesięciokrotnie większe.

W związku z powyższym uwrażliwienia społeczeństwa zarówno na czynniki ryzyka CU, jak też pierwsze objawy, a przede wszystkim ośmielenie do podjęcia działań diagnostyczno-leczniczych wydaje się być jedynie słuszną drogą w walce o poprawę stanu zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Muszyński J.: Nieswoiste zapalenia jelit. Przewodnik lekarza. 2001, 4–6, 22–30.
2. Gabiński K. (red.): Choroby układu pokarmowego. Orłowski W. (red.): Nauka o chorobach wewnętrznych. T. IV. PZWL, Warszawa, 1992, 200–210.
3. Kokot F. (red.): Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa, 1998, 229–231.
4. Sierżantowicz R., Łagoda K., Jurgowska G.: Choroby zapalne jelit. Magazyn Pielęgniarki i położnej, 2004, 11, 29, 41–42.
5. Dzieniszewski J. (red.): Poradnik dla chorych ze schorzeniami narządu trawienia. PZWL, 1988, 107–116.

6. Kózka M.: Opieka nad pacjentem z wybranymi chorobami jelit, odbytnicy i odbytu. Wawelska E. (red.): Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. PZWL, Warszawa, 2006, 326–329.
7. Pędach W. (red.): Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa, 1990, 62–65.
8. Wróblewski T., Miechowicka N.: Patologia. PZWL, Warszawa, 1992, 2006–2008.
9. Hasik J. (red.): Dietetyka. PZWL, Warszawa, 1992, 160–162.
10. Jarecka I., Snarska K.: Dieta w chorobach zapalnych jelit. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2006, 12, 36.
11. Tataoń J., Czech A.: Ogólna diagnostyka internistyczna. PZWL Warszawa, 1991, 111–114, 362.
12. Kondraś O.: Psychologia kliniczna. PWN, Warszawa, 1984, 287–309.

Renata Jabłońska¹, Robert Ślusarz², Karolina Frost¹,
Marcin Tafelski³, Lech Grzelak³

Stopień sprawności pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa – doniesienia wstępne

Wstęp

Choroby kręgosłupa są problemem społecznym na całym świecie. Wśród nich wymienić należy tzw. zespoły bólowe kręgosłupa, czyli zespoły objawów o różnej przyczynie [1]. W różnicowaniu tych dolegliwości należy mieć na uwadze: dyskopatie, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, zmiany struktury kostnej prowadzące najczęściej do zniekształceń i złamań kręgów (osteoporoza), zespoły bólowe na tle wad rozwojowych kręgosłupa, zmiany pourazowe, różne procesy chorobowe struktur kostnych, zmiany chorobowe układu nerwowego, choroby pochodzenia pozakręgosłupowego, zespoły bólowe czynnościowe, psychogeniczne [1, 2].

Na bóle kręgosłupa cierpi coraz więcej osób, a koszty leczenia choroby stale wzrastają [3]. Rocznie ok. 5% populacji zasięga z tego powodu porad lekarskich w krajach rozwiniętych [4, 5]. Znaczenie tych zespołów wzrasta również z powodu tego, że dotyczą one najczęściej ludzi młodych, aktywnych życiowo i zawodowo, a koszty, jakie ponosi państwo z tytułu nagminnej absencji w pracy i wypłacania zasiłków chorobowych, rehabilitacyjnych i rent zdrowotnych czynią ten problem nie tylko klinicznym, ale również ogólnospołecznym [6]. Bóle mogą pojawiać się bez żadnej uchwytnej przyczyny w każdym odcinku kręgosłupa, ale najczęściej dotyczą odcinka dolnego, na którym zawieszony jest niemal cały ciężar ciała [7]. Najważniejszym czynnikiem ryzyka wpływającym na rozwój i nasilenie bólów kręgosłupa jest ciężka praca fizyczna – dużą rolę odgrywa wy-

¹ Studenckie Koło Naukowe Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

² Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³ Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

konywanie powtarzalnej, monotonnej pracy związanej z podnoszeniem ciężarów, zginaniem i skręcaniem tułowia oraz wibracją [8, 9].

Celem pracy było poznanie stopnia sprawności pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa przed zastosowaniem leczenia operacyjnego.

Material i metoda

Do grupy badawczej zakwalifikowano 58 pacjentów (28 kobiet i 30 mężczyzn), przyjętych do Kliniki i Katedry Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Judasza Collegium Medicum w Bydgoszczy, celem leczenia operacyjnego z powodu różnego pochodzenia zespołów bólowych odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa. Przeważającą grupę osób (41; 70,7%) stanowili chorzy z rozpozną dyskopatią lędźwiową. Za parametry charakteryzujące grupę badaną uznano: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz rodzaj schorzenia (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji

Badana cecha		Liczba badanych	%
Wiek	18–30 lat	2	3,4
	31–50 lat	28	48,3
	51–80 lat	28	48,3
Ogółem		58	100,0
Płeć	kobiety	28	48,3
	mężczyźni	30	51,7
Ogółem		58	100,0
Miejsce zamieszkania	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	18	31,0
	miasto do 100 tys. mieszkańców	24	41,4
	wieś	16	27,6
Ogółem		58	100,0
Wykształcenie	podstawowe	1	1,7
	zawodowe	32	55,2
	średnie	21	36,2
	wyższe	4	6,9
Ogółem		58	100,0
Rodzja schorzenia	dyskopatia lędźwiowa	41	70,7
	dyskopatia szyjna	17	29,3
Ogółem		58	100,0

W badaniu wykorzystano kwestionariusz oceny upośledzenia sprawności funkcjonalnej Oswestry, opisany po raz pierwszy w 1980 roku przez Fairbanka i Coupera [10]. Kwestionariusz zawiera 10 kategorii dotyczących każdej dziedziny życia – intensywność bólu, osobista pielęgnacja, dźwiganie, chodzenie, siedzenie, stanie, spanie, życie seksualne, życie towarzyskie, podróżowanie. W każdej kategorii możliwych jest sześć odpowiedzi (od A do F), każda następną świadcząca o większym stopniu upośledzenia czynnościowego. Uzyskany wynik, nazywamy wskaźnikiem Oswestry (Oswestry Distability Index – ODI), podaje się w jednostkach procentowych – im jest on wyższy, tym większy stopień niesprawności chorego [9]. Klasyfikacja chorych według wskaźnika Oswestry przedstawia się następująco: grupa I: 0–20% – minimalne upośledzenie, grupa II: 21–40% – umiarkowane upośledzenie, grupa III: 41–60% – ciężkie upośledzenie, grupa IV: 61–80% – inwalidztwo, grupa V: 81–100% – pacjent leżący. Pacjenci wypełniali ankietę jeden raz – w dniu przyjęcia do kliniki.

Wyniki

Najliczniej reprezentowaną grupą byli chorzy z bardzo wysokim upośledzeniem sprawności czynnościowej (inwalidztwo – grupa IV) – 29,3% w tej kategorii. Nieco mniej – 27,6% – stanowili pacjenci ze wskaźnikiem ODI na poziomie III, odpowiadającym ciężkiemu upośledzeniu sprawności. Chorych leżących wśród badanej populacji było 12 (20,7%). Upośledzenie sprawności na poziomie średnim stwierdzono u 11 pacjentów (19%), a na poziomie minimalnym tylko u 3,4% badanych. Natomiast ogólny wskaźnik niesprawności ankietowanych wyniósł 58,6%.

W poszczególnych kategoriach kwestionariusza Oswestry uzyskano różne wyniki (tabela 2). Jeśli chodzi o ocenę natężenia bólu to najwięcej respondentów – 21 (36,2%) określiło go jako pojawiający się i ustępujący, ale ostry. Ból umiarkowany i zmieniający się, a także ostry przez cały czas oceniło po 14 osób (24,1%). Jedynie 2 osoby (3,4%) określiło ból jako łagodny i ustępujący, a 1 respondent (1,7%) – jako łagodny, niezmienny. W kategorii drugiej kwestionariusza, dotyczącej czynności z zakresu samoobsługi (osobistej pielęgnacji) najwięcej ankietowanych – 17 osób (29,3%) z powodu odczuwanego bólu nie może wykonać tych czynności bez pomocy innych. Mycie i ubieranie zwiększa ból u 13 osób (22,4%), co skłania ich do zmiany sposobu wykonania tych działań. 12 osób (20,7%) jest w stanie wytrzymać ból podczas ubierania i mycia. Natomiast dźwiganie ciężarów z podłogi jest problemem dla 19 badanych (32,8%); są oni w stanie podnieść lekki, umiarkowany ciężar, jeśli jest umiejscowiony w dogodnym miejscu np. na stole. W części dotyczącej chodzenia, najwięcej respondentów (24,1%) nie może przejść więcej niż 1 kilometr bez nasilającego się bólu. Jeśli chodzi o siedzenie – najliczniejsza grupa ankietowanych (17 z nich – 29,3%) może siedzieć tylko w wygodnym krześle tak długo, jak chce. Z kolei w przypadku stania,

Tabela 2. Odsetek odpowiedzi uzyskanych w poszczególnych kategoriach kwestionariusza

Oceniana kategoria	Możliwe odpowiedzi						Średnia	Odchylenie standardowe
	A	B	C	D	E	F		
Intensywność bólu	3,4	1,7	10,3	24,1	36,2	24,1	3,60	1,213
Osobista pielęgnacja	0,0	12,1	20,7	22,4	29,3	15,5	3,16	1,268
Dźwiganie	0,0	10,3	13,8	24,1	32,8	19,0	3,36	1,238
Chodzenie	3,4	22,4	24,1	17,2	20,7	12,1	2,66	1,433
Siedzenie	0,0	29,3	20,7	25,9	15,5	8,6	2,53	1,301
Stanie	0,0	25,9	27,6	20,7	19,0	6,9	2,53	1,260
Spanie	1,7	36,2	12,1	13,8	27,6	8,6	2,55	1,477
Życie w społeczeństwie	0,0	22,4	19,0	29,3	10,3	19,0	2,84	1,399
Podróżowanie	0,0	13,8	31,0	31,0	10,3	13,8	2,79	1,225
Stopień zmienności bólu	5,2	3,4	10,3	20,7	46,6	13,8	3,41	1,257

najczęściej wybieraną odpowiedzią (16 badanych, 27,6%) była: „nie mogę stać dłużej niż 1 godzinę, ze względu na nasilający się ból”.

Kategoria „spanie” – tu 21 osób (36,2%) najczęściej twierdzi, że ból pojawia się w pozycji leżącej, lecz nie przeszkadza podczas spania. Z kolei życie w społeczeństwie (robienie zakupów, spotkania ze znajomymi itp.) dla większości ankietowanych (17 osób, 29,3%) zostało ograniczone właśnie przez ból (rzadko wychodzą z domu). W kategorii 9 – podróżowanie – najwięcej ankietowanych (31%) określiło, że czuje wyraźny ból podczas podróżowania, co zmusza ich do szukania alternatywnych form przemieszczania się.

Największy odsetek odpowiedzi E i F, świadczących o znacznym ograniczeniu sprawności w zakresie omawianej funkcji, uzyskano w pytaniach dotyczących natężenia bólu (60,3%) oraz podnoszenia ciężarów (51,8%). Natomiast w pytaniu o kierunek zmian w natężeniu dolegliwości bólowych aż 46,6% badanych stwierdziło postępujące nasilenie się bólu kręgosłupa.

Omówienie

Od kilkunastu lat w medycynie poszerza się jej zadania, które nie sprowadzają się wyłącznie do walki z chorobą, ale również obejmują dbałość o pełne, harmonijne i satysfakcjonujące funkcjonowanie człowieka [11]. W przeprowadzonych badaniach wśród pacjentów z zespołem kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego średni wskaźnik niesprawności według kwestionariusza Oswestry, w ocenie własnej pacjentów, wyniósł 58,6%. Wynik ten jest porównywalny z otrzymanymi przez innych autorów – 51% [12], 59% [13] oraz 80% [14]. Przegląd literatury pokazuje także, iż najczęściej chorych przed zabiegiem operacyjnym repre-

zentuje bardzo wysoki stopień niepełnosprawności czynnościowej (61–80% ODI) [9, 12, 13]. Takie same dane uzyskano w badaniach własnych.

Bardzo ważnym czynnikiem oceny stanu funkcjonalnego, w tym stopnia sprawności, jest ból. Chory opisując tę dolegliwość, jest uzależniony od umiejętności kontaktowania się i wykształcenia. Wpływ na ocenę wywierają także czynniki kulturowe i osobiste [15]. Wielu autorów uważa, iż chorzy z większym natężeniem bólów przed operacją rokują gorzej [7]. W prezentowanym materiale większość badanych (36,2%) oceniło ból jako pojawiający się i ustępujący, ale ostry. Taką samą ocenę uzyskano w badaniach Sierpowskiej A. i wsp. [9]. Analizując stopień nasilenia się dolegliwości bólowych w badaniach własnych, stwierdzono u 46,6% pacjentów postępujące zmiany intensywności bólu. W badaniach innych autorów odsetek ten wyniósł 73,3% [9].

Główne zagrożenie dla kręgosłupa podczas wykonywania pracy w pozycji stojącej stanowią podnoszenie i przenoszenie ładunków [16]. W zaprezentowanych wynikach badań, poza omówionymi powyżej zagadnieniami związanymi z bólem, właśnie w pytaniach dotyczących dźwigania ciężarów uzyskano największy odsetek odpowiedzi (32,8%) świadczących o znacznym ograniczeniu sprawności. Na ciężką pracę fizyczną, jako czynnik wpływający na bóle kręgosłupa, wskazują również inni autorzy [4, 7, 9].

Badania własne, jak i dane z literatury wskazały na jeszcze jedną ważną kategorię niepełnosprawności tych chorych, a mianowicie – samoobsługę (osobiste pielęgnowanie). Czynności w tym zakresie stanowiły dla 29,3% badanych istotny problem i uplasowały ich w granicach wysokiego stopnia upośledzenia.

Wnioski

1. U wszystkich badanych stwierdzono upośledzenie sprawności funkcjonalnej.
2. Natężenie bólu u chorych przed zabiegiem operacyjnym oceniono jako bardzo wysokie.
3. Największe ograniczenia sprawności funkcjonalnej odnotowano w zakresie podnoszenia ciężarów oraz czynności samoobsługowych.
4. Postępujące nasilenie się dolegliwości bólowych kręgosłupa stwierdzono u 46,6% badanych, co wskazuje na konieczność ciągłej walki z bólem.
5. Przedstawione wyniki stanowią tylko część danych; istotnym wydaje się być przeprowadzenie weryfikacji danych po leczeniu operacyjnym.

Piśmiennictwo

1. Kiwerski J.: Przyczyny zespołów bólowych kręgosłupa. *Post. Reh.*, 2000, 14, 2, 41–44.
2. Mazur R. (red): *Neurologia kliniczna dla lekarzy i studentów medycyny*. Via Media, Gdańsk 2005.
3. Leboeuf-Yde C., Lauritsen J. M., Lauritzen T.: Why has the search for causes of low back pain largely been nonconclusive? *Spine*, 1997, 22, 877–881.

4. Andersson G. B. J.: The epidemiology of spinal disorders. [W:] Frymoyer J. W. (red.): The Adult Spine. Lippincott-Raven, Philadelphia, New York, 1997, 93–141.
5. Bigos S. J., Battie M. C.: The impact of spinal disorders in industry. [W:] Frymoyer J. W. (red.): The Adult Spine. Lippincott-Raven, Philadelphia, New York, 1997, 151–161.
6. Jarmużek P., Owoc A., Wdowiak L.: Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa jako problem społeczny. III. Czas trwania ostrej fazy a przebieg choroby. Zdr. Publ., 2004, 114, 4, 474–477.
7. Kloc W.: Analiza skuteczności mikrochirurgicznego leczenia lędźwiowych przepuklin jądra miazdżystego. Rozprawa habilitacyjna. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 1998.
8. Demczyszak I., Wrzosem Z., Hagner W.: Występowanie i dynamika objawów depresyjnych u chorych z zespołem bólu przewlekłego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Fizjot. Pol. 2004, 4, 2, 112–116.
9. Sierpowska A., Cywińska-Wasilewska G., Warzecha D.: Ocena sprawności funkcjonalnej chorych z kręgoszmykiem. Post. Reh. 2006, 2, 11–15.
10. Fairbank J. C., Davis J. B., Couper J., O'Brien J. P.: The Oswestry low-back pain disability questionnaire. Physiotherapy, 1980, 66, 271–27.
11. Landowski J., Majkovicz M., Lamparska E.: Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię – wprowadzenie w problematykę. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 1996, 3, 42–50.
12. Czapiga B., Horanin M., Jarmundowicz W., Mierzwa J., Rosińczuk-Tonderys J., Weiner A.: Subiektywna ocena wyników leczenia operacyjnego przepukliny jądra miazdżystego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Pol. Med. Rodz., 2004, 6, 1, 417–421.
13. Mierzejewska E., Szuszkiewicz M., Galusińska E., Szerszą M.: Leczenie zespołów bólowych kręgosłupa w przebiegu osteoporoza metodą przeszczątkowej wertebroplastyki. Annales UMCS, Lublin, 2005, 60, suppl. 16, 7, 133–136.
14. Nowakowska A., Cabaj M., Tobjasz F., Kubaszewski Ł.: Artroplastyka krążka międzykręgowego w części szyjnej i lędźwiowej kręgosłupa. Ort. Traum. Reh., 2004, 6, 3, 254–258.
15. Andersson G. B. J., Deyo R. A.: History and physical examination in patients with herniated lumbar disc. Spine, 1966, 21S: 10–18.
16. Kamińska J., Lin D.: Dolegliwości kręgosłupa, przyczyny i sposoby ochrony. Bezp. Pracy – Nauka i Praktyka, 2000, 4, 16–19.

M. Świderka¹, K. Borawska¹, W. Chilińska¹,
K. Najda¹, S. Zecer¹, A. Gołębowska²

Uzależnienie od Internetu – problem współczesnej młodzieży

Wstęp

Jan Paweł II pisze, że Internet „dostarcza mnóstwo pojęć, lecz nie uczy wartości, a kiedy te ostatnie zostają zaciemnione, same nasze człowieczeństwo ulega pomniejszeniu i człowiek łatwo traci swoją nadprzyrodzoną godność”. Może dobrze służyć celom edukacyjnym, wspierać kulturę dialogu, nie burząc przy tym ustalonego świata wartości. Wybór zawsze należy do nas! [1]

Przez stulecia młody człowiek był wychowywany i kształtowany w układzie wyznaczonym przez triadę: rodzina – szkoła – kościół. Każda z tych instytucji coś nakazywała, czegoś zakazywała, regulowała zatem życie wychowanka, dbając o to, by nie docierała do niego informacja niepożądana czy szkodliwa z punktu widzenia przyjętych ideałów wychowawczych. Dziś, w epoce komputerów, internetu i łatwego dostępu do innych mediów dawny układ został zastąpiony przez nowy, wzbogacony o dodatkowy element, przekształcając się w tetradę: rodzina – media – szkoła – kościół. Usytuowanie mediów na drugim miejscu jest tu w pełni zasadne, gdyż obserwujemy zjawisko systematycznie rosnącego wpływu mediów – zwłaszcza telewizji i internetu – przy jednoczesnej marginalizacji roli pozostałych instytucji wychowawczych, w tym także tej najważniejszej – rodziny [1].

Sposoby wykorzystania Internetu

Dla przeciętnego użytkownika istnieją cztery główne możliwości wykorzystania Internetu. Pierwsza z nich, to tzw. **strony WWW** (World Wide Web). Mają

¹ Studenckie Koło Naukowe Instytutu Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży – opiekun koła

je władze państwowe, urzędy, organizacje, szkoły, uczelnie, a także prywatni użytkownicy. Większość firm zajmujących się usługami internetowymi oferuje możliwość założenia swojej własnej strony WWW. Dzięki temu, przeglądając zasoby sieci możemy się dowiedzieć, jakie są najnowsze rozporządzenia państwowe, zapoznać się z ofertą różnych placówek oświatowych, dokonać zakupów bez wychodzenia z domu, a także poznać zainteresowania i opinie zwykłych ludzi.

Druga możliwość to **poczta elektroniczna** (e-mail). Dzięki niej możemy przesłać wiadomość do dowolnego zakątka świata. I nie jest istotne, czy odbiorca znajduje się w tej chwili dwa domy dalej, czy np. w Stanach Zjednoczonych. Naszą wiadomość powinien otrzymać w ciągu około trzech minut (w godzinach szczytu może to trwać nieco dłużej).

Następne dwie możliwości nie są już tak popularne. Pierwsza z nich to tzw. „**listy dyskusyjne**”. W uproszczeniu polegają one na tym, że wiadomości, które na nie wysyłamy, docierają do wszystkich, którzy do nich należą. Umożliwia to wymianę poglądów i doświadczeń z ogromną rzeszą ludzi, wśród których można często znaleźć wybitnych specjalistów. Listy dyskusyjne są podzielone tematycznie, przy czym wybór tematów jest w zasadzie nieograniczony. Możemy znaleźć takie, które dotyczą informatyki, polityki, edukacji, mody czy nawet wychowania dzieci.

Ostatnia możliwość to tzw. **IRC** (Internet Relay Chat). Łącząc się z serwerem udostępniającym tego rodzaju usługę i używając odpowiedniego oprogramowania, możemy prowadzić swego rodzaju rozmowy na żywo. Wszystko, co piszemy na swoim komputerze, pojawia się na monitorach wszystkich, którzy w tym samym czasie połączyli się z tym samym serwerem. Ostatnio pojawiła się moda na IRC za pośrednictwem WWW, czyli tzw. chat. Każdy z tych sposobów wykorzystania Internetu daje użytkownikowi ogromne możliwości w dziedzinie gromadzenia nowych informacji. Niezaprzeczalnie, zatem Internet ma ogromny wpływ na edukację. Tym większy, że z samym faktem użytkownika komputera podłączonego do sieci jest związana duża ciekawość poznawcza, co istotnie wpływa na możliwości skupienia się na uzyskiwanych informacjach i ich zapamiętywania.

Zagłębiając się w pajęczynę stron WWW możemy znaleźć dokładnie wszystko, co niestety oznacza: nie tylko informacje pozytywne. Jeśli nawet jakieś państwo zabroni umieszczania w Internecie określonych treści, to zakaz ten nie będzie nigdy dotyczył całego świata. W efekcie osoby zainteresowane i tak odnajdą poszukiwane przez siebie informacje.

Tak, więc komputer podłączony do Internetu może być wykorzystywany jako zaawansowana multimedialna pomoc dydaktyczna. Środek o takiej ilości danych i informacji, że wielu ludzi na samą myśl o tym reaguje lękliwie i wycofuje się, z góry zakładając, iż w takim natłoku informacji nie znajdą tego, na czym im zależy lub znajdą informacje niepożądane. Oczywiście niebezpieczeń-

stwa, o jakich wspomniano, są realne, ale wiedza o tym, jak bezpiecznie poruszać się po sieci, może nas od nich uchronić [1].

Nigdy wcześniej człowiek nie miał tak łatwego dostępu do tak wielu danych i takich możliwości komunikowania się. Pociąga to za sobą zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Cała sztuka polega na tym, aby z jednej strony, nie wpaść w ślepy zachwyty, bezkrytycznie przyjmując wszystko, co daje nam ogólnoswiatowa sieć komputerowa, a z drugiej, zauważając pewne niebezpieczeństwa, jakie mogą czyhać na młodego człowieka w zakamarkach Internetu, nie odrzucać go całkowicie jako czegoś złego i niepotrzebnego. Trzeba zastosować zasadę złotego środka – nie bagatelizując zagrożeń, starać się jak najpełniej wykorzystać bogactwo internetowej skarbnicy wiedzy do uatrakcyjnienia i udoskonalenia procesu edukacyjnego.

Uzależnienie – definicja, rodzaje

Uzależnienie – nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji. Rozróżniamy dwa główne typy uzależnień – uzależnienie fizjologiczne i uzależnienie psychiczne [6].

Uzależnienie fizjologiczne zwane też czasem *fizycznym*, to nabyta silna potrzeba stałego zażywania jakiejś substancji odczuwana jako szereg dolegliwości fizycznych (np. bóle, biegunki, uczucie zimna, wymioty, drżenia mięśni, bezsenność). Zaprzestanie jej zażywania (odstawienie) prowadzi do wystąpienia zespołu objawów, które określa się jako zespół abstynencyjny (zespół z odstawienia). Grupa substancji, których nadużywanie prowadzi do uzależnienia fizjologicznego jest niewielka. Najważniejsze z nich to (w nawiasie nazwa choroby polegającej na uzależnieniu od danej substancji):

- Nikotyna (Nikotynizm) – najpowszechniejsze uzależnienie fizjologiczne na świecie;
- Alkohol etylowy (Alkoholizm);
- Narkotyki (np. heroina i morfina);
- Barbiturany (pochodne kwasu barbiturowego) stosowane jako leki nasenne;
- Niektóre steroidy (zwane niesłusznie sterydami) [6].

Uzależnienie psychiczne (ang. *psychological dependence*), znane też jako *psychologiczne*, to nabyta silna potrzeba stałego wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji, której niespełnienie jednak nie prowadzi do poważnych fizjologicznych następstw. Jego cechy to:

- wzrost napędu związanego z poszukiwaniem środka uzależniającego;
- wzrost tolerancji na działanie środka (obniżenie efektu przyjemności, który on dostarcza);
- konsumpcja środka kosztem swojego zdrowia oraz otoczenia;
- osłabienie woli;

- samooszukiwanie się usprawiedliwiający wykonywanie danej czynności (związane z psychologicznymi mechanizmami obronnymi);
- fizyczne wyniszczenie, brak zainteresowania otoczeniem niezwiązanym ze środkiem i jego zdobywaniem;
- wypalenie emocjonalne prowadzące do samobójstwa [6].

Przykłady uzależnień psychicznych:

- nadmierna dbałość o tężyznę fizyczną
- masturbacja
- seks, uzależnienie seksualne
- praca
- kupowanie
- jedzenie
- słodycze
- telewizja
- Internet
- hazard i gry komputerowe [6].

Uzależnienie internetowe

Uzależnienie internetowe, IAD (z angielskiego Internet Addiction Disorder), rodzaj nałogu polegający na ustawicznym spędzaniu czasu na kontaktach z komputerem, a zwłaszcza z siecią Internet, charakteryzujący się wewnętrznym przymusem „bycia w sieci” osoby uzależnionej [3].

Internet staje się w szybkim tempie najbardziej znaczącym medium i jednocześnie najpotężniejszym narzędziem oddziaływania na społeczeństwa. Okazuje się, że od Internetu także można się uzależnić. Za osobę uzależnioną uważa się taką, która korzysta średnio 5 godzin dziennie z Internetu, co powoduje brak czasu dla najbliższych, opuszczenie w nauce, zaniedbanie obowiązków zawodowych, wycofanie się z życia towarzyskiego. Korzystanie ze stron www jest najmniej szkodliwe, bo zawierają one informacje i wiedzę, za to bardziej niepokojące są strony zawierające rzeczywiste kanały dyskusyjne (Internet Real Chat), czy gry, w których anonimowi uczestnicy walczą ze sobą. Uzależnienie od Internetu prowadzić może do głębokich zaburzeń emocjonalnych (obojętność uczuciowa wobec bliskich) i psychicznych (utrata kontaktu z realnym światem), nawet obsesji na punkcie Internetu.

Kontakt ze „światem wirtualnym” daje iluzję zanurzenia w wykreowanym środowisku i oddziaływania na istniejące w nim obiekty. W ten sposób osoba odnosi złudzenie, iż odczuwa i działa realistycznie mimo, że nie dzieje się to w rzeczywistości realnej. W takiej cyberprzestrzeni możliwe jest prawie wszystko – można w niej spotkać wykreowane przez komputer postaci, oglądać komputerowo stworzone krajobrazy, uczestniczyć w fantastycznych wydarzeniach” [4].

Uzależnienie od gier komputerowych

Gry komputerowe – nowoczesna i bardzo atrakcyjna zabawa, rozwijająca wyobraźnię i spostrzegawczość, pozwalająca przeżyć wiele fascynujących przygód. Jednocześnie ta nowoczesna zabawa przeraża ogromnym ładunkiem przemocy i okrucieństwa. Odkąd gry pojawiły się na naszym rynku z roku na rok stają się coraz bardziej powszechną formą spędzania wolnego czasu przez dzieci i młodzież. Badania z 1999 r. pokazują, że około 90% uczniów szkół podstawowych ma stały kontakt z grami, podobnie w szkołach ponadgimnazjalnych [4].

Większość gier jest konstruowana w oparciu o scenariusze pełne przemocy, normą jest zło, agresja, a świat wartości zredukowany jest do minimum. Młody człowiek przestaje wtedy odróżniać fantazję od rzeczywistości. Zasady preferowane w grach komputerowych przenoszone są do świata rzeczywistego. I tak niemoralność, pogarda dla drugiego człowieka, prawo silniejszego wpisują się w normy świata, w którym żyją młodzi ludzie.

Zbyt długie i częste niekontrolowane kontakty z komputerem mogą grozić uzależnieniem, które charakteryzuje się tym, że dziecko coraz więcej czasu spędza przy grach komputerowych, rezygnuje z dotychczasowej aktywności (spotkania z rówieśnikami, nauka, obowiązki domowe...).

Zaprzestanie gry powoduje rozdrażnienie, nawet agresję, drastyczne zmiany nastroju, konfliktowość; granie staje się najważniejszą aktywnością w życiu dziecka.

Objawy uzależnienia internetowego

Objawy uzależnienia internetowego: traktowanie komputera jako środka na łagodzenie stresu, odczuwanie irytacji w sytuacjach innych niż kontakt z komputerem, wydawanie coraz większej ilości pieniędzy na rachunki telefoniczne, podawanie nieprawdziwych danych na pytanie o czas spędzany przy komputerze. Według opinii psychiatrów amerykańskich uzależnieniu internetowemu ulega ponad 20% użytkowników. Przeciętny uzależniony to mężczyzna w wieku około 30 lat, z wyższym wykształceniem, unikający kontaktów z otoczeniem, spędzający w Sieci co najmniej 20 godzin tygodniowo. Interholik zaniedbuje rodzinę, przyjaciół, rezygnuje z rozrywek i przyjemności. Uzależnienie od komputera i Internetu to nowy rodzaj nałogu polegający na ciągłym przebywaniu w towarzystwie komputera, a zwłaszcza sieci Internet. Godziny spędzone online to czas zabrany pracy, nauce czy rodzinie. Uzależnienie od komputera, Internetu to coraz poważniejszy problem społeczny, dotyczący zazwyczaj ludzi samotnych i nie mających stałego zajęcia. Problemem nie jest ilość czasu poświęcona na surfowanie w sieci, lecz utrata kontroli nad czasem i sposobem jej użytkowania. Nie jest to zespół jednorodny i jest on rozmaicie opisywany w literaturze psychologicznej, psychiatrycznej czy prawnej.

U osoby uzależnionej mogą wystąpić zespoły następujących zachowań:

- Erotomania internetowa (cyberseksual addiction) – korzystnie z pornografii, pogawędki o tematyce seksualnej;
- Uzależnienie od związków wirtualnych, socjomania internetowa (cyber-relationship addiction) – jest to uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych, nadmierne zaangażowanie w związki w sieci (wirtualne) poprzez udział w listach dyskusyjnych, IRC-u oraz kontaktach przy pomocy poczty elektronicznej;
- Uzależnienie od komputera (computer addiction) – nie trzeba „być” w Sieci, wystarczy spędzać czas przy komputerze, najczęściej jest to obsesyjne granie w gry sieciowe;
- Przeciążenie informacyjne lub przeładowanie informacjami (information overload) – nałogowe surfowanie w sieci lub przeglądanie baz danych, np. przebywanie w wielu pokojach rozmów jednocześnie lub udział w wielu listach dyskusyjnych;
- Uzależnienie od sieci (net compulsions) – jest bardzo podobne do uzależnienia od komputera, lecz polega na ciągłym pobycie w Internecie (zalogowanie, obserwacja), hazard elektroniczny, udział w aukcjach, kopiowanie filmów i muzyki, przeglądanie i gromadzenie dużych ilości informacji z Internetu, uzupełnianie oprogramowania, hakerstwo itp. Uzależnienie to łączy w sobie wszystkie inne formy IAD.

Skutkami takich zachowań są: osłabienie lub pogorszenie więzi społecznych (rodzina, praca), zaniedbywanie codziennych obowiązków, a nawet higieny osobistej. Pojawiają się problemy emocjonalne, seksualne. Pogarsza się stan zdrowia uzależnionego, u którego mogą wystąpić: zaburzenia koncentracji uwagi i sprawności myślenia, zaburzenia kontroli popędów, pogorszenie wzroku, bóle pleców i kręgosłupa, osłabienie lub zanik mięśni, podatność na infekcje, podrażnienia skóry (efekt jonizacji kurzu przez kineskop monitora), bezsenność czy nadpobudliwość [4].

Proces uzależnienia od Internetu przebiega stopniowo. Według Andrzeja Augustynka trwa on od fazy poznawania i racjonalnego wykorzystywania Sieci (logowanie okazjonalne), przez fazę uzależnienia (potrzeba częstszego korzystania, natręctwa) do fazy destrukcji (ograniczanie lub całkowite zaniedbywanie obowiązków i czynności życiowych). Badania własne przeprowadzone przez A. Augustynka wśród studentów krakowskiej Akademii Górniczo-Hutniczej w latach 2000–2002 wskazują, że im wyższy poziom wiedzy informatycznej, tym rzadsze logowanie się studentów do sieci. Natomiast wzrasta racjonalność użytkowania wiedzy informatycznej i większa sprawność praktyczna. Według Augustynka zagrożeni są szczególnie początkujący młodzi komputerowcy – osoby nie pracujące i nie uczące się, czyli ludzie, dla których internet jest jedyną rozrywką. Podobnie stwierdza Ryszard Poprawa wskazując, że głębokie uwikłanie w internet dotyczy przede wszystkim bardzo młodych ludzi w późnym wieku

dorastania i młodych dorosłych, przy czym według niego to kobiety zdają się być najmocniej uwikłane w komunikację interaktywną [4].

Według Konrada Plucińskiego najbardziej uzależniające są formy korzystania z sieci, będące substytutem kontaktów interpersonalnych: IRC, wirtualne kawiarenki, ICQ. Zauważa on ponadto, że siecioholicy spędzają na takim symulowanym kontakcie z drugim człowiekiem więcej czasu niż ludzie spotykający się z sobą w tradycyjny sposób. Z badań przez siebie przeprowadzonych K. Pluciński wysnuwa wniosek, że osoby uzależnione od korzystania z Internetu charakteryzują się wyższym poziomem neurotyczności. Wskazuje przy tym, że wiele osobistych niedostatków (niedoborów) siecioholików kompensuje sobie traktując Internet jako „protezę” kontaktów międzyludzkich, kreując siebie wyimaginowanym w iluzji świata wirtualnego [2].

Uzależnienie internetowe podlega takiemu samemu leczeniu, jak inne nagości. Uzależnienie internetowe nie należy mylić z użytkowaniem sieci Internet w codziennym życiu, w szczególności z zarobkowaniem za jej pomocą.

W przypadku zespołu abstynencyjnego w miarę upływu godzin stan psychiczny człowieka pogarsza się. Nasilają się lęk i niepokój, któremu może towarzyszyć pobudzenie i drażliwość. Drżą ręce, a czasem całe ciało, wzmagają się potliwość. Zespół abstynencyjny o szczególnie ciężkim przebiegu może przeistoczyć się w majaczenie drżenne (po łacinie *delirium tremens*), zwane kolokwialnie „białą gorączką”, „delirką”. Jest to bardzo poważny stan, w którym zaburzenia pracy mózgu powodują zaburzenia świadomości (chory nie potrafi podać miejsca ani czasu, nie rozpoznaje osób mu towarzyszących), z bardzo silnym pobudzeniem psychomotorycznym i halucynacjami wzrokowymi i słuchowymi, z reguły o bardzo nieprzyjemnych dla chorego treściach. Osoba taka widzi często jakieś zwierzęta (np. szczury, pająki, robactwo), nieobecne osoby, próbuje sięgnąć po nie istniejące przedmioty, wydaje jej się, że jest w innym miejscu, wykazuje dużą aktywność ruchową, a często przejawia olbrzymi lęk (z próbami ucieczki włącznie). Zaburzeniom pracy mózgu towarzyszą zaburzenia ogólnoustrojowe (np. w stężeniu elektrolitów we krwi, czy znaczny wzrost ciśnienia tętniczego krwi). Z tego powodu majaczenie drżenne jest stanem zagrożenia życia [5].

Podsumowanie

Nieświadome korzystanie z wielu usług, jakie daje nam komputer, Internet czy gry komputerowe często przeradza się w chorobliwe uzależnienie, które odcina nas od świata rzeczywistego i izoluje nas od życia w społeczeństwie. Osoba uzależniona nie ma czasu dla najbliższych, zaniedbuje swoje obowiązki oraz wycofuje się z życia towarzyskiego. Często kończy się to nieświadomą degradacją osobowości i utratą kontaktu z realnym światem. Nadmierne korzystanie z komputera niszczy również wzrok i niekorzystnie wpływa na kręgosłup, dochodzi

do osłabienia i zanikania mięśni. W dodatku istnieje zagrożenie popadnięcia w nałogi towarzyszące, poprzez „wspomaganie” wyczerpanego organizmu po długotrwałym pozostawaniu w sieci – sięganie po środki pobudzające.

Piśmiennictwo

1. Morbitzer J.: Świat wartości w Internecie. <http://www.wsp.krakow.pl/konspekt/18/wartosci.html> informacje pobrane dnia 8 marca 2007 r.
2. Pluciński K.: Osobowościowe uwarunkowania uzależnienia od internetu <http://free.polbox.pl/k/konpluc/KUL.htm> informacje pobrane dnia 9 marca 2007 r.
3. Płoski Z.: Słownik Encyklopedyczny – Informatyka. Europa, 1999. <http://g-e-e-k.webpark.pl/Page002+.htm> informacje pobrane dnia 10 marca 2007 r.
4. Smutnicka A.: Nie taki internet straszny? <http://www.kwc.oaza.pl/dokument.php?id=154> informacje pobrane dnia 8 marca 2007 r.
5. Ulik-Jaworska I.: Co z nich wyrośnie. Wirtualny świat dzieci i młodzieży. W Szwed R. red.: Społeczeństwo wirtualne. Społeczeństwo informacyjne. KUL, Lublin 2003, 145–146.
6. Wikipedia. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Uzale%C5%BCnienie> informacje pobrane dnia 9 marca 2007 r.

*Problemy
terapeutyczno-pielęgnacyjne
współczesnej geriatryi*



Agnieszka Ciosek¹

Starość i starzenie się człowieka w aspekcie bio-psycho-społecznym

Starość jest procesem nieuchronnym każdego człowieka. Niesie ona z sobą wiele niepokojów i obaw. Wraz ze starością pojawia się wiele niedomagań fizycznych i psychicznych. Pomimo tych wszystkich niedogodności człowiek powinien sobie radzić ze starością, aby jak najdłużej móc cieszyć się funkcjonowaniem w społeczeństwie.

Życie człowieka zależy w dużej mierze od niego samego. Człowiek sam decyduje o swoich relacjach z bliskimi, o zainteresowaniach, o codziennej aktywności, o potrzebach niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania. Szybkość i stopień starzenia się zależą od stylu życia, warunków społecznych, indywidualnych właściwości człowieka, jego charakteru, zdrowia, przygotowania fizycznego i psychicznego, nawyków i przyzwyczajzeń. Indywidualność ludzkiego życia powoduje, że każdy z nas starzeje się w inny, indywidualny sposób. Aktywne życie z pozytywną postawą wobec dnia codziennego pozwala łagodniej i przyjemniej przeżywać swą starość [1, 2, 3].

Dzisiejszy świat nastawiony jest na czerpanie nieustających korzyści. Często zdarza się, że starsze osoby nie stanowią już o mądrości, wiedzy czy doświadczeniu. Ludzie młodzi nie są przychylni ludziom starszym, nie liczą się z ich potrzebami. Często więc w ten sposób sami skazują siebie na podobne traktowanie w przyszłości. Ludzie starsi wydają się tą grupą społeczną, która dla wielu z nas przedstawia się jako niepotrzebna i bezużyteczna, czasem wręcz uciążliwa. Żyjemy w ciągłym pośpiechu i stresie, jesteśmy skoncentrowani na samych sobie. Po drodze gubimy wartości wypracowane przez nasze pokolenia. Stajemy się materialistami, z którymi coraz trudniej żyć. Nasze potrzeby wydają się coraz większe i najważniejsze. Potrzeby ludzi starszych nie są dla nas tak istotne, jak być powinny. Starość bowiem osiągnie każdego z nas. Niesie za sobą wiele strat, ale także może stać się źródłem zadowolenia i satysfakcji życiowej [1, 4].

¹ Pielęgniarstwo, II rok USM Semestr II, UMK CM Bydgoszcz

Osiągnięcia naukowe spowodowały, że poznano dość dokładnie czynniki, które determinują proces starzenia. Dochodzi również do zasadniczych przeobrażeń w świadomości społecznej ludzi na temat możliwości osób w starszym wieku. Obecnie sami starsi zaczęli zmieniać własne poglądy na temat starości, stawiając sobie coraz wyższe wymagania i spełniając je, udowadniają sobie i innym, że starość nie musi polegać na całkowitym pogodzeniu się z naturą, że dalej można kierować własnym życiem, rozwojem i dążyć do wartości, które nadają sens ludzkiemu życiu.

Starzenie się to nie choroba. W ocenie procesu starzenia się osób w podeszłym wieku, oprócz wieku kalendarzowego, należy wziąć pod uwagę wiek biologiczny, stan psychiczny, sytuację społeczną. Pozytywne nastawienie psychiczne do własnej starości jest bardzo ważne w procesie starzenia się organizmu. Również potrzeby człowieka starszego są istotnym elementem zrozumienia w społeczeństwie. Zmiany zachodzące podczas procesu starzenia należy oceniać porównując je z cechami i wydolnością danej osoby w poprzednich okresach życia. W dzisiejszych czasach często pojęcie człowiek stary pojmowane jest niezbyt przychylnie; to człowiek o niekorzystnym wyglądzie, bezwartościowy, przeszkadzający, pozostający w tyle.

Gerontolodzy uważają, że tyle jest dróg starzenia się i stylów przeżywania starości, ile osób w starzejącym się społeczeństwie. Niemożliwe jest opracowanie recepty na pomyślne starzenie się. Dopiero poznanie indywidualnych losów ludzkich pozwala na przedstawienie i poznanie procesu starzenia się i związku z dotychczasowym sposobem życia w dzieciństwie i młodości [1, 4, 5].

1. Definicje starości

„Starzenie się to naturalny proces zmniejszania się biologicznej aktywności organizmu wraz z wiekiem, w czym ważną rolę odgrywa czynnik genetyczny, który m.in. warunkuje długość życia” [6].

