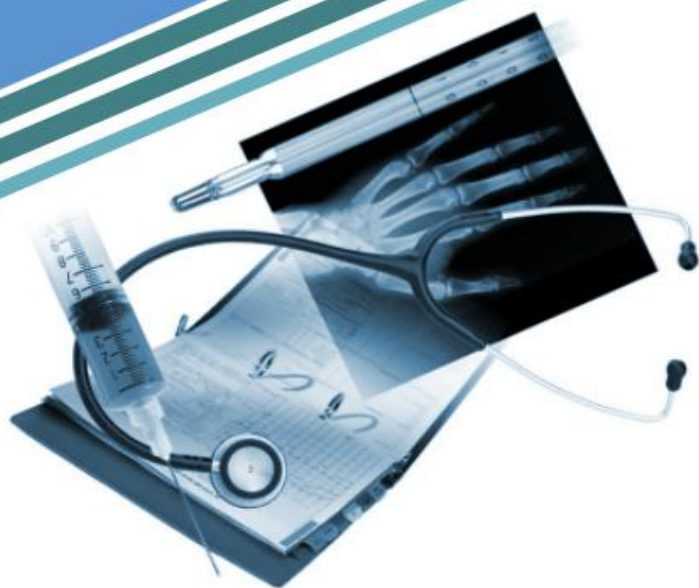


# WIELOWYMIAROWOŚĆ WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny

Krajewska-Kuřak Elżbieta, Łukaszuk Cecylia,  
Lewko Jolanta, Kuřak Wojciech





# **Wielowymiarowość współczesnej medycyny**



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Wydział Nauk o Zdrowiu

# **Wielowymiarowość współczesnej medycyny**

**Praca zbiorowa pod redakcją  
Prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak  
Dr n. med. Cecylii Łukaszuk  
Dr n. med. Jolanty Lewko  
Prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kulaka**

Białystok 2012

Recenzenci:  
Prof. dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski  
Dr hab. med. Marek Szczepański

ISBN - 978 - 83 - 89934 - 79 - 6

Wydanie I  
Białystok 2012

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak

Druk:  
„Duchno” Piotr Duchnowski, 15–548 Białystok, Zaścianańska 6

***Badania w dziedzinie medycyny dokonały tak  
olbrzymiego postępu, że dziś - praktycznie biorąc - nikt  
już nie jest zdrowy.***

*Bertrand Russell*





*Szanowni Państwo*

Monografia *Wielowymiarowość współczesnej medycyny* to zbiór prac autorów z różnych ośrodków, pozwalających na omówienie licznych problemów terapeutyczno-pielęgnacyjnych w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem i w podnoszeniu jego jakości życia, przybliżenie zadania pracowników ochrony zdrowia w zwalczaniu agresji i uzależnień, przeanalizowania istoty zagrożeń zawodowych personelu medycznego i jego roli w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz zastanowienia się nad problemami etycznymi, społecznymi i wielokulturowymi w medycynie.

Jesteśmy głęboko przekonani, iż pozwolą one w sposób jednoznaczny wykazać, że poszanowanie godności pacjenta, dbałość o zapewnienie mu komfortu bio-psycho-społecznego, bez względu na jego wiek są, obok procesu leczenia, naczelnym celem działań wszystkich członków zespołu terapeutycznego.

Wierzymy, że wyzwolą u czytelnika przekonanie, wyrażone słowami Gordona Thomasa: *„Aby zrozumieć drugiego człowieka, należy go zrozumieć tak, jak gdyby być w jego wnętrzu. Należy patrzeć jego oczyma, tak by widzieć, jak wygląda jego świat i jak on ocenia siebie. Zamiast przyglądać mu się z zewnątrz, jak gdyby był jakimś okazem naukowym, należy umieć przebywać w jego świecie, wnikać w niego po to, by odczuć od wewnątrz, jak dla niego wygląda życie”*.

Tak bowiem powinniśmy traktować naszego pacjenta. Powinniśmy leczyć jego, a nie jego choroby. Członkowie zespołu terapeutycznego powinni przenieść punkt koncentracji z objawów fizycznych lub psychicznych na to, co dzieje się w życiu osoby chorej, zadając sobie pytania: czy realizuje się w poszczególnych sferach życia? Jaki jest jej stosunek do siebie i innych? W jaki sposób reaguje na swoje dolegliwości. Czy pełen optymizmu i wiary podejmuje wysiłek, celem odzyskania zdrowia, czy też objawia zniechęcenie, smutek, psychiczne cierpienie? Powinni też podchodzić do chorego indywidualnie, bo jak twierdzi Albert Camus - *Choroba jest klasztorem, który ma swoją regułę, swoją ascezę, swoją ciszę i swoje natchnienia*.

*Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułałak*  
*Dr n. med. Cecylia Łukaszuk*  
*Dr n. med. Jolanta Lewko*  
*Prof. dr hab. d. med. Wojciech Kułałak*

## **Recenzje monografii**

**pt. Wielowymiarowość współczesnej medycyny**  
**pod redakcją Elżbiety Krajewskiej-Kul, Cecylii Łukaszuk,**  
**Jolanty Lewko, Wojciecha Kułaka**

Czytając „*Wielowymiarowość współczesnej medycyny*” zauważa się mnogość ważkich problemów z obszaru szeroko rozumianego zdrowia publicznego, co nasuwa skojarzenia z podstawowymi założeniami polityki „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” w Regionie Europejskim prowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Wnioski wypływające z poszczególnych prac układają się w mozaikę problemów, niekiedy odległych, ale istotnych, których rozwiązywanie będzie zwiększać skuteczność opieki zdrowotnej i przez to przyczyniać się do poprawy stanu zdrowia ludności. Lepiej funkcjonujący system opieki zdrowotnej, czego warunkiem jest wsłuchiwanie się decydentów w postulaty badaczy – autorów takich prac, jakie zawiera „*Wielowymiarowość...*” – to także sprostanie rosnącym wymaganiom społecznym wobec sektora zdrowia.

Współczesna medycyna staje się coraz bardziej wielowymiarowa – zarówno w obszarze profilaktyki, jak i leczenia oraz rehabilitacji. W związku z tym właśnie „*Wielowymiarowość...*” jest cenną pozycją wydawniczą – zarówno w dydaktyce przeddyplomowej, jak i podyplomowej, a konieczność organizowania kolejnych konferencji i wydawania podręczników/monografii zwracających uwagę na te ważne tematy, uważam za jak najbardziej celowe i przydatne nie tylko studentom, ale także pracownikom ochrony zdrowia.

*Prof. dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski*  
*Przewodniczący Kolegium Kierowników Zakładów Higieny,*  
*Epidemiologii i Zdrowia Publicznego uniwersytetów medycznych*  
*Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola*  
*Marcinkowskiego w Poznaniu*

Z dużym zaciekawieniem przystąpiłem do lektury prac z monografii „*Wielowymiarowość współczesnej medycyny*” pod red. Prof. Krajewskiej-Kułąk Elżbiety, dr Łukaszuk Cecylii, dr Lewko Jolanty, prof. Kułąka Wojciecha. Autorzy prac reprezentują zarówno duże ośrodki akademickie (m.in. Warszawa, Lublin, Kraków, Gdańsk, Białystok), jak również mniejsze, ale prężne np. Łomża, Ciechanów, Rzeszów czy Biała Podlaska. Różne środowiska akademickie to również różne wiodące tematy badawcze. Tym zapewne należy tłumaczyć rozległość poruszanej tematyki, świadcząca o potrzebie holistycznego podejścia do każdego pacjenta i jego problemów.

Zawarte w monografii artykuły skłaniają do przemyśleń nad problemami współczesnej pediatrii i medycyny, ale także nad zagrożeniami w pracy zawodowej i życiu codziennym, problemami narastającej agresji i przemocy oraz uzależnień, które w minionym stuleciu były głównie kojarzone z oddziaływaniem substancji chemicznych (narkomania, alkoholizm, nikotynizm), a dopiero w ostatnich dziesięcioleciach zaczęto zwracać uwagę na „nowe uzależnienia” (*new addictions*), związane ze współczesną cywilizacją, rozwojem techniki i różnymi wynalazkami.

Lektura tej interesującej monografii skłania do refleksji z wielu powodów. Zaskakuje ciągle żywe zainteresowanie tematami, które w medycynie uznawane są za najtrudniejsze. Wszechstronność podejścia do problemów człowieka chorego budzi szacunek znajomością tematu i będzie zapewne inspirujące do podejmowania kolejnych edycji monografii w najbliższych latach.

*Dr hab. n. med. Marek Szczepański*  
*Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka,*  
*Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*



# HOLISTYCZNY WYMIAR WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny





**Szuta Wiesław**

## **Rola sumienia w etyce pielęgniarstwa**

Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu

### **Wprowadzenie**

Rozdział stanowi drobny przyczynek w toczącej się dyskusji wokół sumienia i jego znaczenia w etyce pielęgniarstwa. Sumienie odgrywa ważne znaczenie w problematyce związanej z deontologią zawodu, między innymi w lukach prawnych występujących w procedurach i standardach, z którymi spotyka się pielęgniarka w pracy, także w sytuacjach, gdy pojawiają się konflikty. Wątki synedezjologiczne obejmują głównie: opis sumienia, kształtowanie sumienia i jego podstawowy podział. Rozdział ukazuje wartość odpowiednio uformowanego sumienia w etosie pielęgniarstwa. W tym celu zostanie podjęty opis etosu pielęgniarstwa, aby na jego tle zaznaczyć rolę sumienia, jego wartość oraz znaczenie w rzeczywistości zawodowej pielęgniarek. W realizacji wyżej wymienionych celów zostanie wykorzystana metoda analizy tekstów źródłowych.

Czy się to uda i w jakim stopniu sami Czytelnicy ocenią?

### **O etosie**

Etos ma swoją odmienną konotację niż pojęcie etyka, jak podają encyklopedie jest to forma moralności stanowiąca system obyczajów, nakazów, zakazów, tradycji lub po prostu norm, charakterystycznych dla danej grupy społecznej, np. zawodowej. Wobec tego nie należy etosu bezpośrednio kojarzyć synonimicznie, np. z etyką zawodową. Etos jest realizacją przyjętego układu norm moralnych specyficznych dla danej społeczności, nie tyle jednostki, a grupy. Etos może obejmować nie tylko daną grupę zawodową, ale też i szerszą wspólnotę osób, np. etos chrześcijański, etos rycerski, etos służby zdrowia, etos sportowca, podróżnika, polarnika i innych.

Stanisław Witek zaznacza, że jest wyrazem realnych możliwości albo idealnych tendencji postępowania ludzi poszczególnych epok lub kultur. Może stanowić normę postępowania praktycznego, nie będąc jednak pełnym wyrazem właściwej normy moralnej w sensie absolutnym, wobec tego wymaga nieustannej kontroli, a gdy zachodzi potrzeba korekty, np. poprzez wychowanie moralne [1].

*Mały słownik etyczny* stwierdza, że etos jest to:

[...] - styl, sposób życia postawa danej grupy społecznej wyróżnionej z uwagi na całokształt wyznawanych i realizowanych w praktyce wartości, szczególnie moralnych i obyczajowych [2].

Zatem etos, to całość moralnych postaw, reakcji i zachowań dla danej jednostki, przypisanej do konkretnego modelu obyczajowości, ukształtowanej pod wpływem dominowania jednej z wartości, np. wierności, miłości, honoru. Termin ten odnosi się do grup społecznych, nie zaś do jednostek [3].

Etyka to dyscyplina teoretyczna mająca charakter normatywny, a etos jest terminem opisowym z obszaru socjologii kultury, albo też konkretnej moralności społecznej. Wobec tego może jednak stanowić normę postępowania, mimo że nie jest wyrazem normy w sensie absolutnym [4].

W kwestii etosu i etyki wypowiedziała się Anna Nawrocka, która swoje stanowisko w tej kwestii oparła na opinii M. Ossowskiej [5] oraz T. Stycznia [6]. Autorka ta zaznaczyła wieloznaczność pojęcia etos oraz jego wyraźne odniesienie do grup zawodowych, funkcjonujących w ramach zawodów medycznych. Nawrocka w kontekście etosu medycznego, a w odniesieniu do pielęgniarstwa stwierdziła, że:

Uważam, iż pod pojęciem „etos” rozumiemy określoną moralność oraz znamienne postawy moralno-etyczne będące afirmacją określonych wartości i charakteryzujące grupę zawodową pracowników zawodów medycznych [7].

Reasumując, refleksje wokół etosu, trzeba zaakcentować trafność ujęcia ostatniego, iż *etos medyczny* i *pielęgniarski* to konkretna moralność charakteryzująca medyków, głównie lekarzy oraz pielęgniarki, w którego kreowaniu (konstytuowaniu) istotną rolę odgrywa sumienie. Etos pielęgniarski jest obecnie pod dużym wpływem: humanizmu, personalistycznego podejście do osoby, do jej godności jako wartości wsobnej oraz pod wpływem prawa naturalnego z jego niezmiennym nakazem; *czynienia dobra, a unikania zła*, a więc zasadą synderezy. W interesującym nas etosie nie bez znaczenia będzie miała mentalność, moralność hipokratesowska, a wyrażona poprzez powszechnie znane: *Primum non nocere, Salus aegroti lex esto* [8].

## O sumieniu

Rozumienie sumienia zestawimy z ujęciem trzech autorytetów z zakresu synejdezjologii, by po jego (sumieniu) podziale i ukazaniu sposobów formowania sumienia odnieść go do etosu zawodowego pielęgniarki, a pośrednio całej służby zdrowia. Przeglądając liczne definicje, opisy i wypowiedzi o sumieniu trudno podać jedno uniwersalne ujęcie tego bardzo złożonego zjawiska moralnego, wyznaczającego i oceniającego nasze postępowanie indywidualne, ale też i zawodowe. Zanim nakreślimy własne rozumienie sumienia odwołamy się do badaczy w zakresie synejdezjologii [9].

### **Koncepcja Tadeusza Ślipki**

Prof. Ślipko stwierdza, że "sumienie" w języku polskim ma kilka znaczeń:

W znaczeniu etycznym używa się tego słowa czasami do wyrażenia zbiorowych sądów, czyli moralnej opinii publicznej.[...] Z tego też powodu w miejsce terminu "sumienie" równie dobrze można by się posłużyć terminem "świadomość moralna społeczeństwa" lub "ludzkości"[10].

Sumienie dokonuje jakiegoś określenia własnych konkretnych aktów, w kategoriach dobra i zła moralnego, zwraca się albo ku aktom zamierzonym, ale jeszcze niespełnionym, albo ku już dokonany [11]. Sumienie włada osobą, "dyryguje" człowiekiem, narzuca, co mamy czynić w sposób apodyktyczny, nie znosi sprzeciwu. Przedstawia się jako "prawo", jest dla podmiotu moralnego (osoby) normą, wyznacza drogę postępowania. Sumieniu ujawnia i uszczegóławia cały ciężar gatunkowy moralnej treści człowieka, ale też i grup społecznych, np. pielęgniarek. Jest normą obowiązującą bezwzględnie:



[...] z jakimś dla niego samego nieraz niepojętym "musem". W sumieniu skupiają się zatem wszystkie ożywiające człowieka moce dobra i zła i w nim nabierają ostatecznego egzystencjalnego wyrazu [12].

Według T. Ślipki w funkcjonowaniu sumienia występuje silny rezonans uczuciowy - emotywiizm. Potwierdza to doświadczenie, ukazując sumienie jako przejaw całej osobowości człowieka, poruszający wszystkie jego psychiczne i duchowe siły, w tym też i uczucia wyższe, np. opiekuńczość, troskę, współczucie. Jego zdaniem doświadczenie prowadzi do wniosku, że człowiek w swym bogactwie przeżyć może odczuwać stany napięcia między "*ogólnymi intuicjami a naszymi konkretnymi osądami*" [13].

Ślipko przyjmuje w swoim opisie (definicji) sumienia za punkt wyjścia fakt, że stanowi ono pewną całość, na którą składają się odpowiednie akty: intelektualne, dążenia wolnej woli ludzkiej, przeżycia uczuciowe. Wszystkie one tworzą jedną "wewnętrzną zwartą strukturę funkcjonującą w ramach konkretnych działań człowieka" [14]. Stwierdził, że ma obraz *wielowymiarowej głębi*, stanowiący niezbędne tło na kanwie, którego należy podejmować rozważania nad jego wewnętrzną złożonością.

Prof. Ślipko definiuje sumienie, jako: *uformowany osąd o moralnym dobru lub złu, zamierzonym przez człowieka poprzez jego konkretny czyn, którego realizacja staje się dla niego źródłem wewnętrznej aprobaty bądź poczucia winy w przypadku uczynienia zła moralnego* [15].

### **Koncepcja Tadeusza Stycznia**

Przedstawia sumienie jako imperatyw (powinność), „zmysł moralny”, „poczucie słuszności”, albo jako moralna samoświadomość, czy też strażnik wolności. W publikacji *Sumienie: źródło wolności czy zniewolenia?* kieruje nas ku refleksji: czy sumienie wyzwala, czy też zniewala, czy przynosi ulgę albo czyni nasze życie skrajnie trudnym?

Na te i wiele podobnych pytań próbuje odpowiedzieć autor (Styczeń), który ostatecznie prowadzi nas ku konkluzji, że: człowiek jest raczej wolny pomimo sumienia, aniżeli dzięki sumieniu [16]. Choć wcale to nie jest aż tak jednoznaczne, w każdym bądź razie człowiek powinien kierować się w życiu moralnym sądem sumienia, jest zobowiązany do powinności słuchania jego nakazów. Słowo „powiniem” to wyraz o skrótovej zawartości wnętrza. Nie da się od niego oderwać czy uwolnić. Słowo "powiniem" jest w zasadzie tożsame z "sumieniem", ma znacznie synonimiczne [17].

Dla T. Stycznia sumienie to: *samozwiązanie, samozależność, samozobowiązanie* [18]. Sumienie osiąga swój zenit w tym, że podmiot (osoba) udziela głosu odkrytej prawdzie, wobec tego jest ono sądem i świadectwem na rzecz poznanej oraz uznanej prawdy [19].

Oto cytat z zawartą definicją sumienia według omawianego autora:

Moralna powinność działania nie „ima się” podmiotu inaczej, jak tylko poprzez jej uświadomienie, czyli poprzez *moralną samoświadomość*. Ujmuje ona czyn zarówno na tle godności osoby (powinność, dobroć moralna), jak i na tle przedmiotowej struktury osoby (treść powinności, słuszność moralna). Tę dwuwymiarową świadomość podmiotową moralnej powinności działania (że powiniem i co powiniem) nazywa się sumieniem w szerszym znaczeniu. Świadomość ta wyraża się najpełniej własnym sądem podmiotu typu: „Powiniem

spełnić taki oto czyn wobec O lub R”, przy czym symbol O może wskazywać na dowolną konkretną osobę, grupę osób bądź klasę osób, zaś symbol R na dowolny pozaosobowy byt konkretny - w obu przypadkach w aspekcie wartości. Sąd taki to sumienie w ścisłym znaczeniu [20].

Przytoczona definicja Stycznia stwierdza, że: *sumienie to moralna powinność, która bierze się z uświadomienia moralnego, a ta samoświadomość jest owocem aktu uzależnienia się od prawdy*, do której jest potrzebna refleksja intelektualna. Otwarcie na prawdę jest tylko możliwe poprzez czynnik poznawczy rozumu, co dobre, a co złe, co godne, a co niegodne osoby ludzkiej.

Możemy stwierdzić za lubelskim etykiem, że sumienie różnicuje wymiar samego sądu sumienia. Sąd ten ma potrójny wymiar: (i) *powiniem* (dobro chcieć, afirmować), (ii) *wymiar słusznościowy*, (iii) *wymiar egzystencjalny* [21].

Dla niego – głoszącego tzw. niezależną tomistyczną etykę personalistyczną – istotna jest zasada afirmacji osoby dla osoby ze względu na jej godność, co się realizuje poprzez powinność w akcie miłości i przez miłość, ta wymieniona otwartość jest niewątpliwie potrzebna tam, gdzie mamy do czynienia z opieką, w tym też i w etosie pielęgniarstwa (etosie medycznym)[22].

### **Koncepcja Andrzeja Szostka**

Według prof. Szostka sumienie to:

[...] sąd podmiotu na temat wartości jego konkretnego czynu. Ów sąd ma wyraźnie normatywny (oceniająco-powinnościowy) charakter, „wytrąca” jakby podmiot ze stanu biernej percepcji rzeczywistości dotyczy bowiem jego działania, a poprzez nie – jego samego [23].

Sumienie to przede wszystkim osąd rozumu, ale jednocześnie strażnik prawdy i wolności. Dla omawianego autora nie do końca sumienie to „własne przekonanie” albowiem jest rzeczą pewną, iż „przekonania” nie zawsze się pokrywają z rzeczywistością moralną. Często bywa, że wybór - decyzja w sprawach moralnych - musi być poprzedzony rozważaniami racji „za” i „przeciw” niemu (tj. przekonaniu). W tym kontekście możliwe są

„s p o r y na temat słuszności określonych celów” [24]. Dlatego tak ważne są w sytuacji ewentualnych spornych kontrowersji – np. luk prawnych i sytuacji konfliktowych również w zawodach medycznych - *właściwe sądy* i cały *proces racjonalizacji*, a więc logiczne rozważania nad problemami i dylematami etycznymi. Jak słusznie zaznacza warunkiem sensowności tych sporów na temat takiej racji (przekonania) jest sytuacja, gdy może wylegitymować się stojącymi za nimi racjami, choć bywa i tak, że są one przeczuwane albo nie do końca uświadomione. W tym aspekcie lubelski etyk podkreśla ważność sądów sumienia do tzw. „pretensji do racjonalności”. Tu pojawia się *konkluzyjny charakter owych sądów*, który niekiedy umyka naszej uwadze albowiem wydaje się nam, że w sposób prosty i spontaniczny „chwytamy” wartości pojedynczych zachowań. A ogólne sądy wartościujące stanowią generalizację owych sądów jednostkowych, a właśnie z taką interpretacją nie do końca Andrzej Szostek się zgadza odrzucając koncepcje w tym zakresie np. Tadeusza Kotarbińskiego. Wybiera on koncepcję w oparciu o „zasadę konstytutywną”, której propagatorem jest znany nam prof. Tadeusz Ślipko.

Sumienie opisywane (definiowane) według Andrzeja Szostka jako sąd sumienia, a który przyjmuje charakter dwóch zasadniczych znaczeń: jako *sumienie habitualne*, czytaj syndereza oraz jako *sumienie aktualne* – sumienie w ścisłym sensie.

Sumienie w znaczeniu ścisłym – *aktualne* – ma istotowy związek z zasadą synderezy. Rozumianą jako usposobienie wrodzone, naturalne i nieomyłne do poznania pierwszych zasad moralnych, dlatego konkluduje prof. Szostek, że:

[...] stanowi konieczny warunek umożliwiający funkcjonowanie sumienia aktualnego, przez które rozumie się w tomizmie sąd rozumu praktycznego, orzekający o moralnej wartości czynu spełnionego przez podmiot tego sądu [25].

W kontekście tego, co zostało już zaznaczone możemy stwierdzić, że Andrzej Szostek definiuje sumienie: *jako sąd praktyczny podmiotu o jego konkretnych czynach, warunkowany ogólną zasadą wyprowadzoną z prasu sumienia, która zobowiązuje do czynienia dobra (bonum faciendum), ów sąd jednocześnie stanowi odniesienia człowieka do prawdy. Jako akt rozumu zwrócony ku prawdzie, staje się strażnikiem nie tylko prawdy, ale też i wolności moralnej, uwalniając od wyrzutów sumienia i wszelakich zniewoleń oraz sytuacji niemoralnych utrudniających życie każdego z nas.*

Powyższa konkluzja właściwie oddaje sens ujęcia sumienia prawnego i pewnego omawianego etyka. Natomiast w książce napisanej przystępnym stylem, tj. *Pogadanki z etyki*, w prosty sposób przedstawia problematykę sumienia. W pozycji tej przeczytamy, iż:

Sumienie to właśnie głos takiego rozumu. Mojego własnego rozumu: mój własny osąd, co w danej chwili powinienem czynić, co odpowiada prawdzie o dobru, co jest – w tym sensie zgodne z prawem moralnym [26].

### **Opis własny**

Sumienie to: *skomplikowany układ zjawisk psychicznych, wewnętrznych warunkujący naszą moralność*, w którym istotną rolę odgrywa wartościujący osąd rozumu nad naszą moralnością. Oprócz niego ważny jest czynnik wolitywny, który wiąże się z naturalnym upodobaniem dobra oraz kolejny czynnik, jakim jest empatia, czyli otwarcie się na wrażliwość, tj. uczucia wyższe, z troskliwą opieką i współczuciem na czele, jakże ważnymi w przypadku etosu pielęgniarstwa. Ponadto, składnikiem konstytuującym sumienie obok wielu innych, dla osoby wierzącej jest wiara, a zatem czynnik religijności [27]. Wobec tego sumienie otwiera nas: (i) na prawdę moralną, (ii) na dobro moralne, ku niemu kieruje nas ludzka dobra wola, (iii) na dobre uczucia, np. troskę, współczucie, życzliwość, opiekuńczość i wiele innych.

Wypracowanie oraz przyjęcie takiego rozumienia – opisu - sumienia łączy elementy występujące w koncepcjach senejologicznych etyków omówionych w niniejszym opracowaniu - rozdziale. Przedstawiony opis sumienia jest odniesiony do konkretnej jednostki (podmiotu moralnego tj. osoby), ale można go także odnieść do grupy społecznej/zawodowej, np. pielęgniarek. Jak każda społeczność, pielęgniarki tworzą specyficzny byt relacyjny, zbiorowość składającą się z wielu indywidualności, grupę zawodową ze swoim własnym etosem [28].

### **Podstawowe rodzaje sumień**

W typologii sumienia w zaproponowanym podziale będą towarzyszyć nam dwie propozycje - Tadeusza Ślipki i Andrzeja Szostka. Wzorując się na nich dzielimy sumienie na: przed (*prospektywne*) i po uczynku (*retrospektywne*). Jest to podział ze względu na czas jego reakcji względem naszych działań, a więc aktów, tj. świadomych czynów. *Przeduczynkowe (prospektywne)* jest najbardziej pożądanym z punktu etyki z

tego względu, że nam podpowiada właściwe rozwiązania przed naszym działaniem, przed czynami.

Dzielimy sumienie, także ze względu na jego wrażliwość, na jego wyczulenia na dobro, jest to sumienie: *szerokie (przytępione)* charakteryzuje człowieka, o którym mówimy, że jest go pozbawiony, a więc człowiek bez sumienia, albo ignorant moralny. Jest to osoba, która nie ma w sobie pozytywnych uczucia, np. empatii, serdeczności dla drugiego, postawy altruistycznej. Nie rodzą się w niej wyrzuty sumienia, żadna skrucha, nie ma sobie nic do zarzucenia. Wobec tego: czy chcielibyśmy, aby ktoś taki opiekował się nami, pielęgnował nas, albo leczył?

Przeciwieństwem tego rodzaju sumienia jest typ *skrupulatny* - stan nadwrażliwości sumienia - osoba obdarowana takim typem sumienia drobne wady, swoje słabości moralne i niedociągnięcia wyolbrzymia w sposób nieuzasadniony. Do takiego stopnia, że nadmierny strach paraliżuje jego dobre działanie, dobre czyny, przyczynia się do panicznego lęku, który staje się utrapieniem psychicznym i duchowym. Osobę taką określamy skrupulatem, która jest dla pozostałych uciążliwa. Pielęgniarka z takowym sumieniem może, jak to się mówi: „przynies więcej strat niż porządku”. A z punktu widzenia etyki: sumienie *szerokie* i *skrupulatne* jest niepożądane, należy go zmienić albo co najmniej zminimalizować, by uzyskać sumienie *prawe*.

Ze względu na odniesienie do obiektywnego prawa moralnego (obiektywnej normy moralnej) rozróżniamy sumienie: *prawe* oraz *błędne*.

*Prawe (prawdziwe)* to takie, które rodzi dobre czyny, zgodne z prawem moralnym. Osoba z sumieniem *prawnym* nie popełnia wykroczeń, jest daleka od zła moralnego, wrażliwa, sumienna. Możemy stwierdzić, że czyni dobrze zawsze i wszędzie, nie czyni zła nigdy lub prawie nigdy, respektuje normy prawa. W praktyce taki człowiek na sto procent nie istnieje, ale są osoby wybitnie obdarzone, powiedzmy, wysokim stopniem moralności, a więc charakteryzujące się sumieniem *prawnym* i ten rodzaj w nich zdecydowanie dominuje. W naszym życiu moralnym winniśmy uczynić wszystko, aby ukształtować swoje sumienie niemalże bliskie owemu ideałowi. Do tego rodzaju sumienia *prawnego* oraz *pewnego* powrócimy po omówieniu sumienia *błędnego*, *wątpliwego* i *pewnego*.