W procesie starzenia się organizmu ludzkiego obawy budzi nieunikniony spadek produktywności i sprawności na każdym poziomie funkcjonowania komórkowego, tkankowego, narządowego oraz układowego. Istnieje wiele teorii starzenia się, które wzajemnie się uzupełniają. Wraz z upływem lat w organizmie dochodzi do nieodwracalnych zmian w wyglądzie i wydolności psychofizycznej człowieka, które często przez społeczeństwo nie jest akceptowane. Paul B. Baltes [7] w swoich wieloletnich badaniach nad starością doszedł do wniosku, iż „starsi ludzie różnią się w co najmniej takim samym stopniu jak młodzi” dlatego niezwykle ważne jest wprowadzenie podziału „starości” na dwie fazy, które sam określił mianem trzeciego i czwartego wieku. Wiek trzeci stanowi wczesną fazę starości, w której każdy człowiek starzeje się w sposób indywidualny, zależny od swojego życia w kręgu rodzinnym, społecznym, zawodowym. Dlatego

błędem jest hierarchizowanie wszystkich ludzi w tym wieku przypisując im jedno stanowisko. Dopiero lata następujące po 75–80 roku życia, kiedy to następuje wkroczenie w wiek czwarty zrównuje wszystkich ze sobą i aż do śmierci deindywidualizuje ludzi starych. J. Piotrowski [7] różnicuje starości na chronologiczną i funkcjonalną. Zgodnie z definicją chronologiczną za człowieka starszego uważa się człowieka, który przekroczył konwencjonalnie ustalony wiek 60–65 lat. Ta definicja „starości” o człowieku, jako jednostce, praktycznie nie mówi nic, ale wykorzystywane jest przy określeniu wieku emerytalnego.

Według B. Szatur Jaworskiej [8] należy uwzględnić sześć kategorii wieku, tj.: wiek biologiczny, kalendarzowy, psychologiczny, społeczny, ekonomiczny oraz socjalny.

Wiek biologiczny określa ogólną sprawność i żywotność organizmu człowieka i jest bardzo zindywidualizowany. Charakterystycznymi cechami dla tego wieku są takie biologiczne procesy starzenia się, jak: histereza plazmy komórkowej, zmniejszanie się wody w organizmie, nagromadzenie się w różnorodnych tkankach złogów oraz postępujący zanik zdolności komórek do ich podziału.

Wiek kalendarzowy (chronologiczny) jest to liczba przeżytych lat. Według WHO: 60–75 lat to wiek podeszły; 75–90 wiek starczy; powyżej 90 lat wiek sędziwy. Osiągnięcie 65 lat przez kobiety, jak i przez mężczyzn określane jest mianem zapoczątkowania starości.

Wiek psychologiczny określanym jest na podstawie starzenia się funkcji intelektualnych człowieka, funkcjonowaniu niektórych zmysłów, zmian osobowości, sprawności psychomotorycznej.

Wiek społeczny określanym jest na podstawie pełnionych przez człowieka ról społecznych, która w poszczególnych fazach życia zmienia swój charakter, zakres. Symptodem starzenia się wieku społecznego jest zanik, ograniczenie i pojawienie się odmiennych ról.

Wiek ekonomiczny dotyczy miejsca człowieka w społecznym podziale pracy, gdzie następuje klasyfikacja ludzi będących w tzw. wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym. Człowieka starszego w sensie ekonomicznym zalicza się do wieku poprodukcyjnego.

Wiek socjalny ustala się na podstawie analizy aktów prawnych związanych z właściwymi dla wieku podeszłego świadczeniami socjalnymi. Jest to okres otrzymania praw do świadczeń emerytalno-rentowych, gdzie starość socjalną kobiety osiąga w wieku 60 lat, a mężczyźni 65 [7, 8, 9].

Definicja funkcjonalna opiera się na istotnych zmianach u człowieka w tym wieku w zakresie zdolności do pełnienia określonych ról społecznych, wykonywania prac zawodowych w porównaniu z młodszym pokoleniem.

Pragnienie nieśmiertelności i tęsknota za wieczną młodością, a równocześnie świadomość nieuchronności procesów starzenia i śmierci pasjonowały ludzi od zarania dziejów. Organizm w trakcie rozwoju osobniczego podlega ciągłym zmianom, których przejawem jest wzrost, rozwój, dojrzewanie oraz starzenie się.

Starzenie się to fizjologiczny proces pojawiający się wraz z wiekiem, polegający na stałym zmniejszaniu się aktywności biologicznej organizmu, co przejawia się w mniejszej zdolności do regeneracji i adaptacji do nowych, czasem trudnych warunków.

Starzenie się oznacza całość procesów destrukcyjnych, które w efekcie prowadzą do zwiększania się prawdopodobieństwa śmierci [6, 7, 8].

2. Przyczyny starzenia się organizmu

Starzenie się to również zanik zdolności organizmu do adaptacji i utrzymania homeostazy po zakończeniu procesu rozrodczego. Charakterystyczne objawy starzenia to: utrata masy mięśni i kości; zmniejszenie elastyczności skóry; pogorszenie ostrości wzroku i słuchu; wydłużony czas reakcji.

Starzenie się żywego organizmu określa się jako powolne, nieodwracalne zmiany koloidalnej struktury materii. Wyrazem tych zmian są procesy degeneracyjne powodujące osłabienie zdolności funkcjonalnych wszystkich części ciała, na wszystkich poziomach organizacji biologicznej organizmu, począwszy od cząsteczek aż do narządów ciała. Objawem tych zaburzeń są zmiany czynności wszystkich układów ustroju, takich jak układ nerwowy, hormonalny, krążenia, oddychania [4, 6].

Pragnienie nieśmiertelności i tęsknota za wieczną młodością, a równocześnie świadomość nieuchronności procesów starzenia i śmierci, pasjonowały ludzi od zarania dziejów. Organizm w trakcie rozwoju osobniczego podlega ciągłym zmianom, których przejawem jest wzrost, rozwój, dojrzewanie oraz starzenie się.

Starość wg Piotrowskiego [7] jest przede wszystkim kategorią społeczną, a nie biologiczną, gdyż można być starym w pełnieniu jednej roli, a młodym w pełnieniu innej.

Starzenie się, starość, wiek starczy są określeniami współzależnymi osób w podeszłym wieku. Najczęściej spotykanym określeniem „starości” w literaturze psychogerontologicznej jest etap bądź stan w życiu człowieka, a „starzenie się” to wieloletni i wieloetapowy proces.

Dla zrozumienia starości, starzenia się jest próba określenia wieku jednostki. Różne dyscypliny naukowe używają w tym celu swoistych dla siebie, różnicujących wskaźników człowieka, funkcjonowaniu niektórych zmysłów zmian osobowości, sprawności psychomotorycznej.

H. Wollon [10] twierdzi, że starzenie się jest okresem przejściowym pełnej dojrzałości człowieka, a starością, wg niego jest kryzys, podczas którego dochodzi do zaburzenia dotychczas działającego porządku po to, by umożliwić transformację własnego „ja”.

Starość jest ostatnim stadium rozwojowym człowieka, w którym ego uzyskuje status jednej z dwóch swoich postaci: integralności bądź rozpacz. Warunkiem

dla osiągnięcia pełnej integralności jest pozytywne rozstrzygnięcie istniejących konfliktów z okresu wcześniejszego.

Dokładne określenie zakresu znaczeniowego „starości” jest niezwykle trudne ze względu na jej zróżnicowanie i indywidualne potrzeby jednostki. Większość analiz tego pojęcia sprowadza się do stwierdzenia, że starość to ostatnia faza życia człowieka, której początek zależy od indywidualnej jednostki ludzkiej, a końcem jest śmierć człowieka, przed którą nie ma ucieczki.

W „Baśni zimowej” Ryszard Przybylski [11] podzielił się własnymi spostrzeżeniami, dotyczącymi sposobu doświadczania ostatniego okresu człowieka: „starość jest więc okresem żałostnego tułactwa umysłu między znużeniem i aktywnością. To czas chorobliwych wzlotów i gwałtownych upadków. Tylko nieliczni starcy raz wzleciawszy w niebo, szybują długo na wysokościach niby radosne jaskółki. Większość doświadcza bolesnych zapaści, co nie oznacza wcale iż nie próbuje podnieść się z prochu. Bliżej nie wiadomo dlaczego, ale niektórzy starcy nie chcą się czołgać po kurzu”.

Starzenie się organizmu określa się jako powolne, nieodwracalne zmiany koloidalnej struktury materii. Wyrazem tych zmian są procesy degeneracyjne powodujące osłabienie zdolności funkcjonalnych wszystkich części ciała, na wszystkich poziomach organizacji biologicznej organizmu, począwszy od cząsteczek aż do narządów ciała. Objawem tych zaburzeń są zmiany czynności wszystkich układów ustroju, takich jak układ nerwowy, hormonalny, krążenia, oddychania.

O szybkości i tempie starzenia się decyduje w dużej mierze czynnik genetyczny, determinujący długość życia. Na szybkość starzenia się mają również wpływ czynniki zewnętrzne: przebyte choroby, urazy, nieprawidłowe odżywianie się, niewłaściwy tryb życia, mieszkanie na terenach ekologicznie zniszczonych, praca w szkodliwych warunkach (górnictwo, hutnictwo itp.).

Czynnikami hamującymi proces starzenia się są: aktywny fizycznie i psychicznie tryb życia, prawidłowa dieta, wystrzeganie się nałogów.

W procesie starzenia się mają miejsce trzy główne mechanizmy:

- 1) komórki nie namnażające się ulegają uszkodzeniu i obumarciu (dotyczy to głównie komórek nerwowych),
- 2) komórki rozmnażające się charakteryzują się znacznie mniejszą aktywnością biologiczną i nieprawidłowościami w funkcjonowaniu (przykładem mogą być komórki odpowiedzialne za odporność organizmu, z czym wiąże się znacznie większa częstość zachorowań na choroby zakaźne, autoalergiczne, nowotworowe),
- 3) zmiany w strukturze substancji międzykomórkowej, np. kolagenu tkanki łącznej, co objawia się m.in. zmarszczkami, wiotką i cienką skórą [6].

Głównym celem pracy w geriatricznym jest przywrócenie chorego w lepszym stanie funkcjonalnym do własnego środowiska. Teorie wyjaśniające źródła i przyczyny starzenia się organizmu: teorie genetyczne, niegenetyczne i fizjologiczne [6, 7].

Teorie genetyczne upatrują źródło przyczyn starzenia się organizmu w uszkodzeniach materiału genetycznego.

Niegenetyczne koncepcje starzenia się postulują, iż przyczyną tego procesu jest nagromadzenie substancji szkodliwych dla organizmu, które w dawkach, w jakich występują, przyczyniają się do rozpadu organizmu.

Teorie fizjologiczne sugerują, że starzenie się jest wynikiem degeneracji systemów fizjologicznych (immunologicznego, endokrynnego).

Inne teorie: teoria wolnych rodników uszkadzających komórki; działanie promieniowania kosmicznego prowadzi do mutacji genów i chromosomów; starzenie się kolagenu; zaburzenia i zmiany inwolucyjne w CUN; niekorzystny wpływ środowiska i stylu życia; nagromadzenie nieprawidłowych białek; utrata komórek do podziału i odnowy.

Sposoby na spowolnienie procesu starzenia: ograniczenie kaloryczne, antyoksydanty, DHEA i inne terapie zastępcze, opóźnione potomstwo [6].

Starzenie się to również zanik zdolności organizmu do adaptacji i utrzymania homeostazy po zakończeniu procesu rozrodczego. Charakterystyczne objawy starzenia to: utrata masy mięśni i kości; zmniejszenie elastyczności skóry; pogorszenie ostrości wzroku i słuchu; wydłużony czas reakcji [1, 6].

Starzenie się żywego organizmu określa się jako powolne, nieodwracalne zmiany koloidalnej struktury materii. Wyrazem tych zmian są procesy degeneracyjne powodujące osłabienie zdolności funkcjonalnych wszystkich części ciała, na wszystkich poziomach organizacji biologicznej organizmu, począwszy od cząsteczek aż do narządów ciała. Objawem tych zaburzeń są zmiany czynności wszystkich układów ustroju, takich jak układ nerwowy, hormonalny, krążenia, oddychania.

Pragnienie nieśmiertelności i tęsknota za wieczną młodością, a równocześnie świadomość nieuchronności procesów starzenia i śmierci, pasjonowały ludzi od zarania dziejów. Organizm w trakcie rozwoju osobniczego podlega ciągłym zmianom, których przejawem jest wzrost, rozwój, dojrzewanie oraz starzenie się.

Dłuższe niż przed laty życie człowieka, przy jednoczesnej poprawie jego kondycji fizycznej i równoległym wprowadzaniu wielu udogodnień w wyposażeniu mieszkania uniezależnił część osób starszych wiekiem od pomocy innych. Z drugiej jednak strony starzenie się ludności stanowi ogromne wyzwanie dotyczące opieki nad osobami starszymi, które zgodnie z fizjologią ulegają nieodwracalnej degradacji. Niesienie pomocy rodzi wiele problemów natury emocjonalnej i dotyczy zarówno osoby starszej, jak i rodziny czy opiekunów. Wynika to często z przeciążenia osób opiekujących się, trudnościami w organizacji opieki, ale także z niechęci czy brakiem akceptacji osoby, której należy pomagać i która potrzebuje tej pomocy, a na to wszystko mają wpływ cztery style życia charakterystyczne dla indywidualnej jednostki [12].

Styl życia zależy od indywidualnych cech człowieka, jego potrzeb, prezentowanych wartości, a także od stanu zdrowia, obecności bądź braku współmał-

żonka, przyjaciół. znajomych, rodziny, miejsca zamieszkania, sytuacji finansowej i zdrowotnej.

Styl całkowicie bierny charakteryzuje osoby pozostające w mieszkaniu, wycofujące się z życia towarzyskiego, rodzinnego, zamykające się w sobie, reprezentujące postawę zniechęcenia. Styl ten wynika często z choroby, z trudności w pokonywaniu barier architektonicznych, a także z bariery psychicznej, z niechęci do wysiłku i z przekonania, że pozostanie w domu zapewnia najlepsze poczucie bezpieczeństwa. Takiej postawie starszej osobie może zapobiec rodzina, krąg przyjaciół, którzy będą wspierać i pomagać w otwieraniu się na świat [13].

Styl rodziny charakteryzuje się rozszerzoną rolą babci i dziadka, polegającą często na opiece nad wnukami, która częściowo lub nawet całkowicie zastępuje ich rodziców w czasie pracy, choroby, rekonwalescencji. Rola ta często zastępuje dziadkom inne formy aktywności w życiu. Dziadkowie obok rodziców wprowadzają dzieci w społeczeństwo, uczą miłości, szacunku dla rodziców i osób starszych, opowiadają historie rodziny, środowiska lokalnego, a bawiąc się z wnukami uczą wygrywać i przegrywać, uczą zasad uczciwej gry. Przekazując historię rodziny, środowiska i ojczyzny budują w młodym człowieku postawę obywatela i patrioty. Dzieci, które często przebywają ze swoimi dziadkami doceniają ich trud i cierpliwość. Dziadkowie są dla nich ważni nie tylko jako opiekunowie, ale jako partnerzy w rozmowie, stanowią źródło wsparcia, mądrości i bezinteresownej miłości.

Styl ten dla samych dziadków, jako osób w podeszłym wieku jest wielkim wyzwaniem, ale również stanowi źródło nowych doświadczeń, nowej wiedzy w celu lepszego zrozumienia młodego pokolenia [6, 13].

Kolejny styl życia osób w podeszłym wieku to aktywność w stowarzyszeniu społecznym, praca społeczna, wolontariat. Ta dziedzina aktywności uważana jest za szczególnie ważną i wartościową. Ludzie starsi tworzą liczne stowarzyszenia, grupy wsparcia, uczestniczą w ruchach religijnych, pielgrzymkach, podróżują, odwiedzają miasta swojej przeszłości. Styl ten cechuje osoby, które chętnie udzielają się w życiu społeczności lokalnej, które niosą pomoc osobą, które są słabsze, które są chore, które potrzebują pomocy.

Styl democentryczny stanowi pogranicze stylu aktywnego i biernego. Osoby starsze korzystają ze środków masowego przekazu, głównie z emisji telewizyjnych i audycji radiowych. Czytają książki, przyjmują przyjaciół, członków rodziny, hodują kwiaty, chodzą na spacer. W przypadku wdowieństwa lub samotności powyższe czynności nie wypełniają całego wolnego czasu, pojawia się potrzeba dalszego wyjścia poza dom, wyjścia do ludzi, nawiązania lub odświeżenia kontaktów rodzinnych, towarzyskich [14, 15, 16].

Mówiąc o starości należy wspomnieć o aspektach starzenia się, do których należy przede wszystkim aspekty biologiczny, psychologiczny oraz społeczny.

W procesie biologicznym bierze się pod uwagę procesy inwolucyjne, a nie fakt upływu czasu trwania organizmu. Według N. Wolańskiego [17] „procesy

kataboliczne przeważają u człowieka starszego nad anabolicznymi. Cały organizm wykazuje już zmiany regresyjne, bowiem nie tylko że nie odbudowuje swoich tkanek w tempie równym ich niszczeniu, lecz że nie nadąża za procesami ich odnowy i regeneracji". Starzenie biologiczne ma zatem swoje podstawy w genetyce.

Można wyróżnić podstawowe biologiczne przyczyny starzenia się osobniczego:

- starzenie się to stopniowy rozwijający się, zaprogramowany proces ilościowych zmian odbywających się w aparacie genetycznym, kontrolowany przez geny, podobnie jak inne fazy.
- proces starzenia się pozostaje uruchomiony przez zaburzenia bądź uszkodzenie aparatu genetycznego, w wyniku którego stopniowo zwiększa się liczba „błędów” bądź „uchyleń” programu, co jest zdeterminowane różnorodnymi czynnikami, np. substancjami metabolicznymi [17, 18].

Czas biologicznego starzenia się nie upływa dla każdego człowieka w takim samym momencie, w taki sam sposób. Warunkują go geny, sposób odżywiania się, sytuacja finansowa, stan zdrowia, skłonność do stresów i urazów czy brak aktywności fizycznej. Należy także wspomnieć o zależności czasu starzenia biologicznego od czynników zewnętrznych, tj. przyrodniczych, społeczno-ekonomicznych, kulturowych. Czynnikiem hamującym tempo tego procesu jest aktywność fizyczna i umysłowa.

Wszystkie cywilizacje przez stulecia fascynowała tajemnica procesu starzenia się. W zależności od roli i znaczenia, jakie w danej społeczności odgrywali ludzie starsi, objawy starzenia się albo przyjmowano z radością, albo z niepokojem oczekiwano na ich pojawienie się. Niezależnie od podejmowanych działań, aby pozostać młodym człowiekiem, starzenie się i szkodliwe działania środowiska odbijają się na naszym organizmie. Powszechnie uważa się, że w procesie starzenia się zmiany zachodzą na poziomie tkanek, jąder komórkowych, jak i samych komórkach [7].

Szybkość starzenia się jest niewątpliwie uwarunkowana genetycznie i ulega jedynie modyfikacją poprzez wychowanie, styl życia czy też środowisko. Najbardziej widocznym efektem starzenia się są zmiany w wyglądzie, zachowaniu oraz czynnościach organizmu.

O naszym wieku świadczy między innymi wygląd skóry, która zaczyna się marszczyć, siwiejące włosy, które stają się słabsze, cieńsze, wolniej rosną, zmiany sylwetki ciała, sposób stania, poruszania się. Dochodzi do spowolnienia ruchów, gorszej sprawności ruchowej i manualnej. U osób w podeszłym wieku można dostrzec pogorszenie się metabolizmu, zmniejszenie apetytu, zmniejszenie tkanki mięśniowej, a przyrost tkanki tłuszczowej, osłabienie zmysłu węchu, smaku, słuchu, czucia.

Wraz z wiekiem dochodzi do zmian zdolności umysłowej, co powoduje osłabienie pamięci świeżej, występują trudności w zrozumieniu nowych pojęć, a na

uka nowych rzeczy wymaga zwiększonego wysiłku i woli oraz pochłania znacznie więcej czasu niż w okresie młodości [19].

Starość jest pełna sprzeczności, z jednej strony wiąże się z powagą siwych włosów, z drugiej rośnie dystans i luz. Kiedy zawodzi pamięć świeża, wzrasta precyzja wspomnień z odległej przeszłości. Upośledzeniu sprawności intelektualnej przeciwstawia się zdolność refleksji, uogólnienia i błyskotliwości osób starszych. Przejaw skąpstwa i egoizmu przeplata się z hojnością i bezinteresowną miłością.

Paradoksem życia jest fakt, że kto walczy ze starością szybciej się starzeje, kto ją zaakceptuje zdaje się być młodszym, a śmierć przychodzi wówczas, gdy człowiek już wie, jak należy żyć, kiedy osiąga najwyższy poziom swego doświadczenia życiowego. Od chwili poczęcia poprzez dojrzewanie, rozmnażanie się, starzenie się i śmierć wszystko przebiega obok siebie w niemalże idealnej jedności, tworzącej cykl rozwojowy całego ustroju. W tym ujęciu starość byłaby okresem, w którym większość planów życia została zrealizowana, a wskazówka zegara genetycznego zatrzymać się może na ostatniej już godzinie. W ciągu całego życia nosimy i przekazujemy następnemu pokoleniu doświadczenia naszych dziadków, którzy sami otrzymywali wskazówki od swoich przodków [1, 4].

Postęp medycyny przedłużył życie ludzkie, a samo przedłużenie nie może być uznawane za postęp, jeżeli równoległe nie idzie za tym poprawa jego jakości. Pod względem biologicznym jesteśmy coraz bardziej młodzi, ale społecznie starzejemy się znacznie szybciej [7, 19, 20, 21].

Starzenie się w aspekcie psychologicznym polega na śledzeniu zmian zachodzących z wiekiem w zakresie zdolności psychomotorycznej, uczenia się i zapamiętywania, myślenia i umiejętności rozwiązywania problemów dnia codziennego, motywacji i emocji. Jest to kolejny etap w życiu człowieka, nowy etap rozwoju z innymi niż poprzednio zadaniami. Należy zrozumieć, że jest to etap zmiany z możliwości typu zewnętrznego na wewnętrzne. Możliwości zewnętrzne z czasem słabną, tak jak siła fizyczna czy sprawność psychiczna, a ograniczenie ich może wydać się człowiekowi tak ważne, że nie pozwoli zauważyć mu na pojawienie się nowych możliwości, które przychodzą dopiero z wiekiem umiejętność zachowywania dystansu, doświadczeniem życiowym, rozważą, głębockością sądów. Obserwując ludzi w życiu codziennym można z łatwością zauważyć zarówno młodych starców, jak i osoby w wieku bardzo zaawansowanym charakteryzujące się młodzieńczym usposobieniem [22, 23].

Aspekt społeczny starości ujmuje w kategorii pozycji społecznej osoby nie pracującej zawodowo, utrzymującej się z wypracowanej renty, czy też emerytury, potrzebujący pomocy, mający niższy prestiż społeczny. W polityce społecznej ludzie starsi to kategoria osób otoczonych opieką państwa, korzystających z różnych ulg i świadczeń socjalnych. Istotną oznaką aspektu społecznego starzenia się jest systematyczne zmniejszanie się zakresu interakcji społecznych, gdyż część

osób starszych jest aktywna i związana ze światem, chociaż czasami odczuwa brak sił, część natomiast wycofuje się, a nawet unika wszelkiej aktywności, a wycofanie się wyłącznie procesem negatywnym [24].

Nawet najbardziej prawidłowe starzenie się w miarę upływu lat ogranicza sprawność starego człowieka i jego zdolność do samodzielnego życia [25].

Piśmiennictwo

1. J. Gęborek, Aktywność życiowa osób starszych [w:] Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, t. 1, red. E. Krajewska-Kulać, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk, Białystok 2004.
2. K. Szczerbińska, Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym [w:] Zdrowie publiczne, t. 2, red. A. Czupryna, S. Piździejch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, Kraków 2000.
3. J. Łopatyński, Zdrowie publiczne, t. 102, nr 1, s. 8–9.
4. Schiefele, Staudt, Dach: Pielęgniarstwo geriatryczne, Wrocław 1998, Urban & Partner, Wyd. Medyczne.
5. Porzych K., Kędziora-Kornatowska K., Polak A., Parzych M.: Psychologiczne aspekty starzenia się i starości, Gerontologia Polska 2004.
6. Coni N., Davisom W., Webster S.: Starzenie się, PWN, Warszawa 1994.
7. Czerniawska O.: Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii, Wyd. WSHE, Łódź 2002.
8. Syrek E., Jakość życia w chorobie, Oficyna Wydawnicza, Impuls, Kraków 2001.
9. Aulerytner J., Polska polityka społeczna ciągłości i zmian, Warszawa 2004.
10. Bańka A., Derbis R. (red.): Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia, Poznań – Częstochowa: UAM, WSP 1994.
11. Synak B. (red.): Polska starość, wyd. UG, Gdańsk 2002.
12. Dyga-Konarska M.: Jakość życia w naukach społecznych i medycznych, standardy medyczne, 2000.
13. Trafiałek E.: Polska starość w dobie przemian, Katowice 2003.
14. Czerniawska O.: Style życia w starości, wyd. WSHE, Łódź 1998.
15. Tobiasz-Adamczyk B.: Jakość życia w naukach społecznych i medycznych, Sztuka leczenia, Kraków 1996.
16. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Wyd. UJ, Kraków 2000.
17. Franks H., Starzec się wolniej, Diogenes, Warszawa 1998.
18. Borzyszkowska R.: Potoczne obrazy starości, Gerontologia Polska 2001.
19. Olszewski H.: Aktywność ruchowa w życiu osób starzejących się – badania z perspektywy kompetencji kulturowej, Przegląd Psychologiczny nr 4, 1999.
20. Garrett G.: Potrzeby zdrowotne ludzi starych, PZWL, Warszawa 1990.
21. Parlak D.: Subiektywny wymiar starzenia się i starości, Gerontologia Polska 2001.
22. Bromley D. B.: Psychologia starzenia się, PWN, Warszawa 1969.

23. Pitt B.: Psychogeriatrya, Warszawa 1986.
24. Synak B.: Człowiek stary i rodzina: Aspekty teoretyczne i praktyczne, Problemy rodziny 1992, nr 1.
25. Pędich W.: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej pod red. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., Via Medica, Gdańsk 2006.

Anna Matynia¹, Katarzyna Porzych², Marcin Porzych³,
Kornelia Kędziora-Kornatowska², Jadwiga Motyl², Anna Polak²

Zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym

Wstęp

Starzenie się społeczeństw jest powszechnym zjawiskiem we współczesnym świecie. Polega ono na systematycznym wzroście odsetka ludzi starych w ogólnej liczbie ludności. Ze zjawiskiem tym spotykamy się również w Polsce. Dlatego wzrasta zapotrzebowanie na różne formy opieki geriatrycznej w naszym kraju.

Starzenie się organizmów, w tym także człowieka, jest zjawiskiem złożonym i ciągle nie do końca wyjaśnionym, pomimo licznych i dogłębnych dociekań naukowych. Wiadomo, że niezależnie od przyczyny jest złożonym procesem fizjologicznym, zachodzącym w organizmie każdego człowieka. Specyfikę starzenia kształtują ustrojowe procesy biologiczne, zmiany występujące w psychice, jak również uwarunkowania w pełnionych rolach społecznych. Uogólniając, jakość starzenia i długość życia człowieka zależne są od czynników genetycznych i środowiskowych, od środowiska naturalnego, jak i indywidualnego stylu i filozofii życia człowieka. Nawet w przypadku niekorzystnych uwarunkowań genetycznych można wpływać na jakość i długość starości. Styl życia, rozwój intelektu, aktywność fizyczna, sposób odżywiania oraz wiele innych czynników decydują o tym, jaki kształt przybiera ostatni okres życia człowieka.

Starość jawi się często jako najtrudniejszy etap życia. Osoby w podeszłym wieku obarczone są zazwyczaj licznymi schorzeniami, o przewlekłym charakterze, które w mniejszym lub większym stopniu upośledzają sprawność fizyczną, intelektualną, bądź społeczną. Prowadzi to często do konieczności korzystania z pomocy innych osób w zakresie potrzeb bytowych, opieki i pielęgnacji. Taką starość, najpowszechniejszą, nazwano starością patologiczną. Obok niej istnieje starość fizjologiczna (pożądana), w przebiegu której starzenie następuje według indywidualnych uwarunkowań genetycznych, bez schorzeń, z zachowaniem sprawności do końca życia.

¹ Studenckie Koło Geriatryczne

² Katedra i Klinika Geriatrii CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu

³ Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Starość nie musi, zgodnie z powszechnymi stereotypami, wiązać się z chorobą czy niedostatkiem. Na swoją starość człowiek pracuje od najmłodszych lat, dbając o zdrowie, zabezpieczenie materialne, a także poprzez troskę o najbliższych, wymagających pomocy i wsparcia. Na obraz starości składa się całe życie osobnicze: od poczęcia, poprzez rozwój, dojrzewanie, dorosłość, dojrzałość, po okres późnej dorosłości.

Istnieje szereg dróg, które prowadzą do tzw. „dobrej starości”. Styl życia człowieka, czynniki środowiskowe, psychospołeczne, które wpływają na kierunek procesu starzenia, podlegają modyfikacjom, dzięki czemu proces starzenia możemy opóźnić lub skierować na bardziej pożądaną tor. Ważną rolę w tego typu działaniach odgrywa edukacja zdrowotna, której głównym celem powinno być m.in. kształtowanie zachowań prozdrowotnych oraz zapewnienie osobom starszym życia wolnego od chorób i niepełnosprawności. Nieocenioną rolę w zapobieganiu zniechęceniu starczemu, przedwczesnemu i patologicznemu starzeniu się odgrywa pielęgniarstwo. Jako edukatorka prozdrowotnego stylu życia, świadoma czynników ryzyka utraty sprawności i zdrowia, ma możliwość promować działania profilaktyczne, ukierunkowane na zachowanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, podnoszące w efekcie jakość życia osoby starszej.

Zachowania zdrowotne w świetle literatury

Pozytywny wpływ na styl życia wywiera promocja zdrowia, w której istotne miejsce zajmuje edukacja zdrowotna. Obejmuje ona przede wszystkim te działania, które mają na celu poprawę stanu zdrowia poprzez zmianę stylu życia. Celem edukacji zdrowotnej jest pobudzenie rozwoju zachowań prozdrowotnych oraz zmiana zachowań negatywnych na pozytywne zachowania zdrowotne. Będąc elementem składowym stylu życia, określa się je jako „postępowanie, działanie (lub ich zaniechanie) bezpośrednio lub pośrednio wpływające na zdrowie i samopoczucie człowieka” [1].

Zachowania zdrowotne, w świetle współczesnej wiedzy medycznej, powodują określone, pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne u osób, które je realizują. Zachowania zdrowotne to nawyki, czynności planowane oraz reakcje na różnorodne sytuacje powiązane z naszym stanem zdrowia. Mogą one zarówno sprzyjać utrzymywaniu homeostazy, jak i naruszać równowagę funkcjonalną organizmu.

Według A. Titkova zachowania zdrowotne to „czynności i działania ludzkie wyrażone za pomocą zmiennych behawioralnych związane ze strefą zdrowia i choroby”. K. Puchalski natomiast pojęciem zachowania zdrowotne obejmuje „wybrane przez obserwatora lub i podmiot działania, zachowania czy typy zachowań, które na gruncie pewnego systemu wiedzy (przekonań potocznych, danej teorii naukowej czy ideologii społecznej) pozostają w istotnym, określonym

w przyjętej opcji związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu ujętym w tym systemie” [2].

Istnieje wiele podziałów zachowań zdrowotnych. Jednym z nich jest podział na **zachowania pro- i antyzdrowotne**.

Zachowania prozdrowotne to sprzyjające zdrowiu, pozytywne działania, przyczyniające się do utrzymania i umacniania zdrowia, osiągnięcia dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Przeciwdziałają one chorobom, ułatwiają powrót do zdrowia w przypadku jego utraty. Do tej grupy zaliczamy m.in. aktywność fizyczną, racjonalne żywienie, utrzymanie czystości ciała i otoczenia, radzenie sobie ze stresem itp.

Zachowania antyzdrowotne, szkodliwe dla zdrowia, są to negatywne działania, które przyczyniają się do zaburzeń zdrowia i obniżenia samopoczucia. Mogą utrudniać powrót do zdrowia lub jego posiadanie. Należą tu np.: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających [3].

Ze względu na posiadany stan zdrowia, zachowania zdrowotne można podzielić na: zachowania zdrowotne ludzi zdrowych i zachowania zdrowotne ludzi chorych. Biorąc pod uwagę czynnik sprawczy, wyróżniamy zachowania: inspirowane przez instytucje medyczne (np. przymusowe szczepienia), przez tradycje kulturowe typowe dla danego społeczeństwa (np. religia, dieta). Rozpatrując podmiot działania, istnieje podział na zachowania jednostkowe (charakterystyczne dla poszczególnych osób) i zbiorowe (typowe dla grup czy społeczności). Posiadana wiedza i wykształcenie medyczne bądź ich brak, pozwalają dokonać dychotomizacji na zachowania zdrowotne laików i profesjonalistów [2].

Geneza zachowań zdrowotnych jest wieloczynnikowa. Wynika ona z uwarunkowań osobniczych, społecznych, kulturowych, czy ekonomicznych. Wachlarz prezentowanych zachowań zdrowotnych jest bardzo zróżnicowany u poszczególnych jednostek, bądź grup społecznych. Z badań Centralnego Ośrodka Badania Opinii Społecznej (COBOS) wynika, że największą dbałość o zdrowie i realizację prozdrowotnego stylu życia deklarują osoby z wyższym wykształceniem, zajmujące wysokie stanowiska kierownicze, a także te o dość wysokim statusie materialnym [2].

Charakterystyka wybranych zachowań zdrowotnych populacji geriatrycznej

Racjonalne żywienie

Na stan zdrowia ludzi starszych, w sposób znaczący, wpływa sposób odżywiania. Może on po części determinować pojawiające się dolegliwości zdrowotne (łagodzić ich przebieg lub nawet ograniczyć ich wystąpienie). Dlatego niezwykle ważne jest, aby osoby starsze spożywały posiłki zawierające odpowiednie do wieku i potrzeb jednostkowych, ilości składników odżywczych.

Należy uwzględnić fakt, iż u ludzi starszych maleje zapotrzebowanie na energię, ze względu na zmniejszanie się podstawowej przemiany materii i aktywności fizycznej. Najlepszym wskaźnikiem prawidłowego bilansu energetycznego jest masa ciała, która odpowiada tzw. BMI (body mass index) mieszczącemu się w granicach pomiędzy 20 a 25.

Oprócz ilościowego zapotrzebowania na energię, należy brać pod uwagę proporcje substratów energetycznych, których udział w dostarczaniu energii powinien wynosić: z węglowodanów 55–60%, z tłuszczów 25–30% i z białek 12–15%. Szczególnie niekorzystne w starszym wieku jest przyjmowanie większych ilości tłuszczu, kosztem węglowodanów [4].

Mniejsze zapotrzebowanie energetyczne w wieku podeszłym pociąga za sobą konieczność przyjmowania większej ilości witamin, składników mineralnych i białka. Dlatego osoby starsze powinny spożywać więcej chudego mięsa, przetworów mlecznych, owoców i warzyw, minimalizując tłuszcze i produkty wysokotłuszczowe oraz cukry [5]. Zapotrzebowanie na białko powinno wynosić minimum 1 g/kg m.c. na dobę, w tym 50% białka pełnowartościowego. Zalecenie to dotyczy zdrowych starszych, natomiast w niektórych jednostkach chorobowych zaleca się specjalne diety wysoko lub ubogobiałkowe.

Węglowodany powinny być spożywane głównie w formie cukrów złożonych (skrobia znajdująca się w produktach zbożowych i nasionach roślin strączkowych). Spożycie cukrów prostych należy ograniczyć do 10% zapotrzebowania energetycznego, natomiast zalecana ilość błonnika pokarmowego to ok. 25–30 g na dobę.

Energia pochodząca ze spożycia tłuszczów powinna pokrywać ok. 25–30% całkowitego zapotrzebowania energetycznego, a minimum 4% powinno pochodzić z konsumpcji niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT). Niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe obniżają nadmierną zawartość lipidów w surowicy krwi, ograniczają agregację płytek krwi, ułatwiają przepływ krwi przez naczynia krwionośne i obniżają ciśnienie tętnicze. Spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego należy ograniczać na rzecz większego spożycia węglowodanów złożonych. Dodatkowo trzeba też pamiętać, że tłuszcze, głównie roślinne (najbogatsze w NNKT – olej słonecznikowy, sojowy, arachidowy), są bogatym źródłem witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K), które pełnią ważną funkcję w procesach oksydacyjnych, np. chronią przed nadmiarem wolnych rodników.

W okresie starości zmniejsza się ogólna ilość spożywanego pokarmu, witaminy są więc bardzo istotnym składnikiem odżywczym, ponieważ regulują procesy metaboliczne [4].

Model żywieniowy osób starszych zakłada regularne (4–5 razy dziennie) spożywanie lekkostrawnych, pełnowartościowych posiłków w niewielkich porcjach, unikanie przejadania się, utrzymywanie właściwej wagi ciała.

Edukacja w ramach prozdrowotnego modelu żywienia powinna prowadzić

do zmiany zachowań na pożądane, przez zmianę indywidualnych preferencji i stylu życia. Pracownicy służby zdrowia winni rozpowszechniać wytyczne racjonalnego żywienia nie tylko wśród pacjentów, ale także kierować je do opiekunów i członków rodzin [4].

Aktywność ruchowa

Podnoszenie sprawności fizycznej w okresie rozwoju i utrzymanie jej w wieku średnim, procentuje wyższą kondycją w wieku starszym. Istotne jest, aby nawyki czynnej rekreacji uległy utrwaleniu, były stałym elementem aktywnego stylu życia. Zachowanie wysokiej aktywności fizycznej w wieku starszym stanowi jeden z czynników prognozujących dłuższe trwanie życia i pomyślne starzenie się. Aktywność ruchowa należy do podstawowych elementów profilaktyki geriatrycznej.

Ćwiczenia fizyczne są ważne w każdym okresie życia. Wraz z wiekiem ulegają osłabieniu takie cechy organizmu, jak: wytrzymałość, masa kostna, równowaga, siła i sprawność. Uprawianie sportu i regularne ćwiczenia fizyczne pozwalają długo utrzymać dobrą kondycję [6].

Aktywność ruchowa ludzi starszych ma na celu: zwolnić procesy starzenia, poprawić stan zdrowia, zapobiegać chorobom cywilizacyjnym, poprawić kondycję psychofizyczną, utrzymywać na optymalnym poziomie zdolności adaptacyjne do wysiłku oraz, w przypadku schorzeń, przyspieszać wyleczenie i skracać okres rehabilitacji.

Wśród zalecanych form aktywności fizycznej osób starszych należy wyróżnić:

- **aktywność rekreacyjną** – czyli rozmaite formy wypoczynku czynnego, podejmowane spontanicznie, dostosowane do możliwości pacjenta (gry rekreacyjne, zajęcia plenerowe, taniec, spacer, marsz, marszobieg),
- **aktywność prewencyjną** – jej celem jest zapobieganie przedwczesnemu i patologicznemu starzeniu się osób o zwiększonym ryzyku chorobowym, pod kontrolą odpowiedniego programu i kompetentnego zespołu prowadzącego,
- **aktywność leczniczo-rehabilitacyjną** – mającą na celu zapobieganie utracie sprawności w przebiegu starzenia się i chorób przewlekłych oraz przywracanie sprawności po przebytych chorobach.

Pamiętajmy, że korzyścią którą chcemy osiągnąć, jest zachowanie pamięci ruchowej, zwiększenie sprawności na miarę indywidualnych możliwości jednostki. Odpowiednio dobrany trening fizyczny wytwarza w organizmie korzystne mechanizmy przystosowawcze. Dzięki nim poprawia się jakość i długość życia. Każdy z nas ma szansę osiągnąć wiek geriatryczny. Warto, poprzez prowadzenie aktywnego trybu życia sprawić, że będzie to okres mniej dokuczliwy [7].

Higiena życia

Zabiegi higieniczne u osób w wieku podeszłym są w zasadzie takie same jak u ludzi młodych. Powinny obejmować codzienne mycie całego ciała, pielęgnację jamy ustnej i okresowe mycie włosów. Należy uwzględnić fakt, że nie wszystkie osoby starsze są na tyle sprawne (fizycznie, bądź mentalnie), aby mogły samodzielnie wykonywać czynności pielęgnacyjne. W takim przypadku konieczna jest pomoc innych osób (rodziny, opiekunów) w utrzymaniu higieny osobistej i czystości otoczenia seniora.

Szczególnie istotna jest higiena jamy ustnej, ze względu na jej wpływ na odżywianie i zapobieganie chorobom. Istotne jest mycie zębów lub protez zębowych po każdym posiłku. Z upływem lat zmienia się kształt jamy ustnej oraz dziąseł i odpowiednio do tego zmieniane powinny być protezy szczęki górnej i dolnej. Niezbędne są regularne kontrole stomatologiczne u osób noszących protezy. Ludzie starsi mający własne uzębienie powinni uczęszczać do dentysty raz na pół roku [8].

U osób starszych bardzo ważna jest również właściwa pielęgnacja kończyn dolnych. Pokrywająca je skóra przeważnie jest delikatna, sucha i łuszcząca, a paznokcie nadmiernie stwardniałe, często zdeformowane. Z tych powodów nie rzadko dochodzi do uszkodzeń skóry i tkanek podskórnych. Obcinanie paznokci zniekształconych, zrogowaciałych może spowodować niebezpieczeństwo zranienia, dlatego ludzie starzy powinni korzystać z pomocy pedicurzystki w pielęgnowaniu paznokci, usuwaniu odcisków i innych uszkodzeń skóry stóp [9].

Istotne są zachowania higieniczne w przypadku występowania nietrzymania moczu, częste u ludzi starszych. Jest to objaw nieprzyjemny dla osoby starszej, a przy zaniedbaniach higienicznych, także dla jego otoczenia. Częste podmywanie, używanie dezodorantów oraz odpowiednich podpasiek pozwala na uniknięcie niemiłej woni moczu. Jednocześnie podjąć należy starania w celu odnalezienia przyczyny nietrzymania moczu oraz jej usunięcia [10].

Higiena mieszkania i otoczenia ma również duży wpływ na zdrowie i samopoczucie starszej osoby. Pomieszczenia, w których przebywa osoba starsza, powinny być odpowiednio ogrzane (nieprzegrzane), nawilżane oraz przewietrzane. Jest to szczególnie ważne w profilaktyce infekcji układu oddechowego [11].

Tak często, jak tego wymaga sytuacja powinno się zmieniać bieliznę pościelową i osobistą. Niezbędne jest także właściwe zorganizowanie zajęć i wypoczynku w ciągu dnia oraz dostatecznie długi sen nocny. Wieczorem należy unikać sytuacji konfliktowych, napięć nerwowych, a także różnego rodzaju używek [8].

Badania i postępowanie profilaktyczne

W wieku podeszłym wzrasta częstość występowania różnych schorzeń, w tym chorób nowotworowych. Dlatego też ważne jest korzystanie z dostępnych

badani przesiewowych (np. w kierunku raka: prostaty, piersi, jelita grubego), mających na celu wczesne wykrycie ewentualnych nieprawidłowości.

Do ważnych przyczyn chorobowości i umieralności osób starszych należą także infekcje (np. grypa, zakażenia pneumokokowe), którym można zapobiegać stosując szczepienia [12].

W badaniach profilaktycznych powinno się uwzględnić nie tylko ocenę stanu zdrowia, ale także sprawności psychofizycznej, warunków środowiskowych oraz potrzeb socjalnych człowieka starszego. Badania okresowe należy przeprowadzać w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej przy udziale lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarki środowiskowej i pracownika socjalnego [8].

Aktywność środowiskowo-społeczna

Aktywność i kontakty społeczne są naturalnymi ludzkimi potrzebami. Ludziom starszym nie powinno odbierać się prawa do pracy, do rekreacji, edukacji i zadowolenia z codziennego życia. Obecnie aktywność ludzi starszych jest możliwa w wielu dziedzinach i na wielu płaszczyznach. Człowieka starszego należy traktować jako aktywnego uczestnika procesów społecznych, gospodarczych, administracyjnych [13].

Aktywność fizyczna i psychiczna są podstawą dobrego zdrowia i płynnego przejścia człowieka z okresu dojrzałości do starości. U osób, które przez długie lata prowadzą aktywny tryb życia, pierwsze oznaki starzenia pojawiają się znacznie później niż u tych, którzy biernie egzystują. Rezultaty wielu badań naukowych dowodzą, że intelekt i zdolności twórcze zachowują w pełnej mierze w wieku podeszłym przede wszystkim te jednostki, które w ciągu całego swojego życia wykorzystywały i pręźnie rozwijały swoje funkcje poznawcze [13]. Dużą rolę w ćwiczeniu pamięci odgrywa lektura, rozwiązywanie krzyżówek, różnego rodzaju gry wymagające koncentracji, chodzenie do teatru, kina.

Swoje potrzeby edukacyjne seniorzy w dużej mierze mogą realizować uczestnicząc w działaniach Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Instytucje takie zlokalizowane są głównie w ośrodkach akademickich. Ludzie starsi uczestniczą w zajęciach seminaryjnych, konserwatoriach, lektoratach języków obcych, słuchają wykładów o różnorodnej problematyce. Ponadto biorą udział w zajęciach ruchowych i terapeutycznych. Uniwersytety Trzeciego Wieku odgrywają niebagatelną rolę w szerzeniu zasad profilaktyki gerontologicznej [14].

Cenną rolę odgrywają kluby i stowarzyszenia seniorów. Są miejscem spotkań i nawiązywania kontaktów towarzyskich, prelekcji, wymiany doświadczeń. Inną formą aktywnego spędzania czasu jest udział w organizowanych wycieczkach, czy pielgrzymkach. Część osób znajduje zadowolenie i relaks w uprawie ogródków działkowych [15]. Wszystkie rodzaje aktywności z zakresu pracy i rekreacji wynikają zwykle z potrzeb, aspiracji i zainteresowań danej jednostki.

Zakończenie

Starość obecnie nie jest uznawana za chorobę, jednak objawy starości mogą naruszać dobre samopoczucie w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym.

Należy wyraźnie podkreślić, że dobre samopoczucie jest stanem, którego można się nauczyć, także w podeszłym wieku. Pomocą w jego osiągnięciu są różnorodne działania promujące aktywność ludzi starszych. W obecnej sytuacji cywilizacyjnej istotną rolę odgrywają informacje o zdrowiu oraz sposobach jego zachowania, a więc promocja zdrowia, w tym także promocja starości. Rzeczowe informacje podawane w prasie, odpowiednie publikacje książkowe, programy promocji zdrowia oraz osobiste rozmowy z pacjentami tworzą podstawę do zrozumienia istoty starości biologicznej, psychicznej i społecznej. Poznajemy sposoby pomagające w podtrzymywaniu nie tylko zdrowia, ale i dobrego samopoczucia, a także metody przyczyniające się do podnoszenia istotnej roli, jaką odgrywa starszy człowiek w rodzinie i społeczeństwie.

Ważne jest, aby każdy człowiek chciał i umiał zdrowie doskonalić, chronić i ratować. Wiedział, kiedy i jak korzystać z pomocy służby zdrowia, a kiedy i jak radzić sobie samemu. Powinien dążyć do stworzenia sobie i swoim bliskim najbardziej higienicznych warunków życia.

Należy również pamiętać o tym, iż szybkość starzenia się i jakość starości zależy od szeroko pojmowanej profilaktyki w dzieciństwie, młodości i wieku dojrzałym. Zachowania prozdrowotne wpływają na większą witalność w wieku starszym. Do zachowań tych należą: higieniczne odżywianie, nie nadużywanie używek, utrzymanie aktywności fizycznej, czynny wypoczynek, unikanie napięć psychicznych oraz ograniczanie negatywnego wpływu środowiska.

Pozytywne zmiany w zachowaniach zdrowotnych mogą nastąpić w różnym momencie życia i przynieść wymierne korzyści. Na część zdarzeń w naszym życiu nie mamy wpływu. Możemy jednak poprzez świadome modyfikacje decydować o jego jakości.

Często jednak zarówno ludzie młodzi, jak i starsi zachowują się i żyją tak, jak gdyby nie dostrzegali tych możliwości. Wprowadzenie zmian w życiu wymaga od nas wysiłku, często wiąże się z przejściowym dyskomfortem. Nierzadko koszty zmian wydają nam się wyższe, niż spodziewane efekty. Na straży istniejącego stanu rzeczy stoją nasze przekonania na temat życia i nas samych. One kształtują nasze wybory, dlatego warto je weryfikować.

Piśmiennictwo

1. Koziół D., Naszydłowska E., Trawczyńska M., Czerniak G.: Zachowania zdrowotne młodzieży – kierunek działania dla edukacji zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne*, 2003, 3/4, 280–284.

2. Majchrowska A.: Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne. Taranowicz J., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z. (red.): Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, 183–191.
3. Gabik L. (red.): Postępy psychoterapii. Poznań 1998, 26.
4. Roszkowski W.: Żywnienie osób starszych. Hasik J., Gawęcki J. (red.). Tom II: Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, 86–94.
5. Kałuża J., Wierzbicka E., Roszkowski W.: Problemy żywieniowe ludzi w wieku podeszłym w Polsce – możliwości ich rozwiązań. Nowiny Lekarskie, 1999, 68, 12, 1053–1062.
6. Sciepurko J.: Kinezyprofilaktyka gerontologiczna. Rozdział: Psychologiczne i fizjologiczne kwestie starzenia się człowieka. Wydawnictwo Sport, Gdańsk 2002, 36–56.
7. Porzych K., Grzešek G., Grabowska-Gaweł A., Kędziora-Kornatowska K., Motyl J., Porzych M., Krakowska A.: Aktywność ruchowa u osób w wieku podeszłym. Kwart. Ortop., 2003, 4, 210–213.
8. Pędlich W., Wojszel Z.B.: Higiena wieku podeszłego. Jethon Z., Grzybowski A. (red.). Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, 307–323.
9. Mielczarek J.: Opieka nad ludźmi starszymi. Wydawnictwo DJ, Gdańsk 1999, 39–56.
10. Schiefele I., Staudt J., Dach M. M., Galus K.: Pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner. Warszawa 2004, 29–32.
11. Pędlich W.: Ludzie starzy. Rozdział: zachowania zdrowotne. Centrum Rozwoju Służb Społecznych. Warszawa 1996, 29–34.
12. Takahashi P. J., Okhravi H. R., Lim L. S., Kasten M. J.: Medycyna zapobiegawcza w populacji osób w podeszłym wieku: poradnik dla lekarzy. Medycyna po Dyplomie 2006, 15, 2 (119), 70–89.
13. Kawula S.: Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego. Kawula S. (red.): Pedagogika społeczna, dokonania – aktualności – perspektywy. Wydawnictwo Adama Marszałka, Toruń 2004, 551–563.
14. Zaorska Z.: Dodać życia do lat. Wydawnictwo Klanza, Lublin 1999, 38–45.
15. Czerniawska O.: Edukacja osób „Trzeciego Wieku”. Wujek T. (red.): Wprowadzenie do andragogiki. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, 213–236.

Martyna Loda¹, Marta Muszalik²

Jakość życia związana ze zdrowiem osób w starszym wieku

Wstęp

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat obserwujemy znaczący rozwój badań nad jakością życia [1, 2, 3]. Pierwszy raz określenia „jakość życia” w publikacjach medycznych użyto w latach sześćdziesiątych. Istnieje wiele koncepcji definiowania jakości życia. Związek między jakością życia a dobrym samopoczuciem i dobrobytem jednostki zauważył już Arystoteles. W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku próbowano skonkretyzować pojęcia, które doprowadziły do sformułowania nowej definicji jakości stosowanej w medycynie, to jest „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” – HRQL (Health Related Quality of Life). De Walden-Gałuszko określa ją jako „ocenę własnego położenia życiowego poczynioną w okresie choroby oraz leczenia i uwzględniającą szczególnie ich rolę”. Obejmuje ona 4 obszary życia: sprawność ruchową, stan somatyczny, stan psychiczny oraz obszar społeczny [4].

Choroba uniemożliwia zaspokajanie licznych potrzeb życiowych i przyzwyczajęń danej jednostki, nie pozwalając cieszyć się życiem. Jednakże samoakceptacja i możliwość kierowania swoim życiem sprawia, że pacjent może adaptować się do zmieniających warunków życia, w tym także do choroby [5, 6].

W chwili obecnej medycyna dla określenia jakości życia stawia wymóg analizy zarówno obiektywnej, jak i subiektywnej oceny stanu zdrowia. Duże znaczenie w procesie leczenia i pielęgnowania ma element samooceny zdrowia dokonanej przez pacjenta, ponieważ pozwala on na aktywne włączenie chorego w realizację tychże procesów [6, 7]. Istnieją dwie grupy kwestionariuszy pozwalające na wyznaczenie oceny jakości życia, tj. ogólne i specyficzne. Przykładem skal ogólnych jest Nottingham Health Profile (NHP) [8]. Celem podję-

¹ Studentka kierunku pielęgniarstwo, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu

² Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu

tych badań było określenie subiektywnej oceny zdrowia w odniesieniu do jakości życia.

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej „Kombatant” w Olsztynie. Przebadanych zostało 60 osób. Grupą porównawczą było 30 pacjentów Szpitala Uniwersyteckiego im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy z Katedry i Kliniki Geriatrii. Średni wiek badanych dla kobiet z DPS wynosił 80,1 lat (od 63–96 lat), dla mężczyzn – 81,2 lat (od 65–93 lat). Natomiast w Klinice Geriatrii – dla kobiet – 74,7 lat (od 65–82 lat), dla mężczyzn – 76,2 lat (od 60–95 lat). W badanej grupie chorych z DPS było ponad dwukrotnie więcej kobiet niż mężczyzn. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy UMK CM.

Badania przeprowadzone zostały metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety do pomiaru subiektywnego stanu zdrowia NHP wersja polska (Wrześniewski). Kwestionariusz Nottingham Health Profile (NHP) składa się z dwóch części. Pierwsza dotyczy aktualnie doświadczanych problemów w funkcjonowaniu fizycznym, psychologicznym i społecznym związanych ze stanem zdrowia. Zawiera ona 38 pytań, które dotyczą sześciu wymiarów oceny subiektywnego stanu zdrowia: energii życiowej, sprawności ruchowej, bólu, zaburzeń snu, reakcji emocjonalnych i izolacji społecznej. Część druga dotyczy wpływu aktualnego stanu zdrowia na siedem dziedzin życia: pracę zarobkową, prace domowe, życie rodzinne, życie towarzyskie, życie seksualne, zainteresowania i hobby oraz wykorzystanie czasu wolnego. Na każde z pytań respondenci odpowiadają „tak” lub „nie”. Wyniki badań podlicza się oddzielnie dla każdego wymiaru z pierwszej i drugiej części kwestionariusza. Im wyższy wynik tym większe upośledzenie danej sprawności. Narzędzie to uznane jest za trafne i rzetelne, stosowane jest w krajach zachodnich w Wielkiej Brytanii oraz w 9 innych krajach europejskich.

Wyniki badań

Grupę badawczą stanowiły osoby dobierane celowo pod względem wieku. Były to osoby w wieku ≥ 60 lat. Większość chorych z Domu Pomocy Społecznej zarówno mężczyzn, jak i kobiet, ukończyła szkołę zawodową (48,3%). Najmniej osób z badanej populacji posiadało wykształcenie wyższe, natomiast wśród pacjentów Kliniki Geriatrii większość miała wykształcenie podstawowe – 43,3%. Ankietowane osoby to w zdecydowanej większości wdowy i wdowcy. Podstawowym źródłem utrzymania badanych osób była emerytura (u 76,7% mieszkańców DPS i 50% chorych Kliniki Geriatrii). Mimo powyższego żadna z badanych osób zarówno pracujących, jak i pozostających na emeryturze lub rencie, nie okre-

śliła swojego statusu materialnego jako „bardzo dobry”. W przeważającej części respondenci twierdzili, że ich sytuacja materialna jest „dobra”. Wśród pacjentów Kliniki połowa mieszkała z rodziną, a drugie 50% badanych prowadziło samodzielnie gospodarstwo domowe. Ponadto 13,34% chorych pochodziło ze środowisk wiejskich, natomiast pozostałą część badanych Kliniki Geriatrii (86,66%) stanowiły osoby ze środowisk miejskich. Najczęściej występującym schorzeniem wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej, jak i pacjentów Kliniki Geriatrii była niedokrwienna choroba serca; także osoby z nadciśnieniem tętniczym stanowiły dużą część respondentów. Ponadto ankietowanymi były także osoby z cukrzycą; przewlekłą obturacyjną chorobą płuc; z chorobami układu ruchu oraz z niewydolnością krążenia.

Analizie statystycznej poddano wpływ płci mieszkańców Domu Pomocy Społecznej na poszczególne skale NHP. Wykazano, iż energia życiowa i zaburzenia snu zależą od płci. Wśród kobiet zaobserwowano większy spadek energii życiowej (kobiety – wsk. 0,57; mężczyźni – 0,41) oraz znacząco wyższy wskaźnik zaburzeń snu niż u mężczyzn (kobiety – wsk. 0,28; mężczyźni – 0,19). Podobne wyniki odnośnie zależności energii życiowej od płci uzyskano w Klinice Geriatrii.

Wykazano ponadto, że ograniczenia ruchowe u pacjentów starszych występują istotnie częściej niż u młodszych. Podobne korelacje zaobserwowano między wiekiem a dolegliwościami bólowymi badanych osób. Ponadto w Klinice Geriatrii zaobserwowano, że im starsza była osoba, tym więcej zgłaszała problemów ze snem.

Badania wykazały równocześnie, iż zależność zaburzeń snu od wykształcenia badanych osób z DPS nie była istotna statystycznie. W pozostałych podskalach istniała ta zależność. Uwagę zwraca fakt, iż we wszystkich tych skalach najwyższe wskaźniki występowały u osób z wykształceniem podstawowym. W Klinice Geriatrii natomiast dostrzeżono wyraźny wpływ wykształcenia tylko na odczuwane reakcje emocjonalne i energię życiową. Największy spadek energii życiowej (wsk. 0,59), jak i najwięcej ujemnych reakcji emocjonalnych (wsk. 0,47) wykazywały osoby mające wykształcenie podstawowe.

Analizie poddano również wpływ stanu cywilnego na poszczególne badane skale NHP. Z wyjątkiem występowania zaburzeń snu u mieszkańców Domu Pomocy Społecznej nie wykazano istotnych zależności w tym względzie.

Sytuacja materialna pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej także miała istotny wpływ na podskale NHP. U mieszkańców DPS wszystkie podskale za wyjątkiem snu wykazywały istotną statystycznie zależność w tym względzie. Znamienne jest, że żaden z respondentów nie określił swojej sytuacji materialnej jako bardzo dobrej, zaś osoby, które typowały swą sytuację jako trudną, charakteryzowały się znacząco większymi ograniczeniami ruchowymi, dolegliwościami bólowymi, reakcjami emocjonalnymi, wyobcowaniem społecznym i większym spadkiem energii życiowej niż osoby o dobrej sytuacji finansowej. W przeciwień-

stwie do mieszkańców DPS, u pacjentów Kliniki Geriatrii nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poszczególnych podskalach.

Ponadto określono wartości skal NHP dla ogółu badanych osób. Najbardziej zaburzoną sferą u mieszkańców Domu Pomocy była energia życiowa. Duży odsetek badanych miał problemy w swobodnym poruszaniu się po domu oraz poza nim; dotyczy to też chorych z Kliniki Geriatrii. Jednocześnie duża grupa mieszkańców zgłaszała dolegliwości bólowe, co obrazuje tabela nr 1.

Tabela 1. Skale NHP dla ogółu mieszkańców Domu Pomocy Społecznej – „Kombatant” oraz pacjentów Kliniki Geriatrii

	Energia życiowa	Dolegliwości bólowe	Reakcje emocjonalne	Zaburzenia snu	Wyobcowanie społeczne	Ograniczenia ruchowe
DPS	0,49	0,40	0,30	0,24	0,26	0,43
Klinika Geriatrii	0,39	0,32	0,34	0,29	0,22	0,46

Zbadano również wpływ poszczególnych jednostek chorobowych na występowanie problemów w różnych dziedzinach życia badanych pacjentów. Z badań własnych wynika, że u mieszkańców DPS i chorych Kliniki Geriatrii z cukrzycą stan zdrowia istotnie bardziej utrudniał wykonywanie prac domowych oraz prowadzenie życia towarzyskiego i rodzinnego, niż życia seksualnego. Dla osób z chorobami układu ruchu najwięcej problemów sprawiało wykonywanie prac domowych. U pacjentów Kliniki, jak i mieszkańców DPS z nadciśnieniem tętniczym nie zaobserwowano istotnych problemów z powodu stanu zdrowia w różnych dziedzinach życia. U osób z niewydolnością krążenia największe problemy występowały w prowadzeniu życia towarzyskiego oraz w wykonywaniu prac domowych oraz pracy zarobkowej. Badanym osobom z chorobą niedokrwienną serca stan zdrowia powodował największe ograniczenia w zakresie prac domowych, tak jak u chorych na POCHP – całościowe wyniki badań uwzględniające poszczególne sfery życia prezentuje tabela nr 2.

Ponadto określono wartości skal NHP w zależności od jednostki chorobowej mieszkańców Domu Pomocy Społecznej i pacjentów Kliniki Geriatrii. Badania własne wykazały, iż osoby z niewydolnością krążenia mają istotnie mniej energii życiowej w porównaniu z pozostałymi badanymi z innymi jednostkami chorobowymi. Osoby te mają także bardzo duże ograniczenia w zakresie sprawności ruchowej, jak i zgłaszały największe natężenie dolegliwości bólowych. W zakresie skali reakcji emocjonalnych pacjenci z chorobą niedokrwienną serca wykazywali statystycznie więcej ujemnych reakcji niż osoby z cukrzycą, nadciśnieniem, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc czy z chorobą reumatoidalną. Natomiast w zakresie skali wyobcowania społecznego nie wykazano istotnych statystycznie różnic pod względem rodzaju jednostki chorobowej u badanych osób DPS czy Kliniki Geriatrii.

Tabela 2. Wyniki kwestionariusza NHP w zakresie różnych sfer życia mieszkańców DPS i pacjentów Kliniki Geriatrii

Dziedziny życia	praca zarobkowa		prace domowe		życie towarzyskie		życie rodzinne		życie seksualne		zainteresowania; hobby		czas wolny	
	DPS	K.G	DPS	K.G	DPS	K.G	DPS	K.G	DPS	K.G	DPS	K.G	DPS	K.G
Schorzenia ogółem	31%	36%	47%	55%	32%	34%	22%	27%	11%	15%	28%	26%	29%	26%
Cukrzyca	40%	43%	55%	66%	50%	45%	50%	37%	28%	17%	42%	37%	41%	33%
POCHP	27%	30%	32%	33%	18%	10%	18%	20%	5%	10%	18%	10%	18%	10%
Choroby uk. ruchu	42%	43%	70%	83%	30%	27%	20%	33%	12%	27%	43%	36%	45%	36%
Nadciśnienie	12%	10%	18%	17%	12%	17%	12%	17%	10%	13%	12%	17%	12%	17%
Niewydolność krążenia	53%	56%	60%	76%	70%	76%	10%	30%	8%	10%	38%	30%	45%	30%
Choroba niedokrwienna serca	12%	17%	55%	66%	30%	46%	29%	33%	12%	10%	32%	33%	32%	33%

Omówienie

Z badań własnych, jak i z analizy piśmiennictwa wynika, iż jakość życia uwarunkowana zdrowiem (HRQL) zależna jest od wieku, płci, wykształcenia, sytuacji materialnej oraz jednostki chorobowej [9, 10, 11].

Wyniki badań własnych, jak i innych autorów [10, 12] wskazują, że wyższa ocena jakości życia korelowała z wiekiem pacjentów. Im byli oni starsi tym niżej oceniali swoją jakość życia; u osób w starszym wieku występowały istotnie częściej ograniczenia w zakresie poruszania się oraz dolegliwości bólowe niż [11, 14] wskazują, iż ból, zaburzenia snu oraz brak energii występuje najczęściej u kobiet, zaś u mężczyzn są one obserwowane w mniejszym nasileniu. Badania własne potwierdzają większy spadek energii życiowej u płci żeńskiej oraz wykazują znacząco wyższy wskaźnik zaburzeń snu niż u płci męskiej.

Jak podaje Ziarko E. i wsp. [13] także sytuacja materialna wpływa na ocenę jakości życia. Osoby zamożne pozytywnie określają swoje życie, co znajduje także potwierdzenie w badaniach własnych [13].

Doniesienia autorów [15, 16] wskazują, iż stan cywilny nie wpływa na samocennę stanu zdrowia wśród ankietowanych starszych osób. W badaniach własnych także nie wykazano istotnych zależności w tym względzie.

Z badań przeprowadzonych przez Borowiak E. i wsp. [1] wynika, że wyższej subiektywnej oceny jakości życia dokonywały osoby ze średnim i wyższym wykształceniem. Badania własne odwzorowują te doniesienia.

Zdaniem Gruszczyńskiego W. i wsp. „wyzwaniem dla jakości życia jest choroba” [9]. Z analizy piśmiennictwa [17, 18] wynika, iż pacjenci z chorobami układu ruchu bardzo często określają swoją sprawność fizyczną jako słabą. Pacjenci ci istotnie częściej skarżą się również na dolegliwości bólowe. Z badań własnych wynika podobny wniosek. Ponadto osobom z chorobami układu ruchu najczęściej problemów sprawiało wykonywanie prac domowych. Jak podają autorzy [19] niewydolność krążenia powoduje u chorych zmianę trybu życia i uniemożliwia podejmowanie aktywności oraz realizację zainteresowań. Choroba wpływa również na izolację społeczną pacjentów lub wymusza rezygnację z pracy zawodowej. Badania własne potwierdzają doniesienia innych autorów; pacjenci z niewydolnością krążenia mieli istotnie mniej energii życiowej w porównaniu z badanymi z innymi jednostkami chorobowymi. Z badań przeprowadzonych przez Muszalik M. i wsp. [17] wynika, że pacjenci z cukrzycą doświadczali istotnych problemów w wykonywaniu prac domowych i w prowadzeniu życia towarzyskiego. Badania własne poświadczyły te doniesienia, a oprócz tego wykazały, iż cukrzyca utrudniała im prowadzenie życia rodzinnego. Z badań Muszalik M. i wsp. [17] wynika, iż pacjenci z nadciśnieniem tętniczym nie odczuwali istotnych problemów z powodu stanu zdrowia w różnych dziedzinach życia: pracy zarobkowej, życiu rodzinnym, seksualnym, w zainteresowaniach oraz spędzaniu czasu wolnego. Badania własne potwierdzają te wyniki. Z badań prowadzonych przez Skalską A. [64] wynika, że osoby z chorobą niedokrwinną serca zgłaszają znaczne dolegliwości bólowe oraz posiadają mniejszą mobilizację do jakiegokolwiek wysiłku. Relacje te znajdują odbicie w badaniach własnych; ponadto u osób z chorobą niedokrwinną serca zaobserwowano największe ograniczenia w zakresie wykonywania prac domowych. W badaniach Muszalik M. i wsp. [17] ogólnie ankietowane osoby zgłaszały największe problemy w wykonywaniu prac domowych oraz w prowadzeniu życia towarzyskiego. Badania własne odwzorowują powyższe wyniki, jednocześnie wskazując na występowanie wśród respondentów znacznych ograniczeń w wykonywaniu pracy zarobkowej.

Wnioski

1. Subiektywna ocena zdrowia uwarunkowana jest wiekiem oraz płcią; ograniczenia ruchowe oraz dolegliwości bólowe występują istotnie częściej u starszych niż u młodszych badanych osób; kobiety cechują się większym spadkiem energii życiowej i znacząco wyższym wskaźnikiem zaburzeń snu niż mężczyźni.
2. Wykształcenie oraz sytuacja materialna badanych także miała istotny wpływ na ocenę zdrowia; osoby posiadające wykształcenie podstawowe oraz typujące swą sytuację finansową jako trudną charakteryzowały się największym spadkiem energii życiowej, jak i największymi ujemnymi reakcjami emocjonalnymi.

3. Samoocena zdrowia zależy również od rodzaju schorzeń; osoby z niewydolnością krążenia mają istotnie mniej energii życiowej w porównaniu z pozostałymi badanymi. Osoby te mają także bardzo duże ograniczenia w zakresie sprawności ruchowej oraz największe natężenie dolegliwości bólowych.

Piśmiennictwo

1. Borowiak E., Kusiak M., Kostka T.: Czynniki determinujące jakość życia osób starszych hospitalizowanych z przyczyn kardiologicznych – badanie wstępne. *Piel. XXI wieku* 2005, 1/2, 77–83.
2. Sokolnicka H., Mikuła W.: Medycyna a pojęcie jakości życia. *Med. Rodz.*, 2003, 24, 9–12.
3. Wrońska I., Stępień R., Wiraszka G.: Jakość życia w naukach medycznych. *Piel. XXI wieku*, 2004, 1 (16), 5–9.
4. De Walden-Gałuszko K.: Problemy jakości życia u chorych w stanie terminalnym. *Medycyna Paliatywna* 2003, 1 (3), 4–6.
5. Wilk I.: Jakość życia chorych leczonych z zastosowaniem chemioterapii. *Piel. XXI wieku*. 2005, 3/12, 43–47.
6. Sierakowska M., Krajewska Kułak E.: Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Piel. XXI wieku*. 2004, 2 (7), 23–27.
7. Jaeschke R., Guyatt G. H., Cook D. J., Miller J. EBM.: Określenie i mierzenie jakości życia. *Med. Prakt.*, 1999; 4, 155–162.
8. Wagner E., Markuszewski L., Żołyński K., Dudek T., Krawczyk B., Ślusarek H., Kazimierzczak A.: Choroby wieku podeszłego i rola leczenia usprawniającego w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej osób w podeszłym wieku. *Kwart. Ortoped.*, 2004, 4, 211–224.
9. Gruszczyński W., Goc S.: Pojęcie jakości życia w medycynie. *Kwart. Ortoped.*, 2004, 3, 151–154.
10. Pufal J., Gierach M., Pufal M., Bronisz A., Kielbasa L., Junik R.: Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2. *Diabet. Doświad. i Klin.* 2005; 5, 10–14.
11. Cegiełkowska-Bednarczyk A., Libera A., Turowski K.: Różnice płciowe w doświadczaniu kryzysu wartości, w emocjonalności oraz w subiektywnym stanie zdrowia w przebiegu choroby somatycznej. *Ann. Universit. Mariae Curie-Skłodowska. Lublin*. 2004, Vol. 59, Suppl. XIV, 190, 9–15.
12. Muszalik M., Bartuzi Z., Kędziora-Kornatowska K., Marzec A.: Badanie subiektywnego stanu zdrowia chorych przewlekle w świetle polskiej adaptacji The Nottingham Health Profile. *Ann. Universit. Mariae Curie-Skłodowska. Lublin*. 2004, Vol. 59, Suppl. XIV, 260, 378–382.
13. Ziarko E., Orzeł-Nowak A., Rak A., Libera M., Smoleński O.: Jakość życia pacjentów z niewydolnością nerek. *Pielęgniarka i położna*. 2001, 2, 4–8.
14. Kwapisz U.: Stan funkcjonalny pacjentów geriatrycznych w subiektywnej ocenie zdrowia. *Piel. Pol.*, 2005, 1 (19), 149–152.

15. Szczerbińska K.; Hubalewska A.: Stan zdrowia osób długowiecznych w Krakowie. *Przegląd Lekarski*. 2004, 61, 1360–1368.
16. Lewko J., Krajewska-Kułak E., Sierakowska M.: Subiektywna ocena sytuacji zdrowotnej i ekonomicznej osób starzejących się. *Ann. Universit. Mariae Curie-Skłodowska. Lublin* 2004, Vol. 59, Suppl. XIV, 260, 378–382.
17. Muszalik M., Bartuzi Z., Kędziora-Kornatowska K., Marzec A.: Jakość życia chorych przewlekle w badaniu profili zdrowia. *Ann. Universit. Mariae Curie-Skłodowska. Lublin* 2004, Vol. 59. suppl XIV, 4, 158–163.
18. Trafiałek E.: Zalety i wady podeszłego wieku. *Gerontol. Pol.*, 1997, 5, 46–58.
19. Szewczyk M., Jawień A., Hildebrandt Z.: Problemy chorych z przewlekłą niewydolnością żylną. Psychospołeczne konsekwencje choroby. *Przegl. Flebol.* 2005, 13 (4), 183–191.

Zofia Kubińska¹, Anetta Roszkowska²

Nastawienie studentów pedagogiki wobec osób starszych i ich problemów

Wstęp

Charakterystycznym zjawiskiem współczesności jest wydłużenie czasu życia człowieka. W Polsce w 2000 roku było około 14,0% ludności w wieku poprodukcyjnym. Według prognoz demografów w latach 2010–2020 przybędzie nam około 2 miliony, a w 2030 liczba osób starszych wzrośnie do 24,0% ogółu społeczeństwa.

Starzenie się człowieka jest nieodwracalnym procesem, który objaśniają różne teorie, np. wskazujące na obniżanie się aktywności enzymów naprawczych DNA, ekspresji genów starzenia się, dzielenia się komórek ograniczoną ilość razy, obniżanie się aktywności układu immunologicznego, obumieranie odtworządzających się komórek mózgowych, aktywację wolnych rodników; teorię niezaangażowania mówiącą, iż dobre samopoczucie i duża satysfakcję w starości mają zazwyczaj ci ludzie, którzy zgadzają się z nieuniknionym; teorię aktywności, która przeciwnie do teorii niezaangażowania, uznaje stałą aktywność za ważną w osiągnięciu i podtrzymaniu zadowolenia, dobrej samooceny i zdrowia w starszym wieku [1].

W Słowniku gerontologii starzenie definiowane jest jako „naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji i regeneracji organizmu oraz zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów” [2].

Proces starzenia obejmuje nie tylko zmiany zachodzące w organizmie człowieka, ale też w jego życiu psychospołecznym i w sferze ekonomicznej. Wycofanie się z życia zawodowego wiąże się często z pogorszeniem warunków materialnych, obniżeniem poczucia własnej wartości, samotnością, odczuwaniem nieprzydatności, utratą atrakcyjności fizycznej, osłabieniem zdrowia.

¹ Instytut Turystyki i Rekreacji, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Papieża Jana Pawła II, Biała Podlaska

² Instytut Pedagogiki, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Papieża Jana Pawła II, Biała Podlaska

W NPZ na lata 2006–2015 uwzględniono problem starzenia się społeczeństwa i w 14 celu operacyjnym zaleca się tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych [3].

W nauczaniu Jana Pawła II czytamy: po raz pierwszy w dziejach człowieka społeczeństwo staje w obliczu głębokich przemian w strukturze ludności, tak że zmuszone jest do modyfikacji swoich strategii opieki społecznej, czego skutki odczuwalne są na wszystkich płaszczyznach. Trzeba stworzyć nową koncepcję społeczeństwa, a także wizję cyklu życiowego i wzajemnych relacji między pokoleniami... Obecność człowieka starego, a zwłaszcza jego choroba, ukazują obecnym przy nim, jak bardzo życie ludzkie jest kruche, zagrożone i ograniczone. Ludzie starzy i chorzy lepiej widzą to, co w życiu naprawdę się liczy i tą swoją życiową mądrość – oczyszczoną i uszlachetnioną przez cierpienie – przekazują przez słowa, przez to co przeżywają i jak to znoszą. Ludzie starzy i chorzy są potrzebni, aby człowiek młody i zdrowy odzyskał świadomość tego, co najważniejsze: sensu życia, bezinteresownej miłości i dawania siebie [4, 5].

Młodość i starość są sobie nawzajem potrzebne. Starość posiada właśnie to, czego brakuje młodości i na odwrót. Jest to bardzo ważne stwierdzenie prowadzące do wniosku, że stare i młode pokolenie potrzebne są zarówno dla siebie nawzajem jak i światu, który potrzebuje siły i energii ludzi młodych, jak i doświadczenia oraz rozważań ludzi starszych. Młodzi potrzebują od starych mądrych rad i roztropnego kierownictwa – starzy od młodych pomocy i opieki. Każde z tych pokoleń reprezentuje sobie właściwe cechy i zalety, które się nawzajem uzupełniają. Toteż ich harmonijna współpraca konieczna jest dla społecznego dobra [6].

Celem pracy było poznanie i ukazanie nastawień studentów pedagogiki wobec osób starszych i ich problemów, a w szczególności:

- rodzajów odczuć emocjonalnych badanych wobec osób starszych,
- tego, co myślą o starszych studenci pedagogiki,
- zachowań, które badani przejawiają wobec tych osób,
- zakresu i źródeł wiedzy badanych studentów o problemach tego okresu życia.

Autorki, uwzględniając doświadczenia dydaktyczne założyły, że większość badanych studentów charakteryzuje duża wrażliwość wobec osób starszych, tylko nieliczni są obojętni, nie ma wśród nich osób negatywnie nastawionych wobec starszych i ich problemów.

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone wśród losowo wybranych studentów II i III roku pedagogiki Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, będących w wieku 20–26 lat. Większą grupę ba-

danych stanowiły kobiety (85%), mężczyzn było 15%. Miejscem zamieszkania 44% badanych jest wieś, pozostali to mieszkańcy miast (56%).

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, stosując autorski kwestionariusz ankiety. Zawierał on pięć pytań z odpowiedziami, które badani potwierdzali lub negowali i jedno pytanie otwarte. Pytania dotyczyły nastawień studentów wobec osób starszych z uwzględnieniem emocji badanych, ich myśli, przejawianych zachowań, posiadanej wiedzy i jej źródeł. Pytania merytoryczne dotyczyły płci, wieku, miejsca zamieszkania i obecności osoby starszej w życiu badanych. Badania były anonimowe.

Wyniki badań

Wyniki badań zestawiono w pięciu tabelach. Dane dotyczące rodzajów odczuć emocjonalnych badanych studentów wobec osób starszych ukazują, że zdecydowana większość (98%) akceptuje te osoby i darzy szacunkiem (97%). Większość badanych (97%) przyznała, że starsi nie są im obojętni, nie drażnią ich i nie denerwują (93%) (tab. 1).

Tabela 1. Rodzaje odczuć emocjonalnych badanych studentów

Odczucia emocjonalne	TAK		NIE	
	N	%	N	%
Są mi obojętni	4	3%	111	97%
Drażnią, denerwują mnie	7	6%	107	93%
Współczuję im	75	65%	40	35%
Zasmucają mnie	55	48%	60	52%
Akceptuję ich	113	98%	2	2%
Darzę ich szacunkiem	112	97%	3	3%
Odczuwam wobec nich niechęć	24	21%	91	79%
Inne	6	5%	16	14%

Wśród danych ukazujących, co myślą badani o osobach starszych 100% stwierdziło, że posiadają bogactwo doświadczeń życiowych, 88% dostrzega w nich źródło życiowej mądrości, a dla 83% są oparciem. Badani studenci nie uważają, że najlepszym miejscem dla starszych jest Dom Pomocy Społecznej (97%) oraz że są kłopotem i ciężarem dla bliskich (91%) (tab. 2).

W deklarowanych zachowaniach studentów pedagogiki wobec osób starszych 95% stara się im pomagać, 77% zawsze służy im pomocą, korzysta z ich rad i lubi z nimi rozmawiać (76%) (tab. 3).

Respondenci wykazali się znajomością wielu problemów osób starszych. Niemal wszyscy badani (89%) uznają lęk przed śmiercią jako problem osób starszych, 88% wskazało osamotnienie, 87% utratę poczucia przydatności, 85% zabu-

Tabela 2. Myśli badanych o osobach starszych

Myśli badanych	TAK		NIE	
	N	%	N	%
Są źródłem życiowej mądrości	101	88%	14	12%
Posiadają bogactwo doświadczeń	115	100%	0	0%
Są oparciem dla rodziny	95	83%	20	17%
Cenię sobie ich towarzystwo	82	71%	33	29%
Wtrącają się do wszystkiego	47	41%	68	59%
Są kłopotem i ciężarem dla bliskich	10	9%	105	91%
Trudno się z nimi dogadać	38	33%	77	67%
Najlepszym dla nich miejscem jest Dom Pomocy Społecznej	3	3%	112	97%
Inne	3	3%	24	21%

Tabela 3. Deklarowane przez badanych zachowania

Deklarowane zachowania	TAK		NIE	
	N	%	N	%
Zawsze służę pomocą	88	77%	27	23%
Staram się im pomagać	109	95%	6	5%
Pomagam jeśli muszę	63	55%	48	42%
Unikam ich bliskości	11	10%	104	90%
Nie umiem być pomocny	5	4%	110	96%
Lubię z nimi rozmawiać	87	76%	28	24%
Lubię być wśród nich	78	68%	37	32%
Korzystam z ich rad	89	77%	26	23%
Inne	8	7%	13	11%

Tabela 4. Znajomość problemów osób starszych w opinii badanych

Problemy osób starszych	TAK		NIE	
	N	%	N	%
Osamotnienie	101	88%	14	12%
Samotność z wyboru	78	68%	37	32%
Rodzaje procesów inwolucyjnych	9	8%	106	92%
Demencję starczą	37	32%	78	68%
Niezaradność życiową	93	81%	22	19%
Zaburzenia psychoruchowe	98	85%	17	15%
Lęk przed śmiercią	102	89%	13	11%
Stany depresyjne	91	79%	24	21%
Kryzys więzi rodzinnych	93	81%	22	19%
Utratę statusu społecznego	76	66%	39	34%
Utratę poczucia przydatności	100	87%	15	13%
Zachowania hipochondryczne	55	48%	53	46%

Tabela 5. Źródła wiedzy studentów na temat problemów osób starszych

Źródła wiedzy	TAK		NIE	
	N	%	N	%
Z życia rodzinnego	105	91%	10	9%
Z obserwacji	113	98%	2	2%
Z literatury naukowej	32	28%	83	72%
Z literatury popularnej	44	38%	71	62%
Z mediów z ...	74	64%	41	36%
Z rozmów z ...	70	61%	45	39%
Z wykładów	73	63%	42	37%
Bezpośrednio od osób starszych	104	90%	11	10%
Inne	3	3%	12	10%

rzenia psychoruchowe, a 81% niezaradność życiową i kryzys więzi rodzinnych. Jednocześnie aż 92% stwierdziło nieznanomość rodzajów procesów inwolucyjnych (tab. 4).

Jako źródła wiedzy problemów osób starszych, badani studenci podali obserwację (98%), życie rodzinne (91%), bezpośredni przekaz od starszych (90%). Te ostatnie dane potwierdza fakt, że 80% studentów ma babcię, a 50% dziadka.

Dodatkowo badani wypowiedzieli się, kim jest ich zdaniem osoba starsza. Najczęściej powtarzało się określenie: „To osoba doświadczona życiowo, którą należy darzyć szacunkiem”.

Dyskusja

Założenia autorek dotyczące tego, że badani studenci reprezentują pozytywne nastawienie wobec osób starszych potwierdziły się.

Wyniki badań Izdebskiej, która zebrała wypowiedzi 200 studentów w wieku 19–20 lat na temat wzajemnych stosunków starszego i młodszego pokolenia ukazują, że młodzi odnoszą się do starszych nie tylko niechętnie i wzgardliwie, ale nawet wrogo i bezlitośnie. Młodzi w stosunku do dziadków wykazali niechęć, wyrażali pogląd, że ludźmi starszymi powinno zajmować się państwo – nie powinni być młodym „kulą u nogi” – najlepszym rozwiązaniem są domy starców. Sama autorka przyznaje, że jej wyniki dają groźny sygnał ostrzegawczy, zmuszający do zastanowienia się nad modelem wychowania. Przytoczone wyniki badań są symptomem zjawiska zwanego „konfliktem pokoleń” [6].

Wyniki badań CBOS dotyczące oceny postaw społeczeństwa wobec osób w starszym wieku, w opinii tych osób ukazują, że niemal co piąta osoba w podeszłym wieku dostrzega u młodzieży niechęć do seniorów, większość (60%) dostrzega obojętność ludzi młodych i tylko nieco więcej niż jedna ósma odnotowuje w postawach młodzieży życzliwość do osób starszych [7].

Wyniki uzyskane przez autorki nie potwierdziły negatywnych nastawień młodych ludzi wobec osób starszych.

Wnioski

Nastawienie badanych studentów pedagogiki wobec osób starszych i ich problemów są w zdecydowanej większości pozytywne.

1. Niemal wszyscy badani akceptują osoby starsze, darzą ich szacunkiem, nie są oni im obojętni, ich obecność nie drażni i nie denerwuje badanych.
2. Wszyscy badani dostrzegają bogactwo doświadczeń osób starszych, ich życiową mądrość oraz to, że są oparciem dla rodziny, a nie ciężarem.
3. W zachowaniach wobec osób starszych badani deklarują chęć i umiejętność niesienia pomocy oraz obecność wśród nich.
4. Zdecydowana większość badanych zna wiele problemów osób starszych, takich jak: lęk przed śmiercią, osamotnienie, utratę poczucia przydatności, zaburzenia psychoruchowe, niezaradność życiową i kryzys więzi rodzinnych. Wiedzę na temat tych problemów czerpią z obserwacji życia rodzinnego i bezpośrednio od osób starszych.

Piśmiennictwo

1. Kimak K., Kimak D., Michałowska A.: Problemy zdrowotne i społeczne chorych w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D, Lublin 2004*, s. 83.
2. Zych A. A.: Słownik gerontologii społecznej. Wydaw. Akademickie „Żak” 2001, s. 203.
3. Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006–2015, Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, s. 35–36.
4. Jan Paweł II: Szacunek dla ludzi w podeszłym wieku. W: *O życiu Aborcja, Eutanazja, Wojna* (opr.) A. Sujka, Wydaw. M, Kraków 2005, s. 263–268.
5. Jan Paweł II: Starość. W: *Encyklopedia Nauczania Społecznego* (red.) A. Zwoliński, Polwen, Radom 2005, s. 484–493.
6. Roszkowska-Wiśniewska K.: Pochwała starości. *Michalineum 1994*, s. 46–64.
7. Komunikat z badań CBOS „Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości”. Warszawa, grudzień 2000.