*Błędne* sumienie rodzi złe prawo moralne, człowiek czyni zło, ponieważ jest w błędzie, wobec tego nie potrafi z własnej winy, albo w sposób niezawiniony (problem ignorancji, nieświadomości) czynić dobrze. Podejmuje czyny niegodne, dlatego sobie lub drugiemu wyrządza szkodę moralną, jest uciążliwy dla innych. Mówimy o nim, że jest moralnie złym człowiekiem ze względu na jego czyny, postępowanie oraz że jest człowiekiem złej woli, pozbawionym rozsądku lub dobrych uczuć. Z punktu widzenia etyki takie sumienia jest oceniane jako złe, zgubne dla naszej moralności. W etosie pielęgniarki nie ma dla niego miejsca!

Można wyróżnić jeszcze dwa rodzaje (typy) sumień ze względu na ewentualność pojawienie się wątpliwości, co do naszego czynu, postępowania, a więc działania. Chodzi o sumienie *pewne* i *wątpliwe*. O osobie wyposażonej w sumienie *pewne* mówimy, że charakteryzuje go pewność działania, pełne przekonania iż to, co czyni jest słuszne, ma swoje uzasadnienie w prawie, wobec tego go nie narusza, w pełni szanuje. Taki człowiek nie ma w sobie wątpliwości, zwykle nie dręczą go wyrzuty sumienia.

*Wątpliwe* to takie sumienie, które pozbawia człowieka pewności działania, wprawdzie podejmuje czyny, ale ich potem żałuje, czasem żal ten jest uzasadniony, a czasem niepotrzebny. Taki człowiek jest niestabilny pod względem moralnym, czyni

dużo dobrego, ale też i może czynić szkody moralne, mamy tu do czynienia z pewną dozą ambiwalencji, dlatego z natury swej tego typu sumienia nie pochwalamy i staramy się go unikać, również w odniesieniu do etosu pielęgniarstwa.

Natomiast sumienie  *pewne* jest wraz z sumieniem *prawnym* optymalne dla moralności, właśnie o takie sumienie należy się starać poprzez jego formację - również w procesie kształcenia kadr pielęgniarstwa, medycznych. Takie sumienie bezwzględnie powinni kształtować rodzice i wychowawcy młodych pokoleń.

Reasumując możemy stwierdzić, że sumienie: *błędne, szerokie, skrupulatne* jest niewskazane, ponieważ wprowadza negatywne skutki w naszym życiu moralnym. Sumienie *prawe, przeduczynkowe, pewne* jest zalecane ze względu na to, że pociąga dobre czyny, rodzi właściwe postawy i nie narusza obiektywnego prawa moralnego. Takie sumienie obdarza człowieka stanem, o którym mówimy, że: „*ma czyste sumienie*” lub „*żyje w błogim spokoju*”.

Takiego sumienia każdemu należy życzyć, a więc i każdej osobie pracującej w służbie zdrowia, a więc i pielęgniarce. Co do sumienia *wątpliwego* i *poduczynkowego* możemy przyjąć, iż są one „*obojętne*” moralnie, ale mogą być uciążliwe dla nas samych i dla otoczenia.

Przedstawiony podział sumienia, który uznaliśmy za typowy (najczęściej spotykany w literaturze), oprócz niego istnieje szereg innych podziałów. Niemniej jednak większość z nich można sprowadzić do powyżej omówionego [29].

Jedno jest pewne, że nigdy nie ma takiej sytuacji, by konkretna osoba posiadała tylko i wyłącznie jeden z rodzajów sumień. W człowieku *występuje pewna mieszanina różnych sumień*. Rzeczą ważną jest by dominowało i to w stopniu jak największym w naszym życiu, najcenniejsze z punktu widzenia etyki, sumienie *prawe* (prawdziwe) oraz *pewne*, dobrze by było, by charakteryzowała je *prospektywność* (*przeduczynkowość*).

Prawdziwą sztuką życia podmiotu moralnego (osoby) jest ukształtowanie właściwego sumienia oraz konsekwentne życie moralne, realizowane pod jego wpływem w taki sposób, by nie naruszać prawa, w tym też zawodowego, ale by go ewentualnie doprecyzować lub uzupełnić, gdy są ku temu adekwatne racje.

### **Wartość sumienia w praktyce pielęgniarstwa**

Dobrze ukształtowane sumienie, tj. *prawe, pewne* oraz *przeduczynkowe*, w sytuacji gdy zdecydowanie dominuje w naszym życiu moralnym, spełnia funkcję nie tylko subiektywnej normy moralnej, ale też może przyjąć postać absolutnej normy moralnej. Wówczas staje się wiarygodnym wyznacznikiem prawa moralnego, a więc naszego postępowania. Ta ostateczna zależność jest wprost proporcjonalna do stopnia uformowanego sumienia, a więc im w nas więcej właściwego sumienia, tym więcej pewności, że czynimy dobro moralne oczywiście zgodne z prawem moralnym. Również w zgodzie z dobrze stanowionym prawem pozytywnym, w tym też i zawodowym.

O znaczeniu sumienia w praktyce medycznej wypowiada się Tadeusz Ślipko stwierdzając, że jednostkowe osądy moralne (w tym też sumienie lekarza, pielęgniarki oraz pozostałych pracowników służby zdrowia) stanowią niezbywalny przywilej, ale też i ciężar poszczególnych osób. Słusznie zauważa, że na ten teren żadna etyka wkroczyć nie może, albowiem etyka - jako teoria moralności - może podejmować ustalenia, postulaty, zalecenia, wzorce, których spełnienie ułatwia działającym podmiotom moralnym (w tym lekarzom i pielęgniarce) utrzymanie na właściwej

moralnej drodze formowanie osądów sumienia. Jego zdaniem (Ślipki) postulat humanizmu w stosunku do *homo patiens* – osoby w potrzebie, chorej, cierpiącej – jest punktem wyjścia w etyce medycznej i pielęgniarstwie [30].

Ponieważ cierpienie wraz z zagrożeniem życia odsłania uczucie bezradności u *homo patiens*, wyzwala chęć obrony, a czasem agresji, z którą w pierwszym nasileniu podrywie, kulminacji osoba pielęgnująca spotyka się bezpośrednio. Często jest to pielęgniarstwo, która stoi najbliżej łóżka chorego. W praktyce szpitalnej, hospicyjnej, w opiece społecznej lekarz jest zawiadamiany przede wszystkim przez pielęgniarkę o stanie chorego, jego zwątpieniu, załamaniu, o niepokoju wewnętrznym związanym z przebiegiem ciężkiej choroby.

Prof. Ślipko jest świadom faktu, że w walce z cierpieniem i chorobą nakładają się różne „interesy”. Bywa, że obiektywne warunki ograniczają możliwości niesienia ulgi cierpiącemu w chorobie. W tej trudnej, moralnie ambiwalentnej sytuacji jest miejsce na właściwe sumienie lekarza i pielęgniarki. Autor ten stawia nam *postulat internalizacji* głoszący, że autentyczne, a więc moralnie cenne i chwalebne funkcjonowanie sumienia jest możliwe pod warunkiem, że naczelne drogowskazy humanizmu i aksjologicznego personalizmu zostaną zinternalizowane [31].

W podręczniku akademickim *Etyka w pracy pielęgniarstwie* czytamy, że sumienie pielęgniarki jest subiektywną i ostateczną normą moralności, wówczas gdy przyjmuje postać prawego, pewnego i przeduczynkowego [32].

Reasumując rozważania wokół sumienia i jego wartości w zawodzie pielęgniarstwie warto zaakcentować znaczenie formacji, czyli podkreślić fakt, że największy wpływ na jego wartość miało wychowanie w dzieciństwie oraz młodości, ważną też była i jest edukacja zawodowa. Aktualnie kształcenie pielęgniarzek przyjęło formę studiów pielęgniarstwach pierwszego i drugiego stopnia. W programie studiów m.in. są zajęcia i wykłady z etyki zawodu pielęgniarstwa. Trudno nie wspomnieć o *Kodeksie zawodowym pielęgniarstwa i położnej RP* z roku 2003. Jest tam miejsce także dla istotnej roli sumienia, jako czynnika decyzyjnego w działaniu pielęgniarki i położnej.

Sumienie towarzyszy w modelu podejmowania decyzji w pracy zawodowej pielęgniarki [33]. Wspomina o nim prof. Irena Wrońska, która sprowadza go głównie do dwóch czynników warunkujących procesy decyzyjne w czynnościach pielęgniarstwach:

1. Czynniki merytoryczne związane ze stanem zdrowotnym podopiecznych.
2. Czynniki osobowe związane z orientacją moralną.

Podstawowymi czynnikami merytorycznymi są sytuacje i potrzeby człowieka jako jednostki związane z zachowaniem jego zdrowia i życia. Z kolei do czynników osobowych, rzutujących na cały proces podejmowania decyzji, zalicza się zwykle poziom wiedzy i umiejętności. Ważne są tutaj i orientacje moralne, które kierują życiem osobistymi i zawodowym pielęgniarstwa, i wpływają na ich postawy oraz podejmowanie decyzji [34].

Sumienie odgrywa ważną rolę w procesie decyzyjnym pielęgniarstwa, a także w sytuacji występujących konfliktów aksjologicznych. Istotna jest ocena decyzji powziętej w wyniku przyjętego modelu operacji podjętego i realizowanego działania w pracy zawodowej w ramach rozpatrywanego pielęgniarstwa. Należy wziąć pod uwagę podobne sytuacje, gdy występowały zbliżone konflikty wartości, wówczas należy podjąć odpowiednie modyfikacje standardów w praktyce pielęgniarstwie.

## Podsumowanie

Rozdział opisał etos pielęgniarstwa, w którym ważną rolę odgrywa właściwie uformowane sumienie. Przybliżył naukę o sumieniu trzech autorzy synejdziejologicznych (Ślipki, Stycznia, Szostka). W oparciu o ich dorobek filozoficzno-etyczny, został w nim wypracowany opis sumienia, jako: *skomplikowany układ zjawisk psychicznych, wewnętrznych, rzutujących na naszą moralność*, w którym istotną rolę odgrywa *wartościujący sąd rozumu z czynnikiem wolitywnym*, tj. naturalnym chceniem czynienia dobra oraz *empatycznym*, ujętym głównie poprzez uwrażliwiające uczucie troski i opieki nad drugim człowiekiem i sobą samym.

Rozdział podkreślił potrzebę udziału wrażliwego sumienia personelu medycznego (pielęgniarek) w codziennej pracy z chorym, dopuszczanie sumienia do głosu w procesie decyzyjnym, gdy zachodzi takowa potrzeba.

Książka *W drodze do brzegu życia*, której częścią jest niniejszy rozdział adresowana jest do ludzi, którym leży na sercu dobra jakość świadczeń medyczno-pielęgniarskich. W konkluzji końcowej trzeba podkreślić, że nawet właściwie uformowane sumienie stanowi, mimo wszystko, subiektywną normę moralną. Z tej racji, nie może ono podważać, czy też zastępować prawo stanowione ujęte w standardach, procedurach zawartych np. w *Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej* [35] albo w *Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, czy wielu pozostałych przepisów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki. Sumienie jest dobrym uzupełnieniem w występujących ewentualnych lukach tegoż prawa zawodowego lub gdy zachodzą sytuacje konfliktowe. Nigdy sumienie nie może stać i nie stoi w sprzeczności z prawem (także zawodowym), chyba że jest ono ustanowione błędnie, wtedy mówmy o tzw. prawie drakońskim, z którym w demokracjach personalistycznych raczej się nie spotykamy. Sumienie współgra z dobrym prawem, jest właściwym jego interpretatorem.

Odwołując się do zasady: *primum non nocere* możemy jednoznacznie stwierdzić, że w imię tej zasady sumienie stanowi dobre wsparcie w kształtowaniu etosu pielęgniarstwa, realizowanego w życiu zawodowym pielęgniarki. Tego pielęgniarkom i całej służbie zdrowia należy życzyć.

## Piśmiennictwo

1. Witek S.: Encyklopedia Katolicka. T: IV. Lublin, 1983, 1196.
2. Jedynek S.: Mały słownik etyczny. Bydgoszcz, 1999, 71.
3. Podsiad A., Woliński Z.: Mały słownik terminów i pojęć filozoficznych. Warszawa 1983; 95.
4. Podsiad A.: Mały słownik terminów i pojęć filozoficznych. Warszawa, 2001, 242.
5. Ossowska M.: Etos rycerski i jego odmiany. Warszawa, 2000, 7.
6. Styczeń T.: Wprowadzenie do etyki. Lublin, 1993, 265.
7. Nawrocka A.: Etos w zawodach medycznych. Kraków, 2008, 11.
8. Co jest tłumaczone jako: po pierwsze nie szkodzić, zdrowie chorego najważniejszym prawem.
9. O synejdziejologii, czyli nauce sumieniu sporo się dowiemy w Zarysie etyki ogólnej autorstwa prof. Tadeusza Ślipki na s. 367-394, wyd. IV Kraków 2004; tam m.in. spotkamy się z sumieniem jako normą subiektywną działania moralnego oraz z zagadnieniami: (i) sumienie a moralna praktyka człowieka, (ii)

- z najważniejszymi rodzajami sumienia, (iii) metodami jego urabiania, (iv) kwestią odniesienia sumienia do prawa.
10. Ślipko T.: Zarys etyki ogólnej. Kraków 2004, s. 367-368; Ślipko we Wprowadzeniu do etyki chrześcijańskiej zaznacza, że: „termin "sumienie" bywa używany nader wieloznacznie, wypada zastrzec się zaraz na początku, że w naszym wypadku oznacza on wyłącznie konkretne sądy działających osób o moralnej wartości ich własnych aktów”, tenże w: „Życie Katolickie”, n. 4 (1985), s. 51; z podobnymi treściami o wieloznaczności tego terminu spotykamy się u tego samego autora w: O sumieniu ze stanowiska filozofii moralności. W: Chrześcijanin w świecie, nr 20 (1988) z.1, s. 9-10.
  11. Zarys etyki ogólnej, dz. cyt., s. 369.
  12. Ślipko T.: O sumieniu ze stanowiska filozofii moralności. [W:] Chrześcijanin w świecie. 1988; 20, 1: 11.
  13. Zarys etyki ogólnej, dz. cyt., s. 370.
  14. Więcej tamże, s. 371-374.
  15. „Mając przed oczyma całokształt wyników przeprowadzonej analizy zjawiska sumienia, można sformułować już uprawomocnione na tej drodze określenie sumienia: Jest to w świetle ogólnej oceny lub normy uformowany osąd o moralnym dobru/złu zamierzonego przez człowieka jego własnego konkretnego aktu, którego zrealizowanie staje się dlań źródłem wewnętrznej aprobaty bądź poczucia winy, własnego bycia dobrym lub złym człowiekiem”, definicja sumienia Ślipki znajduje się w: Zarysie etyki ogólnej, dz. cyt., s. 377.
  16. Styczeń T.: Sumienie: źródło wolności czy zniewolenia?. Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego 1979; 22, 1-3: 87-89.
  17. Tamże, s. 89.
  18. Tamże, s. 91 i nn.
  19. Tamże, s. 96.
  20. Styczeń T.: ABC etyki. Lublin 1983, s. 27.
  21. Tamże, s. 29.
  22. Tamże, s. 27; m.in. w tej pozycji autorstwa lubelskiego etyka (Styczenia) czytamy: „Trafna diagnoza moralnego upadku człowieka oraz wskazanie jego rzeczywistego źródła jest warunkiem nieodzownym dla sformułowania podstawowej zasady moralnego wyzwolenia człowieka. Z punktu widzenia etyki personalistycznej nie widać możliwości właściwego sformułowania, a tym bardziej rozwiązania problemu soteriologii etycznej, jak tylko poprzez zwrócenie uwagi na elementy, które od wewnątrz kształtują człowieka w jego istocie jako suwerenny byt osobowy (samostanowienie), ostatecznie zawdzięczamy swe istnienie stwórczej miłości osobowego Absolutu (autonomia człowieka w Bogu)”; cytat w tym przypisie znajdziemy tamże na s. 33.
  23. Szostek A.: Sumienie i źródło jego wiążącej mocy. Ethos, 1989; 2, 6-7: 231.
  24. Tamże, s. 232.
  25. Szostek A.: Normy i wyjątki. Lublin 1980; 33.
  26. Szostek A.: Pogadanki z etyki. Częstochowa 1998; 152.
  27. Część czynników opisałem i wyliczyłem (np. czynnik dziedziczny/genetyczny, albo wychowawczy, czy też patriotyczny) w pozycji oddanej do druku pt. Potrójnie wokół sumienia, która powinna się ukazać w Krakowie 2012/2013.
  28. Zob. więcej Szuta W.: Znaczenia sumienia dla przedsiębiorczości. W: Rocznik Wydziału Filozoficznego Wyższej Szkoły Filozoficzno-Pedagogicznej Ignatianum w Krakowie. T: 15 (2009), 141-152.



29. Nasza typologia, czyli klasyfikacja sumienia opiera się głównie na przedstawionej w Zarysie etyki ogólnej, dz. cyt., 379-385.
30. Ślipko T.: 9 dylematów etycznych. Kraków 2010; 46-49.
31. „Internalizacja psychol. uwewnętrznianie, przyswajanie sobie, w okresie rozwoju, świadomie a. nieświadomie, norm, wartości, poglądów, zasad społ. jako zahamowań, motywów działania, wzorców kulturowych (rodziców, grupy społ. itp.), funkcjonujących późn. jako system indywidualny; por. introcepcja, introjekcja”, zob. w: Kopański W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem. Warszawa 2000, s. 234.
32. Kostrzevska Z.: Ogólna etyka pielęgniarstwa. Red. Wrońska I. oraz Mariański J. W: Etyka w pracy pielęgniarstwa. Lublin 2002, s. 153.
33. W kwestii tzw. modelu podejmowania i realizowania decyzji pielęgniarstwa cenne informacje znajdziemy u zagranicznego autora: Fry S. T.: Etyka w praktyce pielęgniarstwa. Zasady podejmowania decyzji, tłum. M. Witkowska. Warszawa 1997, tam m.in., s. 57 i s. 60-63.
34. Wrońska I.: Szczegółowa etyka pielęgniarki. [W:] Etyka w pracy pielęgniarstwa. Lublin 2002; 188.
35. W przepisie odwołamy się do Art. 23 wspomnianej Ustawy w tekście powyżej, tam czytamy: „Pielęgniarka, położna może powstrzymać się, po uprzednim powiadomieniu na piśmie przełożonego, od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem, z zastrzeżeniem art. 19.”; zob. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. W: Przepisy prawne, stan prawny na 1 listopada 2009, wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, Katowice 2009 s. 56.

### ***Encyklopedie i słowniki***

- 1) Jedynek S. [red.]: *Mały słownik etyczny*. Bydgoszcz 1999.
- 2) Kopański W.: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*. Warszawa 2000.
- 3) Muszla A. [red.]: *Encyklopedia bioetyki*. Radom 2007.
- 4) Podsiad A.: *Słownik terminów i pojęć filozoficznych*. Warszawa 2001.
- 5) Podsiad A., Woliński Z.: *Mały słownik terminów i pojęć filozoficznych*. Warszawa 1983.
- 6) Witek S.: *Encyklopedia Katolicka*, t. IV. Lublin 1983.



**Paszek Teresa<sup>1</sup>, Sienkiewicz Zofia<sup>1</sup>, Leńczuk–Gruba Anna<sup>1</sup>, Kobos Ewa<sup>1</sup>, Sulewska Mirella<sup>2</sup>**

## **Zastosowanie holizmu w praktycznej działalności pielęgniarki**

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

### **Wstęp**

Podanie jednoznacznej definicji i zakresu holizmu jest bardzo trudne, ponieważ istnieje wiele poglądów na ten temat. Ogólnie, holizm to podejście całościowe i systemowe, które stosować można w każdej dziedzinie. Jest to nazwa filozoficznej teorii rzeczywistości, która zakłada, że świat stanowi strukturalną globalną całość i tej całości nie da się zredukować do prostej sumy elementów, ponieważ wszystkie one są funkcjonalnie powiązane ze sobą [4].

Holizm oznacza traktowanie i podejmowanie organizmu jako całość. Organizm jest czymś więcej niż suma swoich części, ponieważ stanowi system. W języku nauki byt ludzki jest systemem otwartym i rozpatrywać go można na różnych poziomach: psychosomatycznym, duchowym, biochemicznym, fizjologicznym, kulturowym. To podejście do pacjenta jako do bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i fizycznego wymaga od pacjenta: aktywnego podejścia do spraw swego leczenia, rezygnacji z postawy bycia biernym biorcą świadczeń leczniczych, zainteresowania całą osobą, w całym jej otoczeniu i całokształtem stosowanych sposobów leczenia i praktyk leczniczych [1].

Holizm w pielęgniarstwie oznacza świadczenie opieki we wszystkich stanach zdrowia i choroby. Idea holizmu stanowi filozoficzną podstawę działań podejmowanych przez przedstawicieli tych wszystkich zawodów opiekuńczych, które zorientowane są na holistyczny model zdrowia [1]. Opieka w myśl założeń holizmu to pomaganie człowiekowi we wszystkich obszarach jego życia, wszechstronna pomoc ukierunkowana na wszystkie jego problemy przy rozumieniu istoty i wieloaspektowości przyczyn każdego z nich.

Holizm w medycynie oznacza, że zjawiska dotyczące człowieka i stanu jego zdrowia należy rozpatrywać całościowo. W diagnostyce i w terapii pacjent powinien być traktowany jako jedność psychosomatyczna. Człowieka należy ujmować jako naturalny system żyjący we wszechświecie stanowiącym całość.

Podejście holistyczne do zdrowia i choroby określa się jako spojrzenie na człowieka, które akceptuje wzajemne stosunki zależności pomiędzy jego organizmem a otoczeniem psychospołecznym. Holistyczna koncepcja zdrowia zakłada istnienie tkwiącej i działającej w każdym żywym organizmie siły, która wyraża się zdolnością do przywracania stanu równowagi w każdym przypadku jej zachwiania [3]. Zdrowie rozumiane jest jako możliwość jak najdłuższego, samodzielnego, aktywnego i twórczego

życia bez chorób i niepełnosprawności, a nawet z nimi, jeżeli nie dadzą się wyeliminować. Holistyczne podejście do zdrowia kładzie nacisk na harmonię, która łączy człowieka z sobą samym, naturą i światem. Człowiek jest osobiście odpowiedzialny za swoje zdrowie i nie powinien tej odpowiedzialności przerzucać na system opieki zdrowotnej [6]. Choroba powoduje, że człowiek jest uwikłany w dynamiczne zakłócenie równowagi ciała, umysłu, psychiki i otoczenia.

Holistyczne postrzeganie podmiotu opieki to podejście skoncentrowane na osobie, uznające, że człowiek stanowi niepowtarzalną całość. Oznacza to jednak coś więcej, niż że stanowi kompozycję połączonych ze sobą części. W tym ujęciu należy patrzeć na człowieka w inny sposób, niż uczyła nas dotychczasowa praktyka i wiedza przyswajana na zajęciach z anatomii, fizjologii, patologii. Człowiek to nie tylko jednolita całość połączonych tkanek, komórek, układów i narządów, ale zintegrowane funkcjonowanie różnorodnych aspektów jego całości w czasie i przestrzeni [7].

Każdy człowiek zawiera w sobie jakąś swoistą harmonię i szczególną strukturę wynikającą z niepowtarzalnej integracji jego osoby. Przyjmuje się, że człowiek funkcjonuje na kilku poziomach, np. fizycznym, psychicznym i duchowym. Bardzo poważnie traktuje się wpływ czynników psychicznych i społecznych na zdrowie. Z tego względu sugeruje się, że w wielu sytuacjach lekiem na fizyczne dolegliwości są metody medycyny niekonwencjonalnej i zmiana postawy pacjenta wobec innych ludzi [5].

Skuteczność opieki i pomagania zależy więc od umiejętności znalezienia tego „czegoś”, co spowodowało zaburzenie wewnętrznej harmonii.

## **Cel pracy**

Celem pracy jest próba oceny wiedzy pielęgniarki z zakresu holizmu i jej zastosowanie w praktycznej działalności.

## **Materiał i metody**

Badania zostały przeprowadzone w marcu 2012 roku wśród pielęgniarek studiujących na niestacjonarnych i stacjonarnych studiach II stopnia na Wydziale Nauki o Zdrowiu w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i pracujących w placówkach ochrony zdrowia. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu skonstruowano kwestionariusz ankiety zawierający 15 pytań, skierowany do pielęgniarek, które mają różne miejsca pracy. Oceną objęto 200 pielęgniarek. Analizę statystyczną przeprowadzono metodą opisową i za pomocą testu chi kwadrat na niezależność.

W analizie materiału badawczego poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jak oceniają pielęgniarki swoją wiedzę z zakresu holizmu?
2. Jakie koncepcje holistyczne pielęgniarki stosują w swojej pracy zawodowej?
3. Jakie mają pielęgniarki podejście do podmiotu opieki w swojej pracy?
4. Jakie relacje występują pomiędzy dawcą i biorcą opieki w pracy pielęgniarek?

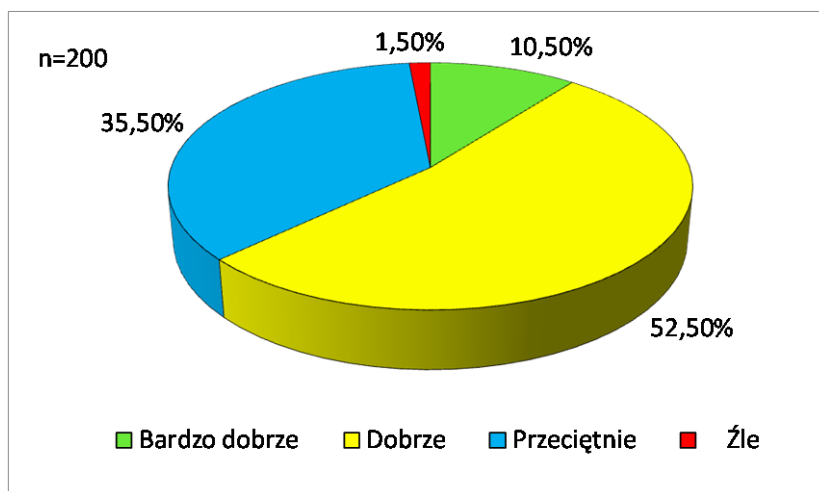
Założono, że pielęgniarki w praktycznej działalności

- częściej stosują koncepcje: holistyczne niż nieholistyczne
- częściej występują relacje terapeutyczne pomiędzy dawcą i biorcą opieki niż nieterapeutyczne

- częściej uwzględniają w opiece element profesjonalny niż nieprofesjonalny

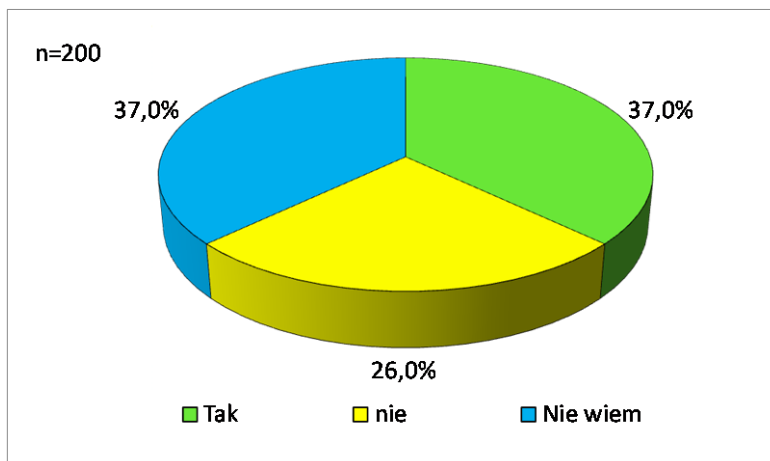
## Wyniki

Badane osoby stanowiły wyłącznie kobiety. Wiek ankietowanych wahał się w przedziale od 19 – 51 lat. Najwięcej kobiet było w przedziale wiekowym 19– 29 lat - 66%, w przedziale 30 – 40 lat – 19%, 41 – 51 lat – 14%, powyżej 51 lat – 1%. Zamężnych – 34 %, stanu wolnego – 59,5 %, żyjących w konkubinacie – 6,5 %. Wykształcenie wyższe licencjackie posiadało 100%, Liceum Medyczne – 73%, Medyczne Studium Zawodowe – 27%. Najwięcej pielęgniarek pracuje w oddziale specjalistycznym – 45%, w oddziale chirurgicznym – 29%, w oddziale wewnętrznym – 11,5%, w oddziale dziecięcym – 7%, najmniej w podstawowej opiece zdrowotnej – 5,5%. Najwięcej osób jest ze stażem pracy do 2 lat – 54,5%, staż pracy powyżej 11lat – 29,5%, od 3 – 5 lat – 12%, od 6 – 8 lat -2,5%, a najmniej od 9 – 11 lat – 1,5%. Badane pielęgniarki ogólną wiedzę z zakresu holizmu oceniają pozytywnie, jednak uważają, że ich wiedza jest niewystarczająca.