Beata Babiarczyk¹, Ewelina Jaksz-Recmanik¹

Ryzyko niedożywienia u chorych starszych jako czynnik wpływający na jakość ich życia

Wstęp

Termin „jakość życia” (quality of life), a zwłaszcza ten jego aspekt, który jest bezpośrednio związany ze zdrowiem, a przez to szczególnie interesujący dla nas – pracowników Służby Zdrowia (health related quality of life), funkcjonuje od stosunkowo niedawna w literaturze medycznej. Do jego powstania przyczyniło się wyodrębnienie szeregu subiektywnych aspektów zdrowia psychicznego i fizycznego, takich jak choćby zdolność do normalnego funkcjonowania w domu, w rodzinie, w pracy, czy bycie wolnym od bólu oraz od problemów natury finansowej i socjalnej, które – w przeciwieństwie do koncentrowania się tylko na biochemicznych i fizjologicznych aspektach choroby, wpływają na życie człowieka [1].

W mediach, na forach dyskusyjnych, w wielu mniej lub bardziej poważnych opracowaniach zarówno polskich, jak i zagranicznych dużo mówi się ostatnio o tym, że ludzie starzy, zwłaszcza ci, przebywający w warunkach instytucji opiekuńczych, nie mają zapewnionej odpowiedniej jakości życia. Mówi się zwłaszcza o niedożywieniu, bezpodstawnym używaniu środków przymusu i siły, czy też fizycznych i psychicznych poniżeniach.

W niniejszym opracowaniu chciałabym zająć się problemem niedożywienia ludzi starych, jak również wskazać na konkretne działania, które możemy podjąć w celu zoptymalizowania jakości życia w tej grupie pacjentów. Aby działania te zakończyły się sukcesem, personel opiekuńczy powinien posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności. W praktyce oznacza to, że nasza uwaga powinna być zawsze w pierwszym rzędzie skierowana na indywidualne potrzeby każdego pacjenta.

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, ATH w Bielsku-Białej

Rozwinięcie

Starzenie się organizmu jest procesem nieuchronnym. Szereg czynników genetycznych i środowiskowych, razem lub osobno, może wpływać na jego szybkość i zaawansowanie. Często możemy jednak sprawić, aby proces ten postępował wolniej i dzięki temu dłużej zachować sprawność fizyczną i psychiczną.

Wielu naukowców dowodzi, że organizm ludzki jest przystosowany do osiągnięcia 110–120 lat życia. To, że w istocie niewielu udaje się dożyć do tak sędziwego wieku, jest spowodowane błędami popełnianymi przez człowieka już w młodości, a związanymi m.in. ze złą higieną osobistą (narażenie na szkodliwe bakterie), złym stylem życia (palenie papierosów i picie alkoholu) oraz ze złym odżywianiem [2, 3].

Dobre odżywianie wspomaga zdrowe i produktywne życie ludzi starszych. Wraz z przybywaniem lat wzrasta ryzyko niedostatecznego odżywienia, które z kolei prowadzi do osłabienia funkcjonowania organizmu, zwiększonej zachorowalności i śmiertelności [4, 5].

Niedożywienie powstaje, gdy zostaje zaburzona równowaga pomiędzy zapotrzebowaniem na składniki odżywcze a ich dostarczaniem do organizmu. Szereg zmian fizjologicznych zachodzących u ludzi starszych może doprowadzić do zachwiania tej równowagi.

U ludzi w starszym wieku upośledzeniu ulega praca wielu narządów wewnętrznych, stwierdza się redukcję liczby i wielkości włókien mięśniowych, a to w konsekwencji prowadzi np. do gorszej sprawności motorycznej przewodu pokarmowego, aktywność wielu enzymów i hormonów ulega obniżeniu, pogarszając tolerancję posiłków i zaburzając procesy trawienia i wchłaniania. Zmiany fizjologiczne dotyczą także zmysłów wzroku i smaku, co sprzyja choćby utracie łaknienia. Zmniejsza się także przemiana materii i średnio o 10–15% zwalnia się przewodzenie bodźców nerwowych.

Najnowsze badania przeprowadzone m.in. w instytucjach sprawujących opiekę nad ludźmi starymi wykazały, że są oni niedożywieni. Badania wykazały dodatkowo, że niedożywienie ludzi starszych rzadko kiedy było wykryte, a jeszcze rzadziej – leczone [6, 7].

U chorych hospitalizowanych w tzw. placówkach opieki krótkoterminowej, na podstawie badań stwierdzono, że niedożywienie może dotyczyć nawet 50% leczonych (20–50% w badaniach międzynarodowych) i znacznie więcej, bo aż 85% chorych objętych opieką długoterminową. Najczęściej są to osoby starsze, powyżej 65. roku życia, z typowym dla nich wieloukładowym i/lub przewlekłym obrazem chorób [6, 7].

Niedożywienie, które stwierdzono, to nie tylko ogólne, białkowo-kaloryczne niedobory, ale także obniżony poziom witamin i pierwiastków śladowych w surowicy.

Postacią niedożywienia białkowo-kalorycznego są uwiąd (marasmus) i kwaśniorkor.

Uwiąd – jest wyniszczeniem, w którego przebiegu dochodzi do wyraźnego zmniejszenia masy mięśniowej i zapasów tłuszczu w ustroju, ale zawartość białka w narządach i ich czynność pozostaje prawidłowa. Ponieważ rezerwa odżywienia jest zmniejszona, jakkolwiek dodatkowy bodziec metaboliczny (np. zakażenie, odparzenia) może doprowadzić do stanu noszącego nazwę kwaśniorkor (wyniszczenie wynikające z niedożywienia białkowo-energetycznego, głównie hipalbuminemii). Ludzie starsi popadają w ten stan o wiele łatwiej niż młodzi [8].

Wśród najczęstszych przyczyn niedożywienia ludzi starszych podaje się:

1. Nieprawidłowy model odżywiania z powodu:
 - małej dostępności do pożywienia (wskazano tu głównie na takie czynniki, jak trudność w wyjściu do sklepu, ale także zły status finansowy, uniemożliwiający zakup wartościowej żywności w wystarczających ilościach)
 - trudności w przygotowaniu posiłków (najczęściej starsi, samotni mężczyźni, którzy nigdy nie zajmowali się gotowaniem)
 - zmian fizjologicznych zachodzących w organizmach ludzi starszych
 - powodów psychicznych – utrata współmałżonka, jako „towarzysza przy stole”,
 - jednostronnych nawyków żywieniowych i braku stosownej wiedzy na temat prawidłowego żywienia (część z nieprawidłowych zachowań żywieniowych związanych z doбором produktów, sposobem przygotowywania potraw czy samym zwyczajem ich spożywania wykształciła się i utrwaliła już w okresie młodości)
 - wpływu zażywanych leków (np. upośledzających proces wchłaniania w jelitach, neuroleptyków, moczopędnych), alkoholizmu itp.
2. Zaburzenia odżywiania o podłożu psychicznym, jak anorexia, bulimia, przymusowe jedzenie, tzn. jedzenie szybciej niż normalnie, jedzenie dużych ilości bez poczucia głodu, gromadzenie jedzenia i spożywanie go po kryjomu itd., są także bardzo interesującą przyczyną niedożywienia. W/w zaburzenia odżywiania postrzegane są jako problem dotyczący tylko ludzi młodych, a jednak spotykamy się z nimi często, zarówno w opiece domowej, jak i instytucjonalnej nad ludźmi starszymi. Ludzie starsi z niedowagą mają często niewłaściwy stosunek do przyjmowania pożywienia i nie lubią widoku swojego ciała. Przy zaburzeniach tych prowadzących do dużej utraty ciała, można mówić o tzw. jadłowstręcie późnym (anorexia tardiva).
3. Choroby współistniejące – nowotwory, przewlekłe infekcje, cukrzyca, porażenia, choroby OUN (choroba Parkinsona), nadczynność tarczycy, choroby psychiczne – depresja, demencja starcza [5, 7–12].

W tym ostatnim przypadku wskazuje się także na odwrotną zależność. Przyczyny takich chorób, jak demencja starcza i choroba Alzheimera, to coraz częściej nie tylko pytanie o geny. Otóż, w niektórych badaniach wykazano, że niezależnie od rozmaitych innych czynników, niemal podwojenie ryzyka zachorowania na otępienie, w tym również na chorobę Alzheimera, nastąpiło gdy:

- stężenie kwasu foliowego w surowicy było obniżone
- stężenie Wit. B1 w surowicy było obniżone
- stężenie homocysteiny było podwyższone [13, 14].

Wskazuje się także na pozytywną korelację między niskimi wartościami takich składników odżywczych, jak witaminy E, C, kwas foliowy, selen (na skutek niedożywienia), a podwyższonymi wartościami jonów metabolicznych – manganu, aluminium, kobaltu, które mogą być indykatorami w/w chorób [14].

Ludzie starzy mają obniżone zapotrzebowanie kaloryczne i generalnie jedzą mniej niż wcześniej. Jeśli dodatkowo cierpią na demencję, cały – skomplikowany przecież, proces jedzenia, a przez to także dostarczania składników odżywczych, jest ekstremalnie zaburzony. Żeby móc jeść, trzeba przecież najpierw podołać wielu „motorycznym wyzwaniom” – trzeba podnieść łyżkę do ust, otworzyć usta, żuć pokarm i w końcu go połknąć. Trzeba poczuć apetyt lub głód, nie mówiąc już o tym, że trzeba mieć motywację do jedzenia. Chorzy demencyjni nie czują głodu, nie pamiętają gdzie jest jedzenie, ani co to w ogóle jest lub nie umieją przygotować posiłku i potem go zjeść. Niektórzy zaś są permanentnie głodni i jedzą ciągle, gdy się tylko nadarza okazja [15].

W chorobach demencyjnych występuje szereg różnych zaburzeń, które utrudniają jedzenie. Są to między innymi:

- zaburzenia koncentracji i podzielności uwagi – chorzy demencyjni mają upośledzoną zdolność do koncentrowania się na danych rzeczach przez dłuższy czas, np. na zjedzeniu całego jedzenia z talerza. Również podzielność uwagi zawodzi w tym przypadku – nie umieją oni np. jeść i prowadzić jednocześnie rozmowy.
- zaburzenia pamięci – zdolność zapamiętywania tego, czego się człowiek kiedyś nauczył jest warunkiem radzenia sobie w życiu codziennym. Jako pierwsza zawodzi chorych demencyjnych pamięć tzw. krótka. Stopniowo chory zaczyna też mieć problemy z uczeniem się nowych rzeczy.
- afazja – dochodzi w tym przypadku do zaburzenia rozumienia mowy lub do zaburzeń jej ekspresji. Chory ma więc problemy ze zrozumieniem tego, co się do niego mówi lub sam ma problem z wyrażeniem swoich potrzeb. Mówimy tu po pierwsze o afazji motorycznej polegającej na trudności znalezienia właściwych słów i mówienia całymi zdaniami. Kiedy chory nie znajduje właściwych słów, często używa zwrotu „to tam” albo „ten tam” i wskazuje palcem. Ale występuje tu także afazja sensoryczna, kiedy chory zdoła coś powiedzieć, ale jest to niewyraźne i niezrozumiałe dla otoczenia.

- apraksja – są to nabyte zaburzenia wykonywania sekwencyjnych ruchów i czynności, u których podłoża nie leżą pierwotne zaburzenia ruchowe, czuciowe, koordynacji, rozumienia czy uwagi. Jest to więc nieumiejętność podjęcia działania pomimo całkowitego zrozumienia tego, co trzeba zrobić. Pośiłek jest w tym przypadku nie lada problemem. Chory rozpoznaje talerz, szklankę i wie do czego one służą, ale nie wie jak i do czego sam ma je użyć. Lub też inny problem – chory nie wie jak się ژیje i ژیyła.
- agnozja – jest zaburzeniem rozpoznawania w zakresie określonych zmysłów. W agnozji wzrokowej pacjent nie jest w stanie rozpoznać przedmiotów spostrzeganych wzrokowo, pomimo prawidłowej ostrości wzroku, ale potrafi je nazwać gdy tylko zbada je dotykiem. Chory cierpiący na agnozię nie rozumie tego, co wcześniej było mu znane, nie rozróżnia smaków i woni. Nie wie co jest rzeczywiście jedzeniem, a co nim nie jest. To może być np. powodem tego, że czasem znajduje się chorych jedzących świeczki, ziemię z kwiatów czy inne niejadalne rzeczy.
- strach i niepewność – z zaburzeń uczuciowych to właśnie strach, izolacja i pasywność występują u chorych demencyjnych najczęściej. Chorzy rozumieją, że tracą zdolność do „odbierania” i „tłumaczenia” życia, że zapominają i nie mogą wyrazić tego, co chcą. Nowe sytuacje są dla nich przerażające i niezrozumiałe.
- sztywność ciała – w końcowej fazie choroby demencyjnej dołączają się często zaburzenia związane z uszkodzeniem niektórych obszarów w pniu mózgu. Pojawia się np. sztywność i objawy parkinsonizmu. Sztywność jest powodem tego, że pacjenci mają zaburzenia równowagi i często upadają, a przy stole np. zsuwają się z krzesła czy przechylają na boki [15, 16].

Niedobory żywieniowe zawsze wpływają na wydolność fizyczną i psychiczną człowieka, a niedożywienie chorych ma wpływ na gorszą tolerancję leczenia, większą skłonność do zakażeń i wzrost śmiertelności. W związku z tym akcję świadomego przeciwdziałania niedożywieniu należy rozpocząć już w chwili przyjęcia do szpitala, czy instytucji opiekuńczej. Powinno się zwrócić uwagę na stan ogólny oraz określić czynniki sprzyjające niedożywieniu, do których należą:

- ubytek masy ciała powyżej 10% w ciągu ostatnich 2–3 miesięcy
- hiperkatabolizm (gorączka, urazy, oparzenie)
- zwiększona utrata substancji odżywczych (biegunki, przetoki, zaburzenia wchłaniania)
- przebyte zabiegi operacyjne na przewodzie pokarmowym
- radioterapia
- przyjmowanie leków upośledzających łaknienie (sterydy, antybiotyki, cytostatyki, leki immunosupresyjne)
- uzależnienie od alkoholu
- obniżenie stężenia albumin w surowicy i zmniejszona liczba limfocytów we krwi obwodowej [7].

Tabela 1. Mini Nutritional Assessment, wg Nestlé Research Center

	Pytanie kwestionariusza	Ocena	Punkcja
A	Czy przyjmowanie pożywienia w ciągu ostatnich 3 m-cy uległo zmniejszeniu z powodu utraty apetytu, zaburzeń ze strony układu pokarmowego, zaburzeń żucia lub połykania?	apetyt prawidłowy	2
		średnio nasilona zmiana apetytu	1
		znaczna utrata apetytu	0
B	Jak duża utrata masy ciała nastąpiła w ostatnim miesiącu?	brak utraty masy ciała	3
		utrata 1–3 kg	2
		chory nie potrafi ocenić	1
		utrata powyżej 3 kg	0
C	Jaka jest zdolność chorego do poruszania się?	porusza się swobodnie, wychodzi na zewnątrz	2
		wstaje z łóżka, ale nie wychodzi na zewnątrz	1
		leży w łóżku lub siedzi na krześle	0
D	Przeżyta sytuacja stresowa lub ostra choroba w przeciągu ostatnich 3 m-cy	nie	2
		tak	0
E	Czy chory ma problemy psycho-neurologiczne?	bez zaburzeń	2
		średnio nasilona demencja	1
		ciężka demencja lub depresja	0
F	Wskaźnik masy ciała (BMI)	≥ 23	3
		21–22	2
		19–20	1
		≤ 19	0
		RAZEM	

12 pkt i powyżej – prawidłowy stan odżywienia, brak wskazań do pełnej oceny stanu odżywienia

11 pkt i poniżej – ryzyko niedożywienia, konieczne monitorowanie stanu odżywienia [7]

U każdego chorego należy także ocenić stan odżywienia. Jak dotychczas nie ma żadnej „złotej metody”, a badanie opiera się raczej na kombinacji różnych metod pośrednich. Są to:

1. badania antropometryczne – pośród tych najważniejszych są BMI (body mass index), pośrednia ocena grubości tkanki tłuszczowej, przez pomiar grubości fałdu skóry na wewnętrznej stronie ramienia (przy zgiętym łokciu), obwód ramienia itp.
2. subiektywna ocena ogólna – standaryzowane pytania o utratę masy ciała, apetyt itp.

Tabela 2. The Nutritional Risk Screening SCALES wg John'a Marcey

Sadness – Smutek, oceniany wg Yesavage Geriatric Depression Scale.	10-14 – przypisuje się 1 pkt ≥ 15 – przypisuje się 2 pkt
Cholesterol – Stężenie cholesterolu	< 160mg/dl – przypisuje się 1 pkt
Albumin – Poziom albumin	3,5-4 g/dl – przypisuje się 1 pkt < 3,5 g/dl – przypisuje się 2 pkt
Loss of Weight – Utrata masy ciała	1 kg w ciągu 1 m-ca – przypisuje się 1 pkt 3 kg w ciągu 6 m-cy – przypisuje się 2 pkt
Eating problems – Trudności w jedzeniu	Pacjent wymaga pomocy – przypisuje się 1 pkt
Shopping and food preparation problems – Trudności w robieniu zakupów i przygotowywaniu jedzenia	Pacjent wymaga pomocy – przypisuje się 1 pkt

Wynik ≥ 3 pkt – wskazuje, że pacjent należy do grupy ryzyka [8]

Trzeba jednak pamiętać, że ludzie starsi, z obniżoną funkcją mentalną mogą mieć trudności z odpowiedzią na niektóre pytania. Dlatego bardziej przydatne są narzędzia badawcze, które pozwalają na kombinację metod subiektywnych z obiektywną oceną stanu chorych, np. specjalnie opracowana, standaryzowana skala Mini Nutritional Assessment (tabela 1) lub test SCALES (tabela 2) [6, 7, 8, 17].

Test SCALES pomaga ocenić 6 potencjalnych czynników ryzyka, które mogą powodować niedobory żywieniowe. W pierwszym punkcie ocenia się, czy chory cierpi na depresję. Jest ona powszechną przyczyną utraty wagi. W jednym z badań przeprowadzonych w amerykańskim domu opieki nad ludźmi starszymi, 1/3 pacjentów, u których stwierdzono niedożywienie była w depresji. Gdy poddano ich leczeniu 70% z nich wróciło do normalnej wagi. Cholesterol całkowity jest także wskaźnikiem odżywienia, jego poziom poniżej 160 mg% jest wyrazem faktycznego niedożywienia. Normalny proces starzenia się nie jest związany ze znacznym obniżeniem poziomu albumin w surowicy krwi. Jest to więc następny czynnik, za pomocą którego można ocenić stan odżywienia. Jeśli jest on niższy niż 4 g%, to jest wskaźnikiem znacznego niedożywienia białkowego i tym samym zwiększonej śmiertelności. Utrata masy ciała jest najistotniejszym pojedynczym wskaźnikiem określeniu ryzyka w niedożywienia u danego pacjenta. Niedożywienie powinno się podejrzewać, gdy utrata wagi ciała jest większa niż 10% przez 6 miesięcy lub większa niż 5% na miesiąc. W ostatnich dwóch punktach ocenia się ryzyko niedożywienia wśród pacjentów, którzy nie mogą sami jeść i którzy potrzebują pomocy przy przyjmowaniu pokarmów, a także czynnik materialny [4, 6, 7].

Tabela 3. Ryzyko zejścia śmiertelnego z powodu niedożywienia [4]

Poziom albumin	$\leq 2,5$ g%
Poziom cholesterolu	≤ 120 mg%
Utrata masy ciała	$> 5\%$ w ciągu miesiąca lub/i $> 10\%$ w ciągu 6 miesięcy

3. badania laboratoryjne – wartości parametrów biochemicznych, a wśród nich najbardziej przydatny – poziom albumin, pozwalają obliczyć wskaźnik ryzyka niedożywienia (NRI – nutritional risk index), wg wzoru:

$$\text{NRI} = (1,519 \times \text{stężenie albumin w surowicy [g/l]}) \times (41,7 \times \text{aktualna masa ciała})$$

Interpretacja wyników:

NRI > 100 – chory odżywiony prawidłowo

NRI – 97,5–100 – lekkie niedożywienie

NRI – 83,5–97,4 – średnie niedożywienie

NRI $< 83,5$ – ciężkie niedożywienie [7].

4. badania funkcjonalne – ocena zdolności do np. samodzielnego chodzenia, ubierania się, jedzenia itp.
5. ocena ryzyka zejścia śmiertelnego z powodu niedożywienia (tabela 3) [4].

Regularna kontrola i systematyczna ocena stanu odżywienia stanowi podstawowe działanie zmierzające w kierunku zdrowienia i zapobiegania groźnym powikłaniom. Umożliwia ona także właściwe określenie zapotrzebowania na poszczególne składniki odżywcze i na płyny oraz wcześniejsze wyrównanie ewentualnych niedoborów, rozpoczęcie terapii żywieniowej – w zależności od sytuacji zdrowotnej chorego, drogą enteralną lub parenteralną, proponowanie ulubionych potraw, zmianę konsystencji jedzenia itp.

Niejednorodność grupy osób w podeszłym wieku oraz różne problemy zdrowotne powodują często trudności w opracowywaniu uniwersalnych zaleceń dotyczących diety tego okresu życia. Trudno jest stworzyć model żywienia akceptowany przez tę grupę ludzi, który jednocześnie byłby optymalny pod względem ekonomicznym, smakowym i zwyczajowym oraz pozwalałby zrealizować wszystkie zalecenia racjonalnego żywienia. Zalecenia żywieniowe, propagowane w krajach europejskich i kierowane do ludzi starszych, można jednak sprowadzić do kilku ogólnych zasad, wg których osoby te powinny:

- spożywać codziennie różnorodne produkty spożywcze
- zwiększyć spożycie nienasyconych kwasów tłuszczowych, skrobi i błonnika
- zmniejszyć spożycie tłuszczu, cholesterolu, cukru i soli
- ograniczać spożycie alkoholu [9].

Jedną z najbardziej zauważalnych cech starzenia się organizmu jest utrata zdolności adaptacyjnych. Żywnienie nie może być dodatkowym czynnikiem stresującym, dlatego też zalecenia dietetyczne powinny być kierowane do konkretnego pacjenta. Zalecenia powinny uwzględniać stan jego zdrowia, sprawność fizyczną, niezależność i zaradność, czyli traktować pacjenta holistycznie [3].

Najprostszym sposobem zapobiegania i leczenia niedożywienia jest przyjmowanie takiej ilości pokarmów, która pokryje zapotrzebowanie pacjenta na energię, białko oraz elektrolity, pierwiastki śladowe i witaminy. Podawanie jedynie preparatów wielowitaminowych jest często niewystarczające, a niekontrolowana ich podaż jest nawet niewskazana, ponieważ może spowodować toksyczne skutki uboczne. Dotyczy to szczególnie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach [10].

W planowaniu programu odżywiania dla ludzi starszych należy pamiętać, że większość z nich potrzebuje przynajmniej 1g białka/kg/dzień i około 30 kcal/kg/dzień – w zależności od stopnia aktywności. Wielu cierpi także na niedobory minerałów, które także powinny być uzupełnione [12].

Należy także kierować się zaleceniami odnośnie BMI u ludzi starszych. Pożądane BMI, wg źródeł międzynarodowych, wynosi u nich 24–29 kg/m², a więc więcej niż u zdrowych, dorosłych ludzi [6].

Odżywianie doustne i stosowanie dodatkowych odżywek jest często trudne i wymaga dodatkowego czasu – choćby z powodu konieczności odpowiedniego przygotowania pożywienia czy spowolnionej reakcji chorych. Pomimo tych oczywistych niedogodności, właśnie takie postępowanie jest często wystarczającym czynnikiem wspierającym proces fizycznej i psychologicznej rehabilitacji. Dlatego nawet w dzisiejszych czasach – niedoborów finansowych i personalnych, nie do przyjęcia jest wprowadzanie odżywiania przez sondę jedynie dla ułatwienia opieki czy zaoszczędzenia czasu.

Decyzja o podjęciu żywienia przez sondę jest zawsze trudna i związanych jest z nią szereg dylematów etycznych. Musi być więc ona zawsze podjęta indywidualnie, razem z innymi członkami zespołu terapeutycznego, rodziną czy opiekunami. W każdym przypadku należałoby się najpierw zastanowić, czy pacjentowi taki sposób odżywiania poprawi jakość życia i pomoże w powrocie do zdrowia [12].

Personel służby zdrowia ma, niestety, często to do siebie, że – miast szukać zwykłych codziennych rozwiązań – koncentruje się za bardzo na rozwiązaniach technicznych. Łatwiej wierzyć w wartość tego, co w drenie i strzykawce, niż tego, co na talerzu. Jedzenie na talerzu postrzega się jako bardzo... trywialne.

To, co rzadko jest punktem zainteresowania pielęgniarki, to jest jedzenie jako „przyjemność”. Przyjemność kulinarna, a więc smak jedzenia, ale także socjalna – poczucie przynależności do grupy. A brak takiego poczucia przynależności jest – zgodnie z teorią pielęgnowania wg Benner i Wrubel – największym zagrożeniem człowieczeństwa [18].

Dla ludzi starszych, a zwłaszcza tych demencywnych, niezmiernie ważny jest spokój wokół stołu. Hałasy dochodzące np. z radia, telewizora, czy personelu rozmawiającego głośno ze sobą powodują, że chorzy robią się bardzo niespokojni. A z doświadczenia wiadomo także, że niepokój jest zaraźliwy dla współpacjentów. Bardzo ważne jest wyznaczenie stałych miejsc przy stole dla pacjentów – to daje im poczucie przynależności i bezpieczeństwa [19].

Chorzy demencywni potrzebują na pewno więcej czasu na zjedzenie posiłku niż ludzie starsi – zdrowi mentalnie. W wielu instytucjach te dwie grupy pacjentów siedzą często przy jednym stole. Podczas gdy chorzy demencywni zaczynają dopiero jeść, inni już zjedli, podnoszą się i odchodzą od stołu. Chorzy demencywni nie rozumieją sytuacji, więc chcą także wstać od stołu tak jak inni pomimo, że sami jeszcze nie zjedli. Należałoby się więc zastanowić nad innym rozwiązaniem tej sytuacji, aby powtarzając się, nie doprowadziła ona do niedożywienia chorych [15].

Bardzo ważna jest też estetyczna strona serwowanych posiłków. Nikomu wszak nie chciałoby się jeść szarej mamiły, zaserwowanej na wyszczerbionym talerzu, choćby nie wiem jak była kaloryczna i pożywna. Niewskazane jest jednak nadużywanie kolorowych, wzorzystych obrusów na stole, czy też zastawy stołowej, gdyż to może zwiększać dezorientację pacjenta. Najbardziej wskazany jest ciemny obrus i jasna zastawa – dla zwiększenia kontrastu oraz dobre oświetlenie [19].

Chorzy demencywni powinni z założenia, sami częstować się przy stole. Wtedy jedzą to lub też tyle, na ile mają ochotę. Oczywiście należałoby wszystko im tak przygotować, żeby nie czuli się np. bezradni czy poniżeni tym, że nie umieją sobie poradzić. Jeśli nie dają sobie rady z samodzielnym spożywaniem posiłku, pomocny byłby na pewno podział jedzenia na małe porcje, rozdrobnienie go czy też zastosowanie odpowiednio dostosowanych sztuczków, ograniczników na talerze czy popularnych kubków „z dzióbkiem”. Nie do uniknięcia są sytuacje, w których coś się rozleje, rozbije itd. Nie należy robić z tego wielkiej „sprawy”, a raczej próbować uspokoić i pocieszyć chorego [15].

Personel opiekuńczy powinien pamiętać, że ludzi starych nie należy traktować jak dzieci. Nie można mówić, że oni nie wiedzą „co dla nich dobre” i że my to wiemy lepiej. Ludzie starzy też mają prawo do decydowania o sobie. Każdy kontakt z pacjentem powinien być pełen respektu, uczciwości i współczucia. Aby chory mógł zachować poczucie godności musi on czuć się widziany, słuchany i akceptowany.

Pacjent otrzymuje często posiłek w sposób, który podkreśla jego „rolę pacjenta”. Taca z jedzeniem postawiona na stolik przyłóżkowy lub plastikowe pojemniki z firmy cateringowej działają jak swego rodzaju symbol, który stempluje człowieka jako pacjenta. W ten sposób także i personel „cementuje” chorego w tej roli [18].

Kiedy chorzy nie są już w stanie jeść samodzielnie, w schyłkowym stadium choroby demencyjnej, trzeba ich karmić i poić. Także i wtedy nie należy zapominać o kontakcie z chorym, choćby tym wzrokowym czy dotykowym. Ważna jest znajomość pacjenta, jego nawyków czy też może znaczenia słów, które wypowiada i jego gestów. Ważny jest czas, który mu poświęcamy, co nie jest przecież tak oczywiste w naszym, często napiętym planie dnia pracy [18].

Jednym z elementów terapii chorych niedożywionych jest także odzyskanie lub choćby poprawa sprawności ruchowej chorego. Działania pielęgniarki w tym zakresie powinny polegać na aktywizowaniu chorego, poprzez rehabilitację ruchową, gimnastykę oddechową czy prowadzenie terapii zajęciowej. Każda z form aktywności powinna być dostosowana do stanu chorego i jego możliwości. Niewątpliwie działania tego typu będą zapobiegać zanikom mięśni, przykurczom ścięgien, odleżynom, zakażeniom dróg oddechowych i innym niebezpiecznym dla życia powikłaniom oraz korzystnie wpływa na psychikę chorego poprawiając jego samopoczucie i zwiększając tym samym apetyt [7].

Podsumowanie

Jedzenie od zawsze zajmuje centralne miejsce w życiu człowieka, zarówno jako czynnik niezbędny dla zachowania prawidłowego zdrowia, jak i jako część naszego kulturowego i socjalnego rozwoju. Jedzenie informuje również o statusie ekonomicznym człowieka i jego relacjach społecznych.

Jest ono czymś więcej niż tylko białka, witaminy i kalorie, czyli czymś więcej niż tylko „energetycznym paliwem”. Posiłki to także towarzystwo, bezpieczeństwo, bliskość i dostępność. Dla wielu chorych starszych, demencyjnych są posiłki najważniejszymi stałymi i regularnymi punktami dnia. Oczywiście są one także, dla obu stron, dużym wyzwaniem. Tym większym, im bardziej proces chorobowy jest zaawansowany [15, 18].

Zadaniem pracowników Służby Zdrowia, ale także pozostałej części społeczeństwa, jest zapewnienie człowiekowi dobrego i wartościowego życia, pomimo choroby czy starości. Powinniśmy podjąć odpowiednie działania w celu poprawy jakości życia ludzi starych i ich dobrego samopoczucia, jak również pomóc im w radzeniu sobie z problemami, wyzwaniami i obciążeniami, na które są narażeni w codziennym życiu.

Każdy chory w starszym wieku narażony jest na ryzyko niedożywienia, dlatego regularna kontrola i systematyczna ocena stanu odżywienia ludzi starszych stanowi podstawowe działanie zmierzające do przyśpieszenia zdrowienia i zapobieganie groźnym powikłaniom, a tym samym polepszenia jakości ich życia.

Termin „niedożywienie” błędnie kojarzy się jedynie z biedą i brakiem środków na żywność, podczas gdy w rzeczywistości dotyczy on często krajów rozwiniętych i zamożnych. Pamiętajmy, że problem niedożywienia nie jest tylko problemem krajów trzeciego świata, to dzieje się także tu i teraz.

Piśmiennictwo

1. Jaeschke R., Guyatt G., Cook D., Miller J.: Określenie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem. *Medycyna praktyczna*, 1999, 4, 155–162.
2. Makarewicz-Wujec M., Kozłowska-Wojciechowska M.: Dieta ludzi starszych. *Żyjmy dłużej*, 2000, 3. Pobrano dnia 29.12.2006 z sieci www: <http://www.zyjmydluzej.pl/art.php?id=87>.
3. Jabłoński E., Kaźmierczak V.: Odżywianie się osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 2005, 13, 1, 48–54.
4. Scheve A.: Nutrition in the elderly. Pobrano dnia 29.12.2006 z sieci www: <http://www.seniorhealthcare.org/srhealth.nsf>.
5. Elmståhl S., Person M., Andren M., Blabolil V.: Malnutrition in geriatric patients: a neglected problem? *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26, 851–855.
6. Mowé M.: Behandlig av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskr. Nor. Lægeforening*, 2002, 8, 815–818.
7. Cierzniańska K., Szewczyk M. T.: Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego z niedożywieniem w wieku starszym. W: M. Biercewicz, M. Szewczyk, R. Ślusarz: *Pielęgnowanie w geriatrici*. Borgis, Warszawa, 2006, 95–103.
8. Galus K., Kocemba J. (red.): *Odżywianie*. W: MSD Podręcznik geriatrici. Urban & Partner, Wrocław, 1999, 8–9.
9. Gabrowska E., Spodarek M.: Zasady żywienia osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 2006, 14, 2, 57–62.
10. Majewska K.: Niedożywienie – niedoceniane zagrożenie. Pobrano dnia 29.01.2007 z sieci www: http://www.niedajszjeszchorobie.org/niedozywienie_niedoceniane_zagrozenie.pkp.
11. Skiba M., Kusa-Podkańska M., Wysokińska-Miszczuk J.: Wpływ stanu jamy ustnej na jakość życia osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 2005, 13, 4, 250–254.
12. Volkert D., Berner Y. N. (red.): *Espen Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. Clinical Nutrition*, 2006, 330–360.
13. Förstl H. (red.): *Leczenie zespołów otępiennych*. Urban & Partner, Wrocław, 2005.
14. Clark Morris M.: Diet and Alzheimer's Disease: What the evidence show. Pobrano dnia 26.02.2007 z sieci www: <http://www.medscape.com/viewarticle/466037>.
15. Moen Johannsen A. K.: Maten er halve "føda". *Sykepleien*, 1999, 17, 50–53.
16. Podemski R., Wendera M. (red.): *Neurologia*. Urban & Partner, Wrocław, 2001, 82–92.
17. Bauer J. M.: Diagnosing malnutrition in the elderly. *Dtsch Med. Wodenschr*, 2006, 131, 5, 223–227.
18. Andreassen B. F.: Felleskap og levende lys er også "vitaminer". *Sykepleien*, 1997, 5, 56–58.
19. Foss B., Wahl A. K.: Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*, 2002, 18, 35–39.

Alicja Marzec¹, Marta Muszalik²,
Kornelia Kędziora-Kornatowska³, Ilona Grzeszak³

Problem zabezpieczenia świadczeń terapeutycznych i pielęgnacyjnych dla pacjentów w starszym wieku

Wstęp

Według WHO jako „społeczeństwa starzejące się” uznaje się te, w których odsetek ludności w wieku ponad 60 lat przekroczył 12%. Nasilające się od kilku dziesięcioleci światowe zjawisko starzenia się ludności najbardziej zaznaczyło się w Europie, gdzie ma największą dynamikę wzrostu. Prognozy WHO i ONZ wskazują, że w ciągu najbliższych 50 lat nastąpi zrównanie liczebności najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej populacji, czyli osób do 18 rż. i osób po 60 rż. W roku 2025 liczba osób po 60 rż. przekroczy 1 miliard (15,0% ludności Ziemi), w roku 2050 zbliży się do 2 miliardów (21,0%).

W Europie wzrost liczby osób w wieku ponad 60 rż. jest nadal dynamiczny, ta grupa powiększy się do roku 2050 ponad 30 krotnie co oznacza, że osoby starsze będą stanowiły 37% populacji Europy. Najszybciej wzrasta liczba osób najstarszych, w wieku ponad 80 lat, w 2050 odsetek osób w tym wieku zbliży się do 4,1% ogółu populacji [1].

Wzrost liczby osób starszych to efekt poważnych zjawisk społecznych, kulturowych, ekonomicznych i rozwoju medycyny. Postęp i rozwój medycyny, lepsza opieka medyczna, poprawa warunków życia, zmiana stylu życia niesie wydłużanie się okresu życia jednostki. Ludzie żyją dłużej, średnia oczekiwana długość życia w krajach Unii Europejskiej wzrosła z 75 do 79 lat. W Polsce zaś długość życia mężczyzn wrosła do 71 lat, kobiet do 79 lat [2, 3].

Taki wzrost liczby w grupie osób starszych stanowi ważne zadanie dla polityków i specjalistów zdrowia publicznego, jako organizatorów systemu zabezpie-

¹ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

² Collegium Medicum w Bydgoszczy, Klinika Geriatrii Szpital Uniwersytecki im. Jurasza w Bydgoszczy, Collegium Medicum

³ Klinika Geriatrii Szpital Uniwersytecki im. Jurasza w Bydgoszczy, Collegium Medicum

czenia zdrowotnego, uzasadnia konieczność wniesienia zmian do modelu opieki geriatrycznej [4].

WHO wskazuje *niezależność (independency)* jako kierunek rozwoju opieki nad osobami starszymi w najbliższym czasie. We współczesnej gerontologii dąży się do utrzymania sprawności, witalności i kreatywnej aktywności do późnych lat życia [5]. Założenia te są też przewidziane w standardzie opieki geriatrycznej przyjętej przez Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce [6].

Problemy osób starszych w społeczeństwie

Nasilające się zjawisko starzenia się ludności niesie problemy społeczne, ekonomiczne i epidemiologiczno-zdrowotne (medyczne). Starość cechuje wielość i złożoność tych problemów. Problemy społeczne starszych ludzi to przede wszystkim samotność wynikająca ze zmian w strukturze i funkcjach rodziny, niedostatek materialny – wynikający z niskich dochodów. Problemy medyczne – to wielochorobowość i znaczne zaawansowanie chorób, niepełnosprawność fizyczna jako skutek powikłań chorobowych i zmian fizjologicznych wynikających z procesu starzenia. Często obniżona sprawność psycho-emocjonalna związana z trudnościami z akceptacją starzenia się, a nasilona jest przez tempo i propagowane wartości współczesnego życia. Często istnieje duża rozbieżność między wiekiem kalendarzowym a biologicznym, psychologicznym, społecznym i funkcjonalnym. Starość cechuje również niesprawność percepcyjna związana ze zmianami w narządach zmysłów i OUN (ośrodkowy układ nerwowy) oraz zubożeniem wyższych funkcji psychicznych. Niesamodzielność, niesprawność seniora uzależnienia go opieki ze strony rodziny lub opiekunów, lub opieki społecznej [6].

W polskiej populacji osób po 65 rż. przeważają choroby układu krążenia, schorzenia miażdżycowe, choroby układu ruchu oraz metaboliczne. Inne schorzenia dotyczą obniżające sprawność fizyczną oraz jakość życia: przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma, choroby nowotworowe, zespoły demencyjne, zaburzenia psychiczne, depresja i uzależnienia głównie od alkoholu i leków [1, 6].

W badaniach GUS 1997r. w najstarszej grupie wiekowej osób w wieku 75 lat i więcej zaledwie 9,4% osób oceniło swój stan zdrowia pozytywnie, 57,5% ocenia negatywnie [7]. Podobne oceny stanu zdrowia uzyskano w szerokich badaniach – diagnoza społeczna 2005 [8].

Niekorzystny stan zdrowia seniorów wymaga specjalistycznej opieki medycznej lekarskiej – geriatrycznej, opieki pielęgniarskiej i pełnej rehabilitacji zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych i domowych.

Współczesny standard opieki pielęgniarskiej w geriatrii jest zgodny z założeniami ICN (Międzynarodowa Rada Pielęgniarek) opracowanymi w 1999 roku (Rok Seniora):

- Opieka nad osobami starszymi wymaga od pielęgniarek specyficznego, tj. specjalistycznego przygotowania, wysokiego poziomu etycznego, szerokiej wiedzy ogólnej, specjalistycznej wiedzy z zakresu klinicznego i pielęgniarstwa oraz wielu praktycznych umiejętności.
- Pielęgnowanie osób starszych obejmuje pomoc w utrzymaniu zachowań adaptacyjnych, promocję dobrego samopoczucia, doradztwo i wsparcie, opiekę w ciężkiej i przewlekłej chorobie oraz obecności w ostatnich chwilach życia.
- Pielęgniarki oceniają stosunek do człowieka w podeszłym wieku (wiedzę o starości) w rodzinie i społeczności lokalnej, stosunek osób starszych do procesu przemian w ich organizmie i zmian w sytuacji życiowej, oceniają zdolności adaptacyjne i do samoopieki (deficyt samoopieki), możliwości współdziałania z osobą starszą, rodziną, grupami wsparcia, planują proces aktywizowania seniora uwzględniając ich możliwości i potrzeby.

ICN podkreśla potrzebę ciągłości i koordynacji opieki podczas hospitalizacji, planowego wypisu, przygotowania środowiska domowego przez pielęgniarki wraz z rodziną/opiekunami do przejęcia opieki, współpracy z centrami wsparcia społecznego, z lokalnym centrum pomocy społecznej [11].

Zasadne jest wprowadzenie już od poziomu podstawowej opieki zdrowotnej **standardu świadczeń usług medycznych w specjalności geriatry** przedstawionego przez Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce [6, 12]. Standard zawiera zasady działania w geriatryi:

- Opieka powinna być świadczona przez *jednostki opieki geriatrycznej* i skoncentrowana na profilaktyce wieku podeszłego, na rozpoznawaniu i leczeniu chorób częściej obecnych u starszych, na rehabilitacji, na łagodzeniu objawów somatycznych, na pomocy i edukacji chorego, rodziny i opiekunów, na wsparciu psychicznym i społecznym.
- Kompleksowa ocena stanu osoby starszej jest podstawą diagnozowania i leczenia w geriatryi. Zakłada się ścisłą współpracę zespołu geriatrycznego z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową/rodzinną na każdym etapie opieki.

Według standardu opieka geriatryczna powinna być sprawowana w kilku formach organizacyjnych – całodobowy geriatryczny oddział szpitalny, – geriatryczny dzienny oddział szpitalny, – ambulatoryjna opieka geriatryczna/poradnia, – opieka domowa, w tym opieka w końcowej fazie życia, czyli jako geriatryczny zespół opieki domowej przy poradni, – geriatryczny zespół konsultacyjny w instytucjach leczniczych i opiekuńczych, wspierany przez poradnię geriatryczną, – konsultacje udzielane lekarzom rodzinnym i innych specjalności.

Standard podkreśla wagę programów edukacji w zakresie opieki i pielęgnacji w starszym wieku i konieczność podnoszenia kwalifikacji personelu w formie szkoleń zintegrowanych dla członków zespołów opieki.

Standard zaleca wprowadzenie jednolitej dokumentacji umożliwiającej monitorowanie dynamiki starzenia się oraz wydolności organizmu oraz efektów

terapii. Dokumentowanie zunifikowane może być dobrym środkiem do zapewnienia jakości i efektywności opieki nad seniorem.

W standardzie wskazane jest również miejsce pielęgniarki w opiece geriatrycznej. Powinna to być pielęgniarka o właściwych kwalifikacjach, tj. z 5 letnim stażem klinicznym, po ukończeniu szkoleń podyplomowych (kurs kwalifikacyjny, specjalizacja pielęgniarska w dziedzinie geriatry) jest ona członkiem zespołu wielodyscyplinarnego oceniającego stan pacjenta i określającego zakres niezbędnej pomocy w zakresie opieki i rehabilitacji. Ważną rolę pielęgniarki jest edukacja pacjenta, jego rodziny/opiekunów w zakresie koniecznym do samoopieki lub sprawowania opieki. Pielęgniarki przypisano rolę kreatora systemu wsparcia społecznego, aktywizowania wolontariatu, nawiązywania współpracy z ośrodkami pomocy społecznej [12].

Standard przewiduje normy zabezpieczenia opieki geriatrycznej zgodnie z zaleceniami WHO: na 100–200 tys. mieszkańców powinno być dostępnych 20–25 miejsc na oddziałach stacjonarnych, 15–25 miejsc na oddziałach dziennych oraz 1 poradnia (2 etaty lekarskie), 400–500 na miesiąc porad lekarskich ambulatoryjnych, 200 na miesiąc wizyt lekarskich domowych, 500–600 na miesiąc wizyt domowych pielęgniarskich [12].

Problemy hospitalizacji osób starszych

Wiele stanów chorobowych dotyczących osób starszych wymaga prowadzenia diagnostyki i terapii w warunkach szpitalnych. Ocenia się, że 12% hospitalizacji osób po 70 r.ż. i ponad 20% hospitalizacji osób w wieku ponad 80 r.ż. ma przyczynę w nieprawidłowo prowadzonej w warunkach domowych farmakoterapii. Skutki polipragmazji są znaczące dla fizjologii starego organizmu i niekiedy bardzo naruszają jego możliwości metaboliczne [9]. Niepożądane efekty farmakoterapii to skutki błędów jatrogennych, wynikające z braku pełnej kontroli nad farmakoterapią wprowadzoną jednocześnie przez kilku lekarzy leczących, a także samoleczenia.

Starsze osoby hospitalizowane są częściej niż osoby młode oraz mają trudności w adaptacji do warunków szpitala, niełatwo znoszą oddalenie od domu i rodziny, a rytm pracy oddziału szpitalnego koliduje z ich zwyczajami i przyzwyczajeniami. Wreszcie hospitalizacja jest odbierana jako okres zagrożenia, kojarzy się, niestety, z umieraniem niekiedy bardziej niż z leczeniem [10].

Leczenie geriatrycznego pacjenta wymaga stosowania wielu skomplikowanych procedur medycznych jednocześnie, wielu leków i zabiegów. Może być bardzo stresujące, stąd wymagana jest współpraca opiekunów/bliskich chorego z personelem oddziału, aby zmniejszyć lub całkowicie wyeliminować lęki i obawy pacjenta-seniora.

W bezpośredniej opiece pielęgniarstwie nad pacjentem w starszym wieku znaczące miejsce zajmują „wielkie problemy geriatryczne” – upadki, zaburzenia funkcji zwieraczy (nieдержание mocz i stolca), zmiany w narządach zmysłów, zespoły demencyjne, depresja.

W opiece pośredniej, o celach długofalowych, ważna jest współpraca z rodziną jako elementem wsparcia i punktem wspierającym w edukacji pacjenta. Skutki chorób i powikłań potęgują niesprawność (fizyczną, intelektualną i percepcyjną), bardzo ograniczają aktywny udział chorego w terapii, przedłużają czas trwania choroby i rekonwalescencji, zmniejszają lub uniemożliwiają szanse do przygotowanie do samoopieki w warunkach pozaszpitalnych, domowych [13].

Od organizatorów opieki medycznej oczekuje się zabezpieczenia miejsc szpitalnych i miejsc w placówkach o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze – „nurse home”) oraz właściwego standardu świadczeń leczniczych i pielęgnacyjnych. Nie jest to łatwe zadanie, ponieważ obecnie w kraju brakuje specjalistycznych placówek geriatrycznych – szpitali, oddziałów, niedostateczne wyposażenie w sprzęt ułatwiający poruszanie się tych osób, przenoszenie, niedobory ilościowe personelu zaangażowanego w bezpośrednią opiekę nad seniorem – to tylko część problemów. Innym problemem jest niedobór przygotowanego specjalistycznie personelu, bez odpowiedniego doświadczenia zawodowego w geriatric. To wskazuje na zasadność w kształceniu poddyplomowym pielęgniarzek w postaci szerszej oferty, jaką jest specjalizacja pielęgniarstwa geriatryczna.

Człowiek w wieku zaawansowanym jako odbiorca świadczeń pielęgniarstwa w opiece domowej długoterminowej

Ludzie starsi są głównymi świadczeniobiorcami, szczególnie wymagającymi dla zespołu pracowników POZ (podstawowa opieka zdrowotna) ze względu na prezentowanie szczególnego zakresu problemów i ich nasilenie (polipatologia, niesprawność w różnych obszarach życia, polipragmazja, samoleczenie, problemy socjalne). Stąd jednym z podstawowych zadań opieki geriatrycznej jest wczesne wykrywanie czynników ryzyka wpływających na zmniejszenie zdolności osób starszych do samodzielnego życia oraz takie ukierunkowanie działań profilaktycznych i leczniczych, które zapobiegałyby narastaniu niesprawności i uzależnienia tych osób od pomocy opiekunów lub pomocy instytucjonalnej [9].

Na poziomie lokalnym postuluje się demedycyzację wszelkich problemów, które w istocie mają charakter socjalny. Na ile jest to możliwe, opieka zdrowotna nie powinna zastępować osobistej, domowej i nieformalnej opieki.

Zespół POZ może być też ważnym punktem w diagnozowaniu rodzin ze starszymi ludźmi, w których pojawiają się problemy z zakresu patologii społecznej. Rodziny takie powinny być identyfikowane i otoczone szczególną opieką. Powinno się podjąć wszelkie środki zaradcze wobec rodzin, w których dochodzi do zjawiska eksploatacji starych ludzi poprzez nadmierną pracę albo poprzez odbieranie części ich dochodów. Można to osiągnąć poprzez dobrą współpracę pracowników POZ z pracownikami służb społecznych [14].

Podstawowym zadaniem dla zespołu pracowników POZ wobec całej populacji świadczeniobiorców w starszym wieku jest określanie ich stanu zdrowia. Wykonuje się szereg badań o charakterze przesiewowym w zakresie schorzeń najczęściej występujących u osób starszych: choroby układu krążenia, nowotworowe, neurologiczne, narządu wzroku i słuchu, depresji i innych [6]. Ważna też również ocena stanu odżywienia, stanu sprawności fizycznej, ocena funkcjonowania społecznego indywidualnych osób. Wszystkie te elementy zawiera COG (Całościowa Ocena Geriatryczna), która przeprowadzana jest w celu określenia stanu zdrowia, ustalenia stopnia zdolności osoby do samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym i w celu określenia zapotrzebowania na pomoc i opiekę. Stanowi ona podstawę do ustalenia planu postępowania wobec osoby starszej w ramach zespołowego procesu leczniczo-pielęgnacyjnego [12]. Leczenie osób starszych winno być prowadzone przez specjalistę z dziedziny geriatry i starannie monitorowane z odpowiednią częstotliwością.

Opieka długoterminowa nad osobami starszymi

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w opiece długoterminowej w warunkach pozaszpitalnych i domowych przeznaczone są dla osób obłożnie i przewlekle chorych nie wymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece, i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej nie mogą być przyjmowane osoby kwalifikujące się do DPS (domy pomocy społecznej) lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna albo zaawansowana choroba nowotworowa [15].

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach pozaszpitalnych realizowane są w jednostkach stacjonarnych, takich jak: oddziały dla przewlekle chorych, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady pielęgnacyjno-lecznicze (dla dorosłych i dla dzieci, dla osób wentylowanych mechanicznie, dla pacjentów w stanie apalicznym/wegetatywnym i w formie świadczeń pozastacjonarnych realizowanych jako zespół opieki długoterminowej domowej (np. opieka domowa nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie) i pielęgnarska opieka długoterminowa.

Zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w opiece domowej długoterminowej

Pielęgniarska opieka długoterminowa jest to opieka nad obłożnie chorym w domu. Pacjenci w pielęgniarskiej opiece długoterminowej nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej, udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem POZ/rodzinnym [15].

Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest: – zapewnienie świadczeń pielęgnacyjnych 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 zadań opieki pielęgniarskiej długoterminowej należy: realizacja świadczeń pielęgnacyjnych zgodnie z procesem pielęgnowania; pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukacja zdrowotna osób objętych opieką oraz członków ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu.

Do pielęgniarskiej opieki domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy, niezdolni do samoopieki, którzy w ocenie stanu samoobsługi pacjenta (wg oceny skalą ADL – skala wg Katza, skala sprawności wykonywania czynności podstawowych (*Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*)) otrzymali 6 punktów lub mniej i wymagają bezwzględnie realizacji przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgnacyjnych przez okres powyżej 2 tygodni, a) kroplowego wlewu dożylnego stałego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia, b) wykonywania zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach, odleżynach, troficznych owrzodzeniach podudzi, trudno gojących się ranach, c) karmienia przez zgłębnik i przez przetokę, d) płukania pęcherza moczowego, e) pielęgnacji pacjenta z rurką tracheotomijną, f) zakładanie i usuwanie cewnika (stałe zlecenie lekarskie).

Pielęgniarka w opiece domowej współpracuje z pielęgniarką rodzinną i współpracuje z lekarzem pierwszego kontaktu, który został wybrany przez pacjenta i do którego złożył deklarację wyboru, informuje ich o podjęciu (i zakończeniu) udzielania świadczeń oraz o zmianach w stanie zdrowia pacjenta.

Pielęgniarka opieki długoterminowej nie pełni funkcji pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej i pielęgniarki w gabinecie zabiegowym i szczepień. Udziela świadczeń na obszarze o promieniu 30 km [15].

Bezpośrednio w domu chorego świadczenia wykonuje pielęgniarka opieki domowej długoterminowej. Są to świadczenia z zakresu bezpośredniej opieki

pielęgniarskiej oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w wieku zaawansowanym.

Edukacja dotyczy zagadnień opieki i pielęgnowania w konkretnych przypadkach, stylu życia, umiejętnego prowadzenia aktywności fizycznej i umysłowej, niwelowania stresu, rezygnacji z nałogów (nadużywanie alkoholu, tytoniu i leków jest rozpowszechnione wśród starszych osób); prowadzona jest przy użyciu metod tradycyjnych i nowoczesnych ze środkami multimedialnymi.

Świadczenia rehabilitacyjne mają pomóc seniorowi w utrzymaniu sprawności fizycznej. Mogą być prowadzone jako rehabilitacja „po chorobie”, ale przede wszystkim chodzi o rehabilitację ciągłą podtrzymującą sprawność, z wykorzystaniem całej gamy zabiegów z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii.

Wsparcie społeczne ze strony zespołu POZ może mieć charakter merytoryczny i obejmować informację, jak korzystać z systemu opieki zdrowotnej – dziś skomplikowanego i trudno dostępnego dla seniorów wymagających leczenia specjalistycznego.

Standard pielęgniarstwa

Temat: Przyjęcie chorego do Kliniki Geriatrii.

Grupa opieki: Chorzy w starszym wieku przyjmowani do Kliniki w trybie planowym.

Oświadczenie standardowe: Przyjęcie chorego do Kliniki, zebranie szczegółowego wywiadu od pacjenta lub rodziny, zaplanowanie opieki pielęgniarstwa, udzielenie pomocy w adaptacji pacjenta do warunków szpitalnych oraz przekazanie choremu i jego rodzinie (opiekunom) informacji dotyczących przewidywanego i proponowanego przebiegu opieki pielęgniarstwa.

Uzasadnienie: Prawidłowe i sprawne wykonanie czynności związanych z przyjęciem pacjenta do Kliniki ułatwi choremu adaptację do nowych warunków. Właściwa ocena jego stanu psychicznego, fizycznego, społecznego i funkcjonalnego, dokonanie prawidłowych zapisów w dokumentacji medycznej pozwoli zaplanować, zrealizować plan opieki oraz dokonać oceny osiągniętych wyników, a także przygotować chorego, jego rodzinę i opiekunów do sprawowania opieki w warunkach domowych. Pielęgniarka zbiera, dokumentuje i analizuje dane o chorym, które są całościowe i dokładne.

Kryteria struktury:

W oddziale pielęgniarka ma dostęp do:

- pokoju do przeprowadzenia wywiadu, pokoju zabiegowego
- Księgi Ruchu Chorych
- Historii choroby, skierowania do szpitala
- Skali Podstawowych Czynności Życia Codziennego (ADL)
- Skali Złożonych Czynności Życia Codziennego (IADL)
- Skali Norton

- Geriatrycznej Skali Depresji (GDS)
 - Wskaźnika BMI
 - Skali ryzyka zagrożenia upadkiem (wg Mary Tinetti)
 - Dokumentacji pielęgniarstwiej
1. Pielęgniarka zna kolejność czynności związanych z przyjęciem chorego do Kliniki.
 2. Pielęgniarka zna techniki i metody zbierania wywiadu.
 3. Pielęgniarka posiada umiejętność komunikowania się z chorym w starszym wieku.
 4. Pielęgniarka zna techniki i zachowania eliminujące trudności w komunikowaniu się z chorym.
 5. Pielęgniarka posiada umiejętność rozpoznawania problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych.
 6. Pielęgniarka posiada umiejętność oceny stanu funkcjonalnego, bio-psycho-społecznego oraz sformułowania diagnozy pielęgniarstwiej.
 7. Pielęgniarka posiada umiejętność prowadzenia procesu pielęgnowania chorego w starszym wieku.

Kryteria procesu

1. Pielęgniarka gromadzi dane o pacjencie w następujący sposób:
 - sprawdza informacje o fakcie zgłoszenia się chorego do szpitala
 - wywiad z pacjentem lub jego rodziną dotyczy stanu bio-psycho-społecznego chorego
 - określa stopień samodzielności chorego w zakresie podstawowych czynności życia codziennego (ADL)
 - określa stopień samodzielności chorego w zakresie złożonych czynności życia codziennego (IADL)
 - określa deficyt w zakresie samodzielności i niezależności pacjenta
 - określa ryzyko rozwoju odleżyn (Norton)
 - dokonuje pomiaru podstawowych parametrów życiowych
 - określa stan odżywienia (BMI)
 - pielęgniarka ocenia postawę pacjenta wobec choroby i faktu hospitalizacji
 - weryfikuje otrzymane informacje
 - analizuje dokumentację lekarską i psychologiczną
 - zapoznaje chorego z prawami pacjenta, topografią oddziału, personelem, innymi pacjentami, godzinami posiłków.
 - Pielęgniarka prowadzi proces pielęgnowania chorego
2. Pielęgniarka stosuje różne techniki i zachowania w celu eliminowania trudności komunikowania się z pacjentem (uważnie słucha, okazuje zainteresowanie, jest otwarta, empatyczna, używa prostych zdań, mówi wyraźnie, powoli, głośno, zachęca chorego do opisu własnych przeżyć, nie podnosi tonu głosu, udziela niezbędnych informacji zwrotnych).

3. Pielęgniarka rozpoznaje problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze chorego.
4. Pielęgniarka realizuje czynności opiekuńcze i wychowawcze.
5. Udziela wsparcia choremu jego rodzinie i opiekunom.

Kryteria wyniku

1. Uzyskane dane o pacjencie, rozpoznane problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze są adekwatne do aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz zostały prawidłowo udokumentowane.
2. Zrealizowano plan opieki pielęgniarskiej.
3. Pacjent i jego rodzina otrzymali praktyczne wskazówki i informacje dotyczące pielęgnacji.
4. Pacjent i rodzina są przygotowani do samoopieki i samopielęgnacji [16].

Podsumowanie

Człowiek starszy, jako pacjent hospitalizowany lub jako pacjent objęty opieką pielęgniarską długoterminową domową, prezentuje szereg problemów zdrowotnych, a także psychologicznych i społecznych. Wymaga aktywnej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i kompleksowej rehabilitacji. Zadaniem pielęgniarki jest prowadzenie opieki zgodnie ze współczesnymi założeniami: opieka holistyczna zakładająca przygotowanie chorego do samoopieki, a jego rodziny/opiekunów do sprawowania opieki nieprofesjonalnej oraz umożliwienie choremu przebywanie we własnym środowisku domowym i jak najwyższej jakości życia.

Współcześnie przedstawiana opieka geriatryczna ma charakter opieki czynnej, holistycznej, wielokierunkowej i opartej na współdziałaniu pracowników medycznych i pracowników pomocy społecznej, samorządu lokalnego i organizacji pozarządowych, zakłada również aktywny udział wolontariatu.

Piśmiennictwo

1. Włodarczyk A. Starzenie się ludności wyzwaniem dla zdrowia publicznego w Polsce i Europie. *Zdrowie Publiczne* 2005; 115 (4): 611–616. Za: Department of Economic and Social Affairs, Populations Divisions. *World Population Ageing: 1950–2050*. New York: United Nations; 2001.
2. Derejczyk J. Geriatria – dziedzina z przyszłością. Opieka nad osobami starszymi w Polsce. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2005, 4, 15–16.
3. Doroszkiewicz H., Bień B. Podstawowa opieka geriatryczna na świecie. *Pielęgniarstwo XXI*, 2005, nr 1/2, (10, 11): 93–98.
4. Doroszkiewicz H., Bień B. Pielęgniarka środowiskowa szansą naprawy systemu podstawowej opieki geriatrycznej. *Medycyna Rodzinna*, 2001, zeszyt 14 (3–4).
5. Anderson G. Szwedzki system ochrony zdrowia. *Zdrowie Publiczne*, tom II, nr 3–4, 2000.

6. Derejczyk J. i wsp. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. *Gerontologia Polska*, tom 13, nr 2, 2005: 15–16.
7. GUS. Seniorzy w polskim społeczeństwie. Warszawa, GUS, 1997.
8. Czapiński J. Badania Diagnoza społeczna 2005. Rada Monitoringu Społecznego, 2005: 113–116.
9. Trzecieńska-Green A (red.). *Psychologia*. Wydawnictwo Universitas, Kraków, 2001: 190–196.
10. Wolska-Lipiec K. Udział pielęgniarek w poprawie jakości życia seniorów. *Pielęgniarka i Położna*, 8, 1999: 4–7.
11. Derejczyk J. i współ. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Geriatrii. *Gerontologia Polska*, tom 13, 2: 67–83.
12. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina – zdrowie – choroba. Rodzinny kontekst zdrowia i choroby. Czelej,
13. Halik J. Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa. Wyd. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, 2002: 132–134.
14. Zarządzenie Nr 60/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2006 w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa”.
15. Standard przyjęcia pacjenta do Kliniki Geriatrii w Szpitalu Uniwersyteckim im. Judasza w Bydgoszczy.

Katarzyna Tumiel¹, Matylda Sierakowska¹, Halina Doroszkiewicz²,
Elżbieta Krajewska-Kula¹

Problemy i potrzeby starzejącego się środowiska wiejskiego

Zjawiska społeczne zagrażające mieszkańcom polskiej wsi

W ciągu ostatniego stulecia obserwuje się wyraźne wydłużanie się średniej długości życia człowieka. Ogólna poprawa higieny, warunków życia, sposobu odżywiania się, szczepienia przeciw chorobom zakaźnym oraz wprowadzenie antybiotykoterapii w ciągu poprzedniego wieku spowodowały istotną poprawę ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa, spadek umieralności i w efekcie znaczne wydłużenie średniej długości życia. Także postęp w diagnostyce chorób i rozwój nowoczesnych metod leczenia oraz stosowanie nowych technologii medycznych przyczyniły się do spadku śmiertelności powodowanej chorobami.

Starzenie się jest to naturalny proces życia ludzkiego. Czasowe zdefiniowanie starości jest praktycznie niemożliwe, ponieważ każdy człowiek subiektywnie ocenia swój wiek, natomiast gerontolodzy przyjmują za dolną granicę starości 65 lat, z podziałem na wczesną i późną starość (z granicą podziału w 75 roku życia) [1]. Proces starzenia się dotyczy obecnie nie tylko pojedynczych ludzi, lecz także całych społeczeństw. Zjawisko to polega na stałym zwiększaniu się liczby osób w starszym wieku.

Starzenie się społeczeństw jest poważnym problemem, dotyczącym zarówno państw rozwiniętych jak i rozwijających się. W okresie od 1980 do 2020 roku spodziewany jest wzrost ludności świata o 95%. W tym samym czasie populacja ludzi starszych wzrośnie o 240%. Co więcej, populacja ludzi w wieku podeszłym starzeje się sama w sobie wskutek wydłużania się średniej długości życia. Oznacza to, że liczba osób najstarszych (w wieku powyżej 75 lat) rośnie najszybciej. W konsekwencji tych faktów staniemy przed koniecznością ekonomicznego

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

² Klinika Geriatrii, Akademia Medyczna w Białymstoku

i socjalnego zabezpieczenia coraz to większej grupy ludzi starszych. Zjawisko to stanowi nowe wyzwanie dla służb publicznych, w tym także dla opieki zdrowotnej i pomocy społecznej [2].

Według demografów te społeczeństwa, w których odsetek osób po 60 roku życia przekroczył 12% lub po 65 roku życia 7%, nazywamy społeczeństwami demograficznie starymi [3]. Problem ten dotyczy także Polski. Dane GUS pokazują, że w Polsce w 1970 roku odsetek ludzi w wieku 60 lat i więcej wynosił 13%, natomiast w roku 2000 już 16,2% [4]. Główną przyczyną tego procesu jest wg Pędicha „...wydłużanie się średniej długości życia, spadek wskaźnika urodzeń, skuteczna walka z chorobami oraz rozwój opieki społecznej nad inwalidami i starcami” [3].

Ogólnoświatowe tendencje starzenia się społeczeństw coraz częściej przykuwają uwagę naukowców na tematyce starości, ponieważ stwarza ona wiele bardzo istotnych problemów społecznych. Pędich wymienia następujące z nich:

1. ekonomiczne – zmniejszanie się odsetka osób czynnych zawodowo prowadzi do stanu, w którym coraz mniejsza liczba osób pracujących musi wypracować środki ekonomiczne na utrzymanie grupy osób zawodowo biernych (dzieci, młodzież ucząca się, inwalidzi, emeryci, starcy);
2. psychologiczne – zmiana warunków życiowych i obyczajów; obserwuje się coraz większy przedział obyczajowy między starszym i młodszym pokoleniem; zjawisko to stwarza niebezpieczeństwo izolacji ludzi starych;
3. biologiczne – starzenie się społeczeństwa prowadzi do zwiększenia odsetka osób przewlekle i nieuleczalnie chorych, niezdolnych do samodzielnego bytowania [3].

Pomimo intensywnych badań procesów starzenia się i umierania nadal nie są znane jego przyczyny. Określono jednak szereg czynników, które działają niekorzystnie i wyraźnie przyspieszają proces starzenia się ludzi. Wśród nich wymienia się obniżenie aktywności fizycznej, nieprawidłowe odżywianie, stres, złe warunki sanitarno-higieniczne, stosowanie używek i schorzenia. Również proces starzenia mogą przyspieszyć pewne czynniki socjalne, tj. zmiana środowiska społecznego, niestabilność ekonomiczna, izolacja społeczna, brak rekreacji, niewłaściwy stosunek społeczeństwa do starości i ludzi starych, brak właściwego przygotowania do przyjęcia starości [2].

Postępujące od 1989 roku procesy transformacji ekonomicznej i ustrojowej w Polsce przyniosły ludności wiejskiej najmniej korzyści. W środowiskach tych jest najwięcej osób, których status uległ pogorszeniu. Równocześnie subiektywny wymiar rozmiarów deprawacji mieszkańców wsi pogłębia się przez obserwowane w tym środowisku procesy rozwarstwienia i polaryzacji klasy chłopskiej. Najbardziej pokrzywdzoną tu kategorią społeczną są osoby, gdzie starość nakłada się na biedę i niepełnosprawność [5].

Badania kliniczne i socjomedyczne, a także ekspertyzy przeprowadzone przez polityków społecznych ukazują, że warunki higieniczne, gorsze warunki mieszkaniowe, niekorzystne nawyki żywieniowe, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, a także stałe nadużywanie alkoholu, wieloletnia ekspozycja na zmienne czynniki atmosferyczne oraz ciężka i długotrwała praca fizyczna powodują, iż starość na wsi przychodzi wcześniej, a procesy starzenia szybciej postępują [5]. Dodatkowym czynnikiem, który wzmacnia deprawację, poczucie krzywdy, zagubienia i bezradności są zmiany o charakterze strukturalnym i funkcjonalnym, jakie mają miejsce w wielu rodzinach wiejskich. W ostatnich czasach można zaobserwować na wsi przyspieszony proces rozpadu rodzin wielopokoleniowych posiadających rozbudowane funkcje opiekuńcze oraz pielęgnacyjne [6]. Starzy, niepełnosprawni mieszkańcy wsi coraz częściej poddawani są procesowi izolacji, marginalizacji, rośnie też poziom ich zależności od innych. W zachowaniach i postawach środowiska pozarodzinnego zwraca się coraz częściej uwagę na rosnącą obojętność sąsiadów i znajomych. Transformacja systemowa zdaje się wzmacniać tendencje do realnego wycofywania się instytucji państwowych z rozmaitych form opieki społecznej i medycznej wobec starszych mieszkańców wsi.

Niski lub bardzo niski poziom wykształcenia ludności chłopskiej powoduje, że w ich zachowaniach znaczną rolę odgrywają takie elementy, jak: wstyd, fatalizm, brak zrozumienia dla profilaktyki, obecność utrwalonych przesądów, nawyków i zabobonów. Starsi mieszkańcy wsi odczuwają niekiedy dystans i obcość kulturową wobec przedstawicieli profesji medycznych [7].

Specyfika wiejskiej starości dotyczy także pomocy zamkniętej. Niedobór miejsc w domach pomocy społecznej dla osób starszych, przewlekle chorych, niepełnosprawnych fizycznie i upośledzonych umysłowo stanowi tylko jedną stronę tego zagadnienia. Nie mniej ważne są bariery psychologiczne. Mieszkańcy miasta, przenosząc się do domu rencisty pozostają na ogół w swym dotychczasowym środowisku. Tymczasem dla starszych rolników przejście takie wiąże się ze zmianą miejsca zamieszkania, do oddalonego zwykle o dziesiątki kilometrów miasta, utratą przyjaciół, sąsiadów, krewnych – zmianą całego dotychczasowego stylu życia.

Bardzo ważny problem społeczny w środowisku wiejskim stanowi samotność. Rejony wiejskie w Polsce charakteryzują się brakiem transportu publicznego, sklepów, punktów usługowych, ośrodków i klubów. Ten deficyt ogranicza dostępność różnych form udziału i aktywności ludzi starszych, zmniejsza więc szanse substytucji utraconych ról społecznych.

Wobec postępujących procesów starzenia się wsi, wzrostu kosztów pomocy zamkniętej i braków infrastruktury socjalnej w rejonach wiejskich wzrasta znaczenie rodziny. Rodzina nie jest jak dawniej głównym źródłem materialnego zabezpieczenia, ale czynnikiem oparcia emocjonalnego, stymulatorem integracji społecznej ludzi starszych w środowisku wiejskim.

Kierunki rozwoju pomocy społecznej oraz propozycje radzenia sobie z istniejącymi problemami wiejskiej starości

W Polsce pogarsza się gwałtownie sytuacja materialna osób na wsi w wieku poprodukcyjnym, osób w wieku podeszłym, a także samotnych, zdanych na nędzne renty i emerytury, niedożywionych i opuszczonych. Osoby starsze zaniebdywane są często przez rodziny nastawione na walkę o byt, żyjące w środowisku, gdzie społeczeństwo stawia na ludzi produktywnych, wydajnych, zdrowych, przedsiębiorczych, obdarzonych inwencją i inteligencją. Starzeniu się w takich warunkach często towarzyszy cierpienie, choroby, szybko postępująca niepełnosprawność, brak zadowolenia, frustracja i poczucie krzywdy, monotonia i nuda, a nawet utrata sensu życia. Ludzie ci często są pozostawieni własnemu losowi i zdani na swoje malejące siły [6].

Osoby starsze, ich potrzeby oraz stan i możliwości ich zaspokajania są przedmiotem zainteresowania polityki społecznej państwa, polityków, przedstawicieli nauk i praktykantów. Działania na rzecz osób starszych na wsi mają charakter interdyscyplinarny i dotyczą takich dziedzin, jak: zdrowie, kultura i edukacja. Szczególne zadania przypadają tu pomocy społecznej, której głównymi celami są:

- zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób starszych oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka,
- kształtowanie odpowiednich, pozytywnych postaw w społeczeństwie poprzez propagowanie polityki gerontologicznej [8].

Socjalne konsekwencje starzenia się ludności, to zapotrzebowanie coraz to liczniejszej grupy osób na szeroki wachlarz usług, które ułatwiałyby życie w warunkach ograniczonej sprawności ruchowej, bądź też innych braków utrudniających zaspokajanie codziennych potrzeb. Ogólna dostępność gotowych posiłków, usług porządkowych, pralniczych, robienia zakupów, organizacja czasu wolnego, pomoc w załatwieniu różnych, często trudnych dla nich samych spraw oraz pomoc materialna – to tylko niektóre formy ułatwiające życie ludziom starszym, a często wydłużające okres ich samodzielności i aktywności społecznej.

Inną formą pomocy są zasiłki stałe wyrównawcze. Głównymi ich odbiorcami, poza osobami niepełnosprawnymi, niezdolnymi do pracy, są osoby w wieku starszym bez własnych źródeł dochodów. Dla osób starszych o ograniczonej zdolności samodzielnego funkcjonowania w środowisku dostępne są domy dziennego pobytu oraz domy pomocy społecznej.

Mówiąc o społecznej integracji ludzi starych nie można nie uwzględnić ich aktywności i uczestnictwa w życiu publicznym, co oznacza czynne włączanie się w życie publiczne i działalność społeczną na poziomie społeczności lokalnej, regionalnej bądź ogólnokrajowej. Czynne zaangażowanie może przybierać postać sformalizowaną (np. działalność w różnego rodzaju organizacjach, stowarzyszeniach czy związkach), bądź działalność spontaniczną, która w polskich

warunkach i obszarze kulturowym nie jest rejestrowana jako działalność społeczna, np. tzw. „akty dobrej woli”. Jako przykład można podać tu Stowarzyszenie Samopomocowe „Rada Seniorów” w Białymstoku, której członkowie chętnie świadczyli pomoc innym osobom, natomiast nie życzyli sobie ewidencjonowania tej działalności w jakiegokolwiek administracyjnej formie [9].

Opieka nad osobą starszą jest dla każdej rodziny wyzwaniem, które niesie ze sobą znaczne obciążenia. Wiele osób podejmuje zadania opiekuńcze z obowiązku moralnego wobec starszych rodziców, lecz bez odpowiedniego przygotowania do świadczenia opieki. Prawdziwe problemy dla rodziny osoby starszej pojawiają się wraz z wystąpieniem choroby i ogólnym osłabieniem stanu psychofizycznego osoby starszej. Dla wielu osób zmiany te przekraczają granice dotychczasowych doświadczeń. Niejednokrotnie są nieadekwatne do posiadanej wiedzy teoretycznej [10]. Długotrwałe sprawowanie opieki może być przyczyną stresu fizycznego i emocjonalnego, którego efektem jest zaniedbywanie osoby starszej. Współczesna rodzina, zwłaszcza wiejska, podejmując zadania opiekuńcze wobec najstarszych swoich członków, napotyka na wiele czynników utrudniających opiekę, spośród których wymienić możemy obciążenie pracą zawodową (lub w gospodarstwie) i całodobową opieką, brak potrzebnego sprzętu i leków, niskie dochody, bądź też brak pieniędzy, brak osób mogących przejąć opiekę lub wesprzeć rodzinę celem odciążenia opiekunów, brak wiedzy i umiejętności pozwalających na wykonywanie specyficznych zabiegów pielęgnacyjnych [11].

Niejednokrotnie rodziny nie są w stanie same radzić sobie z trudnościami opieki nad chorą osobą starszą i wymagają pomocy z zewnątrz.

Państwowa pomoc środowiskowa ze strony gminnych ośrodków pomocy społecznej, Kościoła, sąsiadów, czy rodziny może czasem nie zaspokajać nawet podstawowych potrzeb. W takiej sytuacji jedynym rozwiązaniem jest zamieszkanie seniora w domu pomocy społecznej. Obraz tych domów, w oczach wiejskich, starych mieszkańców wsi nie jest zachęcający. Przyszli mieszkańcy obawiają się, że przenosząc się do „przytułków” tracą kontakt z własnym środowiskiem, rodziną i znajomymi. Boją się także utraty swobody osobistej, bezczynności i braku codziennych, rutynowych obowiązków. Godzą się jednak na zamieszkanie w nich, w sytuacji, gdy gwałtownie pogarsza się stan ich zdrowia i konieczna jest całodobowa opieka. Wtedy swój pobyt w zakładzie opiekuńczym traktują jako „czekanie na śmierć”. Starszy człowiek będąc wyłączonym z kręgu rodziny nabiera przekonania, że nie jest nikomu potrzebny [12].

Z powyższego wynika, że okres adaptacji w domu pomocy społecznej seniorów ze wsi, ma charakter długofalowy i nie zawsze możliwy. Należy zatem poszukiwać innych sposobów, aby ludzie starsi ze wsi mogli jak najdłużej pozostawać w swoim środowisku. Konieczne są działania na rzecz reaktywowania silnych więzi rodzinnych, profilaktyki zdrowia, możliwości rehabilitacji w miejscu zamieszkania, a także możliwości korzystania ze specjalistycznej opieki i właści-

wej polityki prorodzinnej (pomoc rodzinie wielopokoleniowej). Do obowiązków wszystkich ludzi należy zapewnienie każdemu starszemu człowiekowi godnego, radosnego i szczęśliwego życia tak, aby przeżywał swoje ostatnie lata na łonie rodziny [6].

Problemy zdrowotne ludzi starszych

Jakość życia człowieka zależna jest od wielu czynników, między innymi od stanu jego zdrowia. Postęp cywilizacyjny, który dokonał się w Polsce od czasu transformacji ustrojowej powinien pozytywnie wpłynąć na stan zdrowia i sprawność starych Polaków. Wydłużyło się przeciętne trwanie życia, a rolnicy objęci zostali ubezpieczeniami społecznymi i zdrowotnymi na równi z ludnością pozarolniczą. Poza tym od 1999 roku wdrożono w Polsce reformę ochrony zdrowia opartą na powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Biorąc pod uwagę powyższe czynniki można by oczekiwać pozytywnych zmian w sytuacji zdrowotnej populacji osób starych [13].

Uwarunkowania stanu zdrowia ludzi starszych są szczególnie złożone i wieloczynnikowe. Z jednej strony zależą od tempa naturalnego i osobniczo zmiennego procesu starzenia, z drugiej zaś są następstwem chorób, w tym zależnych od wieku, przebytych urazów, wypadków, jak również przeszłych i bieżących oddziaływań środowiska.

Patologia wieku starczego charakteryzuje się wielochorobowością – z wiekiem zmienia się także epidemiologia chorób. W polskiej populacji osób po 65 roku życia przeważają choroby układu sercowo-naczyniowego, związane przyczynowo z miażdżycą oraz ich powikłania. Choroby narządu ruchu są także powszechne w populacji osób starszych. Częstość występowania tych chorób jest wyższa wśród osób starszych na wsi w porównaniu z osobami mieszkającymi w miastach. Wynika to niewątpliwie z bardzo ciężkich warunków pracy rolników, jakie były charakterystyczne dla polskiej wsi aż do lat 70-tych, braku ubezpieczeń zdrowotnych rolników we wczesnym okresie powojennym oraz mniej rozwiniętej infrastruktury placówek służby zdrowia na wsi [14].

Według opinii GUS „...w wieku 15–19 lat choruje przewlekłe prawie co trzecia osoba (28,7%), a w wieku 30–35 lat już ponad połowa ludności (52,3%). Natomiast w wieku 60 lat i więcej odsetek ten stabilizuje się na poziomie nieco ponad 90% ludności. Niższy wskaźnik chorujących mężczyzn niż kobiet utrzymuje się w każdym wieku” [6]. Wprawdzie dane GUS wydają się być znacznie przesadzone, zapewne ze względu na stosowane kryteria choroby przewlekłej, to jednak nie ulega wątpliwości, że w przypadku niemal wszystkich chorób odsetek chorobowości wzrasta wraz z wiekiem. Należy przy tym podkreślić, że obecność choroby nie jest równoznaczna z ograniczeniem sprawności życiowej ani samodzielności. Właściwa opieka zdrowotna i zabezpieczenie socjalne mogą

pozwolić na samodzielne, niezależne bytowanie, nawet przy istnieniu przewlekłych procesów chorobowych lub trwałego kalectwa.

Badania Halickiej i Pędicha wykazały, że 76,8% ludzi starszych odczuwa stałe bóle stawowe, 64,3% zmęczenie, 53,2% duszności, 43,4% bóle serca, 40,4% cierpi na zaburzenia snu [15].

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa następuje zwiększenie liczby osób mających długotrwałe problemy zdrowotne. W populacji Polski ogółem odsetek osób starszych skarżących się na występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych wynosi 36,4%, z czego aż 78,8% stwierdza się u osób powyżej 60 roku życia. Wraz z długością trwania życia następuje znaczne zwiększenie liczby osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi [16].

Według danych GUS w 2004 roku 43,7% osób powyżej 60 roku życia chorowało na nadciśnienie tętnicze, 28,1% na choroby kręgosłupa i dyskopatię, 23,1% przewlekłe zapalenie stawów, 19,1% chorobę wieńcową bez przebytego zawału, 15,3% na miażdżycę, 13,1% cukrzycę, 11,3% nerwicę lub depresję, ok. 10% miało stwierdzoną chorobę zwyrodnieniową stawów, migrenę i częste bóle głowy, chorobę wieńcową z przebyłym zawałem zaciemę i osteoporozę.

Choroby występujące wśród osób starszych dotyczą najczęściej układu krążenia i kostno-stawowego. Dolegliwości te mogą być związane z wadami żywieniowymi oraz niską aktywnością fizyczną, co skutkuje wzrostem masy ciała oraz powstania wielu chorób cywilizacyjnych.

Charakterystyka głównych potrzeb ludzi starych na wsi

O szybkości starzenia się i samym przebiegu starości decyduje kilka czynników zasadniczych oraz pewne działania nieprzewidywalne. Do czynników zasadniczych zaliczamy rodzaj dziedzicznego genotypu, warunki rozwoju w okresie niemowlęctwa, dzieciństwa i młodości (odżywianie, opieka, zdolności i wykształcenie, warunki mieszkaniowe), w wieku dojrzałym (praca, pro- i antyzdrowotne zachowania danej osoby). Do zaburzeń nieprzewidywalnych możemy zaliczyć trudne warunki życiowe, nieszczęśliwe wypadki, inwalidztwo. Zadaniem profilaktyki starzenia jest umacnianie zdrowia, opóźnienie i zwolnienie procesów starzenia, zachowanie jak najdłużej maksymalnej sprawności fizycznej i psychicznej człowieka, umożliwiającej aktywny tryb życia i pracę twórczą.

Starzeniu się nie możemy zapobiegać, gdyż jest ono nieuniknione, ale możemy zapobiec patologicznej i przedwczesnej starości. Im wcześniej zostanie rozpoczęta profilaktyka starzenia się, tym większa jest szansa jej powodzenia.

Prawidłowe, fizjologiczne starzenie można definiować jako stan spowodowany wpływem różnych niekorzystnych czynników biologicznych na osoby ze swoistym genotypem. Dodatkowo wpływają na nie liczne problemy psycho-

społeczne, takie jak stres, utrata wzmocnienia społecznego, obniżenie samooceny, samotność, uprzedzenia społeczne i utrata swojej roli w pracy. Stan taki prowadzi do fizjologicznego upośledzenia – wyrażającego się utratą rezerw, siły, ruchliwości, osłabieniem obrony immunologicznej i obniżeniem metabolizmu.

W grupie powyżej 65 roku życia 80% osób cierpi na przynajmniej jedną chorobę somatyczną. Procesowi starzenia towarzyszą zmiany w zakresie percepcji zmysłowej. Zaburzenia słuchu i wzroku występują u 20–30%. Blisko połowa osób między 75 a 85 rokiem życia ma zaćmę, ponad 70% osób jaskrę. Zaburzenia akomodacji i zwyrodnienie plamki często nasilają występujące objawy psychopatologiczne. Głównymi przyczynami śmierci w wieku podeszłym są choroby serca, rak, choroba Alzheimera i zapalenie płuc. Zapadalność na choroby w wieku podeszłym jest zjawiskiem częstym [17].

Powyżej 75 roku życia u 75% mężczyzn występuje przerost prostaty, u 20% osób nietrzymanie moczu. Dolegliwości te przyczyniają się do zmian zachowania. Ludzie starsi często są zawstydzeni swoją niewydolnością, ograniczają aktywność i aby utrzymać swoją dobrą samoocenę, ukrywają dolegliwości. Choroby naczyniowo-sercowe są częstą przyczyną chorobowości i śmiertelności.

Normalnemu starzeniu towarzyszą charakterystyczne zmiany we wzorcu snu. Elektroencefalograficzny wzorec snu jest jedną z najbardziej wrażliwych zmian fizjologicznych związanych z wiekiem. Sen ulega większej fragmentacji, a przebudzenia w nocy są dłuższe i częstsze. Wiele osób ma trudności z zasypianiem i ponownym zaśnięciem po obudzeniu się w nocy. Związek pomiędzy potrzebą snu a czasem nocnym ulega zmniejszeniu. Zaburzenia snu mają wiele przyczyn: lęk, samotność, żaloba i ogólny brak zadowolenia z życia.

Panuje przekonanie, że idealną sytuacją dla starszych ludzi jest wspólne życie ze swoimi dziećmi i wnukami, a odrębne mieszkanie powoduje izolację społeczną. Tak jednak nie jest. Harmonijne współżycie z małżonkiem i dziele nie się wydarzeniami, które są im wspólne, zmniejszają potrzebę częstych kontaktów w relacji rodzic–dziecko. Zdarza się, że starsi ludzie, którzy mają wiele kontaktów z przyjaciółmi, sąsiadami, znajomymi i innymi ludźmi, czują się mniej samotni lub społecznie izolowani niż mieszkając z krewnymi. Badania wykazały, że kontakty rodzinne są często substytutem kontaktów pozarodzinnych. Należy pamiętać, że poczucie samotności wywodzi się raczej z ludzkich oczekiwań dotyczących kontaktów społecznych niż z częstotliwości aktualnych kontaktów. Nie odnosi się to więc tylko do ludzi w wieku podeszłym. Osoby mające 30 lat także „czują się samotne”. Do zmniejszonego poczucia bezpieczeństwa, związanego z obniżeniem standardu życia (przejście na emeryturę, rentę) dołącza się izolacja społeczna wynikająca z utraty głównego źródła kontaktów – pracy.