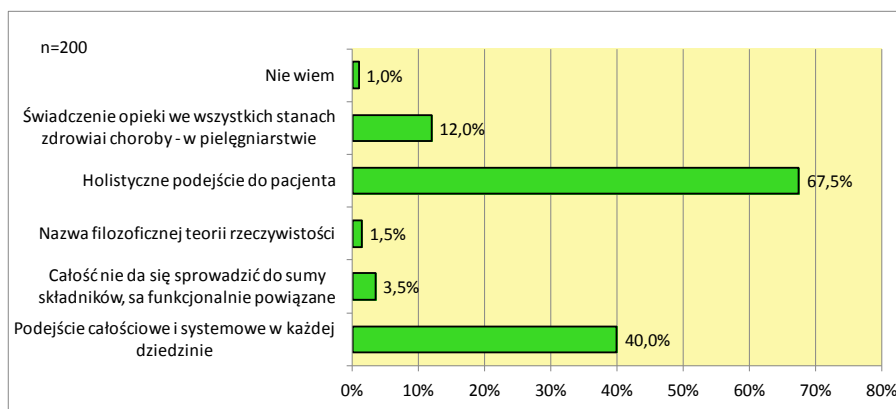
**Rycina 1. Ocena wiedzy z zakresu holizmu**

Badane oceniają ogólną wiedzę z zakresu holizmu: 52,5% dobrze, 10,5% bardzo dobrze, 35,5% przeciętnie, 1,5% źle (Rycina 1). Test zależności stochastycznej przy użyciu statystyki chi – kwadrat wykazał słabą zależność między miejscem pracy a oceną wiedzy z zakresu holizmu: współczynnik V– Cramera = 0,22. Zauważyć można, że ankietowane pracujące na oddziale wewnętrznym i chirurgicznym stosunkowo rzadziej oceniają swoją wiedzę z zakresu holizmu jako bardzo dobrą i dobrą w porównaniu do ankietowanych pracujących na pozostałych oddziałach.



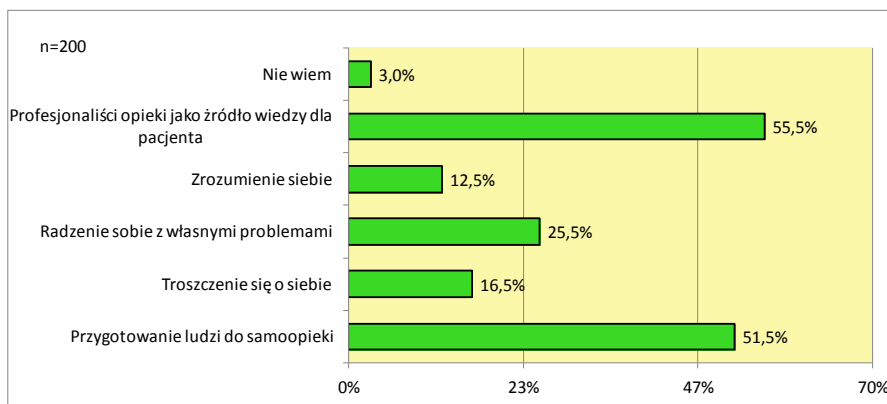
**Rycina 2. Wiedza z zakresu holizmu u pielęgniarek**

37% badanych uważa, że wiedza z zakresu holizmu jest wystarczająca, 26% - uważa, że wiedza z zakresu holizmu jest niewystarczająca, a 37% badanych nie wie czy wiedza z zakresu holizmu jest wystarczająca (Rycina 2).  
Poglądy na temat holizmu są różnie interpretowane



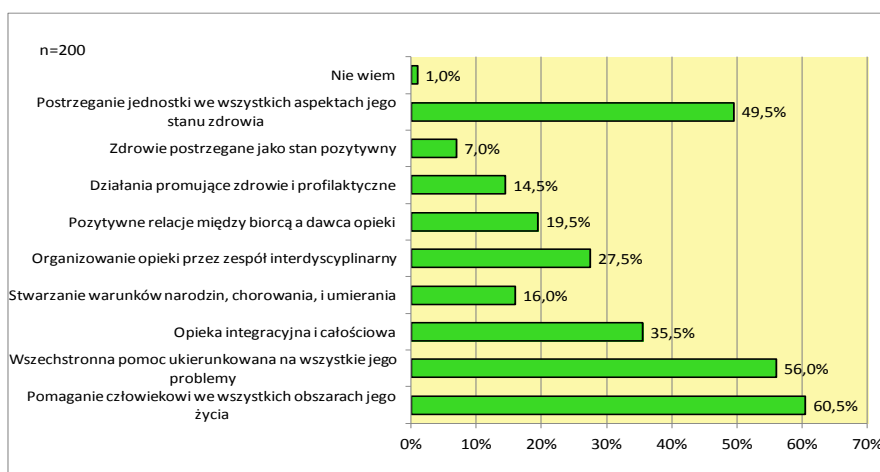
**Rycina 3. Poglądy na temat holizmu**

Dla 40% badanych holizm jest to podejście całościowe i systemowe w każdej dziedzinie, dla 3,5% - całość, którą nie da się sprowadzić do sumy jej składników, są funkcjonalnie powiązane, dla 1,5% - nazwa filozoficzna teorii rzeczywistości, dla 67,5% - holistyczne podejście do pacjenta, dla 12% - świadczenie opieki we wszystkich stanach zdrowia i choroby – w pielęgniarstwie, 1% badanych nie wie czym jest holizm (odpowiedzi były wielokrotnego wyboru) (Rycina 3).



**Rycina 4. Cechy medycyny holistycznej**

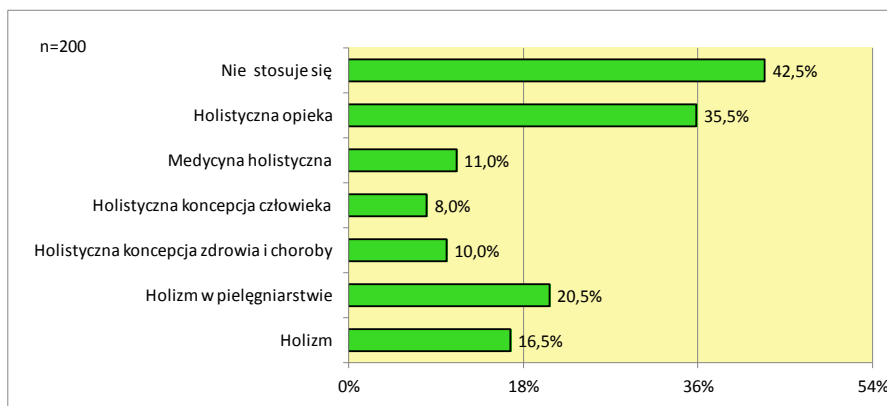
Wśród 51,5% badanych medycyna holistyczna kładzie nacisk na przygotowanie ludzi do samoopieki, dla 16,5% - na troszczenie się o siebie, dla 25,5% - na radzenie sobie z własnymi problemami, dla 12,5% na zrozumienie siebie, dla 55,5% badanych medycyna holistyczna to profesjonaliści opieki jako źródło wiedzy dla pacjenta, 3% badanych nie wie na co kładzie nacisk medycyna holistyczna (Rycina 4).



**Rycina 5. Cechy opieki holistycznej**

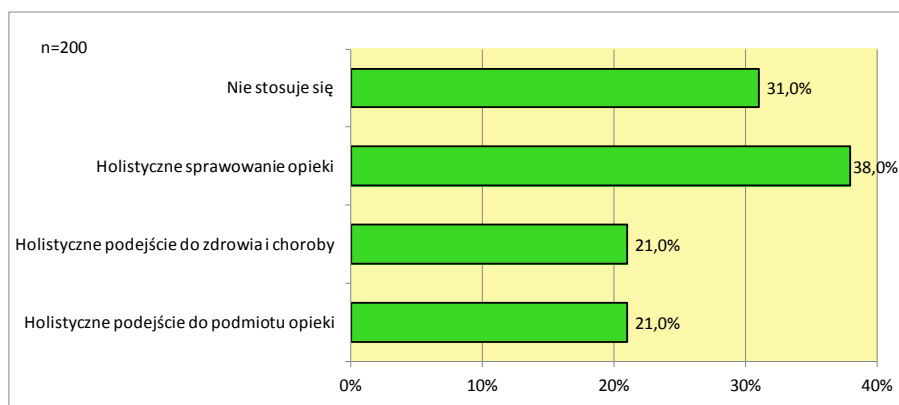
Dla 60,5% badanych opieka holistyczna to pomaganie człowiekowi we wszystkich obszarach jego życia, dla 56% - wszechstronna pomoc ukierunkowana na wszystkie jego problemy, dla 35,5% - opieka integracyjna i całościowa, dla 16% - stwarzanie warunków narodzin, chorowania i umierania, dla 27,5% - organizowanie opieki zespołowej świadczonej przez zespół interdyscyplinarny, dla 19,5% - pozytywne relacje między biorcą a dawcą opieki, dla 14,5% - działania promujące zdrowie i profilaktyczne, dla 7% - zdrowie postrzegane jako stan pozytywny, dla 49,5% - postrzeganie

jednostki we wszystkich aspektach jego stanu zdrowia. 7% badanych nie wie jak określamy opiekę holistyczną (Rycina5).



**Rycina 6. Terminologia związana z holizmem stosowana w zakładzie pracy pielęgniarek**

Badane uważają, że w pracy stosuje się różną terminologię związaną z holizmem, ale najczęściej nazewnictwo holistyczna opieka, holizm w pielęgniarstwie, holizm. Wśród badanych 16,5% uważa, że w pracy stosuje się nazewnictwo holizm, 20,5% - holizm w pielęgniarstwie, 10% - holistyczna koncepcja zdrowia i choroby, 8% - holistyczna koncepcja człowieka, 11% - medycyna holistyczna, 35,5% - holistyczna opieka, 42,5% badanych uważa, że nie stosuje się w pracy takiego nazewnictwa (Rycina6).

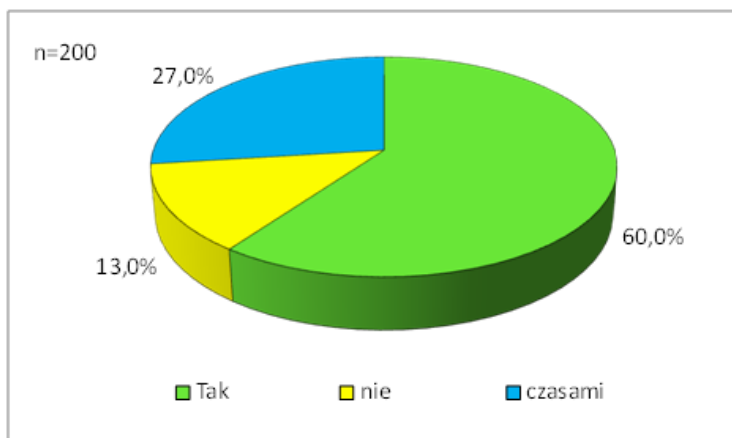


**Rycina7. Koncepcje holistyczne stosowane w zakładzie pracy pielęgniarki**

Pielęgniarki stosują różne rodzaje koncepcji holistycznej w swojej pracy, ale częściej holistyczne sprawowanie opieki – 38%, jednakowy procent badanych, po 21%

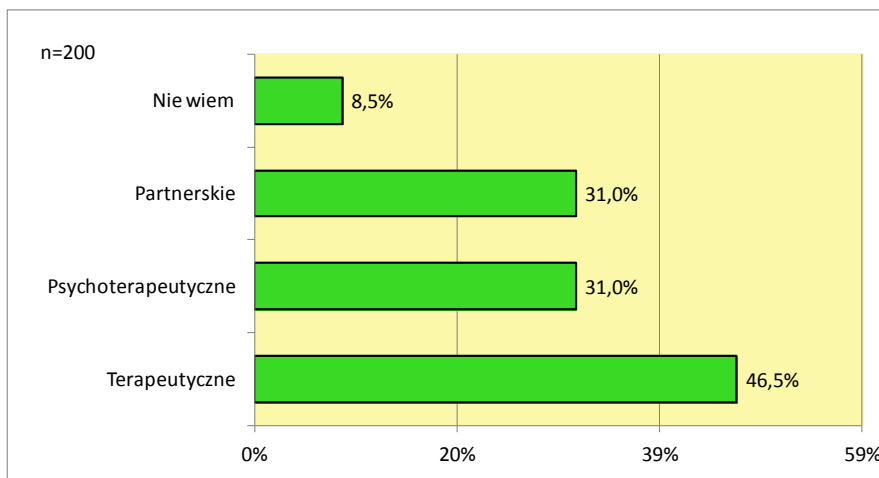


stosuje holistyczne podejście do zdrowia i choroby i holistyczne podejście do podmiotu opieki, 31% badanych nie stosuje koncepcji holistycznych w swojej pracy zawodowej (Rycina 7).



**Rycina 8. Udział całego zespołu terapeutycznego w opiece nad chorym**

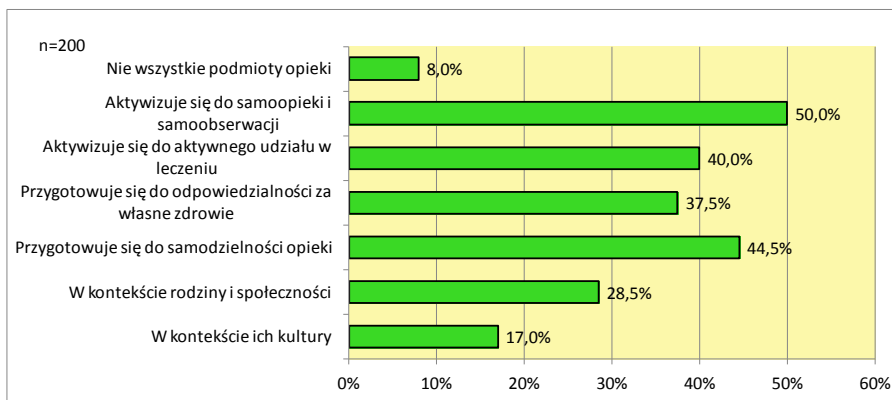
60% badanych uważa, że cały zespół terapeutyczny bierze udział w opiece nad chorym, 27% - czasami, 13% badanych uważa, że cały zespół terapeutyczny nie uczestniczy w opiece nad chorym (Rycina 8).



**Rycina 9. Relacje występujące pomiędzy dawcą i biorcą opieki w pracy pielęgniarek**

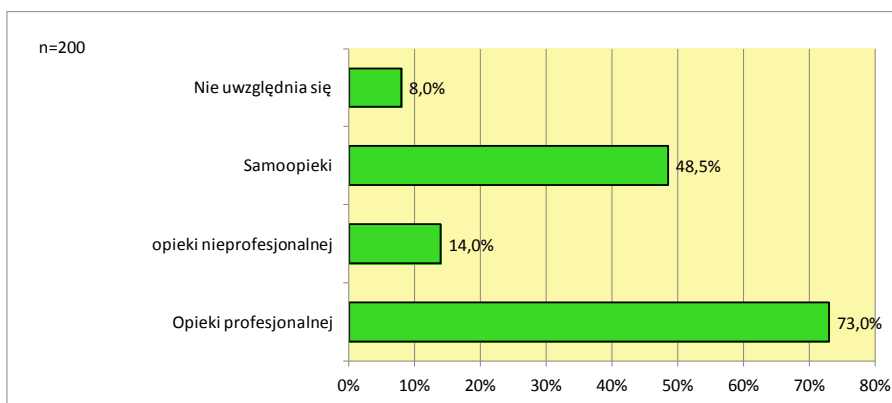
Wśród badanych 46,5% uważa, że w pracy występują relacje terapeutyczne pomiędzy dawcą i biorcą opieki. Jednakowa liczba badanych, po 31% uważa, że

występują relacje psychoterapeutyczne i partnerskie, 8,5% - nie wie jaki relacje pomiędzy dawcą i biorcą występują w pracy pielęgniarki (Rycina 9).



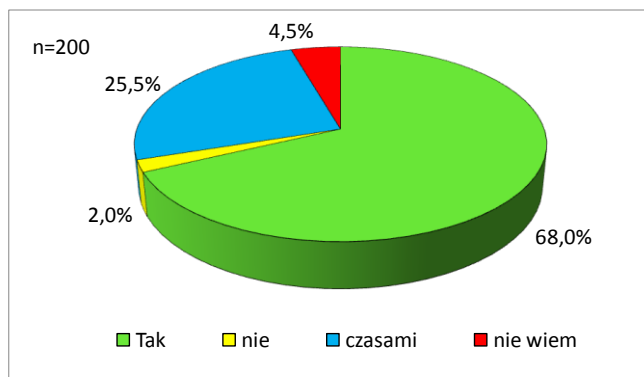
**Rycina 10. Holistyczne podejście do podmiotu opieki w pracy pielęgniarek**

Wśród badanych 17% podmiot opieki traktuje w kontekście kultury, 28,5% - w kontekście rodziny i społeczności, 44,5% - przygotowuje się do samodzielności opieki, 37,5% - przygotowuje się do odpowiedzialności za własne zdrowie, 40% - aktywizuje się do aktywnego udziału w leczeniu, 50% - aktywizuje się do samoopieki i samoobserwacji, 8% - nie wszystkie podmioty traktuje się holistycznie (Rycina 10).



**Rycina 11. Elementy uwzględniane w planowaniu opieki w zakładzie pracy pielęgniarek**

Badane w swojej opiece nad chorym uwzględniły: 73% - element opieki profesjonalnej, 14% - element opieki nieprofesjonalnej, 48,5% - element samoopieki, 8% badanych w swojej pracy nie uwzględniło tych elementów opieki (Rycina 11).



**Rycina 12. Zastosowanie wiedzy z zakresu holizmu w pracy pielęgniarki**

Większość badanych – 68% uważa, że pielęgniarki w pracy zawodowej potrzebna jest wiedza z zakresu holizmu, 2% - nie, 26,5% - czasami, 4,5% badanych nie wie, czy wiedza z zakresu holizmu im jest potrzebna w pracy (Rycina 12).

## Dyskusja

Paradygmat medycyny holistycznej adresowany jest do lekarzy, pielęgniarek i wszystkich, którzy podejmują się sprawowania opieki nad innymi, niezależnie od tego, czy działają w zorganizowanym systemie opieki zdrowotnej czy poza nim [3].

Badane, ogólną wiedzę z zakresu holizmu oceniły pozytywnie, ale uważają, że ich wiedza jest niewystarczająca. Większość badanych (68%) uważa, że pielęgniarki w pracy zawodowej potrzebna jest wiedza z zakresu holizmu. Nie można podać jednoznacznej definicji holizmu, ponieważ istnieją różne poglądy na ten temat. Holizm można ujmować w różnych kategoriach: holizm w medycynie, holizm w pielęgniarstwie, opieka holistyczna, holistyczne podejście do podmiotu opieki, holistyczna koncepcja zdrowia i choroby, holizm w leczeniu i inne. Ważne jest, aby podmiot opieki postrzegać całościowo w wymiarze biologicznym, psychicznym, społecznym, kulturowym i duchowym. Wówczas wszystkie problemy pacjenta będą jednakowo postrzegane, a opieka pielęgniarska zindywidualizowana.

Z badań wynika, że dla 40% badanych holizm jest to podejście całościowe i systemowe, które stosować można w każdej dziedzinie, dla 3,5% - całość, której nie da się sprowadzić do sumy jej składników, ponieważ wszystkie one są funkcjonalnie powiązane, dla 1,5% - nazwa filozoficzna teorii rzeczywistości, wg której istotną całością świata jest jego „całościowy” charakter, dla 67,5% - holistyczne podejście do pacjenta jako do bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i fizycznego, dla 12% - pielęgniarstwo jest to świadczenie opieki we wszystkich stanach zdrowia i choroby, 1% badanych nie wie, czym jest holizm. Badane uważają, że w pracy stosuje się różną terminologię związaną z holizmem. Najczęściej stosowane jest nazewnictwo: holistyczna opieka - 35,5%, holizm w pielęgniarstwie – 20,5%, holizm – 16,5%.

Medycyna holistyczna kładzie szczególny nacisk na przygotowanie ludzi do samoopieki, troszczenia się o siebie, radzenia sobie z własnymi problemami, zrozumienia siebie [1].

Z badań wynika, że dla 51,5% badanych medycyna holistyczna kładzie nacisk na przygotowanie ludzi do samoopieki, dla 25,5% - na radzenie sobie z własnymi problemami, dla 55,5% badanych medycyna holistyczna to profesjonaliści opieki i stanowią źródło wiedzy dla pacjenta.

Podstawowe założenia opieki holistycznej przede wszystkim uwzględniają swoiste ujmowanie przez przedstawicieli holizmu pojęcia zdrowia i choroby, podmiotu opieki, zakresu i charakteru opieki, jej organizacji, roli różnych dawców opieki w świadczeniach na rzecz podmiotu opieki. Opieka jest zawsze procesem dwustronnym: opiekun i podopieczny aktywnie lub biernie biorą udział w działaniach opiekuńczych [2]. W opiece ważna jest relacja między biorcą a dawcą opieki. Jako szczególnie istotny uważany jest kontakt fizyczny, z tego względu podkreśla się znaczenie dotyku w działaniach opiekuńczych [6]. W określaniu pojęcia „dobra opieka” zakłada się, że polega ona, m.in. na: stwarzaniu warunków narodzin, chorowania i umierania w środowisku domowym, zachęcaniu członków rodziny do uczestniczenia w opiece nad pacjentem, również nad pacjentem przebywającym w szpitalu i zakładzie opiekuńczym. Opieka powinna być organizowana zgodnie z założeniami opieki zespołowej świadczonej przez zespół interdyscyplinarny. Szczególnie ważnym aspektem opieki są działania promujące zdrowie i działania profilaktyczne. Istotnym elementem opieki jest: pomaganie człowiekowi w zrozumieniu siebie, kształtowaniu umiejętności mobilizowania sił wewnętrznych po to, aby radzić sobie z własnymi problemami. Opieka może okazać się nieskuteczna, jeżeli będzie dotyczyć pomagania człowiekowi w rozwiązaniu tylko jednego, wycinkowego problemu [1].

Z badań wynika, że dla 60,5% badanych opieka holistyczna to pomaganie człowiekowi we wszystkich obszarach jego życia, dla 56% - wszechstronna pomoc ukierunkowana na wszystkie jego problemy, dla 35,5% - opieka integracyjna i całościowa, dla 16% - stwarzanie warunków narodzin, chorowania i umierania, dla 27,5% - organizowanie opieki zespołowej świadczonej przez zespół interdyscyplinarny, dla 19,5% - pozytywne relacje między biorcą a dawcą opieki, dla 14,5% - działania promujące zdrowie i profilaktyczne, dla 7% - zdrowie postrzegane jako stan pozytywny, dla 49,5% - postrzeganie jednostki we wszystkich aspektach jego stanu zdrowia. 7% badanych nie wie, jak określamy opiekę holistyczną. 60% badanych uważa, że cały zespół terapeutyczny bierze udział w opiece nad chorym. Wśród badanych 46,5% uważa, że w pracy występują relacje terapeutyczne pomiędzy dawcą a biorcą opieki. Jednakowa liczba badanych, po 31% uważa, że występują relacje psychoterapeutyczne i partnerskie, 8,5% - nie wie, jakie relacje pomiędzy dawcą a biorcą występują w pracy pielęgniarki. Pielęgniarki stosują różne rodzaje koncepcji holistycznej w swojej pracy, ale częściej stosują holistyczne sprawowanie opieki – 38%, jednakowy procent badanych, po 21% stosuje holistyczne podejście do zdrowia i choroby i holistyczne podejście do podmiotu opieki, 31% badanych nie stosuje koncepcji holistycznych w swojej pracy zawodowej.

Holistyczne podejście do podmiotu opieki oznacza rozumienie i traktowanie ludzi w kontekście ich kultury, rodziny i ich społeczności. Dlatego respektujemy kulturowe uwarunkowania sposobów chorowania i leczenia, dostrzegając zasadność włączenia rodziny i społeczności do procesu opiekuńczo-terapeutycznego. Każdy człowiek odpowiedzialny jest za stan swojego zdrowia. Ważne jest kształtowanie akty-

wności i przygotowanie każdego do samodzielności i odpowiedzialności za własne zdrowie [1].

Z badań wynika, że 50% badanych uważa, że podmiot opieki aktywizuje się do samoopieki i samoobserwacji, 44,5% - przygotowuje się do samodzielności opieki, 40% - aktywizuje się do aktywnego udziału w leczeniu, 37,5% - przygotowuje się do odpowiedzialności za własne zdrowie, 28,5% - w kontekście rodziny i społeczności, 17% podmiot opieki traktuje w kontekście kultury, 8% - nie wszystkie podmioty traktuje się holistycznie. Za podstawową formę opieki nad zdrowiem uważa się samo-opiekę, a jej profesjonalnym i innym formom opieki nieprofesjonalnej przypisuje się jedynie rolę wspierającą i uzupełniającą. Opieka profesjonalna może być świadczona w domu podopiecznego, w instytucjach ochrony zdrowia i zakładach opieki społecznej. Wszystkie środki podejmowane przez nieprofesjonalistów w celu promowania, pod-trzymywania i przywracania zdrowia określa się jako samopomoc. Do opieki nieprofesjonalnej zaliczamy też samo opiekę [1].

Przeprowadzone badania wskazują, że pielęgniarki w swojej praktyce zawodowej, opiece nad chorym uwzględniają w: 73% - element opieki profesjonalnej, 14% - element opieki nieprofesjonalnej, 48,5% - element samoopieki, 8% badanych w swojej pracy nie uwzględniło tych elementów opieki.

### **Wnioski**

- Badania potwierdziły wcześniejszą hipotezę, że pielęgniarki w praktycznej działalności częściej stosują koncepcje holistyczne, relacje terapeutyczne pomiędzy dawcą i biorcą opieki, i częściej stosują w opiece element profesjonalny niż inne działania,
- Pielęgniarkom potrzebna jest wiedza z zakresu holizmu

### **Piśmiennictwo**

1. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo ćwiczenia. Wyd, PZWL, Warszawa, 2001.
2. Hall J.N.: Psychologiczne problemy opieki. Now. Psychol., 1992, 2, 45.
3. Klamut M. K.: Między biotechnicznym a holistycznym modelem medycyny. Alma Mater, 1995.
4. Widomska – Czekańska T., Górajek – Józwiak J.: Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa, 1996.
5. Sheridan Ch. R., Radmacher S.A.: Psychologia zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 1998.
6. Szulc W.: Podejście holistyczne do zdrowia i choroby. Pielęgniarstwo 2000, 1996, 3, 7.
7. Wiener J.: Medycyna behawioralna. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, 1996.



**Karpiuk-Domagala Maria**

## **Czego Polacy dowiedzieli się o pielęgniarzach z akcji społecznej „Leczyć po ludzku”?**

*Od razu muszę wyjaśnić, że nie jestem badaczem ani naukowcem, lecz związaną ze środowiskiem pielęgniarzkim dziennikarką i tylko z tego wynika moja znajomość problematyki pielęgniarstwa. Nie przedstawię systematycznej analizy akcji „Leczyć po ludzku”, lecz jedynie dość pobieżny przegląd opatrzone subiektywnymi spostrzeżeniami i wnioskami.*

Akcja była prowadzona przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej wraz z „Gazetą Wyborczą” w trzech etapach: w grudniu 2009 r., w pięciu tematycznych edycjach w ciągu 2010 r. i przez cały niemal rok 2011 (do listopada). W tym czasie odbyła się debata redakcyjna na temat znajomości i przestrzegania praw pacjenta w Polsce z udziałem partnerów kampanii, zaproszonych ekspertów i reprezentantów pacjentów. W „Gazecie Wyborczej” w ponad 90 edycjach pojawiło się pewnie 200 publikacji z okładem. Materiały prasowe były zróżnicowane: wywiady, reportaże, artykuły problemowe, komentarze i opinie oraz listy czytelników. Dodatkowym rezultatem było wydanie sześciu poradników dla pacjentów.

### **Wstęp**

Punktem wyjścia kampanii była prezentacja praw pacjenta (ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta weszła w życie w czerwcu 2009 r). Ich wykładnię przedstawiła i komentował prawnik z IPPiEZ.

Teksty prasowe i wypowiedzi ekspertów ilustrowały, jak w praktyce są te prawa realizowane – na przykładzie różnych zjawisk z obszaru ochrony zdrowia, rozwiązań stosowanych w najbardziej obciążających społecznie i zdrowotnie chorobach i problemach zdrowotnych. Opisy i opinie bywały szokujące, toteż nieraz prowokowały do wypowiedzi specjalistów, decydentów, pacjentów, osoby prominentne lub autorytety w danej dziedzinie. Wywiązywała się spontaniczna dyskusja, w której różne sprawy bywały naświetlane z różnych stron: urzędnika, organizatora, lekarza i pacjenta. Obserwowaliśmy, jak lekarz stawał się pacjentem, a pacjent starał się wczuć w sytuację lekarza. Jedni uogólniali swoje doświadczenia i wyciągali z nich bardzo pesymistyczne wnioski, inni doznawali dobrego traktowania i wykorzystywali okazję, aby podziękować: szpitalowi, lekarzowi.