Interdyscyplinarnym zadaniem dla medycyny i psychologii w zwalczaniu problemów wieku podeszłego jest ochrona, poprzez trening ciała, psychiki i aktywności społecznej. Jest to zadanie, w którym swój udział powinien mieć nie tylko lekarz i personel medyczny, ale i inni profesjonaliści, tacy jak farmakolodzy, dietetycy, trenerzy sportowi i architekci rozumiejący wymagania psychologii, teologii i socjologii.

Działania, które pozwolą na stworzenie stanu równowagi fizjologicznej w wieku podeszłym powinny opierać się na:

- inicjowaniu sytuacji tworzących możliwość pełnego rozwoju dzieci i młodzieży;
- profilaktyce we wczesnej młodości i wieku średnim poprzez fizyczny, intelektualny, duchowy i społeczny trening zapobiegający późniejszym zmianom;
- systematycznej rehabilitacji, jeśli pojawi się choroba lub dolegliwości upośledzające funkcjonowanie;
- stosowaniu treningu adaptacyjnego w przewlekłej chorobie w celu poprawy i wzmocnienia postaw pozytywnych, zapobiegających dalszym skutkom choroby [18].

Analiza metod zaspokajania głównych potrzeb starzejącego się środowiska wiejskiego

Konstytucja RP, jako najwyższej rangi akt prawny, zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym i w podeszłym wieku (art. 68, pkt. 3). Jednakże w aktach prawnych niższego rzędu, w tym w prawodawstwie ochrony zdrowia i opieki społecznej, taki status osób starszych nie znajduje potwierdzenia i nie wyróżnia ich spośród obywateli innych grup wiekowych. Komerccjalizacja opieki zdrowotnej i socjalnej w Polsce oraz rozbieżności między zapowiadanymi a realizowanymi zasadami reformy zdrowia utrudniają, a niekiedy wręcz uniemożliwiają osobom starszym pełne korzystanie z przysługujących im uprawnień [19].

W Polsce, pomimo funkcjonowania różnych form opieki instytucjonalnej (domy pomocy społecznej dla osób sprawnych i dla przewlekle chorych, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne, domy dziennego pobytu), brakuje instytucji, które przejmowałyby chorych ze szpitala lub stanowiły służbę zapobiegającą przedwczesnej hospitalizacji. Zbyt słabe powiązania funkcjonalne pomiędzy placówkami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej są przyczyną braku koordynacji opieki środowiskowej, która nie jest wydolna w jednym z jej podstawowych zadań, jakim jest jak najdłuższe utrzymywanie człowieka starego w jego środowisku domowym.

Skłania to do rozwoju innych form organizacyjnych opieki geriatrycznej.

Zadania pielęgniarstwa rodzinnej wobec osób starszych na wsi

Rola pielęgniarki w medycynie wieku starszego jest niezwykle ważna, chociaż niedowartościowana i niedoceniana, zwłaszcza w odniesieniu do jej pracy środowiskowej. Przewlekły charakter schorzeń, wielochorobowość, niesprawność fizyczna i psychiczna w starości z nawarstwianiem się problemów środowiskowych i społecznych stanowią wyzwanie dla tego zawodu. Udział pielęgniarki w opiece geriatrycznej w wielu krajach jest kluczowy, zwłaszcza w zespołowym i interdyscyplinarnym rozwiązywaniu złożonych potrzeb człowieka starszego [20].

Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarstwa nad jednostką, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, obejmując opieką zdrowych i chorych, niezależnie od płci i wieku, osoby niepełnosprawne oraz osoby w stanie terminalnym. W realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz osoby starszej pielęgniarka środowiskowa/rodzinna współpracuje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej/rodzinnym, pielęgniarką praktyki, pielęgniarką opieki długoterminowej, innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych, przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny [21].

Do świadczeń pielęgniarstwa rodzinnej w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki w stosunku do ludzi starszych należy:

1. rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym podopiecznych,
2. rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych podopiecznych,
3. prowadzenie edukacji zdrowotnej, w tym dokonywanie oceny poziomu wiedzy, umiejętności i motywacji podopiecznych do zachowań prozdrowotnych,
4. prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia,
5. realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
6. organizacja grup wsparcia,
7. prowadzenie działań profilaktycznych u podopiecznych z grup ryzyka zdrowotnego.

Świadczenia diagnostyczne pielęgniarstwa rodzinnej, to:

1. przeprowadzanie wywiadów środowiskowych,
2. wykonywanie badania fizykalnego,
3. wykonywanie pomiarów i ich ocena,
4. wykonywanie testów,
5. ocena stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia,
6. ocena i monitorowanie bólu w opiece paliatywnej.

Pielęgniarka rodzinna wykonuje także świadczenia pielęgnacyjne w środowisku podopiecznego w wieku starszym, a w szczególności:

1. realizuje opiekę pielęgnacyjną u pacjentów w różnych fazach choroby, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarstwa,
2. wykonuje zabiegi pielęgnacyjne,
3. przygotowuje do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.

Do świadczeń leczniczych pielęgniarki należy:

1. ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych,
2. dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego,
3. zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna,
4. cewnikowanie pęcherza moczowego,
5. wykonywanie wlewów doodbytniczych,
6. podawanie leków różnymi drogami i technikami,
7. wykonywanie zleceń lekarskich,
8. zakładanie opatrunków,
9. wykonywanie inhalacji, doraźne podawanie tlenu,
10. zdejmowanie szwów,
11. stawianie baniek lekarskich,
12. udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej [21].

Wymienione powyżej zadania opieki środowiskowej jednoznacznie uzasadniają centralną rolę pielęgniarki rodzinnej (środowiskowej) w systemie podstawowej opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi z jej szerokim zakresem usług. Jednak, czy ma ona szansę to czynić w ramach funkcjonującego obecnie systemu ochrony zdrowia?

Biorąc pod uwagę potrzebę dużej intensywności usług pielęgniarstwa oraz potencjalnie wysoki i nie zaspokojony popyt na prowizję takich świadczeń powstają uzasadnione przesłanki do zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek do opieki nad osobami starszymi i niesprawnymi w środowisku domowym. Wskazane jest dostosowywanie zatrudnienia personelu medycznego do parametrów demograficznych rejonu obsługiwane przez placówkę podstawowej opieki zdrowotnej [22].

Podsumowanie

Późna starość to okres życia po ukończeniu 75 roku życia, kiedy dochodzi do istotnego pogarszania się sprawności narządów i układów, nakładania się zespołów zniedołężnienia starczego. Właśnie w tym okresie gwałtownie rośnie zapotrzebowanie na pomoc osób drugich w wykonywaniu czynności codziennego życia. W obliczu zachodzących przemian demograficznych potrzeba zapewnienia opieki osobom starszym, niesprawnym jest palącym zagadnieniem.

Badania wielu autorów potwierdziły duże rozpowszechnienie i narastanie z wiekiem chronologicznym zjawiska niesprawności fizycznej i psychicznej, zarówno w środowisku miejskim, jak i na wsi. Wykazały one również dramatycznie gorszą kondycję populacji ludzi starych na wsi w porównaniu z miastem. Przykładem tego jest różnica w poziomie wykształcenia osób starszych, co jest jednym z najbardziej istotnych czynników wpływających na stan zdrowia człowieka. Istotną rolę odgrywają również olbrzymie dysproporcje w dostępie do usług zdrowotnych i społecznych mieszkańców dużego miasta i biednych wsi.

Opieka nad niesprawnymi osobami starszymi w ich środowisku domowym w zasadzie opiera się jedynie na nieformalnej sieci opiekunów rodzinnych. Osobą, która najczęściej pełni rolę głównego opiekuna niesprawnej osoby starszej, jest najbliższy członek rodziny. Inni krewni najczęściej wspierają opiekunów lub przejmują opiekę, gdy małżonek bądź dorosłe dzieci nie są dostępni.

Spójny i perfekcyjnie działający system ochrony zdrowia, zintegrowany z resortem pomocy społecznej i skoncentrowany na potrzebach starego człowieka, jest w stanie w dużym stopniu kompensować braki w zakresie systemu wspomagania opiekunów rodzinnych. Należy poprawić jakość życia ludziom starszym i ich prawnym opiekunom, szanować wolę seniorów i utrzymywać ich jak najdłużej we własnym środowisku życiowym oraz docenić rodzinę, jako naturalne środowisko życia człowieka. Upodmiotowienie i wspomaganie opiekuna i jego podopiecznego stanowi jedno z bardziej ekonomicznie uzasadnionych rozwiązań systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej. Należy postulować, aby rolę lidera i organizatora opieki środowiskowej pełniła przygotowana do tego celu pielęgniarka, która integrowałaby zespołową współpracę między resortem opieki zdrowotnej i społecznej na poziomie opieki podstawowej [23].

Piśmiennictwo

1. Bień B. i wsp.: *Starość pod ochroną*. Oficyna Wydawnicza TEXT, Białystok 2001, 35–44.
2. Szczerbińska K.: *Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym*, [w:] *Zdrowie publiczne*. A. Czupryn, S. Poździejch, A. Rysio, W. C. Włodarczyk (red.), Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków 2001, 417–424.
3. Pędich W.: Jakubowska D., Kunda T.: *Pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 1983, 13.
4. Kawczyńska-Butrym Z.: *Senior pod opieką*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2000, 1–2, 11.
5. Piątkowski W.: *Problemy społeczne starych, niepełnosprawnych mieszkańców wsi*. Gerontologia Polska 1997, 1, 40.
6. Mielczarek A.: *Człowiek ze wsi w systemie pomocy instytucjonalnej*, [w:] *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*. I. D. Karwat, L. Jabłoński (red.), Fundacja Fuga Mundi „Norbertium”, Lublin 2001, 294–297.
7. Ostrowska A.: *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce*. Wyd. PAN, Warszawa 1994, 14.

8. Jurek J.: *Wsparcie społeczne osób starszych i niepełnosprawnych w środowisku lokalnym*, [w:] *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*. I. D. Karwat, L. Jabłoński (red.), Fundacja Fuga Mundi „Norbertium”, Lublin 2001, 16.
9. Halicka M., Synak B.: *Spoleczna integracja i aktywność ludzi starych*. [w:] *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*. I. D. Karwat, L. Jabłoński (red.), Fundacja Fuga Mundi „Norbertium”, Lublin 2001, 40–41.
10. Kachaniuk H.: *Zakres trudności odczuwanych przez rodzinę w opiece nad osobą starszą w domu*. *Problemy Pielęgniarstwa* 1995, 1–2, 55.
11. Kachaniuk H., Jakubczak B.: *Zapotrzebowanie na pomoc w realizacji opieki w domu nad osobą z chorobą nowotworową jelita grubego*. [w:] *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*. I. D. Karwat, L. Jabłoński (red.), Fundacja Fuga Mundi „Norbertium”, Lublin 2001, 302.
12. Łobożewicz T.: *Samopoczucie psychospołeczne ludzi starszych a ich aktywność ruchowa*. *Gerontologia Polska* 2005, 1–2, 15.
13. Bień B.: *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] *Polska starość*. B. Synaka (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego Gdańsk 2002, 35–37.
14. Pędich W.: *Postulaty Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego dotyczące opieki nad ludźmi starymi w reformowanym Systemie Ochrony Zdrowia w Polsce*. Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2000, 22.
15. Halicka M.: *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym*. [w:] *Zostawić ślad na ziemi*. M. Halicka, J. Halicki (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, 245.
16. Weinkauff A., Kajcińska M.: *Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dotycząca osób starszych w Polsce i na Mazowszu w latach 2004–2005*. Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego, Warszawa 2006, 30.
17. Woźnicka E.: *Gerontologia – ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne*, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi*, 2002, 7, 16–17.
18. *Encyklopedia Seniora*. Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, 20.
19. Bień B.: *Miejsce człowieka starszego w systemie opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce*, [w:] *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. J. T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2000, 31.
20. Bień B.: *Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie*, [w:] *Polska starość*. B. Synaka (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, 87.
21. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. Nr 57, poz. 602 z dn. 15 maja 2001 r.
22. Doroszkiewicz H., Bień B.: *Środowiskowa opieka pielęgniarska nad osobami w późnej starości*. *Gerontologia Polska* 2003, 2, 1, 22–26.
23. Doroszkiewicz H., Bień B.: *Pielęgniarka środowiskowa szansą naprawy systemu podstawowej opieki geriatrycznej*. *Medycyna Rodzinna* 2001, 4, z. 14, 155–158.

Anna Mazurkiewicz¹, Jacek Konieczka¹

Poziom sprawności pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej w zakresie podstawowych czynności codziennego życia

Wstęp

Procesy starzenia są genetycznie uwarunkowanym i zaprogramowanym szeregiem kierunkowych zmian prowadzących do nawarstwiania się zaburzeń w mechanizmach kontrolujących i regulujących wewnętrzną równowagę organizmu. Starzenie się człowieka uwarunkowane jest wieloma złożonymi i wieloaspektowymi czynnikami pochodzenia tak zewnętrznego, jak i wewnętrznego [3, s. 40].

Procesy związane ze starzeniem znajdują odbicie w subiektywnej ocenie jakości życia seniorów [2, s. 69], która jest sumą wymiaru refleksyjnego z przebiegu całego życia, doświadczeń życiowych, a ponadto aktualnego stanu zdrowia w danych warunkach społeczno-ekonomicznych [3, s. 43].

Efektywna pomoc musi odnosić się do tych aspektów codziennego życia osób starszych, z którymi nie są już w stanie samodzielnie sobie radzić, a tym samym potrzebują ukierunkowanej i profesjonalnej pomocy. Stworzenie odpowiednich warunków i koniecznej bazy materialnej powinny należeć do obowiązków lokalnych decydentów [1, s. 53], którzy winni zabiegać o utrzymanie wysokiego poziomu samodzielności wśród osób starszych, ponieważ ułatwia to trafną diagnozę potrzeb, ustalenie indywidualnego planu pomocy i dokładne dostosowanie usług służb świadczących pomoc do rzeczywistego zapotrzebowania seniorów [1, s. 54].

Cel pracy

Celem niniejszej publikacji jest wieloaspektowe oszacowanie poziomu sprawności pensjonariuszy dwóch poznańskich Domów Pomocy Społecznej – przy ulicach Konarskiego oraz Ugory w zakresie podstawowych czynności codziennego funkcjonowania.

¹ Studenckie Koło Naukowe Holistycznej Opieki nad pacjentem, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Metodyka badań

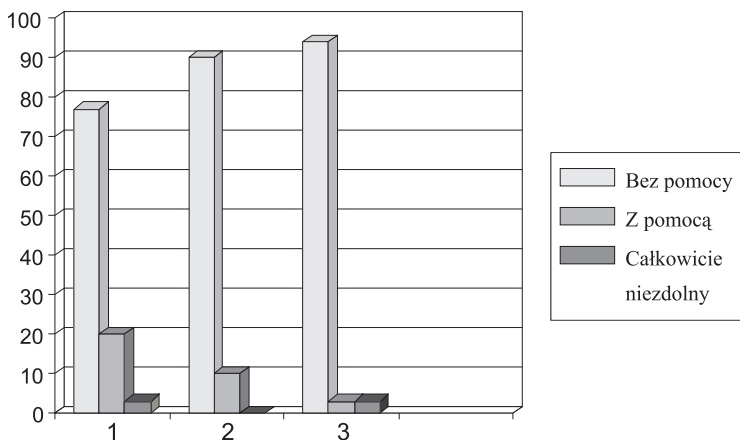
Badanie przeprowadzono w dniach 14 oraz 18 grudnia 2006 roku na terenie Domów Pomocy Społecznej przy ulicach Konarskiego oraz Ugory w Poznaniu. Pensjonariuszom zadano pytania – w formie kwestionariusza ankiety – odnoszące się do poziomu ich sprawności w zakresie wykonywania podstawowych czynności codziennego życia, a w szczególności przemieszczania się, wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych oraz wydalania i wypróżniania się. Badaniem objęto grupę 31 podopiecznych (mężczyzn i kobiet), w tym 8 pensjonariuszy DPS przy ulicy Konarskiego oraz 23 pensjonariuszy DPS przy ulicy Ugory. Średnia wieku badanych wynosiła 80 lat.

Wyniki badań

Wyniki badań przedstawiono w postaci trzech wykresów przedstawiających poziom sprawności mobilnej, higieniczno-pielęgnacyjnej oraz w zakresie wydalania i wypróżniania.

Wykres 1. przedstawia poziom sprawności mobilnej pensjonariuszy obu Domów Pomocy Społecznej.

Wykres 1. Poziom sprawności mobilnej pensjonariuszy (wyrażony w procentach)



Źródło: opracowanie własne.

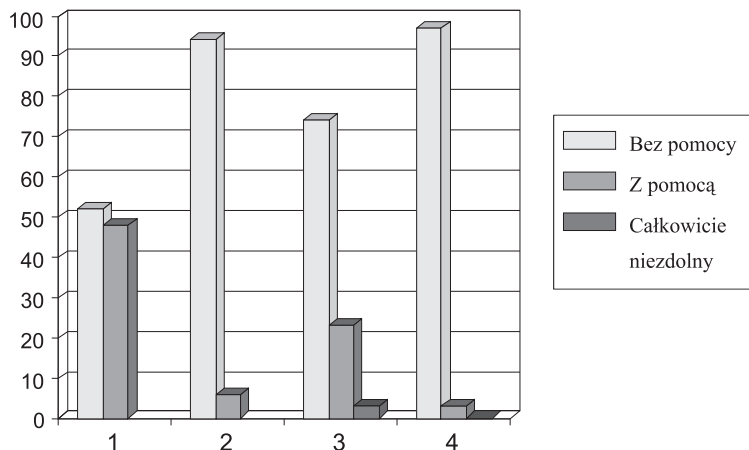
Legenda:

- 1 – Poruszanie się po mieszkaniu – kolejno: 77%, 20%, 3%
- 2 – Przemieszczanie się z łóżka na fotel – kolejno: 90%, 10%, 0%
- 3 – Korzystanie z toalety/sedesu – kolejno: 94%, 3%, 3%

Badania wykazały, że ogólna sprawność mobilna pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej przy ulicy Konarskiego oraz Ugory w Poznaniu nie wykazywała znacznych odchyłeń od normy. Jednakże codzienne poruszanie się podopiecznych po placówkach wymagała pomocy w przypadku 20% badanych.

Wykres 2. przedstawia poziom sprawności higieniczno-pielęgnacyjnej pensjonariuszy obu Domów Pomocy Społecznej.

Wykres 2. Poziom sprawności higieniczno-pielęgnacyjnej pensjonariuszy (wyrażony w procentach)



Źródło: opracowanie własne.

Legenda:

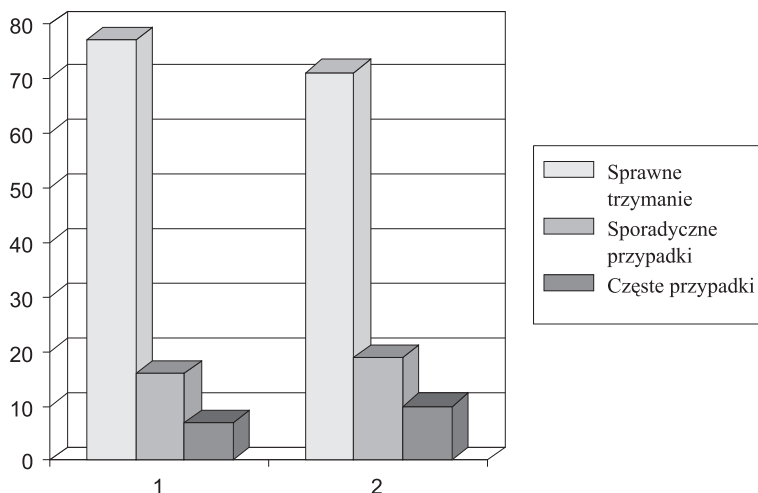
- 1 – Korzystanie z wanny (prysznic) – kolejno: 52%, 48%
- 2 – Dbanie o wygląd zewnętrzny – kolejno: 94%, 6%
- 3 – Ubieranie się – kolejno: 74%, 23%, 3%
- 4 – Samodzielne spożywanie posiłków – kolejno: 97%, 3%, 0%

Powyższy wykres przedstawia, że istnieją takie płaszczyzny codziennego życia pensjonariuszy, w których wymagają szczególnej pomocy ze strony opiekunów – są to przede wszystkim obszary związane z korzystaniem z urządzeń sanitarnych, takich jak wanna lub prysznic.

Wykres 3. przedstawia poziom sprawności pensjonariuszy obu Domów Pomocy Społecznej w zakresie wydalania i wypróżniania.

Dane zgromadzone na wykresie trzecim wskazują, że na szczególną troskę i uwagę ze strony personelu zasługują także problemy związane z wydalaniem i wypróżnianiem u podopiecznych, ponieważ wymagają pomocy w zapewnieniu i utrzymaniu na wysokim poziomie higieny osobistej.

Wykres 3. Poziom sprawności respondentów w zakresie wydalania i wypróżniania (wyrażony w procentach)



Źródło: opracowanie własne.

Legenda:

- 1 – Nietrzymanie moczu – kolejno: 77%, 16%, 7%
 2 – Kłopoty z wypróżnianiem – kolejno: 71%, 19%, 10%

Wnioski

Przedstawione wyniki badań skłaniają do następujących wniosków:

I. Sprawność mobilna

1. Wśród pensjonariuszy obu Domów Pomocy Społecznej nie stwierdzono odchylenia od normy w zakresie badanej sprawności.
2. Stwierdzono jednocześnie, że 1/5 badanych pensjonariuszy wymaga pomocy w poruszaniu się po mieszkaniu.

II. Sprawność higieniczno-pielęgnacyjna

1. Prawie połowa respondentów wymaga pomocy w korzystaniu z wanny (prysznic) – 48% przebadanych pensjonariuszy.

III. Sprawność w zakresie wydalania i wypróżniania

1. Wśród badanych zaobserwowano niedomagania w zakresie wydalania (23% respondentów) oraz wypróżniania (29% respondentów).

Poczynione badania nasuwają wniosek, że z punktu widzenia podstawowych czynności warunkujących sprawność pensjonariuszy w codziennym funkcjonowaniu, konieczne jest uczulanie personelu placówek na te obszary życia

podopiecznych, w których wymagają oni istotnej pomocy opiekunów w celu utrzymania zadowolającej jakości życia pensjonariuszy.

Piśmiennictwo

1. Błądowski P. *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*, Gerontologia Polska 6 (3–4) 1998.
2. Halicka M., Pędich W. *Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości – subiektywne wyznaczniki zadowolenia z życia*, Gerontologia Polska 7 (3–4) 99.
3. Wołowicka L. *Jakość życia seniorów*, „Profile starości” Wydawnictwo Miejskie, Urząd Miasta Poznania, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, Poznań 2000.

Dorota Dobrzyń¹, Czesław Marcisz²

Proste i złożone czynności dnia codziennego u starszych osób objętych opieką pomocy społecznej na Śląsku

Wstęp

W miarę starzenia się sprawność lokomocyjna człowieka spada. Osobom starszym z roku na rok coraz trudniej wykonywać złożone czynności dnia codziennego, a z biegiem lat i samoobsługowe [1]. Jest to spowodowane wieloma czynnikami, poczynając od fizycznej strony starzejącego się organizmu po psychiczne zmiany, jakimi są często występujące otępienie i depresja [2]. Wielochorobowość, a co się z tym wiąże niepełnosprawność starszych osób bardzo obniża jakość ich życia i skazuje na uzależnienie od innych osób [3, 4, 5]. Czynności opiekuńcze nad osobą straszą najczęściej wykonują najbliżsi krewni, jednakże wielu seniorów jest zdanych na pomoc ze strony innych osób lub ośrodków opiekuńczych [6]. Do instytucji zajmujących się opieką nad starszymi osobami zaliczane są domy pomocy społecznej (DPS), dzienne domy pomocy społecznej (DDPS) oraz jednostki sprawujące opiekę nad podopiecznymi w ich mieszkaniu.

Celem pracy było badanie i poznanie prostej i złożonej aktywności dnia codziennego u osób w podeszłym wieku na Śląsku, wymagających pomocy społecznej realizowanej w domach pomocy społecznej stacjonarnych i dziennych oraz w trybie opieki domowej.

Materiał i metody

Charakterystyka badanych osób

Badania przeprowadzono u 300 osób, w tym 178 kobiet i 122 mężczyzn w podeszłym wieku po 64. roku życia. Badane osoby podzielono na 3 grupy liczące po 100 osób każda. Ogólna charakterystyka badanych grup została przedstawiona w tabeli 1.

¹ Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląska Akademia Medyczna

² Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląska Akademia Medyczna

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanych grup

Badane grupy	Wiek (w latach) ($\times \pm SD$)	Płeć (%)		Wykształcenie (%)			
		M	K	P	Z	Ś	W
Grupa I DPS n = 100	76,8 ± 8,9	45	55	25	41	29	5
Grupa II DDPS n = 100	71,8 ± 6,1	40	60	46	16	37	1
Grupa III Opieka domowa n = 100	76,9 ± 7,8	37	63	40	32	23	

M – mężczyźni, K – kobiety, P – podstawowe, Z – zawodowe, Ś – średnie, W – wyższe;
DPS – Domy Pomocy Społecznej, DDPS – Dzielne Domy Pomocy Społecznej

Grupa I liczyła 45 mężczyzn i 55 kobiet w wieku średnio 76,8 lat. Osoby te były rezydentami 3 ośrodków całodobowej pomocy społecznej:

1. DPS „Przystań” w Katowicach – 47 osób,
2. DPS „Zacisze” w Katowicach – 28 osób,
3. Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Zgromadzenia Sióstr Św. Jadwigi w Katowicach – 25 osób.

Osoby te posiadały głównie wykształcenie zawodowe, w mniejszym odsetku podstawowe i średnie, wykształcenie wyższe zaś posiadała co 20. badana osoba (Tab. 1). Źródłem ich utrzymania była głównie emerytura. Mieszkały razem z innymi pensjonariuszami w ośrodkach pomocy społecznej, gdzie miały zapewnioną całodobową opiekę.

W grupie II liczącej 100 osób było 60 kobiet i 40 mężczyzn w wieku średnio 71,7 lat będących pod opieką DDPS, takich jak:

1. DDPS nr 6 w 2 w Katowicach – 24 osób,
2. DDPS w Tychach – 31 osób,
3. DDPS nr 5 Katowickiego Stowarzyszenia „Opoka” w Katowicach-Ligocie – 17 osób,
4. DDPS nr 1 w Katowicach – 28 osób.

Prawie połowa badanych osób grupy II posiadała wykształcenie podstawowe, ponad 1/3 – średnie, dalej zawodowe i tylko 1 osoba – wyższe (Tab. 1). Wszystkie osoby utrzymywały się z emerytury. 82 osoby tej grupy mieszkały samotnie, 8 z współmałżonkiem, 9 z własnymi dziećmi (córka lub syn z rodziną) natomiast jedna osoba z konkubentem. Mieszkały w dużych miastach Śląska (Katowice, Tychy) w mieszkaniach lokatorskich (62% badanych osób), własnościowych (29%), wynajętych (6%), zakładowych (2%) i socjalnych (1%).

W grupie III było 100 osób pozostających pod opieką ambulatoryjną (domową), w tym 37 mężczyzn i 63 kobiety w wieku średnio 76,9 lat. Zasadniczo

byli to mieszkańcy Mysłowic. Opiekę nad nimi sprawowały opiekunki zatrudnione przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SilesiaMed w Mysłowicach działający w ramach kontraktu z Pomocą Społeczną w Mysłowicach na usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne.

Osoby korzystające z opieki domowej legitymowały się głównie wykształceniem podstawowym i zawodowym i około 1/4 – wykształceniem średnim i wyższym (Tab. 1). Źródłem ich utrzymania była emerytura. Samotnie mieszkało 4/5 badanych osób, 15% badanych z najbliższą rodziną (syn lub córka z rodzinami, wnuczki, brat), 3% z współmałżonkiem i jedna osoba z opiekunką. Najczęściej mieszkali w mieszkaniach lokatorskich (67% badanych), własnościowych (25%), 6% z nich wynajmowało mieszkanie, natomiast 2 osoby miały własny dom.

Do badań włączono osoby, które pozostawały pod opieką od przynajmniej 3. miesięcy, a ich stan psychiczny i fizyczny umożliwiał przeprowadzenie wywiadu i badania.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Śląskiej Akademii Medycznej.

Metodyka

Dla oceny aktywności dnia codziennego posłużono się 2. skalami:

1. skalą Lawtówna służącą do oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL = instrumental activities of daily living). Czynności te obejmują: wykonywanie trudniejszych prac domowych, robienia zakupów, przemieszczanie się do miejsc poza odległością spaceru, przygotowanie sobie posiłku, prania, przyjmowania leków, umiejętności gospodarowania pieniędzmi, prowadzenia rozmów telefonicznych. Są to czynności warunkujące zdolności do samodzielnego życia w domu lub mieszkaniu. Skala ta zawiera 9 pytań, na które są trzy możliwe odpowiedzi: czy daną czynność badana osoba jest w stanie zrobić samodzielnie, czy potrzebuje pomocy w wykonaniu czynności, czy nie jest w ogóle w stanie tego zrobić. Każda odpowiedź jest punktowana od 1 punktu (brak samodzielności w działaniu) do 3 punktów (pełna sprawność w samodzielnym działaniu). Maksymalnie można osiągnąć za pełną sprawność w złożonych czynnościach dnia codziennego 27 punktów; minimalna punktacja wynosi 9 punktów.

2. skalą Katza służącą do oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL = activities of daily living). Czynności te ludzie muszą wykonać samodzielnie, aby móc przeżyć bez pomocy z zewnątrz, czyli: jedzenie, ubieranie się, przemieszczanie się, higiena osobista, poruszanie się i zaspokajanie potrzeb fizjologicznych.

Wyniki badań opracowano statystycznie z użyciem testów nieparametrycznych: ANOVA, Kruskala-Wallisa, a następnie test post-hoc oparty na średnich rangach do porównań międzygrupowych oraz test niezależności chi-kwadrat lub test dokładny Fishera do analizy cech nominalnych. Istotność statystyczną różnic określono na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki badań

Złożone czynności dnia codziennego (IADL)

W badaniu IADL największą ilość punktów uzyskała grupa II, w następnej kolejności grupa I i III. Różnice pomiędzy porównywanymi grupami były statystycznie wysoce istotne ($p < 0,001$; Tab. 2). Trzeba jednak podkreślić, że grupa II była pod względem wieku badanych osób młodsza od pozostałych grup.

W analizie szczegółowej skali Lawtona wykazaliśmy, że:

- Osoby będące pod opieką DPS miały największe problemy z takimi czynnościami, jak: wychodzenie po zakupy, wykonywanie pracy w domu (sprzątanie, dokonywanie drobnych napraw, pranie swoich rzeczy); w wykonywaniu tych czynności ponad połowa badanych osób wykazała całkowitą zależność od innych osób,
- Osoby pod opieką DDPS cechowały się stosunkowo dużą samodzielnością w IADL. W tej grupie największymi problemami okazały się sprzątanie i naprawianie drobnych usterek w domu,
- Osoby korzystające z opieki domowej w większości nie radziły sobie z IADL, począwszy od korzystania z telefonu po gospodarowanie swoimi pieniędzmi. 70% badanych osób nie było w stanie zrobić dla siebie zakupów, a 53% badanych nie mogło przygotować sobie posiłku. Problem był również z praniem, sprzątaniami czy wykonywaniem czynności domowych; całkowitą zależność w wykonywaniu tych czynności przejawiało ponad 70% osób.

Tabela 2. Aktywność dnia codziennego IADL i ADL w badanych grupach

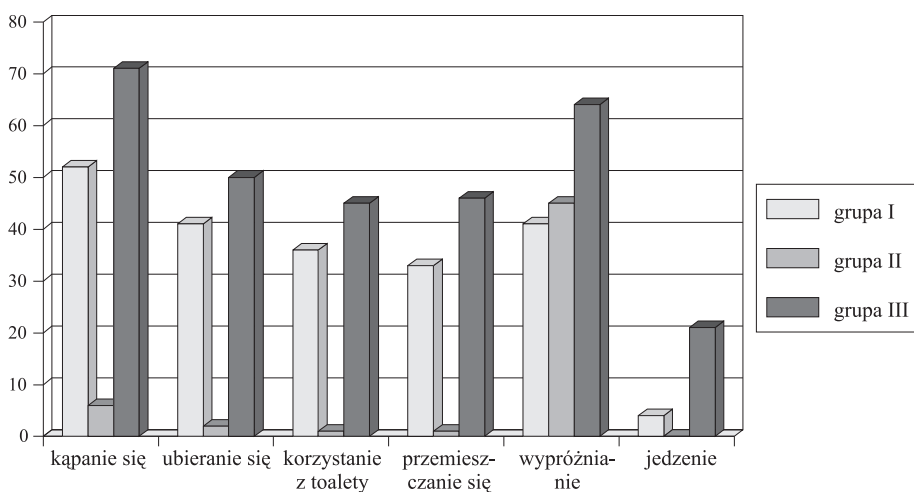
Badane grupy	IADL (w punktach) × ±SD	ADL (w punktach) × ±SD
Grupa I (DPS) n = 100	17,7 ± 5,8	3,9 ± 1,8
Grupa II (DDPS) n = 100	23,8 ± 4,1	5,5 ± 0,8
Grupa III (opieka domowa) n = 100	14,5 ± 4,8	3,0 ± 2,1
p I : III	< 0,001	< 0,001
p I : II	< 0,001	< 0,001
p II : III	< 0,001	< 0,001

DPS – Domy Pomocy Społecznej, DDPS – Dzielne Domy Pomocy Społecznej;
IADL – Złożone czynności dnia codziennego, ADL – Proste czynności dnia codziennego;
p – istotność statystyczna różnicy

Proste czynności dnia codziennego (ADL)

Podobnie jak w przypadku złożonych czynności, największe problemy w zakresie ADL wykazywała grupa osób będąca pod opieką pomocy społecznej w warunkach domowych (Tab. 2, Ryc. 1). Dla tej grupy każda czynność obsługowa stanowiła bardzo poważny problem. Nawet 71% osób z tej grupy nie było w stanie samodzielnie wykąpać się w wannie lub pod prysznicem, 64% osób miało problemy z nietrzymaniem moczu lub wypróżnianiem, 50% badanych osób nie było w stanie samodzielnie się ubrać, a ponad 40% nie potrafiło wyjść samodzielnie do toalety lub przemieszczać się w obrębie łóżko–krzesło i aż 21% osób nie było w stanie samodzielnie spożywać posiłku. Te wyniki pokazują, jak wielkie zadania czekają przed opiekunkami opiekującymi się tą grupą badanych.

Rycina 1. Problemy samoobsługowe w poszczególnych grupach badanych



Osoby będące pod całodobową opieką w DPS również wykazywały wiele problemów z czynnościami samoobsługowymi, jednak w stopniu mniejszym niż osoby w grupie III. W grupie tej takie czynności, jak spożywanie posiłków jedynie 4% badanych wykazywało brak samodzielności. Problem z samodzielnym korzystaniem z wanny lub prysznica przejawiała ponad połowa badanych. Pomocy w ubieraniu się wymagało ponad 41% badanych i tyle też deklarowało problemy z wypróżnianiem się, powyżej 30% miało problemy z samodzielnym korzystaniem z toalety i niemożność przemieszczania się z łóżka na krzesło.

Najkorzystniej w tym badaniu wypadła grupa II będąca pod opieką DDPS. W grupie tej obserwowano jedynie pojedyncze przypadki braku samodzielności w wykonywaniu ADL. Trzeba jednak zauważyć, że prawie połowa osób grupy II miała problemy z oddawaniem stolca i nietrzymaniem moczu.

Tabela 3. Skala ADL i IADL a wykształcenie osób poszczególnych badanych grup

	Wykształcenie podstawowe			Wykształcenie zawodowe			Wykształcenie średnie			Wykształcenie wyższe		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
ADL	3,4 ±1,8	5,4 ±0,7	2,5 ±2,0	4,3 ±1,7	5,8 ±0,5	3,1 ±2,2	3,8 ±2,0	5,4 ±1,0	4,0 ±1,9	4,0 ±1,4	5,0	3,4 ±2,5
	H = 49,78; p < 0,001			H = 19,86; p < 0,001			H = 14,78; p < 0,001					
IADL	16,0 ±6,3	22,7 ±5,1	12,6 ±3,9	17,8 ±5,0	24,1 ±2,6	14,4 ±4,8	18,9 ±6,2	25,1 ±2,8	17,6 ±5,0	18,6 ±6,1	27,0	17,0 ±4,6
	H = 48,13; p < 0,001			H = 30,63; p < 0,001			H = 34,10; p < 0,001					
Liczebność (n)	25	46	40	41	16	32	29	37	23	5	1	5

IADL – Złożone czynności dnia codziennego, ADL – Proste czynności dnia codziennego;
I – Domy Pomocy Społecznej, II – Dzielne Domy Pomocy Społecznej, III – opieka domowa;
p – istotność statystyczna różnicy

Tabela 4. Skala ADL i IADL a płeć osób poszczególnych badanych grup

	Kobiety			Mężczyźni		
	Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa I	Grupa II	Grupa III
ADL średnia	3,6 ± 1,9	5,4 ± 0,7	3,0 ± 2,1	4,2 ± 1,7	5,6 ± 0,9	3,2 ± 2,3
	H = 48,80; p < 0,001			H = 30,13; p < 0,001		
IADL średnia	16,8 ± 5,3	23,6 ± 4,4	14,6 ± 5,0	18,8 ± 6,2	24,2 ± 3,8	14,5 ± 4,6
	H = 70,02; p < 0,001			H = 45,73; p < 0,001		
Liczebność (n)	55	60	63	45	40	37

IADL – Złożone czynności dnia codziennego, ADL – Proste czynności dnia codziennego;
I – Domy Pomocy Społecznej, II – Dzielne Domy Pomocy Społecznej, III – opieka domowa;
p – istotność statystyczna różnicy

W opracowaniu statystycznym wzięto pod uwagę zarówno wykształcenie, jak i płeć osób w poszczególnych badanych grupach. Osoby badane skalą ADL i IADL różniły się istotnie pod względem wykształcenia w każdej grupie (Tab. 3). Wykształcenie miało wpływ na poziom czynności dnia codziennego, zwłaszcza w IADL w każdej badanej grupie.

Przy porównaniu poszczególnych grup, uwzględniając płeć, w odniesieniu do skali ADL i IADL stwierdzono, że średnia ilość punktów była nieznacznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet w każdej z badanych grup, a wyniki pomiędzy grupami w obrębie płci różniły się istotnie (Tab. 4).

Dyskusja

Pionierem badań w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego w Polsce był Jerzy Piotrowski. W latach sześćdziesiątych przeprowadził on duże badania w populacji ludzi starszych, oceniając między innymi sprawność samoobsługową, gospodarską i zawodową [9].

W badaniach z 2000 roku przeprowadzanych przez Barbarę Bień aktywność dnia codziennego została porównana z wynikami Piotrowskiego. Z badań tych wynika, że spośród złożonych czynności dnia codziennego najczęściej sprawiającymi trudnościami osobom starszych były: ciężka praca domowa (czyszczenie okien i podłogi), chodzenie po schodach i wychodzenie na dwór, obcinanie paznokci u nóg, robienie zakupów i wkładanie obuwia [1].

Badania przeprowadzone u 283 osób w Białymstoku z użyciem kwestionariusza EASY-Care, mające określić m.in. stopień sprawności w zakresie ADL i IADL, dotyczyły zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze u starszych osób. Wśród największych problemów seniorów można wymienić: ciężką pracą domową (19,8%) zakupy (16,6%) wychodzeniem poza dom (12%), przygotowaniem posiłków (11,3%), kąpiel (9,9%) [5, 7, 8]. Badania z zastosowaniem skali ADL u starszych osób były również prowadzone w Poznaniu przez Krystynę Jaracz [4]. Z jej badań wynika, że stopień sprawności w zakresie ADL był nieporównywalnie wyższy niż w zakresie czynności instrumentalnych (IADL), których wykonanie w dużym stopniu uzależnione jest od sprawności lokomocyjnej.

Przeprowadzony przez nas zakres badań i uzyskane wyniki nie mają odpowiednika i możliwości porównania z jakimikolwiek badaniami realizowanymi w Polsce. Z opracowań opublikowanych do tej pory badane osoby starsze to głównie pacjenci poradni lekarza rodzinnego, poradni geriatrycznych lub domów pomocy społecznej. Przeprowadzone przez nas badania stanowią porównanie stopnia aktywności dnia codziennego w trzech grupach osób, zróżnicowanych pod względem sposobu sprawowanej opieki, mianowicie korzystających z opieki w domach pomocy, całodobowej lub dziennej oraz domowej. Były to więc osoby, które takiej pomocy potrzebowały i chociażby w związku z tym faktem cechowały się gorszą sprawnością w zakresie ADL i IADL niż badane osoby w wieku podeszłym w populacji ogólnej.

Z niniejszych badań wynika, że największe problemy z aktywnością dnia codziennego miały osoby starsze korzystające jedynie z opieki domowej. Opieka ta nie dotyczy tylko złożonych czynności dnia codziennego, takich jak sprzątanie, czy robienie zakupów, ale również tych podstawowych czynności dnia codziennego poczynając od czynności oddawania stolca i moczu, kąpania, ubierania po spożywanie posiłków. Osoby z domów pomocy społecznej również wymagają opieki w wykonywaniu tych czynności, jednakże odsetek osób potrzebujących takiego wsparcia okazał się mniejszy niż u podopiecznych przebywających we

własnym mieszkaniu. Najlepiej radziły sobie osoby z dziennych domów pomocy społecznej, co wiązało się m.in. z ich młodszym wiekiem.

Wyniki niniejszych badań pokazują, że należy zwrócić szczególną uwagę w zapewnianiu wsparcia osobom przebywającym we własnym domu. Można przypuszczać, że sprawowana opieka świadczona osobom w podeszłym wieku w warunkach domowych jest niewystarczająca, a zatem należy ją usprawnić. Zastanawiający jest fakt, że w zakresie ADL i IADL w każdej badanej grupie mężczyźni osiągali nieco lepsze wyniki niż kobiety, bowiem w badaniach innych autorów to zazwyczaj kobiety radziły sobie lepiej w czynnościach dnia codziennego.

Wniosek

Pod względem wykonywania czynności dnia codziennego zarówno złożonych, jak i prostych, najlepiej radzą sobie osoby objęte opieką dziennych domów opieki społecznej, a najgorzej osoby korzystające z opieki domowej.

Piśmiennictwo

1. Bień B.: Stan zdrowia i sprawności ludzi starszych. Polska Starość. Gdańsk 2002: 57–64.
2. Sosnowski M.: Czynnościowa ocena pacjentów skalą ADL w różnych typach otępienia. Medycyna Rodzinna 2002: 20: 5.
3. Kabsch A.: Niepełnosprawność towarzysząca procesem starzenia wyzwaniem dla fizjoterapii. Fizjoterapia 2001: 9: 3.
4. Jaracz K., Wołowicka L.: Sytuacja życiowa i sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej. Gerontologia Polska 2001: 9: 26–30.
5. Pędich M., Bień B.: niesprawność fizyczna, poznawcza i emocjonalna w populacji osób starszych a świadczenie opieki. Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny. Łódź 2000: 149–154.
6. Orzechowska G.: Rola i zadania instytucji wymagających osoby starsze. Aktualne problemy gerontologii społecznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001: 43–55.
7. Wojszel B., Bień B.: Kwestionariusz EASY-Care jako system oceny ludzi starszych w praktyce leczenia podstawowego. Gerontologia Polska 2000: 8: 49–53.
8. Bień B., Wojszel B.: kwestionariusz EASY-Care: założenia i metodologia badań. Gerontologia Polska 1999: 7: 37–41.
9. Piotrowski J.: Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. PWN, Warszawa 1973: 43–64.

Ewelina Jaksz-Recmanik

Opinie pensjonariuszy Domu Opieki „Samarytanin” na temat terapii zajęciowej i jej wpływu na ich sprawność funkcjonalną

Wstęp

Problem zmniejszonej sprawności i aktywności fizycznej jest podstawowym czynnikiem determinującym jakość życia, dlatego zajmuje on szczególne miejsce w badaniach gerontologicznych. Systematyczny przyrost liczby osób w zaawansowanej starości stanowi duże wyzwanie dla jednostek świadczących opiekę medyczną. U osób starszych dominują choroby o charakterze przewlekłym, które w znaczny sposób ograniczają codzienne funkcje życiowe, a tym samym powodują, iż te osoby są zależne od innych. Stopień utraty sprawności funkcjonalnej jest głównym kryterium oceny potrzeb opiekuńczych.

Podstawą kompleksowej opieki jest przeprowadzenie pełnej oceny geriatrycznej, która obejmuje zarówno diagnostykę chorób, jak i określenie sprawności funkcjonalnej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej [1].

Obecna sytuacja demograficzna wpływa istotnie na rozwój wyspecjalizowanych metod służących do oceny podstawowych potrzeb ludzi starych. Wprowadzenie prostych instrumentów oceny czynnościowej do tradycyjnego badania geriatrycznego nie wymaga dużych nakładów finansowych i może być przeprowadzone przez pielęgniarki.

Wśród metod badawczych należy wyróżnić te, które w sposób szczególny są przydatne w ocenie stanu pacjenta w starszym wieku i stanowią jeden z elementów oceny obrazu klinicznego. Służą one przede wszystkim ocenie aktywności funkcjonalnej pacjenta między innymi w domach pomocy społecznej. Ponadto poznanie problemów czynnościowych i czynników determinujących sprawność życiową ułatwia ukierunkowanie pomocy w celu zaspokajania konkretnych potrzeb pacjenta. Uważne rozpatrzenie wszystkich potrzeb chorego jest niezbędne do poprawy jakości opieki oraz wyznacza kierunki rehabilitacji i pielęgnacji.

Szacowanie takiego deficytu funkcjonalnego jest niezbędnym elementem w ocenie całości stanu klinicznego i planowaniu odpowiednich działań.

¹ Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsko-Białej

Cel pracy

Celem badań było dokonanie oceny wpływu działań terapeutycznych na poprawę sprawności funkcjonalnej osób w starszym wieku.

Materiał i metoda

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzia badawcze wykorzystano skalę Barthel'a służącą do pomiaru sprawności funkcjonalnej oraz kwestionariusz własnej konstrukcji, w którym zawarto pytania dotyczące korzystania z zajęć terapii zajęciowej oraz jej wpływu na życie w domu opieki. Badania przeprowadzono wśród 40 pensjonariuszy DPS „Samarytanin” w Bielsku-Białej.

Ogólnie wśród badanych z aparatów kompensacyjnych 20% korzysta z laski lub kuli. Taka sama liczba osób korzysta z balkoników. Z wózków inwalidzkich korzysta 15% badanych osób. Natomiast 45% nie korzysta z pomocy żadnych aparatów kompensacyjnych przy poruszaniu się.

Tabela 1. Korzystanie z narzędzi kompensacyjnych

Rodzaj pomocy	% ogółu badanych
Laski/kule	20%
Balkonik	20%
Wózek inwalidzki	15%
Nie korzysta z niczego	45%

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 76. do 85. roku życia i stanowiły 45% badanych. Osoby w wieku od 86. do 95. roku życia stanowiły 25% ogółu badanych. Najmniej liczną grupą wiekową była grupa w przedziale powyżej 96 lat, która stanowi tylko 2,5% badanych.

Tabela 2. Przedziały wiekowe

Przedział wiekowy	% ogółu badanych
0–59 lat	10,0%
60–75 lat	17,5%
76–85 lat	45,0%
86–95 lat	25,0%
96 i więcej lat	2,5%

Wyniki badań

Analizując uzyskane wyniki w skali Barthel badanych podzielono na pięć grup wiekowych w przedziałach: 0–59 lat, 60–75 lat, 76–85 lat, 86–95 lat oraz powyżej 96. roku życia. Stan osób w przedziale wiekowym 0– 59 lat według skali Barthel określono jako lekki w 7,5% ogółu badanych, a w stanie średnio ciężkim jest 5% ogółu. Natomiast w grupie wiekowej 60–75 lat zarówno w stanie lekkim, jak i średnio ciężkim jest 7,5% ogółu badanych, a w stanie bardzo ciężkim jest 2,5% badanych. W przedziale wiekowym od 76–85 lat według skali Barthel w stanie lekkim jest 15% badanych, w stanie średnio ciężkim 25% ogółu, a w stanie bardzo ciężkim jest 5% badanych. Wśród osób w wieku 86–95 lat 12,5% to osoby w stanie lekkim, 10% jest w stanie średnio ciężkim.

Tabela 3. Stan pensjonariuszy według skali Barthel w poszczególnych przedziałach wiekowych

Grupy wiekowe	Stan lekki	Stan średnio ciężki	Ciężki stan bardzo
0–59 lat	7,5%	5,0%	–
60–75 lat	7,5%	7,5%	2,5%
76–85 lat	15,0%	25,0%	5,0%
86–95 lat	12,5%	10,0%	–
96 i więcej	–	–	2,5%

W zakres działań terapeutycznych prowadzonych w placówce wchodzi spacer, zajęcia manualne, pomoc w obieraniu jarzyn, owoców, opieka nad psami i kotami mieszkającymi na terenie, gra w szachy oraz inne gry. W trakcie terapii podopieczni wykonują różnego rodzaju czynności manualne, takie jak malowanie butelek, robienie koszyczków z mydła, wyklejają obrazki lub wykonują ozdoby z masy solnej lub robią na drutach skarpety, lub szaliki. Wyroby te są później wystawiane na wystawie lub stanowią prezenty dla odwiedzających placówkę sponsorów oraz gości. Z terapii zajęciowej oferowanej przez Dom Opieki „Samarytanin” korzysta 40% ogółu badanych. Pacjenci w stanie lekkim korzystający z różnych form terapii zajęciowej, którzy stanowią 17,5% ogółu badanych. Wśród tych 17,5% badanych 42,5% chodzi na spacer, 15% pomaga przy opiece nad psami i kotami oraz 42,5% pomaga w kuchni przy obieraniu jarzyn. Również pacjenci w stanie średnio ciężkim, którzy stanowią 22,5% ogółu badanych, chętnie uczestniczą w zajęciach. Wśród nich 33,5% korzysta z formy aktywacji jaką są spacer, 22% badanych gra w szachy lub inne gry, natomiast 44,5% uczestniczy w zajęciach manualnych prowadzonych przez wykwalifikowaną terapeutkę.

Pozostałe 60% ogółu badanych nie korzysta z żadnej formy terapii zajęciowej. W tym 41,5% są to osoby w stanie lekkim oraz 37,5% to pacjenci w stanie średnio ciężkim nie korzystający z terapii zajęciowej, gdyż samodzielnie organizują sobie czas wolny. 21% stanowią osoby w stanie bardzo ciężkim i ze względu na stan zdrowia nie mogą uczestniczyć w zajęciach.

Tabela 4. Korzystanie z form terapii zajęciowej w zależności od stanu określonego skalą Barthel

Forma terapii zajęciowej	Stan lekki	Stan średnio ciężki	Ciężki stan bardzo
Spacery	42,5%	33,5%	0%
Opieka nad zwierzętami	15,0%	0,0%	0%
Pomoc w obieraniu jarzyn	42,5%	0,0%	0%
Gra w szachy	0,0%	22,0%	0%
Zajęcia manualne, artystyczne	0,0%	44,5%	0%
Nie korzysta z żadnej z form terapii zajęciowej	41,5%	37,5%	21%

Omówienie wyników

Mimo tak szybkiego rozwoju cywilizacji i medycyny zauważamy ciągle rosnącą liczbę osób starszych.

Już od zarania wieków ludzie usiłują znaleźć sposób na utrzymanie młodości i próbują jak najdłużej utrzymać sprawność funkcjonalną. Jednak badania wykazują, iż zależy to od wielu czynników. Nie da się jednak jednoznacznie określić co ma największy wpływ na sprawność funkcjonalną. Sądzi się, iż wraz z wiekiem spada sprawność funkcjonalna osób starszych. Z przeprowadzonych badań wynika jednak, iż wiek badanych nie jest tak determinującym czynnikiem powodującym pogarszanie się stanu badanych wraz z upływem lat, jak sądzono. Bardzo ciekawą jest analiza wypowiedzi pensjonariuszy korzystających z terapii zajęciowej. Uważają oni, iż pomaga im ona utrzymać dobrą kondycję zarówno fizyczną, jak i intelektualną. Kilka osób stwierdziło, iż zajęcia te nawet poprawiły ich kondycję, samopoczucie. Większość badanych zarówno w stanie lekkim, jak i średnio ciężkim uważa, że zajęcia te aktywują ich do ruchu, nawiązania przyjaźni. Natomiast opieka nad zwierzętami uwrażliwia ich, większość badanych miała w rodzinnym domu zwierzęta, a więc teraz chętnie zajmują się tymi „ośrodkowymi”, gdyż przypomina im to atmosferę domu rodzinnego. Co sprawia, że w placówce czują się dobrze i nie odczuwają tak bardzo zmiany, jaka zaszła w ich życiu, gdy przybyli do ośrodka. Mówią, iż czują się potrzebni, gdyż nadal mają swoje obowiązki. Osoby, które uczestniczą w zajęciach manualnych

mówią, iż sprawia im dużą radość fakt, że rzeczy które oni zrobili podoba ją się innym i służą one jako upominki dla gości oraz sponsorów. Podnosi to ich poczucie własnej wartości. Z obserwacji personelu wynika, iż samopoczucie większości badanych poprawiło się od czasu, gdy zaczęli uczestniczyć w zajęciach. Ich reakcje na otoczenie zmieniły się, stali się bardziej pogodni, częściej się uśmiechają, częściej nawiązują kontakt z innymi. Zauważono, iż ponad połowa badanych uczęszczająca na zajęcia rzadziej skarży się na dolegliwości bólowe, gdyż jak mówią „nie myślą o dolegliwościach, bo mają ciekawsze rzeczy do roboty”. Wszyscy badani wypowiadają się o terapii zajęciowej bardzo pozytywnie. Kilku z nich uważa nawet, iż wnosi ona w ich życie radość i poczucie przynależności do społeczeństwa. Zatem sądzić można, iż ma to uczestnictwo w terapii zajęciowej ma wpływ na utrzymanie sprawności zarówno funkcjonalnej, jak i intelektualnej. Jednak największy procent badanych nie uczestniczy w zajęciach terapii zajęciowej z różnych przyczyn, w większości są to osoby, które samodzielnie organizują sobie czas, gdyż uważają, iż ich stan zdrowia jest na tyle dobry i nie odczuwają potrzeby uczestnictwa w zajęciach. Osoby, które uzyskały małą liczbę punktów w skali Barthel i ich stan określany jest jako bardzo ciężki ze względu, iż nie są w stanie samodzielnie się poruszać, wykonywać czynności dnia codziennego uczestniczą w zajęciach terapii zajęciowej w sposób bierny. Są oni sadzani na wózki inwalidzkie i werandowani oraz wyprowadzani na spacer. Mają oni stały kontakt z innymi podopiecznymi, uczestniczą w codziennym życiu ośrodka, obserwują co się dzieje wokół nich, co ma znaczenie w utrzymaniu sprawności intelektualnej. Te działania pobudzają ich ciekawość świata, osoby te starają się zapamiętywać twarze pracowników, innych podopiecznych i ich imiona, informacje o nich i zdarzenia z nimi związane. Dzięki temu ich sprawność intelektualna jest utrzymana. Dzięki temu podnosi się ich samopoczucie, nawiązują przyjaźnie, nie towarzyszy im poczucie osamotnienia, odseparowania od społeczeństwa, co ma znaczenie w profilaktyce depresji. U większości badanych można zauważyć, iż aktywacja ruchowa bierna również pozwala utrzymać sprawność funkcjonalną fizyczną na tym samym poziomie i jej proces pogarszania się przebiega w sposób wolniejszy. Natomiast sprawność intelektualna jest również utrzymana na jak najwyższym poziomie, a w kilku przypadkach uległa nawet poprawie.

Wnioski

Z analizy przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

- Zauważyć można, iż uczestnictwo w zajęciach terapii zajęciowej znacząco pomaga dłużej utrzymać zadowalającą sprawność zarówno funkcjonalną, jak i intelektualną.
- Częstym powodem obniżenia sprawności dnia codziennego jest zaprzestanie angażowania się w życie społeczne. Dlatego ważne jest utrzymanie ciągłej

aktywności fizycznej i intelektualnej, np. poprzez czytanie gazet, wykonywanie czynności manualnych.

- Należy mobilizować osoby starsze do jak największej aktywności zarówno fizycznej, jak i intelektualnej, dbając w ten sposób o ich kondycję funkcjonalną i psychiczną

Piśmiennictwo

1. Wojszel B.: Elementy pełnej oceny geriatrycznej w praktyce lekarskiej. Nowa medycyna Geriatria, Warszawa, 1996.
2. Bień B.: Starzenie pomyślne Versus zwyczajne, Gerontologia Polski. Warszawa, 1997, tom 5.
3. Wiśniewska-Roszkowska K.: Geriatria. PZWL, Warszawa, 1071.

Izabela Wróblewska¹

Częstość występowania depresji w wieku podeszłym w populacji pacjentów Praktyki Lekarza Rodzinnego – badania własne

Prognozy statystyczne dotyczące ilości osób po 65 roku życia świadczą o tym, jak ważnym zagadnieniem stają się problemy zaburzeń psychicznych dotyczące ludzi w podeszłym wieku. Na całym świecie psychogeriatrya jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin, ściśle związaną ze współczesną medycyną, obejmującą około 30 lat ludzkiego życia.

Problem depresji wyraźnie narasta w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Z danych przedstawionych przez Światową Organizację Zdrowia wynika, że w chwili obecnej choroba ta stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie.

Uważa się, że około 15% starszych ludzi (powyżej 65 r.ż.) cierpi na depresję. Wydaje się to być związane przede wszystkim z procesem starzenia się. Duże znaczenie mają tu zachodzące w organizmie zmiany fizjologiczne, ale także czynniki reaktywne, tj. wszelkiego rodzaju utraty, których ilość wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem pacjentów.

W wieku podeszłym wzrasta ryzyko pierwszorazowego wystąpienia zaburzeń depresyjnych, jak i przybrania przez nie charakteru nawrotowego. Kolejne epizody są coraz dłuższe, a okresy remisji mają tendencję do skracania się. U seniorów nastrój depresyjny rzadziej stanowi główną skargę, częściej problemem są objawy somatyczne, dla których nie znajduje się wytłumaczenia [1, 2].

Rokowanie w depresji u osób po 65 r.ż. jest dobre. W ciągu ostatnich lat opracowano skuteczne metody leczenia depresji, którą u osób starszych należy leczyć równie usilnie, jak u młodszych pacjentów. Obecnie stosuje się trzy metody leczenia : farmakologię, elektrowstrząsy i psychoterapię. Jednak diagnostyka depresji u seniorów jest szczególnie trudna między innymi z braku specyficznych kryteriów – niektóre objawy depresji są nierozróżnialne od objawów choroby somatycznej, co niesie za sobą poważne następstwa zarówno dla samego chorego,

¹ Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

jak i dla społeczeństwa w postaci gorszego funkcjonowania, wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa, negatywnego wpływu na rokowanie współistniejących chorób somatycznych oraz znacznego obciążenia finansowego [3, 4]. Badania wykazują, że jednocześnie współistnienie depresji i chorób internistycznych powoduje, że lekarze rozpoznają tylko mały odsetek tego zaburzenia. Częściej jest ono rozpoznawane wśród tzw. młodych starszych niż starszych starszych. Choroby somatyczne są traktowane przez lekarzy priorytetowo co powoduje, że choroby psychiczne są rozpoznawalne jedynie w około 10% przypadków. Można stąd wyciągnąć wniosek, że depresja u osób starszych jest praktycznie niewykrywalna lub nie leczona. W związku z tym wydaje się mieć uzasadnienie przeprowadzenia badań przesiewowych, które co prawda nie mogą być wystarczającą podstawą do podejmowania decyzji o leczeniu i nie zastąpią oceny klinicznej i rozpoznania, ale wyodrębnią grupę osób, na które lekarz pierwszego kontaktu powinien zwrócić szczególną uwagę.

Depresja jawi się jako problem interdyscyplinarny, w którego rozwiązaniu oprócz lekarzy psychiatrów powinni brać udział lekarze innych specjalności, pielęgniarki, a także przedstawiciele dyscyplin pozamedycznych. Szczególna rola przypada lekarzom pierwszego kontaktu i pielęgniarkom, jako że większość pacjentów pojawia się najpierw u nich. Stanowią oni 10–20% pacjentów zgłaszających się do różnych instytucji podstawowej opieki zdrowotnej. Jedynie u 25% z nich zaburzenia depresyjne są rozpoznawane. Jeszcze mniejszy odsetek uzyskuje skuteczną pomoc. Z kolei 50–60% chorych z depresją nie korzysta w ogóle z pomocy opieki zdrowotnej [2].

Należy pamiętać, że schorzenie to nie jest normalną cechą wieku podeszłego. Błędem jest założenie, że depresja jest naturalnym stanem wynikającym bezpośrednio z chorób i zaburzeń psychofizycznych starszych ludzi. Ta unifikacja cech i zachowań nie pokrywa się z rzeczywistością, a wprowadzona w życie może mieć negatywne skutki dla podopiecznego.

Materiał i metodyka badań własnych

Badania przeprowadzono w Modelowej Praktyce Lekarza Rodzinnego przy ul. Syrokomli 1 we Wrocławiu. Materiał badawczy stanowiły: historie choroby, testy i skale samooceny oraz wywiady. W pracy wykorzystano skale samooceny, testy i kwestionariusze, które są specyficznym i czułym narzędziem badawczym, takie jak: podskala Becka, Krótka Skala Oceny Depresji (BASDEC, Brief Assessment Schedule for Depression), Geriatryczną Skalę Depresji 15 (GDS 15, Geriatric Depression Scale), Geriatryczna Skala Depresji 4 (GDS 4, Geriatric Depression Scale).

Są to narzędzia, które mają ustaloną trafność i rzetelność, a ich szczególną cechą jest możliwy do przyjęcia niski odsetek wyników fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych.

Tabela 1. Liczba pacjentów > 65 r.ż. leczonych z powodu depresji w latach 2002–2006 z populacji 2700 pacjentów zadeklarowanych w Praktyce Lekarza Rodzinnego

Lata	Ilość pacjentów > 65 r.ż. leczonych z powodu depresji	% populacji
2002	38	1,41
2003	42	1,56
2004	43	1,59
2005	54	2,00
2006	55	2,04
Średnia	46,40	1,72
Ogółem	232	–

Źródło: obliczenia własne.

W roku 2002 w Praktyce Lekarza Rodzinnego leczono z powodu depresji lub skierowano do psychiatry 38 osób > 65 r.ż., w 2003 roku 42 osoby, w 2004 roku 43 osoby, w 2005 roku 54 osoby, a w 2006 roku 55 osób.

Tabela 2. Współistnienie chorób somatycznych u pacjentów zadeklarowanych w PLR w latach 2002–2006

	Ilość pacjentów	Pacjenci powyżej 65 r.ż.		Osoby z obniżonym nastrojem w wieku powyżej 65 r.ż.	
		Ilość	% do ogólnej ilości	Ilość	% w stosunku do ilości pacjentów powyżej 65 r.ż.
Ogółem	2700	837	31%	401	47,90%
Pacjenci z przebyłym zawałem mięśnia sercowego	78	54	69%	42	77,70%
Pacjenci z przebyłym udarem mózgu	34	21	62%	17	80,95%
Pacjenci z chorobą Parkinsona	5	5	100%	3	60,00%

Źródło: obliczenia własne.

Wśród ogólnej liczby 2700 pacjentów zadeklarowanych w PLR 837 osób ma > 65 lat, co stanowi 31% badanej populacji. Wśród nich 401 osób skarży się na obniżony nastrój, co stanowi 47,9% badanej grupy.

Wśród 2700 osób 78 przebyło zawał mięśnia sercowego – z czego 42 osoby skarżą się na obniżony poziom nastroju, i odpowiednio: 34 osoby przebyły udar mózgu – u 17 z nich występuje obniżony poziom nastroju, 5 osób choruje na chorobę Parkinsona z czego u 3 osób występuje stan obniżonego nastroju.

Stanowi to odpowiednio 77,7%, 80,95% i 60% badanej grupy.

Tabela 3. Występowanie wcześniejszych zaburzeń psychicznych u pacjentów ankietowanych

	Ilość pacjentów ankietowanych	Ilość osób z wcześniejszymi zaburzeniami psychicznymi		Ilość osób bez wcześniejszych zaburzeń psychicznych	
		Z obecnie występującymi objawami depresji	Obecnie bez objawów depresji	Z obecnie występującymi objawami depresji	Obecnie bez objawów depresji
Kobiety	32	8	1	5	18
Mężczyźni	28	6	3	4	15
Ogółem	60	18		42	

Źródło: obliczenia własne.

Wśród 32 ankietowanych pacjentów płci żeńskiej u 9 osób występowały wcześniejsze zaburzenia psychiczne, z czego u 8 osób występują obecnie objawy depresji.

Wcześniejsze zaburzenia psychiczne nie występowały u 23 kobiet i z tej grupy u 5 kobiet występują obecnie objawy depresji, a u 18 objawów takich nie ma.

Wśród 28 ankietowanych pacjentów płci męskiej u 9 osób występowały wcześniejsze zaburzenia psychiczne, z czego u 6 osób występują obecnie objawy depresji.

Wcześniejsze zaburzenia psychiczne nie występowały u 29 mężczyzn i z tej grupy u 4 mężczyzn występują obecnie objawy depresji, a u 15 objawów takich nie ma.

Tabela 4. Podział pacjentów leczonych z powodu depresji według grup wiekowych i płci w latach 2002–2006

Płeć	Grupy wiekowe chorych leczonych z powodu depresji					
	65–69	70–79	80–89	90–99	Ogólna liczba badanej grupy	% badanej grupy
Mężczyźni	61	27	24	3	115	49,56
Kobiety	56	31	27	3	117	50,43
Ogółem	117	58	51	6	232	100,00
% w grupie wiekowej	50,43	25	21,98	2,59	100	100

Największa ilość chorych leczonych z powodu depresji znajduje się w przedziale wiekowym 65–69 lat zarówno u kobiet (61 kobiet), jak i u mężczyzn (56 mężczyzn).

Wyniki badań

Średnia wieku pacjentów wynosiła 73 lata. Wśród ankietowanych znalazły się 32 kobiety i 28 mężczyzn. U 48% badanych wykryto objawy spełniające kryteria zaburzenia depresyjnego. Badania wykazały wyraźny związek pomiędzy występowaniem depresji a złym stanem zdrowia fizycznego. U 30% chorych w podeszłym wieku skarżących się na co najmniej 4 schorzenia somatyczne stwierdzono objawy depresji. Wyniki badań mogą dowodzić, że niektóre choroby somatyczne mogą występować szczególnie często łącznie z depresją.

Wyniki ankiet i rozmów z pacjentami dowodzą, że niektóre objawy subiektywne, takie jak ból czy samoocena zdrowia występują częściej u osób chorujących na depresję. Związek tych objawów z depresją jest dużo bardziej widoczny niż związek z obiektywnie występującą chorobą. Warto również zauważyć niezaprzeczalny związek pomiędzy zachorowalnością na depresję a stopniem aktywności. Widać także wyraźnie, że częściej chorują na to schorzenie kobiety, a także osoby, u których w przeszłości występowały zaburzenia psychiczne i te, u których nastąpiło w ostatnim czasie nasilenie choroby somatycznej. Można zauważyć szczególnie wysokie ryzyko wystąpienia depresji po zawale serca i u chorych, u których występuje zaostrzenie niesprawności funkcjonalnej oraz bólu.

Wnioski

1. Liczba pacjentów powyżej 65 r.ż. leczonych z powodu depresji w Praktyce Lekarza Rodzinnego wzrasta. W roku 2002 było to około 1,4% populacji, w 2003 roku – 1,5%, w 2004 roku – 1,5%, a w 2005 i 2006 roku – 2% populacji.
2. Największa ilość chorych leczonych z powodu depresji znajduje się w przedziale wiekowym 65–69 lat.
3. Średnia wieku chorujących pacjentów wciąż wzrasta z 64 r.ż. w 2002 roku do 68 r.ż. w 2006 roku.
4. Wśród pacjentów powyżej 65 r.ż. na depresję częściej chorują kobiety (50,43%) niż mężczyźni (49,56%).
5. Pacjenci z obniżonym nastrojem częściej skarżą się na dolegliwości somatyczne niż pacjenci bez obniżonego nastroju.
6. Stanowi obniżonego nastroju towarzyszy u pacjentów niska samoocena.
7. Objawom depresji towarzyszy niesprawność funkcjonalna pacjentów.
8. Wcześniejsze występowanie zaburzeń psychicznych predysponuje do wystąpienia depresji u osób powyżej 65 r.ż.

Jednoczesne występowanie zaburzeń depresyjnych i chorób somatycznych u pacjentów w podeszłym wieku utrudnia właściwe postawienie rozpoznania dotyczącego zaburzeń afektywnych. Lekarze w diagnostyce osób starszych na pierwszym planie dostrzegają choroby somatyczne co powoduje, że zaburzenia

depresyjne są rozpoznawalne jedynie u niewielu seniorów. W związku z tym szczególnego znaczenia nabierają badania przesiewowe, które pozwalają w prosty sposób wyłonić z grupy ankietowanych podopiecznych osoby o szczególnie wysokim ryzyku zachorowalności na depresję.

Piśmiennictwo

1. Katona Cornelius ,Livingstone Gill, *Depresja u osób w wieku podeszłym. Współwystępowanie z innymi chorobami*, Gdańsk 2003, Via Medica.
2. Malbi Gin S., Bridges Paul K., *Postępowanie w depresji*, Wrocław 2001, Urban & Partner.
3. Wciórka Jacek, *Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego*, Warszawa 2002, IPIN.
4. Wolfarth Stanisław, *Starość, neurodegeneracje, depresja*, Kraków 2002, Instytut Farmakologii PAN.

Dorota Dobrzyń¹, Czesław Marcisz²

Depresja i zaburzenia funkcji poznawczych u starszych osób objętych opieką społeczną na Śląsku

Wstęp

Wraz z postępowaniem procesu starzenia się dochodzi do osłabienia funkcji poznawczych oraz częstego pojawiania się zaburzeń depresyjnych. Potwierdzają to statystyki europejskie, z których wynika, że zespół otępienny występuje u 0,7% osób w wieku 62 lat, u 20–50% osób po 85 roku życia, a u stulatków odsetek ten sięga nawet 60% [1].

Ujawniające się objawy otępienne mogą być związane z nasileniem depresji, a wraz z jej ustępowaniem mogą ulegać poprawie. Z drugiej strony depresja, która często towarzyszy procesom otępiennym, związanym np. z chorobą Alzheimera [2], może skutecznie te zmiany otępienne maskować [3].

Badania zaburzeń funkcji poznawczych, jak i stanów depresyjnych znajdują odzwierciedlenie w kompleksowej ocenie geriatrycznej, czego dowodem są liczne przedmiotowe publikacje [4, 5]. Dzięki tym badaniom można wcześniej rozpoznać stan otępienny i depresję i konsekwentnie zastosować odpowiednie postępowanie, m.in. udzielać wsparcia psychospołecznego, co wpłynie na poprawę jakości życia pacjentów. Wsparcie psychospołeczne osób w podeszłym wieku jest najczęściej realizowane w domu rodzinnym przez członków rodziny oraz w domach pomocy społecznej, stacjonarnych i dziennych lub przez świadczenie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych w warunkach domowych.

Celem pracy było badanie funkcji poznawczych i stopnia depresji u starszych osób objętych opieką w domach pomocy społecznych (opieka stacjonarna), dziennych domach pomocy społecznych (opieka stacjonarno-domowa) i w warunkach wyłącznie domowych.

¹ Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląska Akademia Medyczna

² Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląska Akademia Medyczna

Materiał i metody

Badania przeprowadzono u 300 osób, w tym 178 kobiet i 122 mężczyzn w podeszłym wieku od 65. roku życia. Badane osoby podzielono na 3 grupy liczące po 100 osób każda. Ogólna charakterystyka badanych grup została przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanych grup

Badane grupy	Wiek (w latach) ($\times \pm SD$)	Płeć (%)		Wykształcenie (%)			
		M	K	P	Z	Ś	W
Grupa I DPS n = 100	76,8 \pm 9,0	45	55	25	41	29	5
Grupa II DDPS n = 100	71,8 \pm 6,1	40	60	46	16	37	1
Grupa III Opieka domowa n = 100	76,9 \pm 7,8	37	63	40	32	23	5

M – mężczyźni, K – kobiety;

P – podstawowe, Z – zawodowe, Ś – średnie, W – wyższe;

DPS – Domy Pomocy Społecznej, DDPS – Dzielne Domy Pomocy Społecznej

Grupa I obejmowała 45 mężczyzn i 55 kobiet w wieku średnio 76,8 lat. Osoby te były rezydentami 3 ośrodków całodobowej pomocy społecznej:

1. Domu Opieki Społecznej (DPS) „Przystań” w Katowicach – 47 osób,
2. DPS „Zacisze” w Katowicach – 28 osób,
3. ZOL Zgromadzenia Sióstr Św. Jadwigi w Katowicach – 25 osób.

Osoby tej grupy legitymowały się głównie wykształceniem zawodowym, w mniejszym odsetku podstawowym i średnim, wykształcenie wyższe zaś posiadała co 20. badana osoba (Tab. 1). Osoby te utrzymywały się głównie z emerytury. Mieszkały razem z innymi pensjonariuszami w ośrodkach pomocy społecznej, gdzie miały zapewnioną całodobową opiekę.

W grupie II liczącej 100 osób było 60 kobiet i 40 mężczyzn, w wieku średnio 71,7 lat, będących pod opieką Dziennych Domów Pomocy Społecznej (DDPS), takich jak:

1. DDPS nr 6 w Katowicach – 24 osób,
2. DDPS w Tychach – 31 osób,
3. DDPS nr 5 Katowickiego Stowarzyszenia „Opoka” w Katowicach-Ligocie – 17 osób,
4. DDPS nr 1 w Katowicach – 28 osób.

Prawie połowa badanych osób grupy II posiadała wykształcenie podstawowe, ponad 1/3 – średnie, dalej zawodowe i tylko 1 osoba – wyższe (Tab. 1). Utrzymywały się z emerytury. 82 osoby tej grupy mieszkały samotnie, 8 z współmałżonkiem, 9 z własnymi dziećmi (córka lub syn z rodziną), natomiast jedna osoba z konkubentem. Mieszkały w dużych miastach Śląska (Katowice, Tychy) w mieszkaniach lokatorskich (62% badanych osób), własnościowych (29%), wynajętych (6%), zakładowych (2%) i socjalnych (1%).

W grupie III było 100 osób pozostających pod opieką ambulatoryjną (domową), w tym 37 mężczyzn i 63 kobiety w wieku średnio 76,9 lat. Wszyscy oni byli mieszkańcami Mysłowic. Opiekę nad nimi sprawowały opiekunki zatrudnione przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SilesiaMed działający w ramach kontraktu z Pomocą Społeczną w Mysłowicach na usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne.

Osoby korzystające z opieki domowej legitymowały się głównie wykształceniem podstawowym i zawodowym i około 1/4 – wykształceniem średnim i wyższym (Tab. 1). Źródłem ich utrzymania jest emerytura. Samotnie mieszka 4/5 badanych osób, 15% badanych z najbliższą rodziną (syn lub córka z rodzinami, wnuczki, brat), 3% z współmałżonkiem i jedna osoba z opiekunką. Najczęściej mieszkają w mieszkaniach lokatorskich (67% badanych), własnościowych (25%), 6% z nich wynajmuje mieszkanie, natomiast 2 osoby mają własny dom.

Do badań włączono osoby, które pozostawały pod opieką od przynajmniej 3. miesiący, a ich stan psychiczny i fizyczny umożliwił przeprowadzenie wywiadu i badania.

Do oceny stopnia depresji zastosowano Geriatryczną Skalę Depresji (GSD) w pełnej wersji 30-punktowej [6, 7]. Liczba punktów 0–10 określa brak depresji, 11–20 – lekką depresję, > 20 – ciężką depresję. Do badania funkcji poznawczych posłużono się krótką skalą stanu psychicznego (Mini Mental State Examination = MMSE) [8, 9], z uwzględnieniem również wyniku skorygowanego z wiekiem i wykształceniem zgodnie z wzorem [10]:

$$\text{MMSE skorygowane} = \text{MMSE} - [0,471 \times (\text{ilość lat nauki} - 12) + 0,131 \times (\text{wiek} - 70)].$$

Badanie MMSE dotyczy takich składowych, jak: orientacja, zapamiętywanie, umiejętności skupiania uwagi, liczenie i znajomość języka. Wynik poniżej 24 punktów z 30 możliwych może wskazywać na zaburzenia funkcji poznawczej o charakterze otępienia. Przedział punktów 24–27 określa łagodne zaburzenia funkcji poznawczych.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Śląskiej Akademii Medycznej.

Wyniki badań opracowano statystycznie z użyciem testów nieparametrycznych: ANOVA, Kruskala-Wallisa, a następnie test post-hoc oparty na średnich rangach do porównań międzygrupowych oraz test niezależności chi-kwadrat

lub test dokładny Fishera do analizy cech nominalnych. Do badań korelacyjnych użyto rang Spearmana. Istotność statystyczną różnic określono na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki badań

Depresja

Na podstawie badania depresji z użyciem GSD wykazano, że ilość uzyskanych punktów była porównywalna w grupie I i II, zaś w grupie III była w porównaniu z każdą z tych grup istotnie wyższa ($p < 0,001$; Tab. 2). Odpowiednio do średnich ilości punktów również częstość występowania ciężkiej depresji by-

Tabela 2. Wartość punktowa geriatrycznej skali depresji (GSD) w badanych grupach ($\times \pm SD$)

Badane grupy	GSD (w punktach) ($\times \pm SD$)
I (DPS) n = 100	10,89 \pm 6,32
II (DDPS) n = 100	11,72 \pm 6,66
III (opieka domowa) n = 100	17,40 \pm 7,50
p I : III	< 0,001
p I : II	NZ
p II : III	< 0,001

DPS – Domy Pomocy Społecznej, DDPS – Dzielne Domy Pomocy Społecznej;
p – istotność statystyczna różnic, NZ – różnica nie znamienne

Tabela 3. Stopień nasilenia depresji w badanych grupach z uwzględnieniem wykształcenia

Stopień nasilenia depresji	Wykształcenie												Wszyscy		
	Podstawowe			Zawodowe			Średnie			Wyższe					
	I (%)	II (%)	III (%)	I (%)	II (%)	III (%)	I (%)	II (%)	III (%)	I (%)	II (%)	III (%)	I (%)	II (%)	III (%)
Bez depresji	16	18	6	21	8	9	15	26	6	1	0	1	53	52	22
Lekka depresja	8	23	12	18	7	12	10	7	10	4	1	3	40	38	37
Ciężka depresja	1	5	22	2	1	11	4	4	7	0	0	1	7	10	41
Łącznie	25	46	40	41	16	32	29	37	23	5	1	5	100	100	100

I – Domy Pomocy Społecznej, II – Dzielne Domy Pomocy Społecznej, III – Opieka domowa

Tabela 4. Analiza statystyczna różnic stopnia nasilenia depresji w grupach w zależności od wykształcenia (test post-hoc oparty na średnich rangach)

	Wykształcenie podstawowe		
	Grupa I	Grupa II	Grupa III
P =	R:36,100	R:48,239	R:77,362
Grupa I Grupa II Grupa III	p = 0,3871 p < 0,001	p = 0,3871 p < 0,001	p < 0,001 p < 0,001
	Wykształcenie zawodowe		
	Grupa I	Grupa II	Grupa III
P =	R:37,695	R:42,031	R:55,844
Grupa I Grupa II Grupa III	p = 1,0000 p = 0,0087	p = 1,0000 p = 0,2424	p = 0,0087 p = 0,2424
	Wykształcenie średnie		
	Grupa I	Grupa II	Grupa III
P =	R:44,431	R:39,041	R:55,304
Grupa I Grupa II Grupa III	p = 1,0000 p = 0,3952	p = 1,0000 p = 0,0533	p = 0,3952 p = 0,0533

Grupa I – Domy Pomocy Społecznej, Grupa II – Dzielne Domy Pomocy Społecznej, Grupa III – Opieka domowa;
p – istotność statystyczna różnic

ła największa u osób korzystających z opieki domowej i zaledwie u co piątej osoby w tej grupie nie obserwowano cech depresji (Tab. 3). U osób będących pod opieką DPS i DDPS u około połowy podopiecznych nie wykryto depresji a ciężka depresja sięgała do 7–10% badanych osób. Po dokonaniu podziału badanych osób w zależności od wykształcenia okazało się, że pod względem częstości występowania i stopnia nasilenia depresji największe zróżnicowanie było u badanych z wykształceniem podstawowym, mniejsze – z wykształceniem zawodowym, a brak istotnych różnic u pozostałych lepiej wykształconych osób (Tab. 3 i 4).

Funkcje poznawcze

W badaniu funkcji poznawczych z użyciem MMSE stwierdzono, że najwięcej punktów uzyskały osoby z grupy II, czym różniły się istotnie od osób z grup I i III ($p < 0,001$), które pod tym względem okazały się porównywalne (Tab. 5).

W oparciu o kryteria rozpoznawania stanu otępienia przy pomocy skali punktowej MMSE wykazano, że częstość występowania otępienia była większa

Tabela 5. Wartość krótkiej skali stanu psychicznego (MMSE) w badanych grupach ($\times \pm SD$)

Badane grupy	MMSE (w punktach)	MMSE skorygowane (w punktach)
Grupa I DPS (n = 98)	18,50 ± 7,03	18,39 ± 7,32
Grupa II DDPS (n = 94)	22,41 ± 5,10	23,39 ± 5,25
Grupa III opieka domowa (n = 94)	18,54 ± 8,45	18,35 ± 7,95
p I : III	NZ	NZ
p I : II	< 0,001	< 0,001
p II : III	< 0,001	< 0,001

DPS – Domy Pomocy Społecznej, DDPS – Dzielne Domy Pomocy Społecznej;
p – istotność statystyczna różnic, NZ – różnica nie znamienna

Tabela 6. Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w badanych grupach

Stopień zaburzeń funkcji poznawczych (skala punktowa)	Grupa I DPS		Grupa II DDPS		Grupa III Opieka domowa	
	n	%	n	%	n	%
Prawidłowe funkcje poznawcze (28–30)	12	12,2	10	10,6	14	14,9
Łagodne zaburzenia funkcji poznawczych (24–27)	22	22,4	35	37,2	17	18,0
Stan otępienia (0–23)	64	65,4	49	52,2	63	67,1
Łącznie	98	100,0	94	100,0	94	100,0

DPS – Domy Pomocy Społecznej, DDPS – Dzielne Domy Pomocy Społecznej

w grupach I i III niż w grupie II. W grupie tej w porównaniu z pozostałymi grupami częściej obserwowano łagodne zaburzenia funkcji poznawczych (Tab. 6).

Analizie statystycznej poddano test MMSE z wynikiem właściwym i skorygowanym dla poszczególnych grup w porównaniu z wykształceniem. W przypadku MMSE wysoka znamienność statystyczna występowała pomiędzy grupami osób z wykształceniem podstawowym ($p = 0,003$) (Tab. 7). W zakresie skorygowanego MMSE istotne znamienności statystyczne występowały pomiędzy grupami osób zarówno w wykształceniu podstawowym ($p < 0,001$), zawodowym ($p = 0,037$), jak i średnim ($p = 0,019$) (Tab. 7).

Tabela 7. Wartość krótkiej skali stanu psychicznego (MMSE) w badanych grupach z uwzględnieniem wykształcenia ($\times \pm SD$)

	Wykształcenie											
	Podstawowe			Zawodowe			Średnie			Wyższe		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
MMSE	16,1 $\pm 7,7$	20,9 $\pm 6,1$	16,4 $\pm 7,6$	18,7 $\pm 6,4$	22,9 $\pm 4,0$	17,4 $\pm 8,9$	20,0 $\pm 7,2$	24,1 $\pm 3,9$	22,3 $\pm 6,1$	20,2 $\pm 7,1$	20,0	21,4 $\pm 5,8$
MMSE skorygowane	17,3 $\pm 8,1$	23,0 $\pm 6,4$	16,9 $\pm 7,9$	18,9 $\pm 6,7$	23,6 $\pm 4,1$	18,2 $\pm 8,5$	18,9 $\pm 7,7$	23,9 $\pm 4,2$	21,8 $\pm 6,4$	16,8 $\pm 8,3$	16,6	19,1 $\pm 5,9$
N	25	42	38	38	16	29	29	35	22	5	1	5

I – Domy Pomocy Społecznej, II – Dzielne Domy Pomocy Społecznej, III – Opieka domowa

Tabela 8. Korelacja pomiędzy wartością geriatrycznej skali depresji (GSD) a wartością krótkiej skali stanu psychicznego (MMSE) w poszczególnych badanych grupach

	n	R Spearmana	T (N-2)	poziom
	Wszystkie grupy			
GSD a MMSE	288	-0,2659	-4,671	0,0001
GSD a MMSE skorygowane	288	-0,2495	-4,381	0,0001
	Grupa I			
GSD a MMSE	98	-0,2229	-2,241	0,0273
GSD a MMSE skorygowane	98	-0,2562	-2,597	0,0109
	Grupa II			
GSD a MMSE	94	0,0055	0,054	0,9570
GSD a MMSE skorygowane	94	0,0435	0,431	0,6675
	Grupa III			
GSD a MMSE	94	-0,4496	-4,802	0,0001
GSD a MMSE skorygowane	94	-0,4407	-4,683	0,0001

Badania korelacyjne

W badaniach współzależności pomiędzy występowaniem depresji a stanami otępiennymi wykazano wysoce istotną ujemną korelację w grupie osób objętych opieką domową (grupa III), umiarkowanie istotną w grupie I i brak korelacji w grupie II. Wysoce znamiennej ujemnej korelacji pomiędzy wartością GSD a MMSE stwierdzono w sytuacji badania łącznie wszystkich grup (Tab. 8).