Z publikacji wyłaniał się ogólniejszy obraz chorowania po polsku. Trwająca około dwóch lat kampania prasowa komuś, kto się tym interesował, z pewnością dała sporo wiedzy o funkcjonowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia. Pokazywała także profesjonalistów medycznych i pośrednio ich zawodowe umiejętności, kompetencje i role.

## Ukierunkowana lektura

Hasło „Leczyć po ludzku” wydaje się bardzo bliskie pielęgniarstwu. Na początku akcji byłam jeszcze redaktorką naczelną MPiP i sporo sobie po niej obiecywałam. Wiedziałam, że samorząd pielęgniarek i położnych należał do partnerów Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w prowadzeniu kampanii. Byłam więc ciekawa, czy pielęgniarkom\* uda się pokazać specyfikę ich zawodu, zaangażowanie w proces leczenia, udział w zmianie sposobu i trybu organizacji leczenia. Zastanawiałam się, czy zaistnieją w tej akcji jako eksperci i profesjonalści medyczni, czy wezmą udział w społecznej dyskusji. Wszyscy mamy poczucie, że społeczeństwo – a i zaskakująco wiele ogniw systemu ochrony zdrowia – słabo orientuje się w charakterze pracy pielęgniarek i wynika z tego niedocenienie ich roli. Wydawało się więc, że trzeba skorzystać z okazji, jaką była zaprogramowana akcja medialna i spontaniczna społeczna dyskusja, żeby o pielęgniarskiej pracy powiedzieć trochę więcej. I spróbować zbudować w opinii społecznej obraz pielęgniarki profesjonalistki.

Bieżąca lektura ukazujących się artykułów nie dawała niestety wrażenia, że głos pielęgniarek w tej dyskusji brzmiał głośno. Post factum postanowiłam sprawdzić, czy było ono słuszne. Przejrzałam publikacje, które ukazały się w ramach akcji w ogólnopolskich wydaniach „Gazety Wyborczej” od 25 listopada 2009 r. do listopada 2011 r. Chciałam się przekonać, jak często wypowiadano się o pielęgniarkach, jak często robiły to one same, jakie poruszały tematy, jakie tematy nie miały kontekstu pielęgniarskiego, a powinny mieć, czy z tych elementów można dowiedzieć się czegoś więcej o pracy pielęgniarki?

Wydawałoby się, że hasło kampanii poruszy w pielęgniarkach refleksje i emocje, którymi zechcą podzielić się z innymi i że uda się pokazać, że pielęgniarka może przyczynić się do tego, żeby leczenie przebiegało „po ludzku”.

## Pozytywne rezultaty poszukiwań

Chociaż do kampanii został zaproszony samorząd pielęgniarek i położnych, najprawdopodobniej nie zaproponowano odrębnego wątku pielęgniarskiego – a może pielęgniarki nie wystąpiły z taką inicjatywą? W tych blisko stu wieloelementowych odsłonach prasowych słowo „pielęgniarka” pojawiło się w zaledwie kilku kontekstach: komunikacja z pacjentem, towarzyszenie w umieraniu, pielęgniarka pediatryczna, szkolenia. Dwukrotnie rolę i sytuację pielęgniarek komentowała prezes NRPIP Elżbieta Buczkowska (raz w debacie). Pielęgniarka jako obecny w procesie leczenia profesjonalista pojawiła się w trzech artykułach, dwa razy jako wdzięczny obiekt szkolenia, opublikowano jeden list pielęgniarki i dwa krótkie wywiady. A więc raczej skromnie.

Oto szczegóły\*\*:

1. W inicjującej kampanie debacie o prawach pacjenta dyskutowano pod hasłem: Zaczniemy leczyć ludzi, nie tylko choroby. Wzięli w niej udział minister, m.in. Ewa Kopacz, Rzecznik Praw Pacjenta - Krystyna Kozłowska, prof. Jan Hartman z Zakładu Filozofii i Bioetyki UJ, prezes NRL dr Konstanty Radziwiłł, prezes NRPIP dr Elżbieta Buczkowska, prezes IPPEZ ks. Arkadiusz Nowak.

Elżbieta Buczkowska przedstawiła stanowisko pielęgniarek co do praw pacjenta: „Środowisko medyczne przyjęło do wiadomości, że pacjent ma prawa. Nie



możemy się przed tym bronić, tylko mądrze rozmawiać o wzajemnych oczekiwaniach. (...) Traktujemy pacjenta jak dziecko, za które czujemy się odpowiedzialne. Tymczasem odpowiadamy wobec pacjenta za to, co wykonujemy, opiekując się chorym. Boimy się lub nie umiemy rozmawiać z nim i jego rodziną. (...) Niedobory kadry pielęgniarskiej są przerażające w szpitalach, w podstawowej opiece zdrowotnej. Nie starcza nam czasu na rozmowę, skupiamy się na medykalizacji, a pacjent oczekuje szczególnego zainteresowania i cierpliwości. (...) (Co rok) organizujemy konferencje etyczne, na które zapraszamy autorytety z kraju i z zagranicy. Też bym sobie życzyła, żeby wykształcone pielęgniarki, które kończą studia podyplomowe z praw pacjenta, były takimi pełnomocnikami pacjenta. Pielęgniarki lepiej nawet są do tego przygotowane, bo patrzą na pacjenta bardziej pod kątem psychiki, mają spojrzenie bardziej całościowe niż lekarz”.

O pielęgniarzach napomykali również inni uczestnicy. RPP Krystyna Kozłowska zauważyła, że zespół przy ministrze zdrowia ds. poprawy relacji między pacjentem a personelem medycznym zajmie się, m.in. problemem zmian w edukacji zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, żeby przygotować ich do trudnych rozmów. Etyk Jan Hartman stwierdził, że trzeba zmienić sposób uczenia lekarzy. Większość studentów nie ma zajęć z bioetyki, tylko propedeutykę prawa medycznego, głównie z punktu widzenia lekarza, bardzo często traktowaną po macoszemu. „Wielka nadzieja w pielęgniarzach”.

Ks. Arkadiusz Nowak: „Myślę, że ustawą o prawach pacjenta zaczęliśmy efekt domina”. Zgłosił krytykę pod adresem lekarzy. „Nigdy mi się nie zdarzyło, aby pielęgniarki kwestionowały potrzebę szkoleń w zakresie etyki czy praw pacjenta. Natomiast zdarzało się słyszeć sarkastyczne uwagi lekarzy – jak będą pieniądze, to będziemy mówić o etyce. (...) Jeśli nowoczesny zakład opieki zdrowotnej chce powołać rzecznika pacjenta, to powinna to być pielęgniarka. Z wyższym wykształceniem, by nie miała kompleksów wobec lekarza”.

2. W edycji nt. prawa do opieki duszpasterskiej i umierania w godności zamieszczono list studentki pielęgniarstwa, która pisała o swoich spotkaniach ze śmiercią podczas praktyk w szpitalu. Jej doświadczenia są przejmujące, np. zauważyła, że personel uzależnia swoje zachowanie wobec pacjentów od tego, jak ich ocenia jako ludzi. „Pielęgniarki mówiły, że to pijak, a dla takich nie ma litości”. I dalej: „Z tą śmiercią byłam sama, bez doświadczenia, bez słowa komentarza od personelu. Zapytałam, dlaczego temu człowiekowi tak przedłużano umieranie. Usłyszałam, że rodzina musi widzieć, że coś się robi”. Druga obserwacja: „Pani w masce tlenowej z wielkim trudem piła i kaszłała, miała odleżyny. A przecież mogłyśmy jej zmieniać pozycję. Ale personel tego nie robił i nam też nie kazał (...). W szpitalu nikt nie podpowiada rodzinom, że mogą chorych przytulać, nie zgadzać się na bezsensowne działania medyczne”.

3. Jednym z pielęgniarskich rozmówców była Filomena Bielecka, naczelnia pielęgniarka w łódzkim Centrum Zdrowia Matki Polki.

– Czas (na rozmowę z przerażonym pacjentem) powinien się znaleźć, ale lekarze i pielęgniarki są jak trybiki w maszynie. i wpadają w rutynę (Z pośpiechu) zapominamy o tym, co czuje człowiek, którym mamy się opiekować. Najlepiej, żebyśmy sami wymagali od siebie człowieczeństwa. Lekarzu, pielęgniarko pamiętaj, że od tego, jak się zachowasz zależy, jak człowiek będzie się czuł i jak zapamięta pobyt w szpitalu. Traktuj człowieka z szacunkiem. Wystarczy, że się uśmiechniesz albo powiesz kilka ciepłych słów, a pacjent pozbędzie się lęku. Nie okazuj zmęczenia, zniecierpliwienia – przecież

sam nie chciałbyś oddać się pod opiekę wykończonego człowieka. Jeśli ktoś ma w sobie to coś, nie trzeba mu takich rzeczy tłumaczyć. Znam świetnie wykształconych fachowców, którym jednak nie oddałabym pod opiekę swoich rodziców.

**4.** Prof. Krzysztof Zeman z Kliniki Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, mówiąc o problemie dzieci z biednych rodzin, przywołuje dane z pielęgniarskiej pracy magisterskiej; Uważa ją za bardzo wartościową: „Analiza 300 historii chorób z Ośrodka Pediatrycznego im. Korczaka ukazuje smutny obszar biedy”.

**5.** W relacji na temat pobytu jej dziecka w szpitalu Dorota Karkowska z IPPiEZ stwierdza, że spotkała „kilku cudownych lekarzy, grzecznych studentów, lekarkę na specjalizacji, która zapomniała się przedstawić, choć chciała zbadać moje dziecko. Ale najbardziej rozczarowały pielęgniarki – rzadko uśmiechnięte, nie rozmawiające z dziećmi. Jeżeli w ogóle reagowały w nocy, robiły to z takim hukiem, że inne dzieci też się budziły. Moja nauczycielka w czasie zajęć na pielęgniarstwie pediatrycznym w liceum medycznym stawiała dwójce za niewłaściwe podejście do dziecka. Lepiej byłoby szeroko promować dobre praktyki. I zwykłą ludzką kulturę osobistą”.

**6.** Drugą pielęgniarską rozmówczynią była Marianna Cywka z Gdańska; krótka rozmowa dotyczyła szczepień. Pytana o konieczne predyspozycje, żeby zostać dobrą pielęgniarką pediatryczną mówi, że trzeba mieć nie tylko umiejętności zawodowe, ale i predyspozycje osobiste: wewnętrzne ciepło, empatię i umiejętność komunikowania się. „Trzeba być po prostu dobrym człowiekiem. Wychodzić do tych zatroskanych mam z życzliwością. I brać pod uwagę to, że czasami problemy, które nam wydają się banalne, dla rodziców są trudem nie do przeskoczenia”

**7.** Rozmowę tę skomentowała prezes NRPiP Elżbieta Buczkowska. Pielęgniarka pracująca z dziećmi nie może być przepracowana, musi mieć czas na edukowanie rodziców. Na oddziale szpitalnym praca pielęgniarki pediatrycznej jest nieoceniona – opiekuje się dzieckiem, zastępuje rodziców. Buczkowska przemycza parę podstawowych informacji o zawodzie; „Na początku, gdy wchodzi do systemu, pielęgniarka jest pielęgniarką ogólną. Dopiero później się specjalizuje. Zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki ma obowiązek nieustannie podnosić swoje kwalifikacje. W praktyce tak się nie dzieje. Winni są temu pracodawcy, którzy nie wysyłają swojej kadry na kursy specjalistyczne, kwalifikacyjne i inne. A kursy pomagają przecież nie tylko nam, ale przede wszystkim pacjentom.

Idealnie byłoby, gdyby panowała tu współpraca – rodzic wspiera pielęgniarkę, a ona odpłaca się wiedzą. Pielęgniarka – a także położna – powinna być edukatorem. Mały pacjent nie będzie przecież cały czas w szpitalu. Trzeba nauczyć rodziców czynności pielęgnacyjnych, które będą wykonywać w domu. Problem jednak w tym, że jest nas za mało! Na Zachodzie już dawno zauważono, że wystarczająca liczba pielęgniarek stwarza lepsze warunki zdrowienia”.

**8.** Przemysław Mućko, psycholog, prowadzący zajęcia z psychologii medycznej na WUM, stwierdził, że pielęgniarki to grupa mocno dotknięta wypaleniem zawodowym. „Jest tak dlatego, że nie mają odskoczni, lekarze często źle się do nich odnoszą, upokarzają przy pacjentach. Często pielęgniarki mają ogromne doświadczenie i kompetencje, ale nawet one boją się zwrócić uwagę lekarzowi, kiedy zachowuje się on niewłaściwie. A powinni współpracować. Pielęgniarka wie, jak usprawnić opiekę nad danym pacjentem. Szczególnie w szpitalach lekarz ma niewielki kontakt z pacjentem, a pielęgniarka zna go bardzo dobrze. Lekarz spotyka rodzinę raz, pielęgniarka ciągle. Profesor Paweł Łuków, etyk z UW, zauważył ciekawą rzecz. Wpisał w wyszukiwarce

medyczną słowo "współczucie". W czasopismach dla lekarzy pojawiło się osiem razy, w czasopismach dla pielęgniarek 350”.

To są wszystkie wypowiedzi, jakie udało mi się znaleźć. Pielęgniarki jako profesjonalistki wypowiadały się w trakcie kampanii trzykrotnie (można tu dodać jeszcze studentkę); o pielęgniarzach jako odrębnych zawodowcach czterokrotnie napomknęli inni: lekarze, szkoleniowcy, pacjenci. Słowo „pielęgniarka” pojawiło się w mniej niż 10 procentach kampanijnych edycji GW (a w każdej z nich, jak wspominałam wcześniej, było po kilka artykułów). Są to wypowiedzi programowe (prezes Buczkowskiej), zobiektywizowane (obserwacje dyrektorów, osób szkolących). To fakt, że sumaryczna opinia na temat pielęgniarek jest raczej pozytywna, lecz prawdę powiedziawszy, pielęgniarstwo nie jawi się czytelnikowi jako samodzielny, dynamiczny, innowacyjny, przejawiający inicjatywę zawód.

### **Negatywne rezultaty poszukiwań**

Tymczasem dalsza lektura artykułów w ramach akcji ujawnia bardzo wiele tematów, na które pielęgniarzki mogłyby się wypowiedzieć w sposób specyficzny, właściwy dla swojego zawodu, pokazując inną stronę i inną możliwą twarz opieki medycznej.

**1.** W bloku o funkcjonowaniu szpitali onkologicznych czytamy o Zespole Wsparcia Duchowego w CO Bydgoszczy. „Musimy odejść od przestarzałego modelu opieki, gdzie lekarz jest tylko „inżynierem od ciała”, na rzecz holistycznego traktowania pacjentów. Komfort lub dyskomfort odczuwane podczas pobytu w szpitalu mają znaczenie w przebiegu choroby”, mówi lekarz. **Pielęgniarka miałaby wiele do powiedzenia na ten temat.**

**2.** Największe efekty zdrowotne da szybsze wykrycie choroby i szybsze podjęcie leczenia, bo właśnie spóźnione leczenie to największa bolączka chorych na raka (tekst redakcyjny). **W żadnym bloku tekstów poświęconych onkologii nie ma słowa o roli pielęgniarki jako promotora i edukatora zdrowia, o jej przygotowaniu do realizacji profilaktyki. Niestety, nie wysłano w Polskę takiego przekazu.**

**3.** W bardzo ciekawym wywiadzie dr Tomasz Dangel z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci wspomina o pielęgniarzach jako członkach pierwszego zorganizowanego przez niego zespołu opieki paliatywnej. **Ich opowieść o tej pracy uzupełniłaby ten obraz o wiele ważnych elementów.**

**4.** Prof. Krystyna de Walden-Gałuszko, konsultant krajowy z dziedziny medycyny paliatywnej, mówi tak: „Aby pacjent poczuł się otoczony opieką, bardzo ważne jest wykazanie zainteresowania na poziomie niewerbalnym. Kolejna ważna sprawa to umiejętność prowadzenia rozmowy – stawiania właściwych pytań i słuchania odpowiedzi”. **Przydałby się głos o tym, jak pielęgniarki uczą się komunikowania z pacjentem i jak budują opiekę pielęgniarską na komunikacji.**

**5.** We wspomnianej w innym miejscu debacie prezes NRL Konstanty Radziwiłł mówi: potrzebna jest edukacja. No więc rutynowe szkolenia z dziedziny komunikacji społecznej. (...) Ale konieczne jest też kształcenie ustawiczne, np. w środowisku lekarskim. Naczelna Izba Lekarska kształci lekarzy i dentystów w obszarze komunikacji. To musi potrwać, mamy w Polsce ponad 100 tys. praktykujących lekarzy”. **A jaki przekaz o pielęgniarzach w kontekście doskonalenia zawodowego dociera do społeczeństwa? W akcji pielęgniarki nie wypowiadają się.**

6. Różne zdania o zachowaniu personelu w publicznych placówkach ochrony zdrowia: Lekarze już na studiach uczą się podejścia do pacjenta. Nie widzę potrzeby dodatkowych szkoleń. Mieliśmy tylko szkolenie w zakresie prawidłowego mycia rąk (ukrywam autora wypowiedzi). W krakowskim szpitalu uniwersyteckim są szkolenia z komunikacji dla lekarzy i pielęgniarek.

Zbigniew Kowalski, który uczy lekarzy, jak rozmawiać z pacjentami, nie uważa, że pielęgniarki lepiej traktują chorych niż lekarze. Pielęgniarki ugruntowują też w pacjencie przekonanie, że najważniejszy jest doktor czy profesor. One same sytuują się zaraz za lekarzem, pacjent ląduje więc często na dole tej dziwnej hierarchii. Jakość kontaktu personelu z pacjentami zależy przede wszystkim od szefa oddziału i wrażliwości pielęgniarki przełożonej”. **Szkoda, że żadna pielęgniarka nie przedstawiła swojego zdania na ten temat.**

7. Małgorzata Majewska, specjalista od komunikacji, zauważa: Lekarz często tak przekazuje komunikat na temat pana ciała, jakby była to jakaś zepsuta śrubka w mechanizmie, a lekarz jest inżynierem, który tę śrubkę wymieni i będzie działało. Wiadomo, że onkolog czy ortopeda nie ma czasu, żeby rozmawiać z panem na temat psychosomatyki. Natomiast może „uruchomić pacjenta” w tym kierunku myślenia. Najgorsze, co można zrobić, to ustawić sobie pacjenta w pozycji biernego wykonawcy poleceń”. **Czy nie mamy poczucia, że pielęgniarstwo poszło tu o wiele dalej i pielęgniarki mogłyby podzielić się ze społeczeństwem doświadczeniami i wdrażanymi procedurami?**

8. Anestezjolog ze szpitala na Banacha w Warszawie: W Anglii miałem co roku ocenę mojej pracy. Nawet wtedy, kiedy pracowałem już na stanowisku konsultanta, a więc wysoko w hierarchii zawodowej. W zespole oceniającym byli mój kolega konsultant, młodzi lekarze, pielęgniarka. Mógłbym usłyszeć, że pod względem zawodowym jestem OK, ale np. jestem chamski wobec pielęgniarek. Taka ocena to coś w rodzaju ostrzeżenia. W Polsce karygodne zachowanie uchodzi bezkarnie. Bezkarność demoralizuje. **A jakie zagraniczne spostrzeżenia mają pielęgniarki?**

9. Z raportu Pentora wynika, że dominującą postawą wśród lekarzy POZ jest pobłażliwość. Lekarze przymykają oko na to, że pacjenci tylko w części stosują się do zaleceń terapeutycznych. Za sukces uznają to, że przynajmniej zażywają zapisane tabletki. Tolerują brak współpracy i niestosowanie się do zalecenia zmiany diety, zwiększenia ilości ruchu, choć te czynniki grają ważną rolę w terapii. Taką postawę – czytam w raporcie – przyjmują częściej lekarze rodzinni. Specjaliści są zwykle bardziej restrykcyjni. **Na to mogłyby odpowiedzieć pielęgniarki uchylając rąbka tajemnej wiedzy o edukacji pacjenta...**

10. Prof. Paweł Górski z UM w Łodzi, alergolog: „Wizyta, po której pacjent weźmie leki, powinna trwać 45 minut. Nie wystarczy dobrze zbadać pacjenta, postawić trafną diagnozę i wypisać receptę. Trzeba jeszcze porozmawiać z człowiekiem, przekonać, żeby te leki brał. Tylko że trudno mi wyobrazić sobie, by lekarz z przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, który ma w kolejce 40 osób, mógł długo rozmawiać z pacjentami”. **A od czego jest pielęgniarka specjalistka? Powinna mu odpowiedzieć w stosownym artykule i przekazać taką wiedzę czytelnikom.**

11. Wiesława Fabian, lekarz rodzinny ze Szczecina, rozważa: „Wizyta w gabinecie lekarskim nie wystarczy. Zmiana nawyków wymaga czasu, ciągłego powtarzania i wyrobienia w pacjencie przekonania, że mu się to opłaci. Szkoleniami powinny się zajmować specjalnie do tego przygotowane pielęgniarki”. **Można było**

**pójść za ciosem i przedstawić czytelnikom, jak pielęgniarstwa edukacja diabetologiczna może ułatwić pacjentowi życie z chorobą.**

**Krótkie podsumowanie**

To tylko kilka wątków spośród poruszonych w kampanii „Leczyć po ludzku”, które mogły zostać opracowane od strony pielęgniarstwa, lecz nie zostały. Nie widzę w tym zaniedbania organizatorów kampanii. Jest tak, że nie tylko opinia publiczna, ale i liderzy zdrowia nie są świadomi roli, a nawet obecności pielęgniarki w niektórych segmentach opieki zdrowotnej. Ale kampania medialna otwierała miejsce chociażby na reakcję „czytelniczą” na poszczególne publikacje. Szkoda, że ze strony środowiska pielęgniarstwa były one tak nieliczne. Była okazja, żeby powiedzieć wyraźnie, że w Polsce (jak w innych krajach, co mocno potwierdzali niektórzy dyskutanci ) można leczyć bardziej po ludzku, gdy zaangażuje się do tego pielęgniarki jako „pełnoprawny element systemu”.

\*Celowo pomijam położeń, ponieważ wydaje się, że taka była intencja organizatorów; o położeń jest mowa przy okazji innej akcji – „Rodzić po ludzku”.

\*\*Cytaty są z konieczności bardzo skrócone.



**Dziadel Agnieszka**

## **Bajkoterapia, jako metoda pomocy i wsparcia dla małych pacjentów**

Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Bajki to najbliższe dziecku utwory literackie, w których przenikają się nawzajem dwa światy: realny i fantastyczny, tworząc niesamowite opowieści. Mogą one stanowić niezwykle w swej prostocie i skuteczności narzędzie, dzięki któremu udzielimy dziecku wsparcia w trudnych dla niego emocjonalnie sytuacjach związanych, np. z badaniami i zabiegami medycznymi, hospitalizacją, pobytem w sanatorium, chorobą czy niepełnosprawnością (zarówno własną, jak i osób bliskich). Taką rolę pełnią bajki terapeutyczne, określane także mianem bajek-pomagajek czy opowieści terapeutycznych. Pomagają one dziecku obniżyć napięcie, niepokój, lęk towarzyszące trudnym sytuacjom oraz nauczyć się, jak poradzić sobie doświadczając trudności.

Potwierdzona badaniami skuteczność tej metody wspierania dzieci i oswojania z różnymi sytuacjami związanymi ze zdrowiem i chorobą wiąże się przede wszystkim ze specyficzną konstrukcją opowieści terapeutycznej, zależną od tego, jaką funkcję ma ona pełnić – czy ma to być bajka psychoedukacyjna, psychoterapeutyczna czy relaksacyjna.

Bajki *psychoedukacyjne* mają na celu zapoznanie dziecka z propozycjami, wzorami zachowań, przy wykorzystaniu których możliwe jest rozwiązanie problemu. Świetnie sprawdzają się jako przygotowanie dziecka do sytuacji, których jeszcze nie miało okazji doświadczyć (np. kiedy dziecko obawia się wizyty u lekarza, dentysty, szczepienia czy innych zabiegów medycznych, gdy chcemy je przygotować do hospitalizacji, kontaktu z osobą przewlekle chorą czy na śmierć bliskiej osoby). Pomocne będą również wtedy, gdy chcemy wpłynąć na zmianę zachowania dziecka w konkretnej sytuacji (np. gdy źle znosi pobyt w szpitalu, sanatorium, nie chce przyjmować leków bądź współpracować w trakcie leczenia czy rehabilitacji).

Natomiast zadaniem bajek *psychoterapeutycznych* jest kompensacja niezaspokojonych potrzeb oraz zastępcze dowartościowanie. Szczególną rolę spełnia w nich wsparcie emocjonalne i duchowe. Bajka psychoterapeutyczna powinna być silnie zakorzeniona w lękotwórczej dla dziecka sytuacji, a jej skonstruowanie wymaga dogłębnej analizy doświadczanych przez nie lęków. Jest przeznaczona dla tych dzieci, które aktualnie doświadczają trudnej emocjonalnie sytuacji lub wcześniej się w niej znajdowały (np. separacja z matką, hospitalizacja, chemioterapia, niepełnosprawność, choroba przewlekła, choroba czy śmierć osoby bliskiej). Bajka ta może być stosowana jako uzupełnienie innych form pracy terapeutycznej, przy czym najlepiej spełnia swoje role, kiedy dziecko ma z nią wielokrotny kontakt.

Konstrukcja bajek psychoedukacyjnych oraz psychoterapeutycznych jest podobna, a w ich schemacie widoczne są cztery podstawowe elementy.

- *Główny temat* – trudna emocjonalnie, często dramatyczna sytuacja budząca lęk, niepokój (przy czym rodzaj pojawiających się uczuć jest zawsze czytelnie określany). Opowiadana historia stanowi metaforę sytuacji doświadczanej przez dziecko (tematem takim może być, np. lęk przed bólem, cierpieniem,

oddzieleniem od bliskich, hospitalizacją, badaniami, zabiegami, utratą kontroli nad własnym ciałem, amputacją czy śmiercią).

- *Główny bohater* – alter ego dziecka; może to być zarówno człowiek, jak i zwierzątko, roślina czy inne fantastyczne stworzenie, z którym dziecko może się zidentyfikować. Ważne jednak, aby bohater ten nie był zbyt dokładnym odzwierciedleniem osoby dziecka, aby powiązania z nim nie narzucały się od razu (np. z racji imienia czy wielu wspólnych cech fizycznych). Główny bohater przeżywa różne perypetie i poszukuje skutecznego rozwiązania kłopotliwej sytuacji. Pokonuje swoje problemy wykorzystując przede wszystkim środki dostępne także w realnym świecie, tylko w minimalnym zakresie używając magii bądź nie korzystając z niej w ogóle. Rezygnacja z magii jako metody rozwiązania problemu, a także z morału to chyba najbardziej widoczne różnice pomiędzy opowieściami terapeutycznymi a zwykłymi bajkami. Morał w tych opowieściach nie ma racji bytu, ponieważ ich celem nie jest pouczanie, ale pokazanie różnorodności doświadczanych przez bohatera emocji i sytuacji oraz przedstawienie możliwości rozwiązań, bez wskazywania tych właściwych.
- *Inne postacie* – pojawiają się w trakcie opowieści i pomagają głównemu bohaterowi: zachęcają go do otwartości, podzielenia się własnymi odczuciami, obawami; są pomocne w nazwaniu, opisanie tego, co je wyzwala; tworzą specyficzny nastrój emocjonalny, na który składają się, między innymi, serdeczność i zrozumienie. Szczególną postacią jest tzw. „ekspert”, czyli postać najbardziej wspierająca głównego bohatera i oferująca mu rady, wskazówki, podpowiadające jak ma sobie poradzić z trudną sytuacją. Czasami nie są one podane wprost, ale można je odczytać obserwując zachowanie „eksperta”.
- *Tło opowiadania* – najlepiej miejsce znane dziecku lub je przypominające, przedstawione w sposób wywołujący u bohaterów opowieści pozytywny nastrój.

Jest tu zauważalne połączenie dwóch części: zmiennej i stałej. Część zmienną tworzy ulegający przeobrażeniom opisywany bajkowy świat, rzeczywistość, w której rozgrywa się fabuła. Na część stałą natomiast składają się różnego rodzaju problemy, sytuacje wymagające rozwiązania, poradzenia sobie z nimi oraz niezmiennie szczęśliwe zakończenie, będące efektem starań i działań głównego bohatera. W zetknięciu z trudnościami przeżywa on lęk, jednak pojawiające się w trakcie postacie i zdarzenia umożliwiają obniżenie jego poziomu. Bohater poznaje sposoby przewycięzania lęku, nabywa kompetencje umożliwiające realizację postawionych mu zadań. Doświadczanie przez dziecko (zastępczo – poprzez identyfikację z bohaterami fantastycznych opowieści) sukcesu w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach ułatwia mu budowanie pozytywnego obrazu siebie i takiegoż sposobu myślenia o sytuacji uprzednio generującej lęk. Zachęca go także do samodzielnego szukania rozwiązań dla rzeczywistych kłopotów, jakie spotyka na co dzień, w realnym świecie. Takiemu „przepracowaniu” trudnych sytuacji, odbieranych jako zagrażające towarzyszy bowiem świadomość umowności bajkowego świata – dziecko zdaje sobie sprawę z tego, iż ani jemu, ani bohaterowi opowieści tak naprawdę, w rzeczywistości nic nie zagraża. W efekcie następuje obniżenie napięcia emocjonalnego oraz budowanie poczucia mocy i innych zasobów osobistych.

Czytając dzieciom te niezwykle opowieści warto pamiętać o kilku wskazówkach (wyszczególnione poniżej dotyczą bajek psychoedukacyjnych oraz psychoterapeutycznych):



- pamiętaj, że bajka nie działa natychmiast – obniżanie lęku to proces, który musi trochę potrwać, dokonać się w dziecku;
- nie zakładaj, że każda przeczytana dziecku opowieść zostanie przez nie zrozumiana odebrana jako ważna i spełni swoją rolę; prawdopodobnie stanie się tak jednak w przypadku tych bajek, do których mały słuchacz będzie chciał wracać co jakiś czas;
- jeśli zauważysz w trakcie czytania, że dziecko się boi – przytul je, jednak nie przerywaj opowieści;
- jeżeli boi się coraz bardziej, zaczyna płakać lub histeryzować – nie zmuszaj go do dalszego słuchania, ale przerwij lekturę, by po jakimś czasie do niej powrócić (za kilkanaście minut, godzin, dni czy nawet tygodni); taka silna reakcja małego słuchacza na zawarte w bajce treści najprawdopodobniej oznacza, iż pojawił się tam dokładnie ten problem, który mu doskwiera;
- po przeczytaniu bajki nie zmuszaj dziecka do rozmowy, chyba że samo ją nawiąże – wówczas koniecznie z nim porozmawiaj; pamiętaj jednak, aby samemu mówić niewiele, nie tłumaczyć ani nie interpretować opowieści czy nie porównywać bohatera bajki z dzieckiem – raczej niech to ono mówi, odnajdując w tobie zainteresowanego słuchacza;
- jeżeli dziecko zadaje pytania, staraj się nie udzielać odpowiedzi, ale raczej odbijać je, mówiąc np. „A jak sądzisz?”, „A co ty o tym myślisz?”;
- nie sugeruj odpowiedzi ani ich nie oceniaj, a jeśli to ty pytasz, używaj form otwartych, np. zamiast „Czy biedronka była smutna?” zapytaj: „Jak myślisz, jak czuła się biedronka?”;
- mogą pojawić się między wami – tobą i dzieckiem – różnice w odczuwaniu emocji i postrzeganiu elementów opowieści; nie przekonuj go wówczas, ale uszanuj jego widzenie świata;
- gdy dziecko nie chce rozmawiać, to wcale nie musi oznaczać, że bajka jest mu obojętna; to tylko jedna z możliwości, równie dobrze mały słuchacz może odczuwać potrzebę przepracowania sobie tekstu samodzielnie – daj mu tę szansę;
- po przeczytaniu bajki możesz też zaproponować dziecku wykonanie rysunku; może mu to pomóc w uzewnętrznieniu własnych emocji i interpretacji usłyszonej opowieści.

Obok oddziaływania terapeutycznego, zadaniem tej formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej, jaką stanowi bajkoterapia, jest również wspieranie, realizowane na kilku poziomach:

- ◆ wsparcie informacyjne: od osób przeżywających podobne trudności dziecko otrzymuje konkretne informacje, co ułatwia mu zrozumienie przyczyn i sensu stresujących wydarzeń;
- ◆ wsparcie instrumentalne: propozycje skutecznych strategii, sposobów działania, radzenia sobie odnoszące się do konkretnych sytuacji i okoliczności;
- ◆ wsparcie duchowe: zawarte w opowieściach treści poprawiające nastrój, budujące nadzieję, wyzwalające energię, skłaniające do działania;
- ◆ wsparcie emocjonalne: świadomość, iż innym również przydarzają się podobne, a czasem nawet trudniejsze sytuacje; porównywanie siebie z nimi sprzyja podtrzymaniu u dziecka pozytywnej samooceny, daje mu szansę pozbycia się nagromadzonych emocji negatywnych oraz kreowania pozytywnych, stwarza możliwość zastępczego doświadczenia zrozumienia i akceptacji.

Nieco inny charakter, a co za tym idzie także budowę, posiadają bajki *relaksacyjne*. Ich zadaniem jest wywołanie odprężenia, rozluźnienia i uspokojenia. Bazują na zasadach treningu autogennego Schultza, a podstawą ich konstrukcji jest wizualizacja, której celem jest wyzwolenie określonych stanów emocjonalnych. Warto po nie sięgnąć po dniu bogatym w emocjonujące wydarzenia, szczególnie wówczas, gdy były one dla dziecka trudne i stresujące (np. po wizycie u dentysty, badaniach czy szczepieniu). Specyficzne dla bajki relaksacyjnej elementy i cechy:

- ważną rolę odgrywa w nich wyobraźnia, opowieść powinna więc silnie ją angażować;
- bohater bajki jak najpełniej obserwuje i doświadcza, pojawiają się w niej odwołania do wszystkich zmysłów (np. opisywanie szumu drzew czy wiatru, widoku fal wolno przybijających do brzegu, przywoływanie zapachów); warto wykorzystać elementy, takie jak: kąpiel pod wodospadem, picie wody ze źródła czy unoszenie się w powietrzu, latanie;
- fabuła rozgrywa się w znanym dziecku miejscu, które jest opisywane jako przyjazne, spokojne i bezpieczne;
- akcja rozwija się powoli, nie jest dynamiczna – bohater głównie przeżywa to, czego doświadcza;
- czas trwania to mniej więcej 3 - 7 minut;
- przed czytaniem/opowiadaniem dobrze jest wprowadzić dziecko w stan rozluźnienia mówiąc, np.: „teraz posłuchasz bajki, usiądź sobie bardzo wygodnie, przymknij oczy, wsłuchaj się w swój oddech...”;
- ważne, aby również osoba czytająca/opowiadająca sama była odprężona, miała wyrównany oddech, wypowiadała się cicho i spokojnie;
- lekturze może towarzyszyć jakaś relaksująca, delikatna muzyka.

Długotrwałe stosowanie tego rodzaju bajek pomaga dziecku w nauce samodzielnego podejmowania relaksujących działań poprzez przywoływanie obrazów o kojącym znaczeniu.

Bajkoterapia jest szczególnie polecana małym pacjentom w wieku pomiędzy 5. a 12. rokiem życia, ponieważ nie posiadają oni jeszcze specyficznych umiejętności radzenia sobie z trudnymi, stresującymi sytuacjami, w związku z czym są one odczuwane szczególnie dotkliwie. W takich okolicznościach najbardziej potrzebują kontaktu, jasnych i zrozumiałych, spokojnie podanych informacji oraz dużego wsparcia.

Opowieści terapeutyczne mogą stosować nie tylko profesjonalści (terapeuci, psychologowie, pedagodzy, personel medyczny), ale także inne osoby wchodzące w relacje z dzieckiem: rodzice, starsze rodzeństwo, pozostałe osoby bliskie z kręgu rodziny i przyjaciół czy wolontariusze.

Bajki terapeutyczne, poza dzieckiem które jest ich odbiorcą, dodatkowo pomagają również osobom doświadczającym wspólnie z nim trudnej sytuacji – rodzicom, rodzeństwu, dziadkom czy rówieśnikom. Ułatwiają one przede wszystkim zdobycie bądź rozwinięcie wiedzy, a także zrozumienie, z czym boryka się dziecko doświadczające trudności. Opowiadanie czy czytanie bajek zbliża, sprzyja wzajemnemu rozumieniu i budowaniu więzi.

Równie ważny jest aspekt indywidualności charakterystyczny dla tej metody. Zawsze możemy znaleźć lub stworzyć bajkę adekwatną do potrzeb oraz sytuacji konkretnego dziecka. Zdecydowanie zwiększa to prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych efektów. Poza pozycjami książkowymi czy zbiorami opowieści do słuchania w formie audiobooka, osoby zainteresowane tą formą pomocy dziecku mogą

również skorzystać z witryn internetowych, proponujących napisanie bajki dedykowanej konkretnemu dziecku i jego problemom. Jeżeli zaś sami dobrze radzimy sobie językowo czy mamy uzdolnienia literackie, możemy samodzielnie stworzyć taką opowieść. W tym przypadku przydatne może okazać się uczestnictwo w warsztatach z bajkoterapii, dostępnych zarówno dla rodziców, jak i profesjonalistów.

### **Piśmiennictwo**

1. Brett D.: Bajki które leczą (część 1 i 2). GWP, Gdańsk, 2003.
2. Molicka M.: Bajki terapeutyczne (część 1 i 2). Wyd. Media Rodzina, Poznań. 1999.
3. Molicka M.: Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii. Wyd. Media Rodzina, Poznań, 2002.
4. Tomaszewska J., Kołyszko W.: Opowieści z Planety Holo. Wyd. Fundacji, Drabina Rozwoju.
5. Sęk H., Cieślak R. (red.): Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa, 2004.
6. Bajkoterapia, czyli dla małych i dużych o tym, jak bajki mogą pomagać. Praca zbiorowa. Wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa, 2009.



**Fiedorczyk Irena<sup>1</sup>, Fiedorczyk Justyna<sup>2</sup>, Fiedorczyk Anna<sup>3</sup>**

## **Troska matek o dziecko w okresie życia wewnątrzmacicznego i porodu – wskazówki do uwzględnienia w standardzie okołoporodowym**

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących z Oddziałami Integracyjnymi im. St. Staszica w Białymstoku

<sup>3</sup> Studentka VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

### **Wstęp**

Rozwój dziecka dokonuje się zgodnie z kolejnymi etapami pozostającymi ze sobą w ścisłym powiązaniu. Każdy z określonych etapów posiada odrębną strukturę somatyczną i psychiczną znajdującą swój wyraz w swoistym sposobie zachowania. Wspomaganie rozwoju powinno w maksymalnym stopniu kształtować się zgodnie z tymi etapami, które odpowiadają odrębnym rzeczywistościom funkcjonowania dziecka [1].

Rozwój człowieka jest wypadkową działania zasadniczo dwóch czynników: genetycznego i środowiskowego [2]. W zestawach genów zawarte są determinanty wyznaczające cechy danego człowieka i określające jego rozwój. Czynniki genetyczne wywierają wpływ na rozwój somatyczny w dużym stopniu przez układ hormonalny (przysadka mózgową, tarczycę, gonady). Hormony płciowe i hormony tarczycy decydują o prawidłowości wielu procesów rozwojowych już w okresie prenatalnym [8, 9]. Dostateczny transport przezłożyskowy matczynych hormonów tarczycy, a później synteza hormonów w tarczycy płodu, mają zasadnicze znaczenie dla rozwoju jego mózgu. Bardzo ważne jest prawidłowe stężenie hormonów tarczycy u matki. Nieleczona wrodzona niedoczynność tarczycy może prowadzić do ciężkich zaburzeń rozwoju układu nerwowego: opóźnienia rozwoju umysłowego, niedosłuchu, spastycznego porażenia kończyn [3].

Rozwój zarodka, a dalej płodu uważa się za cud natury, gdyż z embrionu wielkości zaledwie 5 mm w czwartym tygodniu życia, w ciągu prawie 40 tygodni ciąży powstaje płód mierzący ok. 50 cm i ważący ponad 3 kg [4].

Niezwykle wrażliwy na czynniki zewnętrzne jest czas między 6. a 8. tygodniem życia wewnątrzmacicznego. Wówczas zwiększa się wrażliwość, np. na zakażenia wirusowe, nikotynę, alkohol, promieniowanie, liczne leki, stany niedożywienia matki, niedobory, zatrucia, choroby. Wtedy najczęściej dochodzi do poronień [5].

Warunki środowiskowe mają także poważny wpływ na rozwój, wpływ ten zaznacza się już w okresie życia płodowego. Wśród warunków środowiskowych, według danych literaturowych, na pierwszym miejscu ustawia się prawidłowe żywienie, czyli zapewnienie dowozu w odpowiedniej ilości niezbędnych dla prawidłowego rozwoju składników, takich jak: aminokwasy, witaminy, sole mineralne, a także tlen. Niedożywienie w pierwszym etapie może spowodować zahamowanie rozmnażania się komórek i mniejszą ich ilość na całe życie, a więc nieodwracalne uszkodzenie rozwoju.

Badania wykazują, iż około 30. tygodnia życia płodowego zwalnia się rozmnażanie się komórek, a rozpoczyna się przyrost ich wielkości [6].

Według danych literaturowych o dynamice wzrastania decyduje żywienie. Negatywne uwarunkowania rozwoju są przede wszystkim wynikiem energetyczno – białkowego niedożywienia przewlekłego. Niedobór białka w okresie prenatalnym opóźnia rozwój ośrodkowego układu nerwowego, a postnatalnie – układu kostno – mięśniowego i dojrzewania płciowego. Następstwa przewlekłego niedożywienia w okresie prenatalnym zależą głównie od okresu zadziałania negatywnego bodźca, szybkości podziałów komórkowych i intensywności mielinizacji. Skutkiem może być zmniejszenie masy mózgu i opóźnienie procesu mielinizacji. Wykazano, że czteromiesięczne niedożywienie w pierwszych dwóch trymestrach ciąży doprowadza do trwałego obniżenia ilorazu inteligencji [7].

Unikanie trucizn egzogennych jest wymiernym elementem profilaktyki niepowodzeń prokreacji – w tym szczególnie asymetrycznej postaci opóźniania wzrastania płodu i wcześniactwa noworodków. Obrona przed egzogennymi truciznami to przede wszystkim w wymiarze profilaktycznym – prowadzenie zdrowego stylu życia, który wyklucza nikotynizm, spożywanie alkoholu czy używanie narkotyków [8]. Chronienie płodu przed zakażeniem jest podstawową powinnością matki, ponieważ płód dysponuje niewielkimi możliwościami obronnymi.

Stan zdrowia matki, jej kondycja fizyczna w zasadniczy sposób wpływa na rozwój dziecka. Prawidłowemu rozwojowi płodu sprzyja także zapewnienie matce jak najlepszych warunków bytowych, atmosfery spokoju i bezpieczeństwa. Nie bez wpływu okazuje się wiek rodziców, głównie matki oraz kolejność ciąży, z której rodzi się dziecko. Udowodniono wpływ starszego wieku matek na częstsze występowanie niektórych wad wrodzonych, np. zespołu Downa. W porównaniu do przeciętnej częstość jego występowania w ogólnej populacji 1: 700 urodzeń u kobiet rodzących powyżej 40. roku życia zagrożenie wystąpieniem zespołu Downa zwiększa się dwudziestokrotnie (1:50 porodów) [2, 9].

Częstość występowania wrodzonych wad rozwojowych u noworodków szacuje się na około 3%, znawcy tematu podkreślają, że rzeczywisty odsetek jest wielokrotnie wyższy, gdyż około 50% płodów z anomaliami ulega poronieniu lub obumarciu w okresie życia wewnątrzmacicznego. Wrodzone wady rozwojowe są jedną z najczęstszych przyczyn śmierci noworodków [10].

Bardzo często przy analizowaniu rozwoju człowieka wypowiedane jest następujące zdanie: człowiek nigdy nie jest tak bliski śmierci, jak w chwili, gdy się rodzi. Zarówno organizm matki, jak i płód przygotowuje się do porodu. W czasie porodu niezwykle istotna jest walka z niedotlenieniem płodu, ponieważ skurcze macicy powodują zamykanie naczyń krwionośnych łożyska i utrudnione krążenie, a to z kolei może wywołać niebezpieczne niedotlenienie. Umieralność okołoporodowa, mimo ogromnego postępu medycyny, nadal jest największa w ciągu całego życia człowieka [11].

Poród w terminie to poród między 38. a 42. tygodniem ciąży. Porody przedwczesne to około 8–12% wszystkich ciąż, stanowią jedno z największych wyzwań dla współczesnej medycyny perinatalnej. Częstość porodu przedwczesnego utrzymuje się od kilkunastu lat na tym samym poziomie, mimo postępu wiedzy w tym zakresie. Według danych literaturowych etiologia tego powikłania ciąży jest wieloczynnikowa, stąd też coraz częściej w literaturze pojawia się termin „zespół porodu przedwczesnego”. Jest on istotną przyczyną zachorowalności i umieralności noworodków oraz trwałego kalectwa [5].

## Cel pracy

Poznanie działań matek na rzecz zdrowia dziecka w okresie prenatalnym i porodu.

## Material i metody

Badania przeprowadzone zostały po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Do badań zostały włączone matki dzieci w okresie niemowlęcym. Badania były realizowane na terenie miasta Białegostoku w losowo wybranych NZOZ lekarzy rodzinnych. Podstawową metodą był sondaż diagnostyczny, techniką ankieta, zaś narzędziem autorski kwestionariusz ankiety.

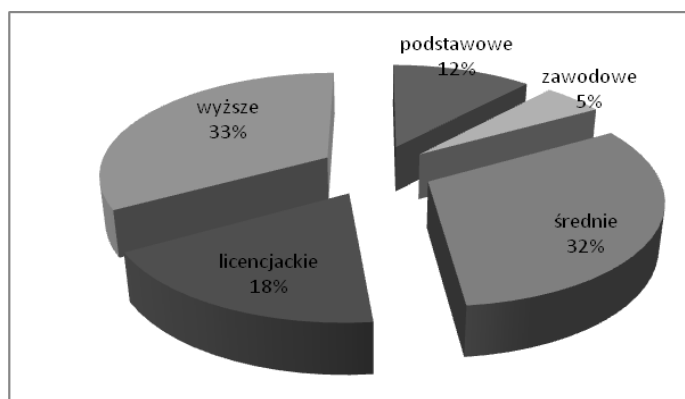
Kwestionariusz ankiety był dostosowany do grupy badawczej. Obejmował pytania dotyczące zachowań zdrowotnych matek w okresie przedkoncepcyjnym, subiektywnej oceny przygotowania do ciąży, subiektywnej oceny zachowań zdrowotnych w okresie ciąży, subiektywnej oceny przygotowania do porodu, subiektywnej oceny stanu zdrowia dziecka po porodzie. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej.

## Wyniki

### Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 60 kobiet, matek dziecka w okresie niemowlęcym.

Średnia wieku w badanej grupie kobiet wyniosła 34,5. Połowa badanej grupy deklaruje wykształcenie wyższe i licencjackie (51%), 1/3 wskazuje na wykształcenie średnie, natomiast mniej niż 1/5 (17%) wskazała wykształcenie podstawowe i zawodowe – obrazuje to Rycina 1. Potencjał intelektualny badanej grupy jest zróżnicowany z wyraźną dominacją wykształcenia wyższego i licencjackiego.

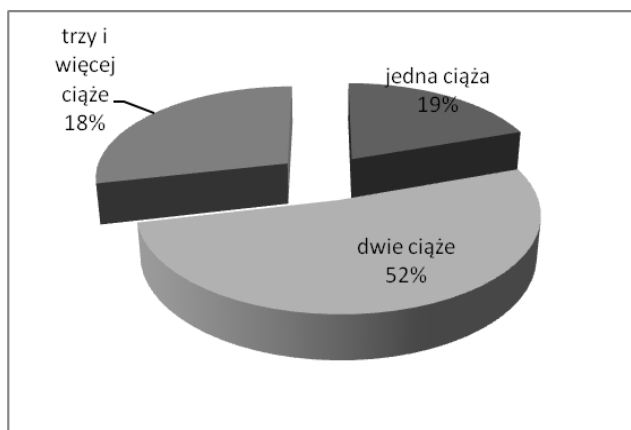


Rycina 1. Wykształcenie badanych kobiet

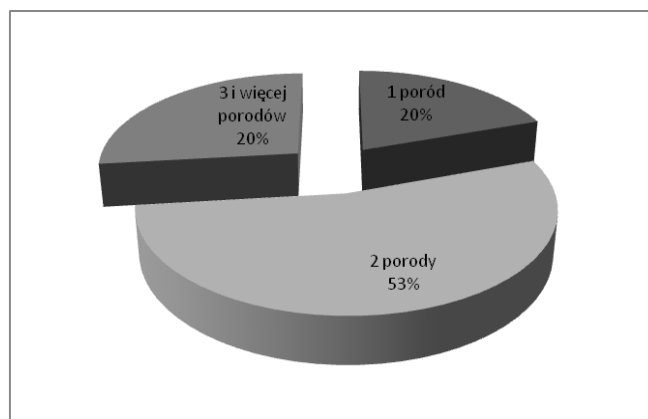
Średnia liczba przebytych ciąży w badanej grupie kobiet wyniosła 2,3. Procentowy rozkład obrazuje Rycina 2, z której wynika, iż ponad połowa ankietyowanych (52%) ma za sobą dwie ciąży.

Średnia liczba porodów w badanej grupie jest nieco niższa niż średnia ciąż – wyniosła bowiem 2,2. Procentowy rozkład obrazuje Rycina 3.

Średnia ocena statusu socjoekonomicznego rodziny badanych kobiet wyniosła 3,8. Połowa ankietowanych (50%) oceniła status rodziny na „4” w pięciostopniowej skali (Tabela 1).



**Rycina 2. Ciąże w badanej grupie kobiet**



**Rycina 3. Porody w badanej grupie kobiet**

**Tabela 1. Subiektywna ocena statusu socjoekonomicznego badanych kobiet**

Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
7	11,6	3	5	0	0	30	50	20	33,4	60	100

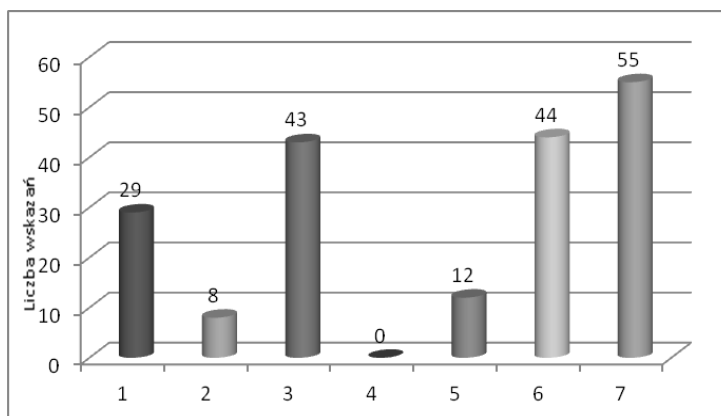


Ankietowane kobiety zostały poproszone o wybranie jednej z pięciu ocen w celu dokonania subiektywnej oceny stanu swego zdrowia. Na podstawie deklaracji respondentek obliczono średnią, która wyniosła 4,45. Szczegółowy, procentowy rozkład danych przedstawia Tabela 2. Zdecydowana większość (70%) zaznaczyła najwyższą ocenę w skali oceniając stan swojego zdrowia.

**Tabela 2. Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
3	5	3	5	0	0	12	20	42	70	60	100

Respondentki zostały poproszone o wybór odpowiedzi opisujących zachowania zdrowotne w okresie poprzedzającym ciążę. Mogły wybrać dowolną ilość odpowiedzi. Zachowania zdrowotne obejmują swym zakresem wszystkie nawyki, zwyczaje i postawy odnoszące się do zdrowia. Najwięcej wskazań (55) uzyskało stwierdzenie: „Posiadałam wiedzę o tym, jak stan zdrowia matki i ojca wpływa na rozwój płodu” i tylko nieznacznie mniej, bo 44 i 43 wskazania dotyczyły stwierdzeń: „Wprowadzałam w swoje życie ogólne zasady, których powinna przestrzegać kobieta przygotowująca się do ciąży (zdrowy, spokojny tryb życia, staranne komponowanie posiłków, dużo ruchu na świeżym powietrzu, regularne przyjmowanie kwasu foliowego)” i „Stan zdrowia – mój i mojego męża/partnera – przy poczęciu nie budził zastrzeżeń”. Tak sformułowane pytanie pozwoliło ujawnić brak świadomości o potrzebie porady przedkoncepcyjnej dotyczącej troski o rozwój płodu: 29 wskazań dotyczyło stwierdzenia: „Nie przygotowywałam się do ciąży, ciąża nieplanowana” i zero wskazań na stwierdzenie: „Wczesny okres mojej aktywności seksualnej był nacechowany troską o ewentualne poczęcie”. Jedyne 8 kobiet deklarowało, iż przygotowywało się do zajścia w planowaną ciążę poprzez poddanie się licznym badaniom oceniającym stan zdrowia. Spośród wszystkich wskazań 12 dotyczyło problemów związanych z obciążeniami genetycznymi i diagnostyką w tym kierunku – czyli kobiety były informowane w okresie przedkoncepcyjnym o możliwościach diagnostyki prenatalnej.



#### Rycina 4. Zachowania zdrowotne matek w okresie przedkoncepcyjnym

1. Nie przygotowywałam się do ciąży, ciąża nieplanowana
2. Przygotowywałam się do zajścia w planowaną ciążę poprzez poddanie się licznym badaniom oceniającym stan mojego zdrowia
3. Stan zdrowia – mój i mojego męża/partnera – przy poczęciu nie budził zastrzeżeń
4. Wczesny okres mojej aktywności seksualnej był nacechowany troską o ewentualne poczęcie
5. Ze względu na obciążenia schorzeniami genetycznymi korzystałam z możliwości diagnostyki prenatalnej
6. Wprowadzałam w swoje życie ogólne zasady, których powinna przestrzegać kobieta przygotowująca się do ciąży (zdrowy, spokojny tryb życia, staranne komponowanie posiłków, dużo ruchu na świeżym powietrzu, regularne przyjmowanie kwasu foliowego)
7. Posiadałam wiedzę o tym, jak stan zdrowia matki i ojca wpływa na rozwój płodu

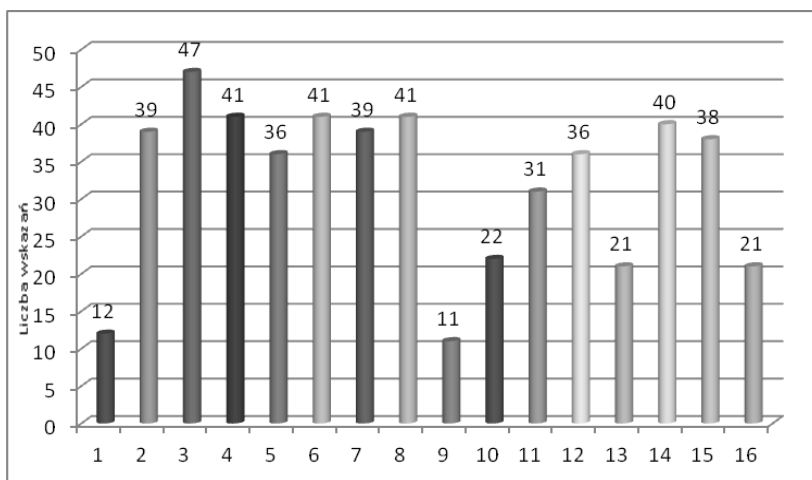
Średnia subiektywna ocena przygotowania do ciąży, dokonana na podstawie deklaracji wyboru jednej z pięciu ocen wyniosła 2,91. Szczegółowy, procentowy rozkład danych obrazuje Tabela 3. Największy procent badanych (28,4%) wybrał ocenę „2” w pięciostopniowej skali.

**Tabela 3. Subiektywna ocena przygotowania do ciąży**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
13	21,6	17	28,4	5	8,3	11	18,3	14	23,4	60	100

Zachowania zdrowotne kobiet w okresie ciąży potwierdzają ich zwiększoną motywację do kształcenia zdrowotnego w okresie oczekiwania na narodziny dziecka. Dominują wskazania ukazujące ich wiedzę i umiejętności w trosce o prawidłowy przebieg ciąży. Najwięcej wskazań zdobyły następujące stwierdzenia: „Posiadałam wiedzę odnośnie czynników wpływających negatywnie na rozwój płodu i przebieg ciąży (47), „Potrafiłam zapewnić sobie najlepszą opiekę medyczną” (41); „Regularnie wykonywałam badania wskazane dla ciężarnej i dla rozwijającego się dziecka” (41); „Posiadałam wiedzę o osiągnięciach rozwojowych dziecka w poszczególnych miesiącach” (41). Najbardziej niepokojąca jest mała liczba wskazań (11) dotyczących otrzymywanego wsparcia ze strony męża/partnera we wszystkich sprawach związanych z ciążą i porodem. Budzi niepokój również mała liczba wskazań dotyczących racjonalnego przygotowywania się do porodu (22 wskazania) oraz świadomości istotności regularnego liczenia ruchów dziecka (21 wskazań). Warto zwrócić uwagę, iż aż 1/5 badanych wskazała na zagrożenia stopniem ryzyka położniczego.