Dyskusja

Z naszych badań wynika, że spośród wszystkich badanych grup największą częstość występowania depresji, zwłaszcza o ciężkim przebiegu oraz stanów otępiennych obserwowano u osób w podeszłym wieku pozostających pod opieką domową. Badania współzmienności wskazują, że depresja u tych osób była ściśle powiązana z zaburzeniami funkcji poznawczych, szczególnie u osób korzystających z opieki domowej. Kierunek tych zmian jest zbieżny co oznacza, że stopień nasilenia depresji idzie w parze z zaburzeniami funkcji poznawczych. Jest to fakt znany i znajduje również wyraz w piśmiennictwie dotyczącym problematyki ludzi w podeszłym wieku [3, 4, 10]. Trzeba jednakże zauważyć, że u osób korzystających z opieki w DDPS takiej zależności korelacyjnej nie wykazaliśmy, co być może wiązało się z młodszym wiekiem tych osób i także z bardziej komfortową sytuacją w jakiej się znaleźli, bowiem ich egzystencja była urozmaicona i mniej monotonna, gdyż część okołodobowego czasu spędzali w towarzystwie swoich rówieśników pod okiem opiekunów, a drugą część w gronie rodzinnym.

Interesujące jest porównanie trzech rodzajów opieki nad seniorami, z którego jasno wynika, że osoby pozostające w domu są częściej dotknięte ciężką depresją i stanem otępiennym. Fakt ten powinien być brany pod uwagę przez osoby i jednostki organizujące opiekę dla osób w podeszłym wieku, szczególnie samotnych, schorowanych i pozbawionych zdolności i umiejętności samodzielnego radzenia sobie. Być może zmiana organizacyjna w sprawowaniu opieki nad tymi osobami i tworzenie w nowych miejscach dziennych domów pomocy społecznej, bądź zwiększenie ilości godzin opieki oraz zatrudnienie psychologów do opieki domowej doprowadziłoby do zmniejszenia nasilenia depresji oraz zaburzeń funkcji poznawczych. Wielu badaczy ocenia występowanie depresji i zaburzeń funkcji poznawczych u rezydentów domów pomocy społecznej, jednakże niewielu zajmuje się tą problematyką u starszych osób mieszkających samotnie w domu. Starsze osoby w DPS-ach mają możliwość kontaktu z psychologiem, korzystają z terapii zajęciowej, z całodobowych świadczeń opiekuńczo-pielęgniarskich i nawet lekarskich, i mogą czuć się bezpiecznie w odróżnieniu do starszych osób mieszkających samotnie, gdzie często jedynym kontaktem z innym człowiekiem jest zaledwie krótka, może kilkugodzinna, wizyta opiekunki. Dlatego uzasadnione jest prowadzenie badań w tym kierunku, ukazując osobom podejmującym decyzje związane z opieką rzeczywiste potrzeby poprawiające stan zdrowotny i jakość życia osób w podeszłym wieku.

Wnioski

1. Osoby w podeszłym wieku, rezydenci domów opieki społecznej, cechują się niższym stopniem nasilenia depresji niż osoby będące pod opieką opiekunów we własnym domu.

2. Starsze osoby będące pod opieką dziennych domów pomocy społecznej są mniej odepiałe niż osoby korzystające z opieki domowej i rezydenci całodobowych domów opieki społecznej.
3. U osób w podeszłym wieku, szczególnie starszych, występowanie depresji jest współzienne z zaburzeniami funkcji poznawczych.
4. Zdobyte wykształcenie wpływa korzystnie na występowanie depresji i stanów odepiających u osób w podeszłym wieku.

Piśmiennictwo

1. Wojszel Z., Bień B.: Wielkie problemy geriatryczne: III. Zespoły odepiaenie.; Medycyna Rodzinna 2001, 14: 3–4.
2. Wojszel Z., Bień B.: Choroba Alzheimera – program diagnostyczny i terapeutyczny. Medycyna Rodzinna 2002: 17: 1.
3. Dąbkowski M., Szajda J. i in.: Ocena częstości występowania nie leczonych zaburzeń depresyjnych u osób starszych. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 1995, 4, 261–265.
4. Jacob G., Palmer R.: Metody określania stopnia nieporadności osób w podeszłym wieku. Ocena geriatryczna prowadzona w celu poprawy jakości życia. Medycyna po Dyplomie 1999: 6: 63–71.
5. Chodorowski Z.: Komentarz. Nieporadność w wieku podeszłym; Medycyna po Dyplomie 1999: 6: 72–73.
6. Grabiec U., Skalska A.: Depresja w starszym wieku – podstawy rozpoznania. Gerontologia Polska 1999/01: 14–16.
7. Burns A., Lawlor B., Craig S.: Depression. Assessment Scales in Old Age Psychiatry. 1999: 1–3
8. Folstein M., Folstein S.: Mini-Mental State. J. Psychiatr. Res., 1975: 12: 189–198.
9. Bilikiewicz A., Barcikowska M.: Wczesne rozpoznawanie i leczenie odepiaenia typu Alzheimera. Stanowisko interdyscyplinarnej grupy ekspertów rozpoznania i leczenia odepiaień Igero. Gdańsk 1999: 11–12.
10. Mungas D., Marshall S. C. i in.: Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish – speaking elderly. Neurology 46: 1996: 700–706.

Bożena Muraczyńska¹, Anna Adam¹

Objawy niepożądane u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w zależności od rodzaju stosowanego znieczulenia i trybu przyjęcia

Najczęstszym problemem zdrowotnym biodra jest jego zwyrodnienie. Wielu autorów prac zwraca uwagę, że wydłużenie średniej życia wiąże się ze wzrostem liczby osób ze zmianami zwyrodnieniowo-zniekształcającymi staw biodrowy [3, 6]. W zaawansowanej chorobie zwyrodnieniowej biodra jedyną możliwą i skuteczną metodą leczenia, która pozwala na przywrócenie sprawności fizycznej i uwolnienie od przewlekłego bólu jest leczenie operacyjne polegające na wszczepieniu endoprotezy biodra [4]. W Polsce metoda ta spotyka się z szeroką akceptacją, gdyż jest zabiegiem naprawczym, prowadzi do odtworzenia stawu oraz przywrócenia utraconych lub ograniczonych w znacznym stopniu możliwości samodzielnego poruszania się. Dobór endoprotezy zależy od wielu czynników, w tym od wieku i stanu sprawności pacjenta. Zaletą tej metody jest możliwość prowadzenia wczesnej i intensywnej rehabilitacji, którą rozpoczyna się jeszcze w czasie pobytu chorego w szpitalu, zwiększa to szanse pacjenta na szybki powrót do sprawności fizycznej i aktywności życiowej [2, 7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena niepożądanych objawów u pacjentów w pierwszych i kolejnych dobach po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego z uwzględnieniem rodzaju znieczulenia i trybu przyjęcia.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Badaniem objęto 104 osoby po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, w tym 68 kobiet i 36 mężczyzn.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego WPiNoZ AM w Lublinie

Najliczniejszą grupę, bo ponad połowę, stanowiły osoby z przedziału wiekowego 60–70 lat. W wieku poniżej 40 lat było 8 osób a powyżej 70 lat – 26. Blisko połowa respondentów posiadała wykształcenie podstawowe. Wykształceniem średnim i wyższym legitymowało się odpowiednio: 25, tj. 24,4% i 12, tj. 11,54% respondentów. Zdecydowana większość (80 osób, tj. 76,92%) badanych była nieczynna zawodowo.

Zastosowaną metodą był sondaż diagnostyczny z zastosowaniem kwestionariusza ankiety, który opracowano dla potrzeb tej pracy. Kwestionariusz ankiety zawierał m.in. pytania, które diagnozowały objawy i dolegliwości występujące w pierwszych 24 godzinach, jak i później oraz powikłania późne występujące po 3 dobie po zabiegu endoprotezoplastyki biodra.

Wyniki i omówienie

Liczne prace naukowe poświęcone endoprotezoplastyce stawów biodrowych podają, że zabieg ten przeprowadza się najczęściej w znieczuleniu zewnątrzoponowym, a znieczulenie ogólne stosuje się w szczególnych przypadkach [2, 5, 6]. Dokonując analizy klinicznej badanych można zauważyć, że zdecydowana większość pacjentów (85 osób, tj. 81,73%) była operowana w znieczuleniu zewnątrzoponowym. Znieczulenie ogólne było stosowane tylko u 19 osób, tj. 18,2% pacjentów. Najczęściej, bo u 84 osób, tj. 80,77%, był to zabieg planowany. Na choroby układu krążenia leczyło się 58 osób, tj. 55,77% z ogółu badanych. Można było zauważyć, iż częstość chorób układu krążenia wzrastała wraz z wiekiem. Ponadto pacjenci wymieniali występowanie takich chorób, jak: gościec stawowy, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe stawów. Choroba zwyrodnieniowa stawów dotyczyła aż 90 badanych z ogółu, tj. 86,54%. Sytuacja ta dotyczyła prawie w równym stopniu mężczyzn, jak i kobiet odpowiednio: 34, tj. 94,44% i 56, tj. 82,35%.

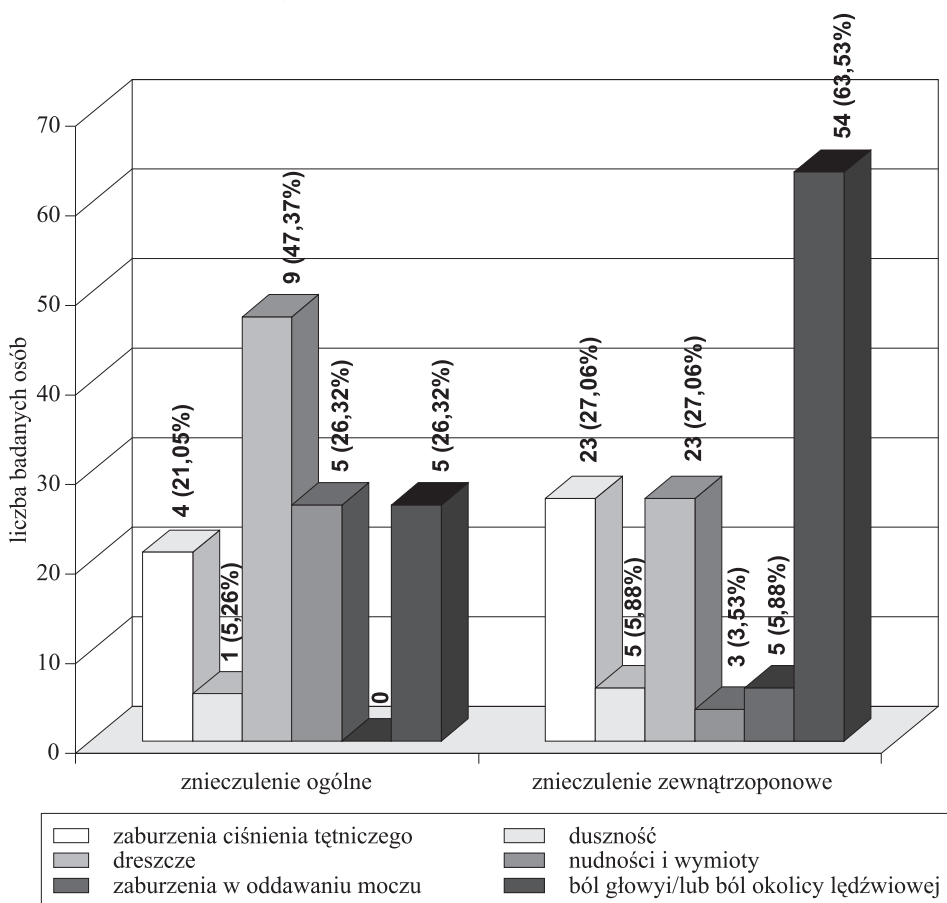
Analiza objawów po zabiegu operacyjnym pokazała, że rodzaj objawów zgłaszanych przez pacjentów w pierwszych 24 godzinach po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego był podobny wśród kobiet i mężczyzn, chociaż zaobserwowano większą ich częstość występowania w grupie kobiet. Rycina 1 przedstawia najczęstsze objawy zgłaszane przez pacjentów w pierwszych 24 godzinach po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego a płęć badanych.

Najczęściej pacjenci zgłaszali ból głowy i/lub ból okolicy lędźwiowej (60 osób, tj. 57,69%). Częściej objawy te były zgłaszane przez kobiety, chociaż w grupie mężczyzn również były dominujące, odpowiednio: 48 kobiet, tj. 70,59% i 12 mężczyzn tj. 33,33%. Przypomnieć należy, że większość zabiegów była wykonana w znieczuleniu zewnątrzoponowym, stąd też wydaje się, że objawy te były związane z wyborem określonego sposobu znieczulenia. Kolejnym objawem zgłaszanym przez badanych w pierwszych 24 godzinach po operacji były

dreszcze. Na objaw ten uskarżały się 32 osoby z ogółu badanych, tj. 30,77%. Podobnie jak poprzednio, kobiety częściej niż mężczyźni podawały występowanie dreszczy. Zaburzenia ciśnienia tętniczego krwi (wzrost, spadek) dotyczyły 27, tj. 25,96% osób z ogółu badanych, tu także można było zauważyć większą częstość występowania tego objawu w grupie kobiet. Pozostałe objawy, w pierwszych 24 godzinach po zabiegu, takie jak: zaburzenia oddawania moczu, uczucie duszności, nudności i wymioty także częściej były deklarowane przez kobiety.

Biorąc pod uwagę rodzaj stosowanego znieczulenia można było zauważyć, że częstość występowania objawów w pierwszych 24 godzinach po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego była zróżnicowana. Rycina 2 ilustruje to zagadnienie.

Rycina 2. Najczęstsze diagnozowane objawy w pierwszych 24 godzinach po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego a rodzaj zastosowanego znieczulenia



Badania dowodzą, że ból okolicy lędźwiowej i ból głowy zdecydowanie częściej występował w grupie badanych po zastosowaniu znieczulenia zewnątrzoponowego. Stan ten dotyczył 54, tj. 63,53% badanych. Natomiast objawy te były w mniejszym stopniu odczuwane przez pacjentów, u których zabieg operacyjny był wykonywany w znieczuleniu ogólnym (5 osób, tj. 26,32%). Zaburzenia ciśnienia tętniczego krwi natomiast częściej występowały po stosowaniu znieczulenia ogólnego i dotyczyły 23 osób, tj. 27,06% badanych. Trudności w oddawaniu moczu były objawem, który zazwyczaj występował po znieczuleniu zewnątrzoponowym (5 osób tj. 5,88% badanych). Własne badania pokazują również, że na występowanie takich objawów, jak: nudności i wymioty, wyraźny wpływ miał rodzaj stosowanego znieczulenia. Po zastosowaniu znieczulenia zewnątrzoponowego, objawy te występowały rzadko. Kolejny objaw zgłaszany przez pacjentów, jakim była duszność, w podobnym odsetku, występował bez względu na rodzaj stosowanego znieczulenia.

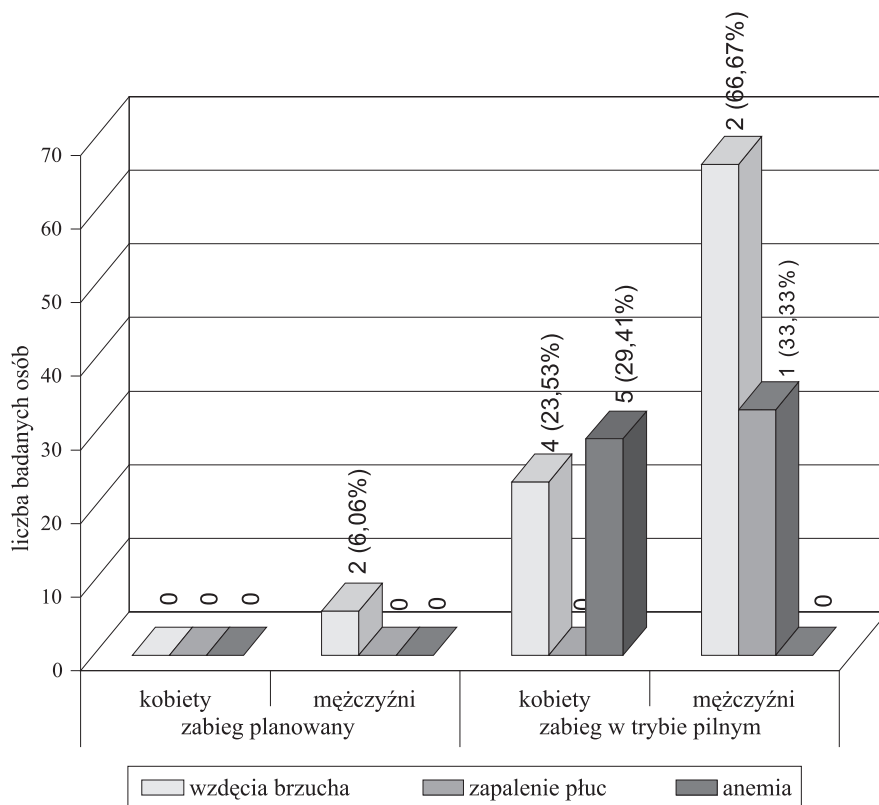
W okresie od 24 do 48 godzin po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, najczęściej diagnozowano: wzdęcia brzucha, zapalenie płuc, anemię. Objawy te i ich częstość występowania z uwzględnieniem trybu przyjęcia i płci ilustruje rycina 3.

Wzdęcia brzucha, po zabiegu operacyjnym, na skutek gromadzenia się gazów w jelitach i spowolnionej perystaltyki, są często diagnozowanym objawem. Z analizy badań wynika, że znacznie częściej objaw ten występował u mężczyzn i częściej dotyczył sytuacji zabiegów nieplanowanych (2 osoby, tj. 66,67%). Zapalenie płuc wystąpiło tylko u 1 mężczyzny z 3 mężczyzn operowanych w trybie pilnym, który podawał przed zabiegiem operacyjnym współistnienie przewlekłego zapalenia płuc. Anemię natomiast, stwierdzono u 5 kobiet, tj. 29,41% z 17 operowanych w trybie pilnym, co było wskazaniem do transfuzji krwi.

Z badań własnych można wnioskować, że częstość powikłań po zabiegu operacyjnym wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego jest mała. Jeżeli jednak powikłania wystąpią, to mogą być warunkowane trybem przyjęcia do zabiegu, płcią, jak i współistnieniem innych chorób. Dane na temat występowania powikłań od 3 do 7 doby po zabiegu endoprotezoplastyki biodra z uwzględnieniem trybu przyjęcia i płci podaje rycina 4.

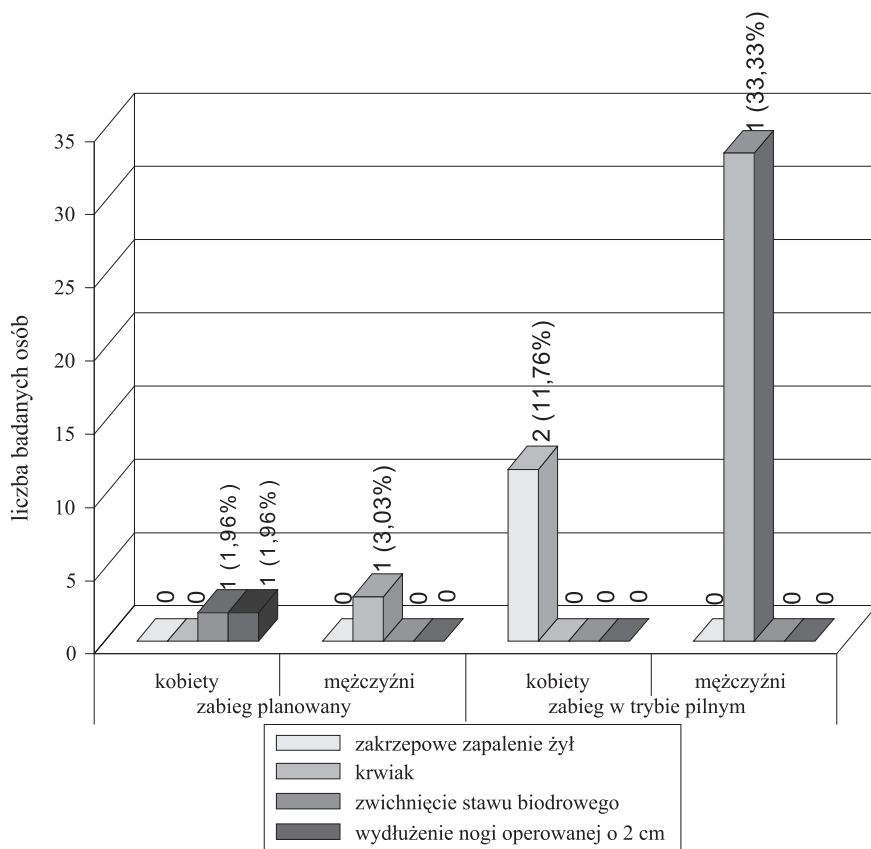
Zaobserwowano, że zakrzepowe zapalenie żył dotyczyło tylko 2 kobiet z 17, tj. 11,76%, przyjętych w trybie pilnym. Zauważono również, że były to kobiety w wieku powyżej 70 roku życia, a u jednej z nich występowały żylaki kończyn dolnych, u drugiej zaś choroba niedokrwienna serca i zaburzenia ciśnienia tętniczego krwi. Jak podaje E. Jaszczuk i współ. [1], zakrzepowe zapalenie żył jest częstym zjawiskiem u chorych powyżej 70 roku życia, operowanych w trybie pilnym, z obciążeniami krążeniowo-oddechowymi. Ponadto autorzy podkreślają, że sama operacja endoprotezoplastyki stawu biodrowego zaliczana jest do operacji wysokiego ryzyka występowania zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych.

Rycina 3. Najczęstsze objawy zgłaszane przez pacjentów w pierwszych 24 do 48 godzin po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego a tryb przyjęcia i płeć



Jedynie u 2 mężczyzn powyżej 70 roku życia, na skutek zaburzonej ewakuacji wydzieliny w okresie drenażu ssącego doszło do powstania krwiaka. U jednego z nich powodem alloplastyki stawu biodrowego było złamanie szyjki kości udowej i zabieg był wykonany w trybie pilnym, drugi zaś był operowany w trybie planowanym z powodu zmian zwyrodnieniowych. U 1 kobiety po zabiegu planowanym, w 4 dobie pooperacyjnej, doszło do zwichnięcia stawu biodrowego po stronie operowanej, jako skutek zaniedbań w doborze metod chroniących operowany staw biodrowy. Również u 1 kobiety, operowanej w trybie planowanym, zauważono po zabiegu operacyjnym wydłużenie się nogi operowanej o ok. 2 cm. Na powikłanie to zwraca uwagę J. Kubacki [3] twierdząc, że każde skrócenie operowanej kończyny powinno być natychmiast wyrównane, najczęściej wkładką ortopedyczną.

Rycina 4. Najczęstsze powikłania pooperacyjne od 3-7 doby po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego a płeć badanych i tryb przyjęcia



Wnioski

Mimo, że nie można postawić categorycznych wniosków można zauważyć, że:

1. Zdecydowana większość pacjentów operowana była w trybie planowanym i znieczuleniu zewnątrzoponowym oraz dwa razy częściej zabieg wszczepiania endoprotezy stawu biodrowego dotyczył kobiet.
2. Częstość i rodzaj objawów zgłaszanych przez pacjentów, w pierwszych 24 godzinach po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego, zależała od rodzaju zastosowanego znieczulenia. Kobiety częściej zgłaszały objawy niż mężczyźni.

3. Częstość powikłań po zabiegu operacyjnym wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego była bardzo mała. Jeżeli jednak powikłania wystąpiły, to były warunkowane trybem przyjęcia do zabiegu, płcią, jak i współistnieniem innych chorób.

Piśmiennictwo

1. Jaszczuk E., Graczyk M., Korzeniowska M., Oszukowski P.: Przeciwwzkrzepowe przygotowanie chorych do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1997, s. 9–11, 29.
2. Kopyś J.: Rehabilitacja po alloplastyce totalnej stawu biodrowego, *Chirurgia Narządów Ruchu. Ortopedia Polska* 1996 LXI supl. 4 B.
3. Kubacki J.: Alloplastyka stawów w aspekcie zagadnień ortopedycznych i rehabilitacyjnych. *Akademia Wychowania Fizycznego*, Katowice 2004.
4. Lewandowski B., Sierakowski S., Kita K., Klimiuk P., Muklewicz E.: Biodro – przyczyny najczęstszych dolegliwości. *Nowa Medycyna* 2002 nr 2.
5. Lisiak M., Pozowski A., Kopyś J.: Wybrane problemy znieczulenia w ortopedii. *Kwartalnik Ortopedyczny* 1997 2, s. 69.
6. Pozowski A.: *Mam sztuczny staw biodrowy*. PZWL, Warszawa 2002.
7. Pozowski A., Skolimowski T.: Fizjoterapia szpitalna chorych po totalnej endoprotezoplastyce stawu biodrowego we wczesnym okresie pooperacyjnym. *Fizjoterapia* 1999, t. 7, nr 3.

Katarzyna Cierzniakowska¹, Elżbieta Kozłowska¹, Maria T. Szewczyk¹,
Zbigniew Banaszek², Arkadiusz Jawień², Justyna Cwajda¹

Ocena deficytu samoopieki u chorych ze stomią w podeszłym wieku

Wstęp

Chirurgiczne połączenie światła jelita z powierzchnią skóry nazywane jest stomią jelitową.

Jedną z głównych przyczyn wykonywania zabiegów wylaniania stomii jest rak jelita grubego [1]. W populacji krajów europejskich, w tym polskiej, zajmuje on drugie miejsce pod względem zapadalności na nowotwory złośliwe. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wynosi ok. 5–6% w ciągu całego życia i szybko rośnie po 50. roku życia [2].

W wielu publikacjach autorzy podkreślają, że wykonanie stomii oraz rozpoznanie choroby nowotworowej to jedne z najbardziej stresogennych czynników negatywnie wpływających na jakość życia chorego [3], stanowią ogromne obciążenie psychiczne zarówno dla chorego, jak i jego rodziny [4]. Jest to stanowisko potwierdzone różnorodnymi badaniami klinicznymi z zakresu oceny jakości życia chorych ze stomią [5, 6].

Jednak należałoby się zastanowić, czy problem stomii można rozpatrywać jako „nowy (?), inny (?) sposób na życie chorego”. Trudno jest potwierdzić słuszność takiego poglądu, ze względu na jego radykalność i brak badań w tym zakresie. Głównie należy mieć na uwadze to, że wyłonienie stomii wiąże się z usunięciem patologii jelita, niejednokrotnie z uwolnieniem chorego od wielu cierpień wynikających z objawów choroby podstawowej, a prawidłowo przeprowadzona operacja może mieć wpływ na przedłużenie życia chorego. Dlatego też zasadne jest ukierunkowane działanie zespołu terapeutycznego we współpracy z chorym w celu przywrócenia dobrej jakości życia ze stomią jelitową [7].

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy

² Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum w Bydgoszczy

Dążenie do jak największej samodzielności chorego w możliwie najkrótszym czasie stanowi ideę współczesnej opieki nad nim. Zgodnie z definicją według Dorothy Orem samoopieka – to wyuczona aktywność, którą człowiek podejmuje i kontynuuje w celu utrzymania życia, zdrowia i dobrego samopoczucia. Zachwianie równowagi pomiędzy indywidualnym zapotrzebowaniem na opiekę a zdolnością do samoopieki (deficyt samoopieki) wymaga interwencji [8, 9]. Podstawowym elementem interwencji, które mają ułatwić choremu adaptację do życia ze stomią jest edukacja, ponieważ proces ten pozwala wyposażyć chorego w niezbędną wiedzę i praktyczne umiejętności samoopieki [10, 11].

Chory ze stomią, szczególnie w bezpośrednim okresie po operacji, z różnych powodów jest niezdolny, bądź nie w pełni zdolny do zapewnienia sobie stałej i efektywnej samoopieki. Stan ten uwarunkowany jest między innymi pozostawaniem w łóżku, złym samopoczuciem, bólem pooperacyjnym, jak również w znaczącym stopniu brakiem wiedzy z zakresu pielęgnowania stomii.

Holistyczne podejście do chorego, uwzględniające biologiczną, psychiczną i społeczną sferę życia, rehabilitacja i kompleksowa opieka dają choremu możliwość prowadzenia normalnego życia oraz bycia aktywnym i samodzielnym w podobnym lub takim samym stopniu jak przed operacją wyłonienia stomii [11].

Celem pracy była próba określenia czynników wpływających na występowanie deficytu samoopieki u chorych ze stomią w wieku podeszłym.

Materiał i metody

W badaniu brało udział 80 chorych ze stomią, objętych opieką Poradni Stomijnej działającej przy Klinice Chirurgii w SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Niniejsze badania o charakterze anonimowym przeprowadzono w 2005 r.

W badaniu posłużono się specjalnie do tego celu skonstruowanym kwestionariuszem ankiety, zawierającym 27 pytań zamkniętych i 5 otwartych. Pytania podzielono na ogólne – których odpowiedzi umożliwiły charakterystykę chorych i szczegółowe zawierające ocenę zdolności chorego do samoopieki. W ocenie zdolności do samoopieki przyjęto następującą punktację: poniżej 11 pkt (< 11) – niedostateczne przygotowanie, natomiast powyżej 10 pkt (> 10) przygotowanie wystarczające do pełnienia samoopieki.

Wszyscy chorzy w okresie okołoperacyjnym włączeni zostali w proces edukacji, którego zadaniem było przekazanie niezbędnej do pełnienia samoopieki wiedzy z zakresu możliwości uzyskania sprzętu stomijnego, jego doboru i wykorzystania, postępowania dietetycznego, zapobiegania powikłaniom oraz wyposażenie chorego w umiejętności związane z pielęgnacją skóry i zmianą sprzętu stomijnego.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Charakterystyka chorych

W badaniu uczestniczyło 80 chorych w wieku od 29 do 85 lat; mediana – 63.

W związku z tym, że okres życia określany mianem „wiek podeszły” rozpoczyna się po 65. roku życia podzielono chorych na dwie grupy: poniżej 65 roku życia (29–64 lat) oraz 65 lat i powyżej (65–85 lat).

Poniżej 65 roku życia było 57% (46) chorych, a w wieku 65 lat i powyżej 43% (34) chorych.

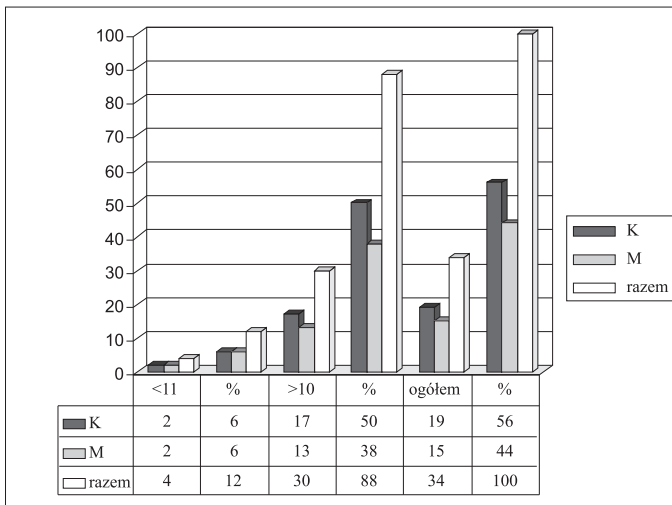
W grupie 80 chorych ze stomią, 46% (43) stanowiły kobiety, a 54% (37) mężczyźni, w tym w wieku 65 lat i powyżej było 19 kobiet i 15 mężczyzn.

Wyniki

Poniższe wyniki badań odnoszą się do grupy chorych w wieku 65 lat i powyżej.

W badanej grupie 12% (4) chorych osiągnęło niezadowolający poziom samoopieki. Dwie kobiety i dwóch mężczyzn osiągnęło w kryteriach samoopieki poniżej 11 punktów (wykres I). Płeć badanych nie wpływa na poziom samoopieki ($p = 0,8$).

Wykres I. Płeć a poziom samoopieki



Na podstawie uzyskanych danych ustalono, że w grupie 34 chorych w wieku 65 lat i powyżej w 82% przyczyną zabiegu operacyjnego była zmiana nowotworowa. Obliczenia statystyczne wykazały, że przyczyna wyłonienia stomii nie wpłynęła na poziom samoopieki chorych ($p = 0,68$).

W grupie ankietowanych, tylko 6% (2 mężczyzn) ma wyłonią ileostomię, pozostali – kolostomię. Ze zgromadzonych danych wynika, że obniżony poziom

Tabela I. Trudności w pielęgnacji stomii

Trudności związane z pielęgnacją stomii	< 11 pkt		> 10 pkt		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Toaleta skóry	–	–	3	9	3	9
Zakładanie woreczka	1	3	3	9	4	12
Inne	–	–	6	18	6	18
Dopasowywanie odpowiedniego otworu	1	3	7	21	8	24
Odklejanie woreczka	1	3	8	22	9	25
Odklejanie woreczka, dopasowywanie odpowiedniego otworu, zakładanie woreczka	–	–	1	3	1	3
Odklejanie woreczka, toaleta skóry, dopasowywanie odpowiedniego otworu	1	3	–	–	1	3
Odklejanie woreczka, toaleta skóry	–	–	1	3	1	3
Odklejanie woreczka, inne	–	–	1	3	1	3
Ogółem	4	12	30	88	34	100

samoopieki występuje u 4 chorych z kolostomią. Pomędzy rodzajem wyłonionej stomii a poziomem samoopieki nie występuje zależność statystyczna ($p = 0,59$).

Z danych wynika, że 1/4 chorych mieszka samotnie, ale tylko jeden z nich nie radzi sobie z samoopieką. Brak związku pomiędzy zamieszkiwaniem (samotnie, bądź z innymi członkami rodziny) a poziomem samoopieki ($p = 0,94$).

Zawarte w tabeli I dane dotyczą trudności, na jakie pacjenci napotykali w pielęgnacji stomii najczęściej. Najwięcej wskazań dotyczyło odklejania woreczka od skóry – niemal 40% (13 chorych).

Ankietowanych zapytano: czy już przed operacją powinno się uczyć pacjenta pielęgnacji stomii. Uzyskano 80% odpowiedzi twierdzących. Nie występuje zależność pomiędzy odpowiednim czasem rozpoczęcia edukacji a poziomem samoopieki ($p = 0,27$).

Analiza wyników wskazuje, że tylko 15% chorych nie cierpi z powodu występowania zmian skórnych wokół stomii. U pozostałych chorych zmiany takie występują z różnym nasileniem. Brak zależności pomiędzy obniżonym poziomem samoopieki a występowaniem zmian skórnych ($p = 0,37$).

Omówienie

Każdy człowiek od początku życia, poprzez zdobywanie wiedzy i umiejętności, uczy się samodzielności i niezależności. Niekiedy jednak napotyka na sytuacje, w których z różnych przyczyn nie jest w stanie poradzić sobie z podjęciem samoopieki. Deficyt samoopieki występuje, gdy zapotrzebowanie na samoopiekę przerasta jakościowe lub ilościowe możliwości jej pełnienia.

Przyjmuje się, że u chorego ze stomią, znajdującego się po zabiegu operacyjnym w nowej sytuacji życiowej, poziom samoopieki może być znacznie obniżony. Niski stan wiedzy na temat funkcjonowania stomii lub jego brak, wymaga interwencji zespołu terapeutycznego. Zdaniem J. Gliškiej i U. Wojtkiewicz, właściwe i skuteczne edukowanie pacjentów przez pielęgniarki zwiększa ich bezpieczeństwo, wzmacnia poczucie wartości, aktywizuje do współdziałania, a tym samym umożliwia samoopiekę i samopielęgnację, dzięki której staje się on niezależny od innych osób [12]. Dlatego też edukacja chorego będzie efektywniejsza, jeżeli zostanie podjęta jak najwcześniej, nawet przed operacją [13, 14, 15]. Poglądy te potwierdza 80% ankietowanych chorych. Pomimo tego, że poziom samoopieki nie jest zależny statystycznie od czasu rozpoczęcia działań edukacyjnych, chorzy uważają, iż czas przed operacją jest odpowiednim momentem do wdrożenia nauki samopielęgnacji i samoopieki.

Z innych badań wynika, że chorzy ze stomią w okresie pooperacyjnym najczęściej oczekują kompetentnych czynności pielęgnacyjnych, informacji, wsparcia i pocieszenia. Ponadto chorzy w wieku powyżej 71 roku życia oczekują przeprowadzenia rozmowy z najbliższymi [16]. Występuje również pogląd, że osoby starsze częściej w proces pielęgnacji angażują bliskie im osoby [17]. Jednak, ani wiek ankietowanych, ani płeć nie mają znaczącego wpływu na poziom samoopieki. Z obliczeń statystycznych wynika również, że osoby samotne (1/4 badanych) potrafią radzić sobie ze stomią nie gorzej niż osoby mieszkające z bliskimi.

Ze względu na to, że dla chorego stomia często stanowi problem, z którym nigdy wcześniej się nie spotkał, po raz pierwszy widzi i trzyma w rękę woreczek stomijny, często boi się dotykać własnej stomii, żeby jej „nie uszkodzić”, samopielęgnowanie stomii jest zadaniem trudnym. Właściwe jednak postępowanie i przygotowanie chorego do realizacji tego zadania sprawia, że trudności te są przemijające [18]. Analiza danych nie potwierdza zależności między powyższymi trudnościami a zakresem deficytu w samoopiece.

Występowanie zmian skórnych u 75% badanych stanowi bardzo wysoki odsetek. Są to najczęściej powikłania skórne, które zdarzają się w wyniku popełnianych błędów dietetycznych. Pacjenci prawidłowo rozpoznają powikłania skórne i potrafią doskonale sobie z nimi radzić. Nie mają one wpływu na poziom samoopieki.

Starzenie się organizmu człowieka jest procesem naturalnym. Szybkość zachodzących wraz z wiekiem zmian uwarunkowana jest wielorakimi czynnikami. Autorzy jednej z prac wyróżniają przyczyny występowania problemów pielęgnacyjnych osób w starszym wieku i zaliczają przede wszystkim: niedowidzenie, niedosłuch, zaburzenia zwieraczy, zaparcia, upośledzenie mobilności oraz deficyt samodzielności w zakresie czynności higienicznych [19]. Proces starzenia dotyka również sfery psychiczno-społecznej. Stąd u osób starszych dochodzi do obniżenia zdolności psychomotorycznych, procesów zapamiętywania, uczenia się, a także zmian w procesie myślenia, emocji i motywacji. Nie jest to jed-

noznaczne z tym, że osoby starsze tracą z tego powodu zdolność do uczestniczenia w życiu intelektualnym. Często, dzięki kompensacyjnym zdolnościom organizmu, pojawiają się u starszych osób nowe możliwości intelektualne. Duże znaczenie dla podtrzymania sprawności poznawczych osób w starszym wieku zyskuje trening umysłowy, zwłaszcza uprawiany przez całe życie ze starością włącznie [20].

W odniesieniu do badanych chorych ze stomią prawdopodobnie uruchomiono mechanizmy adaptacyjne.

Wnioski

1. Wiek osób ze stomią nie jest istotnym czynnikiem wpływającym na deficyt samoopieki.
2. Częstym powikłaniem były zmiany skórne wokół stomii i odklejanie się woreczka stomijnego.
3. Wnikliwa i indywidualna edukacja chorych w okresie okołoperacyjnym pozwoliła zachować wysoki poziom samoopieki.

Piśmiennictwo

1. Banaszekiewicz Z., Jawień A.: Wskazania, rodzaje i technika wykonania stomii. *Valetudinaria* 2002, 7, 3, 8–11.
2. Banaszekiewicz Z., Bujalski D., Jawień A.: Badania przesiewowe w raku jelita grubego. *Przew. Lek.* 2004, 11, 72–76.
3. Podgórska-Kowalczyk D. Ocena jakości życia chorego ze sztucznym odbytem brzuszny na podstawie wybranych czynników obiektywnych i subiektywnych. *Zdr. Pub.* 2005, 115, 2, 151–154.
4. Bass E. M., Del Pino A., Tan A. et al.: Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum.* 1997, 40, 4, 440–442.
5. Jankowski M., Banaszekiewicz Z., Jawień A.: Jakość życia osób ze stomią. *Valetudinaria* 2004, 9, 2, 124–127.
6. Wrońska I., Wiraszka G., Stępień R.: Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego i sutka. *Psychoonkologia* 2003, 7, 3, 51–56.
7. Van den Bulck R.: Stomatherapy. *Rev Med Brux.* 2001, 22, 4, 228–233.
8. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. *Wyd. UJ, Kraków* 2001, 103–135.
9. Szewczyk M. T., Cierzniaowska K., Ślusarz R. i wsp.: Modele opieki pielęgniarskiej. *Przew. Lek.* 2005, 2, 82–86.
10. Burch J.: The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma. *British Journal of Nursing.* 2005, 14, 6, 310–316.
11. Cwajda J., Szewczyk M. T., Cierzniaowska K. i wsp.: Edukacja jako element procesu adaptacji chorych ze stomią jelitową. *Pielę. Pol.* 2005, 1, 19, 114.

12. Glińska J., Wojtkiewicz U.: Rola pielęgniarki stomijnej w edukacji pacjentów. *Prokologia*. 2002, 3, 3-4, 344-350.
13. Bass E. M., Del Pino A., Tan A. et al.: Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*. 1997, 40, 4, 440-442.
14. Chaudhri S., Brown L., Hassan I., Horgan A. F.: Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2005, 48, 3, 504-509.
15. Furlani R., Ceolim M. F.: Living with a permanent intestinal stoma: changes told by stoma patients. *Rev Bras Enferm*. 2002, 55, 5, 586-591.
16. Cierzniańska K., Szewczyk M. T.: Pacjent ze stomią w okresie okołoperacyjnym. *Valetudinaria* 2003, 8, 1-2, 84-90.
17. Szewczyk M. T., Jawień A.: Holistyczny model pielęgnowania chorego z nowotworem jelita grubego i kolostomią. Mackiewicz Z.: *Wybrane zagadnienia z chirurgii*. Fundacja Pol. Przgl. Chir. Bydgoszcz 1999. 438-445.
18. Cierzniańska K., Szewczyk M. T., Cwajda J. i wsp.: Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przew. Lek.* 2005, 2, 87-98.
19. Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów geriatrycznych. *Pielęg. Pol.* 2005, 1, 133-137.
20. Porzych K., Kędziora-Kornatowska K., Polak A., Parzych M.: Psychologiczne aspekty starzenia się i starości. *Gerontol. Pol.* 2004, 12, 4, 165-168.

ISBN 978-63-89934-24-6