Troska matek o dziecko w okresie życia wewnątrzmacicznego i porodu  
– wskaźniki do uwzględnienia w standardzie okołoporodowym



**Rycina 5. Zachowania zdrowotne kobiet w okresie ciąży**

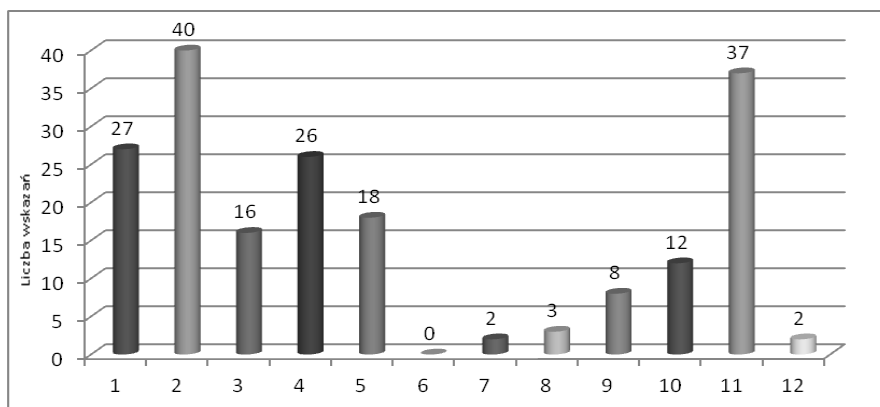
1. Należałam do ciężarnych zagrożonych stopniem ryzyka położniczego przez chorobę
2. Posiadałam wiedzę odnośnie zmian, jakie zachodzą w organizmie kobiety w czasie ciąży
3. Posiadałam wiedzę odnośnie czynników wpływających negatywnie na rozwój płodu i przebieg ciąży
4. Potrafiłam zapewnić sobie najlepszą opiekę medyczną
5. Potrafiłam radzić sobie z charakterystycznymi dolegliwościami poszczególnych trymestrów ciąży
6. Regularnie wykonywałam badania wskazane dla ciężarnej i dla rozwijającego się dziecka
7. Umiejętnie dostosowywałam styl życia i pracę zawodową do potrzeb rozwijającego się dziecka
8. Posiadałam wiedzę o osiągnięciach rozwojowych dziecka w poszczególnych miesiącach
9. Mąż stanowił największe wsparcie we wszystkich sprawach związanych z ciążą i porodem
10. Przygotowywałam się do porodu i znałam alternatywne sposoby łagodzenia bólu porodowego
11. Przygotowywałam dom na przyjęcie dziecka (przygotowywałam wyprawkę noworodka)
12. Przez regularne badania i wizyty profilaktyczne sprawdzałam czy dziecko rozwija się prawidłowo
13. We właściwym czasie rozpoczęłam regularne liczenie ruchów dziecka
14. We właściwym czasie rozpoczęłam przygotowania do podjęcia karmienia piersią
15. Posiadałam podstawową wiedzę odnośnie przebiegu porodu i położu (okresu 6 tygodni po porodzie)
16. Podczas ciąży nie skupiałam się na rozwoju dziecka

Subiektywna (średnia) ocena zachowań zdrowotnych w okresie ciąży wyniosła 3,9. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 4 – największy procent badanych (50%) wybrał ocenę „4” w pięciostopniowej skali.

**Tabela 4. Subiektywna ocena zachowań zdrowotnych w okresie ciąży**

Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
3	5	7	11,6	0	0	30	50	20	33,5	60	100

U największej liczby badanych kobiet poród odbył się drogą cięcia cesarskiego (40 wskazań), stąd też dominującym stwierdzeniem jest: „Nie uczestniczyłam czynnie w akcji porodowej” (37 wskazań). Porodu przedwczesnego dotyczyło 16 wskazań. Bardzo niepokojący jest fakt, iż w dobie intensywnego rozwoju szkół rodzenia i psychoprofilaktyki położniczej, a tym samym opracowań treningowych w zakresie technik oddechowych i relaksacji – zero wskazań dotyczy stwierdzenia: „Doznania porodowe dały mi poczucie spełnienia i satysfakcji” – wymaga to wprowadzenia radykalnych zmian odnośnie metod przygotowujących kobiety do porodu.



**Rycina 6. Postawy kobiet wobec porodu**

1. Przebieg porodu drogami i siłami natury
2. Przebieg porodu drogą cięcia cesarskiego
3. Poród przedwczesny
4. Poród o czasie
5. W trakcie porodu koncentrowałam się na aktualnych doznaniach i starałam się realizować zalecenia położnych
6. Doznania porodowe dały mi poczucie spełnienia i satysfakcji
7. W zachowaniu podczas porodu widoczny był duży poziom niepokoju, lęku
8. Nie potrafiłam dostosować się do wskazań położnej

9. Poród był zadaniem, które należało jak najlepiej wykonać
10. Widoczny był w moim zachowaniu brak zaangażowania w akcję porodową
11. Nie uczestniczyłam czynnie w akcji porodowej
12. Poród traktuję jako nieprzyjemny, bolesny zabieg, który trzeba jakoś wytrzymać

Średnia subiektywna ocena własnego przygotowania do porodu w badanej grupie matek wyniosła 3,25. Szczegółowy rozkład danych prezentuje Tabela 5. Prawie połowa badanych (43,4) wybrała „4” na pięciostopniowej skali.

**Tabela 5. Subiektywna ocena własnego przygotowania do porodu**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
12	20	7	11,6	5	8,4	26	43,4	10	16,6	60	100

## Dyskusja

Tworzone standardy opieki okołoporodowej, oparte na wytycznych WHO, stanowią nowe wyzwania dla położnych. Procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem stanowią obszar medycyny matki, płodu i noworodka. Okres prokreacji wymaga podmiotowego podejścia, ciągłości opieki w obszarze medycyny matczynej – płodowej oraz uwzględnienia nie tylko medycznych, ale też psychologicznych i społecznych potrzeb kobiet i ich rodzin. Standardy kładą duży nacisk na respektowanie prawa kobiety do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, a wiążących się z działaniami personelu i stosowanymi procedurami. Wytyczne uwzględniające bezpieczne macierzyństwo zalecają zakresy świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia, badań i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet ciężarnych, a także od 21. tygodnia ciąży racjonalnego przygotowania praktycznego i teoretycznego do porodu, porodu, karmienia piersią i rodzicielstwa [12].

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG) w 2008 roku wydało rekomendację dotyczącą opieki przedkoncepcyjnej – zwrócono uwagę na rolę edukacji kobiet dotyczącą wpływu zachowań zdrowotnych na jakość płodności [13]. Opieka przedkoncepcyjna to określenie takich metod postępowania oraz wykonanie określonych badań, które mogłyby zapewnić optymalny przebieg ciąży i niezakłócony rozwój płodu ze szczególną ochroną okresu organogenezy [12, 13].

Na podstawie prezentowanego badania można stwierdzić, iż większość kobiet nie korzysta z porady przedkoncepcyjnej dotyczącej troski o rozwój płodu, a okres aktywności seksualnej nie jest nacechowany troską o ewentualne poczęcie. Dlatego też podczas badań profilaktycznych młodzieży szkolnej należy wprowadzać aspekty promocji zdrowia przedstawiające związek między zachowaniami antyzdrowotnymi a obniżoną płodnością oraz zalecać badania i szczepienia, które warto wykonać przed

planowaniem potomstwa. Należy również zapewnić młodzieży możliwość oceny zdrowia prokreacyjnego, leczenia, edukacji oraz oparcia psychicznego. Właśnie w ten zakres powinny wpisywać się działania zawodowe położnej.

W obecnym systemie opieki zdrowotnej wzrasta rola położnej, która powinna brać czynny udział w prowadzeniu ciąży o fizjologicznym przebiegu – przekonując kobiety do aktywnego przeżywania ciąży i pomagając w zrozumieniu przyczyn i przebiegu procesów adaptacji do ciąży i rodzicielstwa. Wyniki uzyskane w badanej grupie kobiet wskazują na niską subiektywną ocenę przygotowania do okresu ciąży (średnia 2,9 w pięciostopniowej skali) oraz braki we własnych zachowaniach zdrowotnych w okresie ciąży (subiektywna ocena 3, 95 w pięciostopniowej skali). Dlatego też kobiecie w okresie ciąży należy poświęcać dostatecznie dużo czasu, aby na podstawie dokładnie zebranego wywiadu połączonego z badaniem ogólnym i położniczym rozpoznać i przedstawić pacjentce ogólne warunki związane z jej zdrowiem oraz udzielić szczegółowej porady dotyczącej stylu życia podczas ciąży, a także określić ewentualne zagrożenia dla rozwoju płodu wynikające ze stanu zdrowia, warunków środowiskowych, stylu życia i wskazać możliwości ich niwelowania.

Nisko wypadła również ocena własnego przygotowania do porodu (3,25 w pięciostopniowej skali). Wzorem porodu jest i pozostanie poród naturalny odbyty drogami i siłami natury, po dobrym przygotowaniu w szkole rodzenia, która jest synonimem psychoprofilaktyki porodowej i położniczej. W prezentowanej w badaniu grupie kobiet dominuje poród drogą cięcia cesarskiego (40 wskazań na 60 badanych). Prowadzona psychoprofilaktyka porodowa nie wpłynęła na zwiększenie oceny własnego przygotowania do porodu u badanych kobiet, a także nie przyczynia się do tego, aby doznania porodowe dostarczyły kobietom poczucia spełnienia i satysfakcji. Dlatego też należy zwrócić uwagę na elementy składowe psychoprofilaktyki porodowej tak, aby edukacja przedporodowa zwiększała liczbę postaw aktywnych wobec porodu.

## **Wnioski**

1. Okres aktywności seksualnej kobiet nie jest nacechowany troską o ewentualne poczęcie.
2. Widoczna jest motywacja kobiet w okresie ciąży do kształcenia zdrowotnego i podejmowania zachowań zdrowotnych na rzecz dziecka.
3. W badanej grupie kobiet można dostrzec bardzo małe zaangażowanie w przygotowania związane z odbyciem porodu.

## **Piśmiennictwo**

1. Debesse M.: Etapy wychowania. Wyd. Żak, Warszawa, 1996, 9 – 17.
2. Mięslowicz I.: Auksologia. Rozwój biologiczny człowieka i metody jego oceny od narodzin do dorosłości. APS, Warszawa, 2001, 22 – 29.
3. Korniszewski L.: Dziecko z zespołem wad wrodzonych. Diagnostyka dysmorfologiczna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1994, 31- 44.
4. Solomon E. P.: Biologia. Wyd. Multiko, Warszawa, 1998, 12 – 31.
5. Leszczyńska – Gorzelak B., Poniedziałek – Czajkowska E., Oleszczuk J.: Czynniki ryzyka przedwczesnego zakończenia ciąży [w:] Poród przedwczesny. Bremborowicz G., Paszkowski T. (red.), Ośrodek Wyd. Naukowych, Poznań, 2005, 62 – 78.
6. Brzeziński Z.: Umieralność niemowląt, umieralność okołoporodowa i niska masa urodzeniowa noworodków w Polsce. IMiDz, Warszawa, 1993.

7. Brzeziński Z., Mazur J.: Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 1- 19 lat w Polsce. IMiDz, Warszawa, 1996.
8. Chazan B: Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1997.
9. Connor J.M., Ferguson – Smith M.A., Podstawy genetyki medycznej. Wyd. Lek., PZWL, Warszawa, 1991.
10. Sieroszewski P., Suzin J., Baś – Budrecka E.: Schemat wykrywania wad wrodzonych płodu w I trymestrze ciąży. Ginekol. Pol., 2003, 74, 10, 1276-1283.
11. Bremborowicz G., Paszkowski T.: Poród przedwczesny. Ośrodek Wyd. Naukowych, Poznań, 2006.
12. Jędrzejewska L.: Standardy opieki okołoporodowej. Nowe wyzwania dla położnych. Położna. Nauka i Praktyka, 2011, 13, 8-11.
13. Płaza K., Bączek G.: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość płodności. Położna. Nauka i Praktyka, 2010, 3, 18- 24.





**Fiedorczyk Irena<sup>1</sup>, Fiedorczyk Justyna<sup>2</sup>, Fiedorczyk Anna<sup>3</sup>**

## **Macierzyństwo wobec dziecka o specyficznych problemach zdrowotnych**

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących z Oddziałami Integracyjnymi im. St. Staszica w Białymstoku

<sup>3</sup> Studentka VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

### **Wstęp**

Macierzyństwo rozumiane jako proces stawania się i bycia matką stanowi główne życiowe doświadczenie kobiety. Badacze macierzyństwa podkreślają, iż kobiety kładą duży nacisk na rolę matki, a przejście do macierzyństwa jest traktowane jako sytuacja kryzysowa [1]. Standard pełnienia roli macierzyńskiej jest coraz wyższy, następuje intensyfikacja oczekiwań i zadań stawianych matce, a przy tym w każdym społeczeństwie funkcjonuje stereotyp macierzyństwa, czyli zespół obiegowych przekonań o funkcjonowaniu kobiety w roli matki.

Na gotowość do macierzyństwa wywierają wpływ: funkcjonowanie emocjonalne kobiety, doświadczenia wyniesione przez nią ze środowiska rodzinnego, jej system wartości, cele życiowe oraz całość sytuacji życiowej [2, 3].

Istnieje wiele trudnych problemów w macierzyństwie, mają one różny charakter i pojawiają się w różnych dziedzinach macierzyńskiej aktywności. Wiele matek staje przed wyzwaniem choroby dziecka – choroby wrodzonej, przewlekłej, z ograniczoną aktywnością. Należy zaznaczyć, iż dziecięce choroby przewlekłe charakteryzuje większa różnorodność w porównaniu z chorobami u osób dorosłych. Najwięcej dzieci w wieku szkolnym cierpi na choroby związane z organicznym uszkodzeniem centralnego układu nerwowego (np. padaczka, mózgowo porażenie dziecięce), choroby alergiczne (alergie skórne i astma oskrzelowa), choroby narządu ruchu i układu krążenia, często w postaci wady serca. Wzrosła liczba dzieci chorych na tzw. zespoły złego wchłaniania (np. celiakia), choroby nowotworowe oraz przewlekłe zakażenia różnych organów [4].

Według danych literaturowych współczesny rozwój neonatologii i pediatrii znacząco zmniejszył śmiertelność noworodków, ale jednocześnie zwiększył liczbę dzieci z różnego typu zaburzeniami i wadami rozwojowymi. Liczną grupę stanowią dzieci z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Przyjmuje się, że około 80% chorób układu nerwowego u dzieci stanowią zespoły chorobowe o charakterze wrodzonym. Pozostałe 20% chorób układu nerwowego u dzieci przypada na choroby będące następstwem procesów zapalnych, nowotworowych, zatruc oraz urazów czaszkomózgowia [5].

Szacuje się, że około 15 – 20% populacji wieku rozwojowego jest dotknięta chorobą przewlekłą, a spośród dziesięciorga żywo urodzonych niemowląt – jedno jest dotknięte przewlekłym schorzeniem lub trwałym kalectwem [6, 7].

Ujęcie macierzyństwa jako indywidualnego doświadczenia kobiety mającej dziecko z chorobą wrodzoną, przewlekłą, z ograniczoną aktywnością należy niewątpliwie do trudnych w sposobie ujmowania, jednak zgromadzone w toku badań wyniki pozwolą uzyskać wiedzę czy postawa matki wobec chorego dziecka jest pomocna w jego chorobie i leczeniu.

## Cele pracy

Celem badań była ocena funkcjonowania psychospołecznego matki dziecka chorego, poznanie postrzegania dzieci i ciężkości ich choroby przez matki.

## Material i metody

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody nr R-I-002/43/2011 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Do badań zostały włączone kobiety, których dziecko ze względu na specyficzne potrzeby zdrowotne korzysta z pomocy i wsparcia specjalistycznych placówek na terenie Białegostoku:

- Zespół Szkół nr 11 w Białymstoku, ul. Rzemieślnicza 16
- Zespół Szkół nr 12 w Białymstoku, ul. Krakowska 19
- Zespół Szkół nr 13 w Białymstoku, ul. Słonimska 38
- Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy, ul. Antoniuk Fabryczny 40
- Ośrodek Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”. Poradnia zaburzeń i wad rozwojowych dzieci, ul. J. Waszyngtona 17 (przy UDSK).

Podstawową metodą był sondaż diagnostyczny, techniką – ankieta, zaś narzędziem - autorski kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz ankiety podzielono na dwie części oraz dane demograficzne.

**I część kwestionariusza:** choroba dziecka jako sytuacja wymuszająca specyficzną postawę matki. Pytania dotyczyły: schorzeń wymuszających specyficzne potrzeby zdrowotne dziecka, czasu zmagania się z chorobą dziecka, reakcji matek na chorobę dziecka, problemów sprawiających trudności w procesie pielęgnowania, problemów wynikających z ciężkości choroby dziecka, zachowań matki w stosunku do chorego dziecka, oceny własnych umiejętności radzenia sobie w sytuacji choroby dziecka.

**II część kwestionariusza:** spełnianie trudnego macierzyństwa. Pytania dotyczyły funkcjonowania matki chorego dziecka, postrzegania macierzyństwa, postrzegania chorego dziecka.

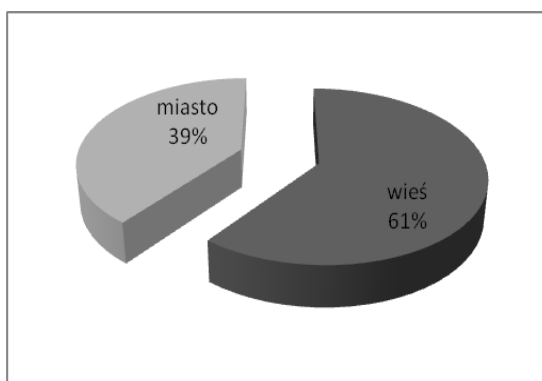
Ankieta demograficzna dotyczyła następujących aspektów: miejsce zamieszkania, wiek matki, wykształcenie matki, aktywność zawodowa, stan cywilny, liczba dzieci w rodzinie.

Narzędzie umożliwiało respondentkom wybór jednej lub kilku odpowiedzi oraz odpowiedź indywidualną, osobistą, uzupełniającą odpowiedzi zaproponowane w kwestionariuszu. Badania przeprowadzono w miesiącach: marzec – listopad 2011 roku.

## Wyniki

### Charakterystyka badanej grupy

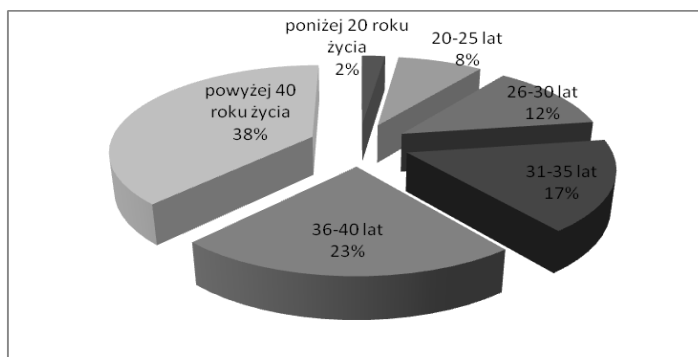
W badaniu wzięło udział 137 matek posiadających dziecko przewlekle chore, będące pod opieką różnych placówek specjalistycznych na terenie miasta Białystok. Dominującym rodzajem niepełnosprawności w placówkach jest upośledzenie umysłowe o różnym stopniu nasilenia. Większość badanych matek to mieszkanki środowiska wiejskiego – 61% respondentek, mieszkanki miasta stanowią 39% matek – Rycina 1.



**Rycina 1. Miejsce zamieszkania badanych matek**

Największa grupa respondentek to matki powyżej 40. roku życia (38%). Prawie co czwarta badana znajduje się w przedziale wiekowym 36 – 40 lat. Nieco mniej niż 1/5 (17%) to matki w przedziale wiekowym 31-35 lat. Najmniej liczną grupę stanowią matki w przedziale wiekowym 20 – 25 lat (8%), a poniżej 20. roku życia to 2% respondentek, co obrazuje Rycina 2.

Zaznacza się duża rozpiętość wiekowa respondentek badanej grupy matek, co umożliwia analizowanie funkcjonowania kobiety - matki chorego dziecka w całym okresie wieku reprodukcyjnego.



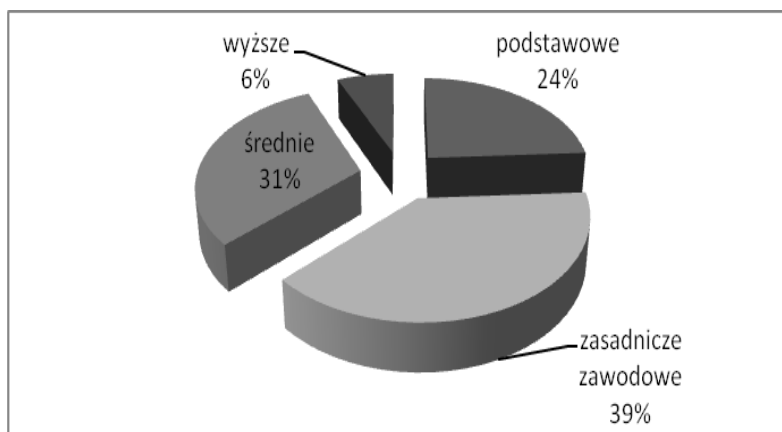
### Rycina 2. Wiek badanych matek

Mniej niż połowa respondentek (39%) zadeklarowała wykształcenie zasadnicze zawodowe (jest to najliczniejsza grupa badanych), natomiast co trzecia badana zaznaczyła wykształcenie średnie. Podstawowe wykształcenie reprezentuje co czwarta badana matka, a zaledwie 6% kobiet posiada wykształcenie wyższe – Rycina 3.

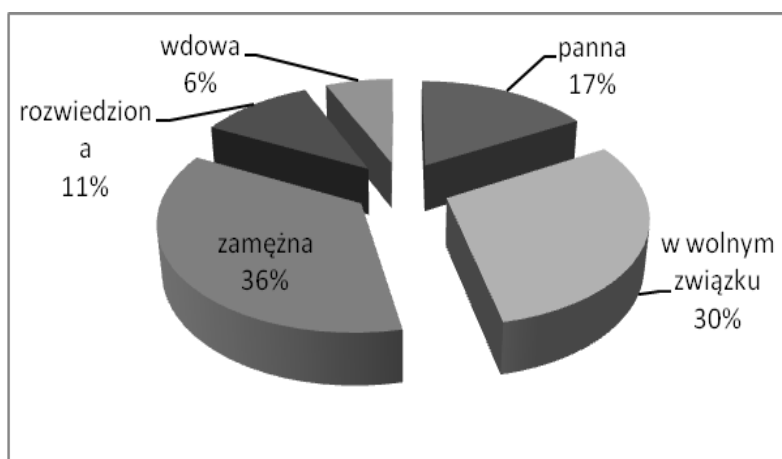
Potencjał intelektualny badanej grupy jest zróżnicowany z wyraźną dominacją wykształcenia podstawowego i zasadniczego zawodowego.

Spośród badanych kobiet 36% deklaruje funkcjonowanie w związku małżeńskim i tylko nieco mniej, bo 30% funkcjonuje w wolnym, niezalegalizowanym związku. Na samotne macierzyństwo, z różnych powodów (panna, wdowa, rozwiedziona) wskazuje 34% ankietowanych matek (Rycina 4).

Podsumowując można zauważyć, iż ponad połowa respondentek (66%) posiada wsparcie męża/partnera – przynajmniej w zakresie formalnym.

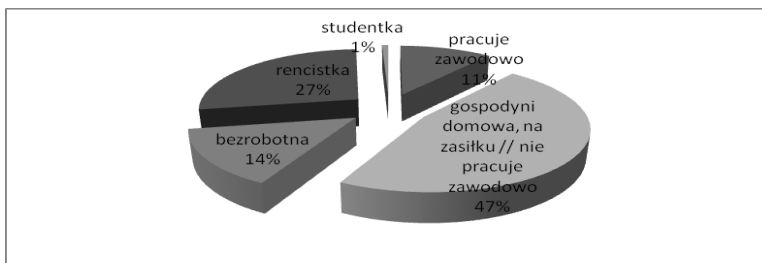


### Rycina 3. Wykształcenie badanych matek



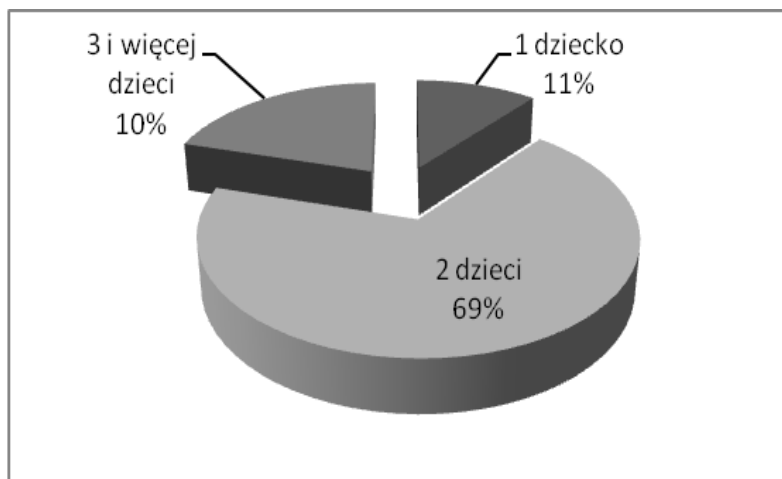
#### Rycina 4. Stan cywilny badanej grupy matek

Zdecydowana większość badanych matek (88%) nie pracuje zawodowo, z różnych powodów (zasilek, bezrobotna, rencistka) – aż ¼ z tej grupy posiada obciążenia zdrowotne predysponujące do posiadania renty. Na aktywność zawodową wskazało zaledwie 11% matek – Rycina 5. Z pewnością taki rozkład funkcjonowania zawodowego matek przyczynia się do trudnej sytuacji socjoekonomicznej rodziny przewlekle chorego dziecka.



#### Rycina 5. Funkcjonowanie zawodowe badanych matek

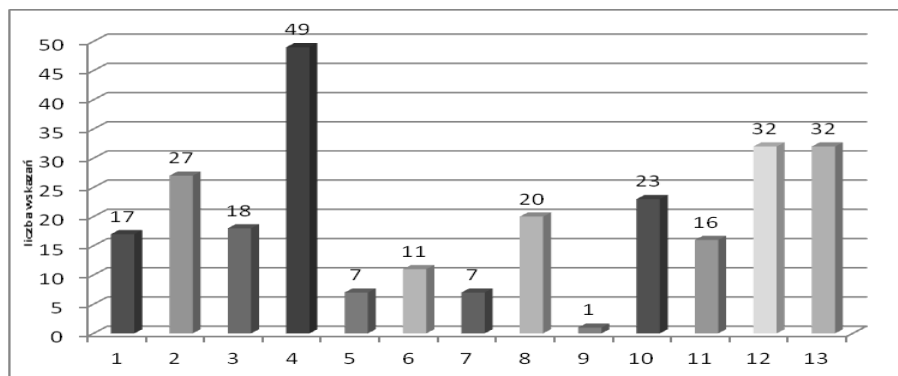
Średnia liczba dzieci w rodzinie, na podstawie deklaracji matek, to troje dzieci. Procentowy rozkład liczby dzieci w rodzinie obrazuje Rycina 6.



#### Rycina 6. Liczba dzieci w rodzinie

Choroba przewlekła dziecka wyzwała w matkach wiele negatywnych przeżyć oraz spadek poczucia własnej wartości. Są to przeżycia świadczące o kryzysie psychicznym i fizycznym. Na ten stan wskazuje wybór następujących określeń: „Jestem zagoniona” (49 wskazań), „czuję się jak kobieta ukarana przez życie” (32), „jestem zmęczona odpowiedzialnością za dziecko” (27), „mam duże poczucie bezradności” (20), „jestem przygnębiona” (18). Niepokój matek budzi również perspektywa przyszłego życia ich dziecka, na lęk o przyszłość wskazują 32 respondentki. Najmniej wskazań

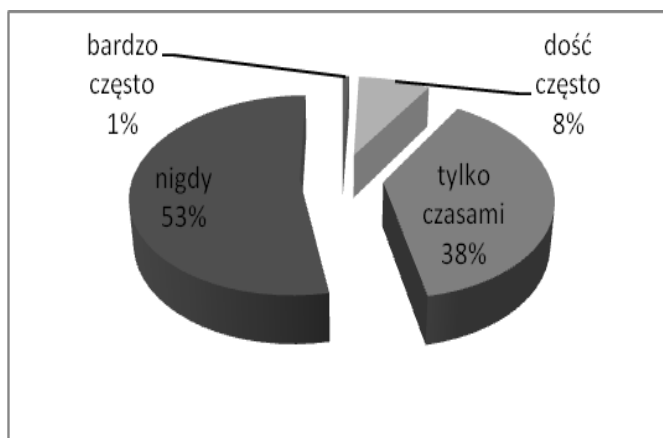
obejmują następujące określenia: „nie jestem doceniana jako matka” (5), „jestem niezadowolona z siebie jako matki” (7), „obwiniam siebie” (1) – Rycina 7.



Rycina 7. Funkcjonowanie matki chorego dziecka

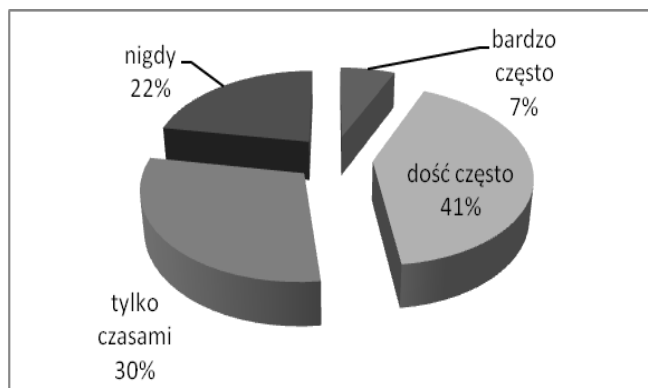
1. Panuję nad wszystkim, jestem w dobrej formie
2. Jestem zmęczona odpowiedzialnością za dziecko
3. Jestem przygnębiona – utrata życiowej energii
4. Jestem zagoniona, cały czas w pośpiechu
5. Nie jestem doceniana jako matka
6. Ucieczka od ludzi, poczucie samotności i opuszczenia
7. Jestem niezadowolona z siebie jako matki
8. Mam duże poczucie bezradności
9. Obwiniam siebie
10. Mam kłopoty finansowe
11. Zostałam wyłączona z normalnego życia
12. Czuję się jak „kobieta ukarana przez życie”
13. Lęk o przyszłość i zniechęcenie

Macierzyństwo to złożone, pozytywno-negatywne aspekty posiadania dzieci, nie istnieją kobiety, które by w związku z macierzyństwem nie przeżywały niepokojów, wątpliwości, rozterek, a przy tym nie odczuwały żadnych pozytywnych emocji. Analizując postrzeganie macierzyństwa matek dzieci bardzo ciężko chorych można wyróżnić 3 podgrupy kobiet: 53% respondentek to matki nastawione pozytywnie, mimo ogromu sytuacji stresowych i trudnych pod względem opiekuńczo-wychowawczym; matki ambiwalentne stanowią 38% badanych kobiet, deklarują pozytywne nastawienie, ale podświadomie czują się rozczarowane; natomiast matki jawnie rozczarowane macierzyństwem stanowią 9% badanych kobiet – Rycina 8.



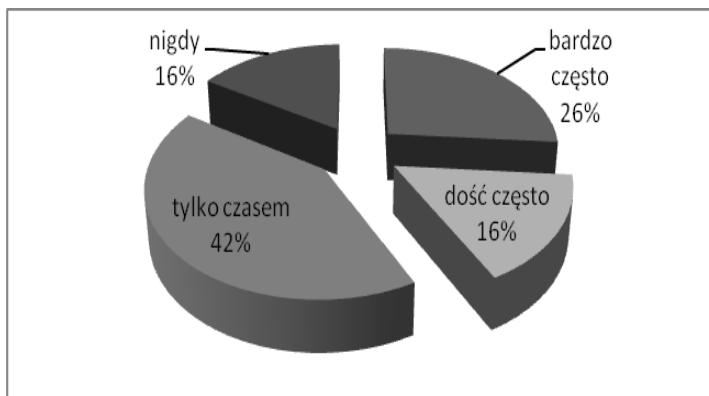
**Rycina 8. Postrzeżenie macierzyństwa jako rozczarowania**

Prawie połowa respondentek (48%) deklaruje bardzo i dość częste poczucie satysfakcji z bycia matką. Ambiwalencję można dostrzec w deklaracjach 30% ankietowanych, które tylko czasami doświadczają poczucia satysfakcji z bycia matką. Nigdy takowej satysfakcji nie odczuwa co piąta badana (22%) – dane te obrazuje Rycina 9. Niezadowolenie z macierzyństwa może niekorzystnie odbijać się na relacjach tej grupy kobiet z chorym dzieckiem.



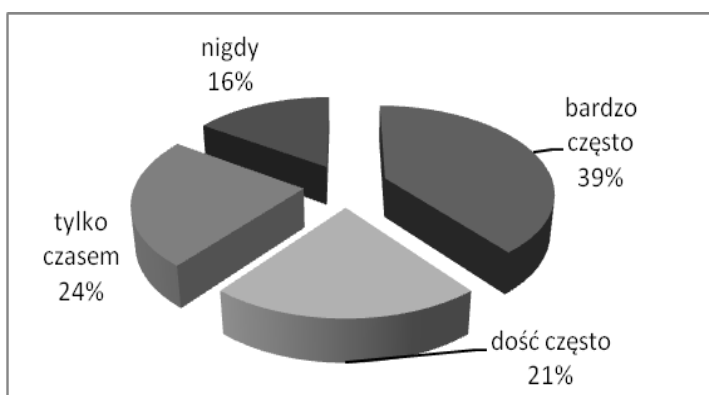
**Rycina 9. Poczucie satysfakcji z macierzyństwa**

Stosunek matki do dziecka, wyrażający się we właściwej postawie, wyznacza dziecku pozycję pełnowartościowego człowieka. Matki nastawione pozytywnie wobec dziecka to 16% badanych. Postawę ambiwalentną w stosunku do dziecka reprezentuje 42% ankietowanych, natomiast jawne postrzeżenie dziecka jako kłopot – deklaruje 42% matek (bardzo często i dość często) – Rycina 10.



**Rycina 10. „Dziecko to kłopot” - opinie matek**

Dzieci przejawiają typowe oznaki przywiązania emocjonalnego do matek, okazując matce uczucie i manifestując dużą wrażliwość na obecność matki. Natomiast dzieci dotknięte schorzeniami przewlekłymi mogą ujawniać w sposób nietypowy przywiązanie do matki. Dlatego też duże poczucie bycia kochaną przez dziecko deklaruje 60% badanych matek. Ambiwalencję w odbiorze uczuć dziecka do matki wskazało 24% respondentek, czyli co czwarta badana. Zdecydowanie nigdy nie doświadcza uczucia przywiązania dziecka 16% ankietowanych matek – Rycina 11.



**Rycina 11. Poczucie bycia kochaną przez dziecko**

## Dyskusja

Najbardziej pożądaną reakcją w sytuacji choroby dziecka jest dojrzałe, mądre macierzyństwo - dostarczanie w sposób umiejętny możliwości zaspokojenia potrzeby miłości, bezpieczeństwa, przywiązania, pozytywnych reakcji, wsparcia, troski o życzliwość osób spoza środowiska rodzinnego, niedopuszczanie do izolacji czy opuszczenia.



Choroba przewlekła dziecka wymaga od matki znajomości chorego organizmu oraz przestrzegania zaleceń lekarskich. Najbardziej niebezpieczną postawą matki jest zaprzeczanie chorobie dziecka czy też psychiczne uwalnianie się od obciążeń z nią związanych. Na duże zaangażowanie emocjonalne, uczuciowe wskazuje zaledwie 1/5 badanych, a przecież dotykanie dziecka, pieszczenie, tulenie stymuluje jego wzrost i rozwój. Maciarz przytacza odkrycie szwedzkich neurofizjologów, którzy wykryli specyficzną sieć neuronów w mózgu, spełniających rolę przewodnika czułości. Przewodzone za ich przewodnictwem bodźce stymulują rozwój sprawności umysłowej dziecka. Wielu specjalistów przypisuje pobudzeniu i stymulacji dotykowo – uczuciowej mózgu małego dziecka możliwość pokonywania nawet genetycznie uwarunkowanych ograniczeń jego rozwoju – tak więc potencjał naszego mózgu zależy bardziej od rodzicielskiej czułości niż od genów [8].

Badania różnych autorów potwierdziły u wielu dzieci przewlekłe chorych powstanie zaburzeń typu nerwicowego na tle zmian funkcji mózgu, w postaci zakłóceń snu, lękliwości, nadpobudliwości, zaburzeń naczynioruchowych i wegetatywnych. Zwiększenie niepełnosprawności dziecka w przebiegu niektórych chorób jest spowodowane także szkodliwym wpływem przewlekłej choroby na inne narządy. Niektóre choroby stwarzają zagrożenie uszkodzenia różnych organów ciała [9].

Wiadomość o przewlekłej chorobie dziecka stanowi dla rodziców, a szczególnie dla matek, które zwykle są silniej związane emocjonalnie z dzieckiem niż ojciec – zdarzenie szokowe. Szok generuje wiele negatywnych przeżyć, są to przeżycia świadczące o kryzysie psychicznym, który w indywidualnych przypadkach ma różny stopień nasilenia i czas trwania. W przeprowadzonych badaniach 16% matek doświadczało szoku jako reakcji właściwej dla pierwszego etapu niepomyślnej diagnozy dziecka. Może to świadczyć o tym, że duży procent matek jest w silnym kryzysie psychicznym (średnia zmagania się z chorobą to ponad 8 lat). Fakt ten może potwierdzać duży procent matek oczekujących wyleczenia dziecka (ponad 20%).

Zachowania obronne, na które wskazuje ¼ badanych matek mogą świadczyć o uwolnieniu się od przeżyć kryzysowych, próbie racjonalizacji trudnej sytuacji – stan taki może stać się podłożem stopniowego rozluźniania więzi matki z chorym dzieckiem i doprowadzić do unikania trudnych problemów wynikających ze specyficznych potrzeb dziecka.

Każda matka obiera własny sposób radzenia sobie z obciążeniami spowodowanymi chorobą i leczeniem dziecka. Styl radzenia sobie z trudnościami wpływa zarówno na fizyczny, jak i psychiczny stan matki dziecka. Brak odpowiedniej pomocy w tak trudnym macierzyństwie wyzwała w matce poczucie osamotnienia, co osłabia wiarę we własne możliwości i umiejętności. Właściwa opieka, pielęgnacja chorego dziecka jest sztuką, którą większość matek opanowuje z powodzeniem, chociaż w pierwszym okresie dostarcza ogromnych trudności przy nabywaniu nowych dla siebie umiejętności. Pomocne jest niewątpliwie głębokie przekonanie o znaczeniu opieki macierzyńskiej dla rozwoju dziecka. Jest to tym bardziej istotne w momencie, gdy nauka zaczyna dostarczać coraz więcej dowodów na to, iż macierzyństwo należy pojmować raczej w kategoriach daru niż instynktu [10 - 13].

Dlatego też rozpatrywanie macierzyństwa poprzez obraz choroby dziecka to bardzo ważny i potrzebny kierunek badań – chociażby ze względu na profilaktykę postaw wobec macierzyństwa i odpowiednią promocję zdrowia.

## **Wnioski**

1. Na podstawie stwierdzeń opisujących funkcjonowanie matki chorego dziecka można wnioskować, iż istnieje zagrożenie odrzuceniem emocjonalnym dziecka.
2. Dziecko z chorobą przewlekłą, niepełnosprawnością, utrudnieniami w rozwoju jest odbierane przez matki przez pryzmat ich własnych uciążliwości z tym związanych, co wypacza racjonalny obraz choroby dziecka, a przez to wzmacnia nieadekwatną reakcję na chorobę dziecka.
3. Macierzyństwo sprzyjające rozwojowi dziecka i minimalizujące negatywne skutki choroby przewlekłej w rozwoju i życiu dziecka występuje jedynie u 1/5 badanych.

## **Piśmiennictwo**

1. Budrowska B.: Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety. Funna, Warszawa, 2006, 32 – 45.
2. Maciarz A.: Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych. Wyd. ŻAK, Warszawa, 2004, 13 – 34.
3. Kościelska M.: Trudne macierzyństwo. WSiP, Warszawa, 1998, 18 – 28.
4. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore w roli ucznia. Impuls, Kraków, 1998, 45 – 61.
5. Januszewicz P., Szymborski J.: Zdrowie naszych dzieci. IMiDz, Warszawa, 2001, 23-24.
6. Pilecka W.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Probl. Psychol., 2002, 21 – 43.
7. Kulesza M.: Wybrane aspekty opieki psychologicznej nad dzieckiem chronicznie chorym. Problemy Poradnictwa, 2000, 1, 13 – 18.
8. Maciarz A.: Znaczenie więzi emocjonalno-społecznych w tworzeniu macierzyństwa dla niepełnosprawnego dziecka. Szkoła Specjalna, 2004, 2, 9-14.
9. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie. WSiP, Warszawa, 2006, 28 – 35.
10. Bieńko M.: Spór o instynkt macierzyński. Problemy Opiekunco – Wychowawcze, 2003, 2, 13 – 16.
11. Pawelska J.: Cechy współczesnego macierzyństwa. Małżeństwo i Rodzina, 2005, 1-2, 29 – 39.
12. Dudziak U.: Postawy wobec macierzyństwa. Probl. Alkoh., 1997, 7, 17 - 18.
13. Kasprzak T.: Macierzyństwo – konieczność czy luksus. Niebieska linia, 2004, 2, 3 – 6.

**Fiedorczyk Irena<sup>1</sup>, Fiedorczyk Justyna<sup>2</sup>, Fiedorczyk Anna<sup>3</sup>, Szyszko-Perłowska Agnieszka<sup>4</sup>**

## **Wzory opieki matek nad noworodkiem – wskazówki do uwzględnienia w zakresach tematycznych edukacji przedporodowej**

<sup>1</sup>Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących z Oddziałami Integracyjnymi im. St. Staszica w Białymstoku

<sup>3</sup>Studentka VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>4</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wstęp**

Opiekę nad noworodkiem po wypisie ze szpitala należy zakwalifikować do niezwykle ważnych zagadnień medyczno–organizacyjnych. Przebieg opieki uzależniony jest od aktualnych potrzeb zdrowotno–rozwojowych dziecka i potrzeb rodziny, jej adaptacji do ról rodzicielskich. Zdrowie noworodka, zdrowie rodziny na tym etapie rozwoju zależy od współdziałania lekarzy i położnych [1, 2].

Dziecko wymaga stworzenia odpowiednich warunków życia i kompleksowych rozwiązań w organizacji opieki nad nim. Wiek rozwojowy to okres najmniejszej odporności psychofizycznej i największej wrażliwości na wpływy otoczenia.

W okresie noworodkowym następuje adaptacja narządów do pełnego podjęcia czynności w samodzielnym życiu dziecka po urodzeniu. Według kryterium pediatricznego trwa to około 1 miesiąca – okres ten odznacza się specyfiką fizjologii i patologii, jest on również obciążony największą śmiertelnością dzieci [3]. Na rozwój płodu, długość i masę ciała noworodka wywiera także wpływ budowa ciała rodziców, zwłaszcza matki. Urodzeniowa masa ciała zwiększa się zazwyczaj wraz z kolejnością ciąży – do trzeciej ciąży włącznie. Noworodki z ciąży bliźniaczych częściej rodzą się przedwcześnie i wagą poniżej 2500g [4].

Bardzo ważne jest naturalne karmienie noworodka, a następnie niemowlęcia. Chociażby dlatego, że składniki tego pokarmu są łatwiej przyswajalne niż składniki mleka krowiego, zapewniają ochronę immunologiczną i nie uczulają [5].

Prawidłowy rozwój dziecka może być zapewniony nie tylko przez racjonalne żywienie, lecz także przez zabezpieczenie podstawowych potrzeb psychicznych. Fundamentalne znaczenie dla całokształtu rozwoju dziecka na równi z przestrzeganiem zasad higieny i prawidłowego żywienia mają bodźce uczuciowe i interakcja społeczna z matką [4, 6].

W latach osiemdziesiątych Brazelton wykrył, że noworodki już bezpośrednio po urodzeniu wykazują wrażliwość społeczną i są zdolne do reagowania na zachowanie matki, a matka reagując na zachowanie dziecka, sprzyja ustanowieniu „cyklu wzajemnego dialogu” [7]. Na podstawie piśmiennictwa dotyczącego rozwoju interakcji matka – dziecko można wnioskować, iż warunki do wzajemnego kontaktu matki

i dziecka bezpośrednio po porodzie mają znaczenie dla adaptowania się matek do macierzyństwa.

### **Cel pracy**

Poznanie działań matek na rzecz zdrowia dziecka w okresie noworodkowym.

### **Material i metody**

Badania przeprowadzone zostały po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Do badań zostały włączone matki dzieci w okresie niemowlęcym. Badania były realizowane na terenie miasta Białegostoku w losowo wybranych NZOZ lekarzy rodzinnych.

Podstawową metodą był sondaż diagnostyczny, techniką ankieta, zaś narzędziem autorski kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz ankiety był dostosowany do grupy badawczej. Obejmował pytania dotyczące kwalifikacji noworodka po porodzie, subiektywnej oceny własnego postępowania zdrowotnego w stosunku do dziecka w okresie noworodkowym, oceny działań opieki zdrowotnej w stosunku do dziecka w okresie noworodkowym oraz oceny warunków rodzinnych do wzrastania i rozwoju dzieci. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej.

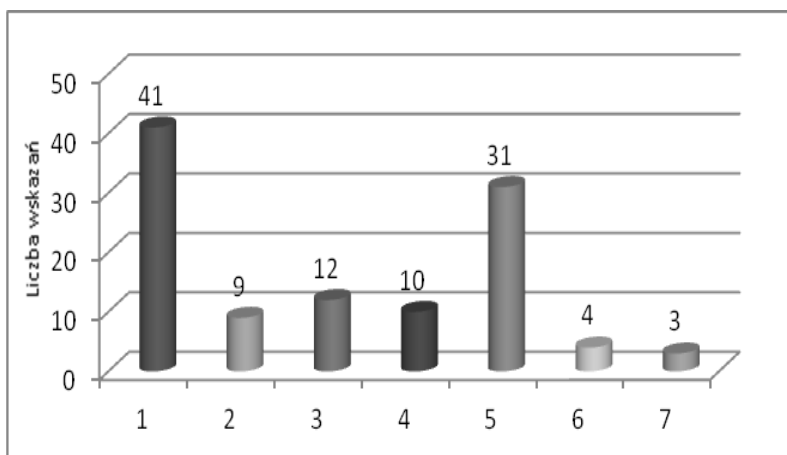
### **Wyniki**

#### **Charakterystyka badanej grupy**

W badaniu wzięło udział 60 kobiet, matek dziecka w okresie niemowlęcym.

- Średnia wieku w badanej grupie kobiet wyniosła 34,5.
- Połowa badanej grupy deklaruje wykształcenie wyższe i licencjackie (51%), 1/3 wskazuje na wykształcenie średnie, natomiast mniej niż 1/5 (17%) wskazała wykształcenie podstawowe i zawodowe.
- Średnia ocena statusu socjoekonomicznego rodziny badanych kobiet wyniosła 3,8 w pięciostopniowej skali. Połowa ankietowanych (50%) oceniła status rodziny na „4”.

Najwięcej wskazań opisujących noworodka po porodzie dotyczyło określenia „noworodek donoszony” (41) i „z prawidłową masą ciała” (31) – dane obrazuje Rycina 1. Natomiast 4 wskazania dotyczyły stwierdzenia: „Noworodek z małą masą urodzeniową ciała (mniej niż 2500 g)” i 3 wskazania: „Noworodek z bardzo małą masą urodzeniową ciała – mniej niż 1500 g”.



**Rycina 1. Klasyfikacja dziecka po porodzie**

1. Noworodek donoszony
2. Noworodek przedwcześnie urodzony
3. Noworodek urodzony po terminie
4. Noworodek z masą ciała powyżej 4000 g
5. Noworodek z prawidłową masą ciała (2500 – 3999 g)
6. Noworodek z małą masą urodzeniową ciała (mniej niż 2500 g)
7. Noworodek z bardzo małą masą urodzeniową ciała – mniej niż 1500 g

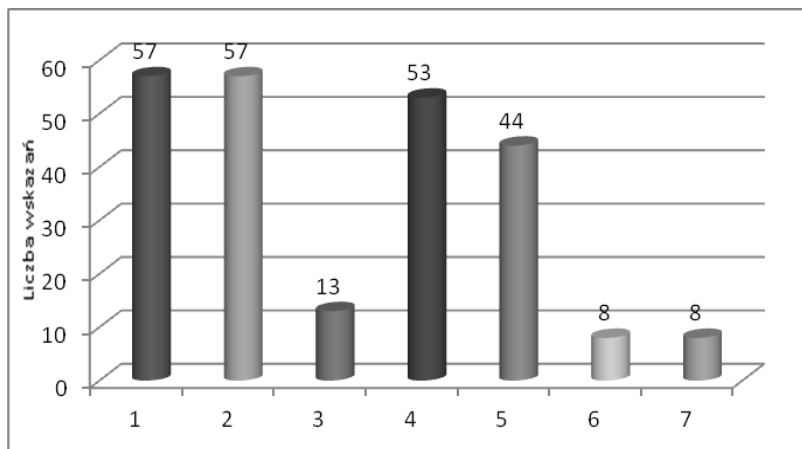
Ankietowane kobiety zostały poproszone o dokonanie subiektywnej oceny stanu zdrowia dziecka po porodzie. W tym celu posługiwały się pięciostopniową skalą. Średnia uzyskanych ocen wyniosła 4,5. Szczegółowy rozkład danych przedstawia Tabela 1, z której wynika, iż 70% respondentek oceniła stan zdrowia swego dziecka po porodzie najwyżej w pięciostopniowej skali.

**Tabela 1. Subiektywna ocena stanu zdrowia dziecka po porodzie**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
0	0	2	3,4	10	16,6	6	10	42	70	60	100

Respondentki zostały poproszone o opowiedzenie się względem stwierdzeń opisujących ich postępowanie w okresie noworodkowym w życiu dziecka – mogły wybrać dowolną liczbę odpowiedzi. Najwięcej wskazań uzyskały stwierdzenia obrazujące umiejętne reagowanie i zabezpieczanie potrzeb dziecka w tym okresie z podkreśleniem, iż okres noworodkowy w życiu dziecka przebiegał bez powikłań. Badane matki umiejętnie wypełniały nowe obowiązki. Najmniej wskazań (13) uzyskało

stwierdzenie dotyczące umiejętności obserwacji prawidłowości rozwoju na tym etapie życia dziecka. Natomiast 16 wskazań dotyczyło postrzegania rozlicznych kłopotów zdrowotnych i problemów pielęgnacyjnych w okresie noworodkowym – to prognozyk matek mających trudności z adaptacją do macierzyństwa (Rycina 2).



**Rycina 2. Zachowania zdrowotne podejmowane przez matki w okresie noworodkowym**

1. Umiejętnie reagowałam na potrzeby pielęgnacyjne noworodka
2. Umiejętnie czuwałam nad rozwojem noworodka poprzez regularne wizyty profilaktyczne, ocenę stanu zdrowia po skończonym 1 miesiącu życia, terminowe szczepienia
3. Potrafiłam obserwować prawidłowości rozwoju, odruchy noworodkowe, przyrost masy ciała
4. Umiejętnie wychwytywałam potrzeby żywieniowe dziecka w trakcie karmienia piersią
5. Okres noworodkowy w życiu dziecka przebiegał bez powikłań
6. Okres noworodkowy w życiu dziecka przebiegał z pewnymi zaburzeniami i problemami
7. Okres noworodkowy sprawiał liczne kłopoty zdrowotne i problemy pielęgnacyjne

Ankietowane kobiety zostały poproszone o dokonanie subiektywnej oceny stanu zdrowia dziecka po wypisie ze szpitala. W tym celu posługiwały się pięciostopniową skalą. Średnia uzyskanych ocen wyniosła 4,2. Szczegółowy rozkład danych przedstawia Tabela 2, z której wynika, iż 60% respondentek oceniła stan zdrowia swego dziecka w okresie noworodkowym po wypisie ze szpitala najwyżej w pięciostopniowej skali, przyznając ocenę „5”.

**Tabela 2. Subiektywna ocena zdrowia dziecka w okresie noworodkowym po wypisie ze szpitala**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	3,4	6	10	0	0	16	26,6	36	60	60	100

Ankietowane kobiety zostały poproszone również o dokonanie subiektywnej oceny własnego postępowania zdrowotnego w stosunku do dziecka w okresie noworodkowym. Średnia uzyskanych ocen wyniosła 4,2. Szczegółowy rozkład danych przedstawia Tabela 3, z której wynika, iż 63,3% respondentek oceniła swoje postępowanie zdrowotne w stosunku do dziecka w okresie noworodkowym najwyżej w pięciostopniowej skali, przyznając ocenę „5”.

**Tabela 3. Subiektywna ocena postępowania zdrowotnego względem dziecka w okresie noworodkowym**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	5	6	10	4	6,7	9	15	38	63,3	60	100

Respondentki dokonały oceny warunków rodzinnych do rozwoju i wzrastania dziecka. Średnia uzyskanych ocen wyniosła 4,1. Szczegółowy rozkład danych przedstawia Tabela 4, z której wynika, iż 66,7% respondentek oceniła swoje postępowanie zdrowotne w stosunku do dziecka w okresie noworodkowym najwyżej w pięciostopniowej skali, przyznając ocenę „5”. Najniżej oceniły warunki rodzinne 3 badane matki.

**Tabela 4. Subiektywna ocena rodzinnych warunków do wzrastania i rozwoju dziecka**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	5	10	16,7	0	0	7	11,6	40	66,7	60	100

Respondentki dokonały także subiektywnej oceny działań własnych, opiekuńczych i wychowawczych w stosunku do dziecka w okresie noworodkowym. Średnia uzyskanych ocen w tej grupie wyniosła 4,2. Szczegółowy rozkład danych obrazuje tabela poniżej. Ponad połowa matek (66,7%) oceniła siebie najwyżej w pięciostopniowej skali.

**Tabela 5. Subiektywna ocena działań opiekuńczych i wychowawczych w stosunku do dziecka**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	5	6	10	4	6,7	7	11,6	40	66,7	60	100

Badane matki dokonały również subiektywnej oceny opieki zdrowotnej świadczonej dziecku w okresie noworodkowym. Średnia uzyskanych ocen wyniosła 3,8. Co piąta respondentka oceniła ową opiekę najniżej w zaproponowanej skali – Tabela 6.

**Tabela 6. Subiektywna ocena opieki zdrowotnej w stosunku do dziecka**

<b>Oceny przyznawane w pięciostopniowej skali, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle, 5 – bardzo wysoko/dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13	21,7	6	10	0	0	2	3,3	39	65	60	100

Stwierdzono statystycznie silną dodatnią korelację ( $r=0,88$  na poziomie istotności 0,05) między subiektywną oceną stanu zdrowia noworodka a subiektywną oceną własnych działań opiekuńczych i wychowawczych na rzecz dziecka.

## Dyskusja

Start macierzyństwa jest trudny, trzeba o tym wiedzieć mobilizując na ten okres cały zapas życiowego optymizmu i sił psychicznych obojga rodziców, aby chronić noworodka przed szkodliwym działaniem własnych lęków i niepewności. Należy przy tym podkreślić, że wzajemne oddziaływanie matki i dziecka nosi zawsze charakter sprzężenia zwrotnego. Matka, która nie potrafi zadośćuczynić potrzebom swego dziecka czuje się głęboko rozczarowana, jest niezadowolona z siebie i dziecka – stąd może uruchomić się błędne koło, prowadzące do odtrącenia dziecka [8-10].

Budrowska formułuje następującą sugestię: „pozytywny wpływ na rozwój dziecka wywiera sytuacja, w której dziecko otaczane jest opieką macierzyńską pod warunkiem, że jego matka jest osobą dojrzałą psychicznie; matka powinna sprostać



podstawowemu wymogowi – bycie w momencie urodzenia dziecka osobą psychicznie dojrzałą” [11].

W literaturze zwraca się uwagę na różne czynniki składające się na poziom adaptacji do macierzyństwa i stopień satysfakcji z faktu bycia matką, i najczęściej wymienia się relacje z własną matką, układ stosunków małżeńskich, wiek rodziców, a także poziom ich życiowej samodzielności.

Kościelska przywołuje badania prowadzone wśród kobiet w okresie pierwszych trzech miesięcy opieki nad dzieckiem. Uzyskany materiał badawczy poddano analizie pod kątem funkcjonowania matek w nowej sytuacji. Różnice w funkcjonowaniu kobiet stały się podstawą do podziału matek na trzy grupy: matki dobrze przystosowane do macierzyństwa, matki z trudem adaptujące się do macierzyństwa, ale z czasem dobrze funkcjonujące oraz matki źle zaadaptowane do macierzyństwa. W przedstawionym badaniu zwraca uwagę bardzo wyraźna zależność pomiędzy poziomem satysfakcji z macierzyństwa a oceną funkcjonowania dzieci. Matki dobrze zaadaptowane do swej roli oceniają dzieci jako łatwe w pielęgnacji, a kontakt z nimi daje wiele przyjemności. Natomiast matki z trudem tolerujące swoją rolę określają dzieci jako te, które sprawiają kłopoty w karmieniu i pielęgnacji. Kościelska w opisie tego badania stawia również pytanie o kierunek zależności: czy dzieci łatwe do pielęgnacji ułatwiają swoim matkom adaptację do macierzyństwa, a dzieci trudne – czynią macierzyństwo mało satysfakcjonującym? Czy też matki pewne swych kompetencji i umiejętności ułatwiają dzieciom dobre zdrowie i dobre funkcjonowanie? Rodzi się też kolejne pytanie – czy matki zagubione w swojej roli zakłócają swoim funkcjonowaniem kontakt z dzieckiem i niekorzystnie wpływają na jego procesy adaptacyjne? W dalszym opisie wyżej wspomniana autorka formułuje następujący wniosek: „najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z interakcją, mechanizmem wzajemnego oddziaływania matki na dziecko i dziecka na matkę; proces ten po okresie próbnym formułuje się jako korzystny albo niekorzystny dla obu stron” [7].

W prezentowanym badaniu własnym zauważa się, iż większość respondentek umiejętnie wypełnia nowe obowiązki macierzyńskie w stosunku do dziecka w okresie noworodkowym. Równocześnie badane bardzo wysoko oceniły stan zdrowia dziecka w okresie noworodkowym i tylko 16 wskazań matek dotyczyło licznych kłopotów zdrowotnych i pielęgnacyjnych w okresie noworodkowym (można to uznać za prognostyk matek z trudnością w adaptowaniu się do macierzyństwa).

Przygotowując kobiety do wczesnego etapu macierzyństwa należy tak projektować działania edukacyjne, opiekuńcze i wychowawcze, aby wywierać wpływ na wczesny proces wchodzenia w rolę matki, a przede wszystkim niwelować lęk i stopniowo oswajać z trudami macierzyństwa.

Proces pielęgnowania noworodka w środowisku domowym wymaga zaangażowania i wnikliwego podejścia do potrzeb matek i dziecka ze strony położnych – subiektywna ocena działania opieki zdrowotnej wynosi 3,8 w pięciostopniowej skali.

## **Wnioski**

1. Badana grupa matek wysoko ocenia własne umiejętności wypełniania nowych obowiązków macierzyńskich w stosunku do dziecka w okresie noworodkowym – jest to prognostyk dobrej adaptacji do roli matki.
2. Stwierdzono statystycznie silną dodatnią korelację między subiektywną oceną stanu zdrowia noworodka a subiektywną oceną własnych działań opiekuńczych i wychowawczych na rzecz dziecka.

## **Piśmiennictwo**

1. Bożkowa K., Sito A.: Opieka zdrowotna nad rodziną. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003, 27-31.
2. Chazan B.: Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1997, 54 – 56.
3. Syweński E., Baran L., Szczyk E.: Naonatologia – wczoraj, dziś i jutro. Ped. Pol., 2007, 82, 12.
4. Krawczyński M.: Propedeutyka pediatrii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003, 23–35.
5. Mikiel–Kostyra K.: Program promocji karmienia piersią w Polsce. PK UNICEF, Warszawa, 1992.
6. Krawczyński M.: Zaburzenia rozwoju i niedożywienie – problem interdyscyplinarny. Klin. Ped., 2005, 2, 204-211.
7. Kościelska M.: Trudne macierzyństwo. WSiP, Warszawa, 1998, 61-62, 68-69.
8. Kornas-Biela D.: Oblicza macierzyństwa. Wyd. KUL, Lublin, 1999, 40 – 46.
9. Relier J.: Pokochać je nim się narodzi. GWP, Gdańsk, 1999, 11 – 17.
10. Bielicka I.: Miłość macierzyńska pod mikroskopem. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1967, 29 – 33.
11. Budrowska B.: Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety. Funna, Warszawa, 2006, 18 – 21.

**Barańska Agnieszka, Siwczyńska Dorota, Mińko Magdalena, Religioni Urszula,  
Wójcik Marlena**

## **Telemedycyna- zaawansowane technologie w województwie lubelskim**

SKN przy Katedrze Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

*Dobro człowieka musi zawsze Stanowić najważniejszy cel wszelkiego postępu technicznego*

Albert Einstein

### **Wstęp**

Określenie telemedycyna jest używane w odniesieniu do wielu różnorodnych zastosowań technik informatycznych i telekomunikacyjnych w realizacji przy ich pomocy usług w medycynie [10]. Podstawowym celem wdrożenia rozwiązań telemedycyny jest nowoczesny system współpracy pacjentów, personelu medycznego oraz podmiotów służby zdrowia, ukierunkowany na przełamanie ograniczeń geograficznych w dostępie do usług medycznych oraz ułatwienie szeroko rozumianego przepływu informacji medycznych. Metodą realizacji tej wizji jest wykorzystanie nowoczesnych technologii oraz sieciowych metod współpracy do stopniowego rozszerzania zasięgu i jakości usług medycznych, dzisiaj trudno dostępnych z powodu odległości, braku specjalistycznego personelu na miejscu i trudności komunikacyjnych [3].

Telemedycyna w praktyce oznacza przede wszystkim zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta dzięki możliwości skonsultowania trudnych przypadków z kilkoma specjalistami, niezależnie od miejsca ich przebywania. To natomiast prowadzi do usprawnienia pracy szpitala [5], ograniczania kosztów, ale także do zwiększenia możliwości rozwoju naukowego personelu medycznego.

Telemedycyna określa różnorodne zdalne aspekty ochrony zdrowia pacjenta, jakie realizowane są za pośrednictwem technologii transmisji danych, m.in. telekonsultacje, telediagnostykę, szkolenia i edukację personelu medycznego, wideokonferencje. Do telemedycyny zaliczamy: szeroko rozumiane środowisko e-health, w tym: telediagnostykę, telekardiologię, teleradiologię, telepatologię, telepulmonologię, telechirurgię, specjalistyczne aplikacje telemedyczne, takie jak: telemonitorowanie i teleopiekę chorych w warunkach domowych, szpitalne systemy informatyczne, elektroniczną dokumentację pacjenta, systemy wspomaganie decyzji w medycynie, regionalne sieci telemedyczne, infrastrukturę techniczną w aplikacjach telemedycznych, systemy informatyczne w zarządzaniu ochroną zdrowia, medyczne systemy telekonferencyjne i telekonsultacyjne, serwisy internetowe wspomagające diagnostykę, leczenie, rehabilitację i kontrolowanie chorych, firmowe serwisy internetowe na

temat rynku ochrony zdrowia, aplikacje internetowe w badaniach naukowych [4].

Docelowym efektem realizacji telemedycyny są również nowe możliwości funkcjonowania służby zdrowia, np. przeniesienie części ciężaru związanego z obserwacją/profilaktyką stanu zdrowia z pacjenta na służby medyczne – szczególnie wobec grup wysokiego ryzyka lub groźnych schorzeń o objawach bagatelizowanych przez potencjalnych chorych. Kolejnym z rozwiązań jest automatyczny monitoring stanu zdrowia pacjenta przebywającego w odległości uniemożliwiającej fizyczną obecność lekarza lub pielęgniarki. W tym także zdalne monitorowanie funkcji życiowych pacjenta w ratownictwie medycznym. Diagnostowanie lub wykonywanie zabiegów medycznych na odległość, szerszy i łatwiejszy dostęp do usług medycznych na obszarach słabo zaludnionych i odległych od specjalistycznych jednostek służby zdrowia. Szybka i łatwa propagacja wiedzy pomiędzy jednostkami służby zdrowia, pacjentami, organizacjami pożytku publicznego - to wszystko stanowi przedmiot telemedycyny [10]. Dla nauki to łatwość gromadzenia informacji koniecznych do badań naukowych, zmiana metod pracy służby zdrowia – przeniesienie części aktywności w teleinformatyczne systemy pracy grupowej, a tym samym częściowe uniezależnienie się od barier geograficznych wewnątrz środowiska medycznego.

Niestety, pomimo wymienionych zalet telemedycyna nie jest jeszcze wykorzystywana na szeroką skalę w Polsce. Głównymi problemami według ekspertów Konfederacji Pracodawców Polskich jest brak niezbędnych decyzji Ministerstwa Zdrowia i NFZ-u o refinansowaniu procedur teleinformatycznych, jak również ograniczony dostęp do szerokopasmowego Internetu [5].

Jednakże istnieją na terenie Polski jednostki, które w swojej codziennej praktyce wykorzystują technikę telemedyczną i to z dużymi sukcesami.

## **Rozwinięcie**

Każdy region Polski posiada własne strategie rozwoju telemedycyny, czy też działające już programy wdrażania jej rozwiązań. W Lublinie rozpoczął się kolejny etap prac nad połączeniem wszystkich szpitali i ośrodków zdrowia regionu siecią teleinformatyczną – opracowywanie projektów w poszczególnych dziedzinach, takich jak: radiologia, kardiologia, choroby wewnętrzne, medycyna ratunkowa. Pracują nad tym naukowcy i lekarze. Fundusze unijne przekazuje lubelski Urząd Marszałkowski. Pierwszy etap działań wokół telemedycyny obejmował przegląd zakresu informatyzacji szpitali. Projekty, w sumie kilkanaście opracowań, pisali lubelscy lekarze oraz informatycy i technicy. Projektem zarządza Uniwersytet Marii Curie - Skłodowskiej w Lublinie. Widoczne są już efekty tych działań. W 2007 roku szpitale w Radzynie Podlaskim i Biłgoraju zostały połączone liniami transmisyjnymi z Zakładem Radiologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Szpitale powiatowe transmitują dane z badań radiologicznych, a zespół lekarski je konsultuje. W zamojskim szpitalu im. Papieża Jana Pawła II działa system teletransmisji, dzięki któremu pacjenta z zawałem serca jadącego w karetce pogotowia może zdiagnozować lekarz dyżurujący na oddziale kardiologii. Urządzenia do przesyłania danych zostały zainstalowane, m.in. w karetkach w Zamościu, Chełmie, Janowie Podlaskim, Lublinie. Rozpoczęto proces wyposażania lubelskich karetek w systemy teletransmisji EKG. Koszt dostosowania jednego ambulansu to kwota około 20 tys. złotych. Karetki są wyposażane w odpowiednie defibrylatory, telefony komórkowe i faksy. Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Lublinie twierdzi, że problemem jest brak ośrodków, które miałyby odbierać EKG pacjenta z zawałem serca. Do współpracy przygotowany jest Szpital Wojewódzki w Lublinie, który dysponuje pracownikami hemodynamicznymi. Zdaniem zespołu lekarskiego diagnoza na odległość pozwoli uratować więcej osób z zawałem serca. Drugim szpitalem w Lublinie, gdzie mogą trafiać wykresy EKG

jest Klinika Kardiologii przy ul. Jaczewskiego. Szpital Wojewódzki w Lublinie współpracuje w zakresie kardiologii także ze szpitalami w Bychawie i Bełżycach. W Zakładzie Radiologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie uruchomiono system PACS, służący do archiwizowania i przesyłania wyników badań radiologicznych, system znacznie skróci czas diagnozy, a jego rozbudowa pozwoli na transmisję danych obrazowych do innych placówek służby zdrowia.

Do głównych projektów telemedycyny w rejonie lubelskim zaliczyć można:

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2007-2013,
- System telemedyczny w stanach zagrożenia życia. Teliagnostyka, telekonsultacje i przepływ danych operacyjnych w organizacjach ratownictwa medycznego województwa lubelskiego. Czas realizacji: I etap do 31 grudnia 2007 r., II etap do 31 grudnia 2008 r.,
- Strategia rozwoju usług teleradiologicznych w regionie lubelskim – Centrum Teleradiologiczne „TeleRad Lublin”,
- Połączenie siecią videoterminali oddziałów ratunkowych oraz izb przyjęć szpitali Lublina i województwa oraz Centrów Powiadamiania Ratunkowego,
- Telemedyczny System na bazie technologii satelitarnych i geograficznych informacji o terenie,
- Telemetryczny przekaz krzywej EKG, jej interpretacja oraz telekonsultacja kardiologiczna,
- Wykorzystanie technik telemedycznych w programie wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet w województwie lubelskim,
- zastosowanie telemedycyny w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (K RK).

## Podsumowanie

Podsumowując, statystyczny pacjent z województwa lubelskiego powinien uzyskać następujące wymierne korzyści z realizacji programu Telemedycyna Lubelska:

- łatwiejszy dostęp do specjalistycznych usług medycznych, np.: telekonsultacje, odznaczające się zarówno skróceniem czasu oczekiwania na badanie lub konsultację, jak i podniesieniem poziomu ich jakości;
- istotnie lepszą opiekę medyczną w przypadku chorób przewlekłych oraz schorzeń, które dzięki telemedycynie nie będą wymagały hospitalizacji (np. homemonitoring), a w rezultacie uzyskać korzyść najważniejszą: poprawę stanu zdrowia [7].

Z perspektywy medycznej telemedycyna powinna przede wszystkim ułatwić komunikację pomiędzy personelem medycznym oraz dążyć do zapewnienia łatwości komunikacji pomiędzy pacjentem i służbą zdrowia dla potrzeb szeroko rozumianych usług medycznych i usług stowarzyszonych, obejmujących: profilaktykę, terapię i edukację.

Jednakże korzyści jest wiele, należą do nich m. in.:

- Spadek umieralności z powodu niedotarcia na czas jednostek ratownictwa medycznego,
- Skrócenie pobytu pacjentów w szpitalach i specjalistycznego leczenia spowodowany szybką pomocą, a co za tym idzie zmniejszeniem liczby powikłań, a także kosztów leczenia,
- Zmniejszenie liczby pacjentów w szpitalach – pomoc ratowników medycznych będzie na tyle szybka i skuteczna, iż spowoduje to zmniejszenie liczby pacjentów hospitalizowanych,
- Podniesienie jakości operacyjnej podstawowych zespołów ratownictwa medycznego poprzez wspomaganie procedur medycznych przez lekarzy-konsultantów oraz kontrolę i nadzór nad działaniami tych zespołów,

- Optymalizacja procedur medycznych i dyslokację zespołów ratowniczych do rejonów najbardziej zagrożonych, a także tworzenie zestawień i publikacje wyników działania systemu,
- Korzyści finansowe związane z obniżeniem kosztów leczenia i transportu chorych oraz ich późniejszej rehabilitacji,
- Dostęp do systemu transmisji danych innym zainteresowanym jednostkom, takim jak Stacje Pogotowia Ratunkowego z województwa lubelskiego, Szpitalne Oddziały Ratunkowe, Izby Przyjęć, przychodnie lekarskie i inne, szczególnie w zakresie wczesnej diagnostyki kardiologicznej.

Telemedycyna w wielu regionach Polski jest jeszcze w fazie planów i strategii. Jednakże powyższe przykłady ukazują, jak wiele się robi, chociażby w województwie lubelskim, aby e-zdrowie stało się popularnym. Aby korzystanie z teleopieki, telekonsultacji, telemonitoringu, e-recept i e-skierowań nie dziwiło. Będzie wymagało to wiele pracy, a także przychylności decydentów. Dzięki zaangażowaniu środowiska medycznego możliwy jest dalszy rozwój przedsięwzięć już rozpoczętych, a także zainicjowanie nowych, innowacyjnych projektów.

### **Piśmiennictwo**

1. Milewski R.: Elementarne zagadnienia ekonomii. Wyd, PWN, Warszawa, 1999.
2. Glinkowski W.: Postępy Międzynarodowej Telemedycyny i e-Zdrowia. MediPage, 2006.
3. Zajdel R., Kęcki E., Szczepaniak P., Kurzyński M.: Kompendium informatyki medycznej. PWN, Warszawa, 2003.
4. Shortliffe E., Perreault L.: Medical Informatics: Computer Applications in Health Care and Biomedicine. Springer, 2003.
5. Majewski A.: Obraz zawsze pod ręką. Menedżer zdrowia, 2009, 8, 70-72.
6. Martyniak J.: Podstawy informatyki z elementami telemedycyny. Wyd, Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2005.
7. Strategia rozwoju telemedycyny w regionie lubelskim na lata 2008-2012, MEDICUS-miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej, 2010, 5, 15-19.
8. Martinez L., Gomez C.: Telemedicine in the 21st Century. Nova Science Publishers, 2008.
9. Wootton R., Craig J., Patterson V.: Introduction to Telemedicine. Rittenhouse Book Distributors, 2006.

**Tomaszek Aleksandra<sup>1</sup>, Goźlińska Anna<sup>2</sup>, Kosson Dariusz<sup>1,3</sup>, Łazowski Tomasz<sup>2</sup>, Janiszewska Elżbieta<sup>1</sup>**

## **Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna**

<sup>1</sup> Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup> Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>3</sup> Zakład Neuropeptydów Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN

Narodziny medycyny owiane są mgłami czasu, archeologiczne dowody wskazują, iż już ludzie epoki kamiennej byli obeznani z uzdrawiającymi właściwościami ziół i innych roślin, potrafili składać złamania i pęknięcia kości.

Nie rozłącznie z rozwojem sztuki lekarskiej rozwijały się instytucje izolujące chorych, tj: ochronki - późniejsze szpitale, przytułki, domy opieki.

Pierwsze ochronki istniały już w starożytnych Chinach, Babilonii, Egipcie, Grecji i Rzymie. Natomiast początki instytucji totalnych noszących nazwę szpitali datuje się na pierwsze wieki naszej ery. Początki lecznictwa szpitalnego w Polsce sięgają początków XII wieku i wiążą się przeważnie z działalnością duchowieństwa i możnowładców.

Już pierwsze ochronki miały własne prawa, których musieli przestrzegać ich podopieczni. Często osoby chore psychicznie były izolowane od społeczeństwa, uważano je za przeklęte lub opętane przez demony. Nie liczone się z ich prawami a nawet często byli traktowani dość brutalnie przez personel medyczny. Obecnie respektuje się prawa osób z zaburzeniami psychicznymi, instytucje zajmujące się dbaniem o zdrowie psychiczne pomagają chorym w sposób optymalny funkcjonować zarówno w środowisku rodzinnym, zawodowym jak i społecznym.

### **Funkcjonowanie oddziałów psychiatrycznych**

Według Goffnana instytucja totalna [2] „*prowadzi regularnie określony rodzaj działalności. Każda z instytucji pochłania część czasu i zainteresowania swych członków i stwarza im jak gdyby odrębny świat*”.

Tak jest również w szpitalach psychiatrycznych, w których pacjenci bez zgody personelu nie mogą przebywać samodzielnie poza terenem szpitala, a w określonych przypadkach nawet poza oddziałem. Taką informację w dokumentacji zapisuje lekarz, związane jest to z zapewnieniem bezpieczeństwa podopiecznemu. Wpisuje on również notatkę na temat możliwości posiadania ubrania (piżama czy stój osobisty np.; dres) przez chorego. Wolny czas jest również organizowany przez psychoterapeutów i personel medyczny.

Życie pacjentów toczy się w obrębie szpitala. Pacjent, który trafia do szpitala, zawsze musi uzyskać zgodę od lekarza lub pielęgniarki, na opuszczenie oddziału. W szpitalach psychiatrycznych drzwi zamykane są na specjalne zamki, do których klucz posiada tylko personel.

Jeszcze zdarzają się szpitale w których sale chorych są pięcio- lub sześciolóżkowe, w związku z tym chory przez cały czas rekonwalescencji pozostaje w bezpośrednim towarzystwie innych chorych.

Przykładowy tryb dnia powszedniego, który jest zaplanowany przez personel medyczny - plan dnia

7.00- 8.00 toaleta poranna

8.00-8.15 gimnastyka poranna

9.00 śniadanie

9.10- 9.30 przyjmowanie leków przez chorych

11.30 zajęcia prowadzone przez psychoterapeutów

12.30 spacer

13.00 czas wolny

13.10- 13.30 obiad

14.00 przyjmowanie leków przez chorych

14.10- 15.00 czas wolny

15.10- 15.30 pomiar parametrów życiowych ( ciśnienie, tętno, temperatura ciała )

17.30 zajęcia w pokoju terapii zajęciowej

18.00 czas wolny

18.00- 18.30 kolacja

19.00 przyjmowanie leków

19.00- 20.00 toaleta wieczorna

20.00- 22.00 czas wolny

22.10- 7.00 cisza nocna

Chorzy muszą uczestniczyć w wyżej wymienionych zajęciach. Zwolnieni z nich jedynie są pacjenci, którzy uzyskali zgodę lekarza.

W trakcie odwiedzin chorego, osoba odwiedzająca musi uzyskać zgodę na opuszczenie oddziału wraz z pacjentem, musi podać miejsce pobytu i określić czas nieobecności hospitalizowanego poza oddziałem.

Pacjent nie posiadający bliskiej rodziny, a trafiający do szpitala psychiatrycznego, powinien wyrazić zgodę na odbiór jego renty przez pielęgniarkę środowiskową, która następnie przelewa je na konto chorego. Każdy podopieczny informowany jest o stanie swego konta na bieżąco. Również pielęgniarka środowiskowa reguluje rachunki za czynsz mieszkaniowy, energię elektryczną, wodę, gaz czy telefon. Kupuje potrzebne leki i sprzęt rehabilitacyjny jeśli jest wymagany.

Jeżeli podopieczny jest osobą pracującą lub uczącą się, na czas hospitalizacji otrzymuje zwolnienie lekarskie, które w jego zakładzie pracy lub uczelni przedstawia pielęgniarka środowiskowa.

Pacjenci chorzy psychicznie wymagający szczególnej opieki i nadzoru, gdyż w każdej chwili mogą się stać niebezpieczni zarówno dla siebie jak i dla otoczenia. Każdy chory musi zażywać leki w obecności pielęgniarki, która kontroluje czy na pewno je zażyli. W skrajnych sytuacjach zdarza się, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi, którzy bezpośrednio zagrażają swojemu życiu, życiu innych oraz poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostek organizacji społecznej stosuje się środki przymusu bezpośredniego. Przymus bezpośredni stosowany jest w momencie wystąpienia przyczyn w/w zachowań. Metodami przymusu bezpośredniego są; izolacja, unieruchomienie chorego za pomocą pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftanów bezpieczeństwa. Podopieczny w tym czasie powinien być pod stałą opieką pielęgniarki, oraz zdarzenie powinno być odnotowane w dokumentacji osoby chorej.



W szpitalach personel medyczny wyróżnia się specjalnym ubiorem. Czasem pacjenci przebywający na ścisłej obserwacji, w odróżnieniu od innych chorych są ubrani w piżamy i przebywają w salach obserwacyjnych, znajdujących się bezpośrednio przy dyżurce pielęgniarskiej. Nie wolno im opuszczać oddziału. Obserwacja ścisła trwa od 5 dni do kilku tygodni. W niektórych szpitalach nadal obowiązują godziny odwiedzin (15:00 – 19.00), co w znaczący sposób ogranicza kontakty z rodziną, mimo iż od kilku lat zostały zniesione godziny odwiedzin. Rodzina może więcej czasu spędzać z chorym, jeśli czas spędzany z pacjentem zacznie się wydłużać i zakłóca wykonywanie czynności medycznych to odwiedzający zostają wyproszeni. Podobne zasady obowiązują na oddziałach tj: POP - sala intensywnej opieki pooperacyjnej, OIOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIOM - oddział intensywnej opieki medycznej. Osoby odwiedzające chorych często chcąc wejść do pacjenta muszą uzyskać zgodę lekarza. W zależności od stanu zdrowia pacjenta na w/w oddziałach czas przeznaczony na odwiedziny nie powinien wynosić więcej niż 150 -200 min. Gdy wyznaczony czas się wydłuża rodzina zostaje wyproszona, jeśli nie chce wyjść wzywana jest ochrona szpitala. Na POP-ie, OIOK- u, OIOM-ie, u pacjenta może przebywać tylko jedna lub dwie osoby odwiedzające. Na oddziałach psychiatrycznych to pacjent decyduje z kim chce się spotkać. Zgoda na wyjście poza oddział z osobą odwiedzającą musi być ustalona z personelem medycznym. Pozwolenie na spotkanie z chorym może jedynie otrzymać najbliższa rodzina.

### **Charakterystyka pacjentów**

Osoba trafiająca do szpitala ma już ukształtowane swoje przyzwyczajenia i nawyki, mimo to musi w czasie pobytu na leczeniu szpitalnym zrezygnować ze swoich upodobań i przystosować się do narzuconego planu dnia. W ciągu kilku pierwszych dni pobytu w szpitalu każdy pacjent wytwarza swój własny system przystosowania się do nowych warunków. E. Goffman w swojej pracy na temat instytucji totalnych wyróżnia pięć taktyk adaptacyjnych.

I - „*Taktyka wycofania się z sytuacji*”. Taka osoba „*przestaje się wówczas interesować cokolwiek poza tym, co ją bezpośrednio otacza, i nie zwraca uwagi na obecność innych.*” Przebywa sama w swoim pokoju, siedząc na łóżku, nie chętnie uczestniczy ona w zajęciach terapeutycznych. Jeżeli przebywa w pokoju terapii, biernie przygląda się temu co robią inni chorzy.

II- „*Taktyka buntu*” Pacjenci „*świadomie prowokują wówczas władze instytucji i odmawiają wszelkiej współpracy z personelem. Przyjmują postawę zdecydowaną i bezkompromisową, a niekiedy wykazują też buntownicze morale.*” Chory odmawia przyjęcia leków, nie chce uczestniczyć w terapii, nie zgadza się na wyznaczone mu funkcje.

III- „*Taktyka zadomowienia*” „*Wycinek świata zewnętrznego, jaki stwarza instytucja, zostaje wówczas utożsamiony przez podwładnych z całością. Starają się oni zbudować sobie - stabilną, dającą względne zadowolenie egzystencję.*” Pacjent chętnie uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, stara się nawiązać jak najwięcej kontaktów z innymi chorymi, jak również i z personelem medycznym.

IV- „*Taktyka konwersyjna*” „*Podwładny - konwertysta wydaje się przejmować wszystkie poglądy kierownictwa lub personelu instytucji i stara się grać podwładnego doskonałego.*” Podopieczny chętnie uczestniczy w zaplanowanych zajęciach, zawsze można liczyć na jego pomoc, sam chętnie zgłasza się do udziału w spacerach, chce przejmować funkcje dyżurnego czy porządkowego.

V - „Taktyka zimnej kalkulacji” „Polega ona na oportunistycznej kombinacji różnych elementów adaptacji wtórnej: konwersji, zadowolenia i lojalności wobec współtowarzyszy, zależnie od okoliczności.” Chory uczestniczy wtedy we wszystkich zajęciach, rozmawia z innymi podopiecznymi, personelem. Wyznaczone mu funkcje przyjmuje bez sprzeciwu ale sam nigdy nie zgłasza się na ochotnika.

Wszystkie te techniki adaptacyjne „służą zmniejszeniu rozbieżności między środowiskiem naturalnym a światem instytucji.”

### **Przyjęcie do oddziału**

Pacjent nowoprzyjęty do oddziału zapoznaje się z jego topografią, rozkładem dnia, z osobami znajdującymi się w sali i oddziale, z lekarzem prowadzącym, psycho-terapeutą, pielęgniarkami i innym personelem.

W wyjątkowych sytuacjach pacjent w chwili przyjęcia zobowiązany jest do oddania swego ubrania do magazynu, w zamian otrzymuje ubrania szpitalne a wszystkie wartościowe rzeczy powinien oddać do depozytu. Są one wtedy zabezpieczane i podpisywane jego imieniem i nazwiskiem oraz pozostałymi danymi.

Jeżeli osoba hospitalizowana jest osobą palącą i posiada papierosy oraz zapalki lub zapalniczkę, powinna oddać je do dyżurki pielęgniarskiej, gdzie zostają podpisane i zabezpieczone, chory w trakcie pobytu w oddziale otrzymuje je na własne życzenie, ale pod wydziałem. Jeśli ma potrzebę zapalenia papierosa, to otrzymuje tylko jednego papierosa, którego przypada przy pielęgniarce w miejscu wyznaczonym do tego celu, po czym oddaje zapalki lub zapalniczkę do depozytu.

Podopieczny ma on obowiązek posiadać ręczniki, przybory toaletowe oraz kapcie przyniesione z domu.

Praca personelu medycznego w szpitalu jest bardzo specyficzna, główną funkcją jest praca z ludźmi, w celu ukształtowania ich według określonych przez społeczeństwo norm. W związku z tym iż jest to praca z ludźmi, prowadzona jest specyficzna dokumentacja. Każdemu choremu trafiającemu do szpitala zakłada się:

- historię choroby
- kartę obserwacyjną
- kartę zleceń
- kartę gorączkową
- karta użycia przymusu bezpośredniego.

Jego dane wpisywane są do: księgi ruchu chorych i do zeszytu zabiegowego. Dwa razy w ciągu doby raportie pielęgniarskim i lekarskim opisywany jest stan chorego, jego zachowanie i przyjęte i wykonane badania, zalecenia oraz to co się działo z pacjentem w ciągu dnia i nocy. Głównie dotyczy to pacjentów nowoprzyjętych oraz tych z którymi coś się działo. W trakcie swego pobytu w szpitalu chory dowiaduje się o istnieniu systemu przywilejów i kar. Jeśli podopieczny nie chce przystosować się do obowiązującego regulaminu, po krótkiej konsultacji z lekarzami, ogranicza się mu dostępne przywileje tj. skrócenie czasu odwiedzin oraz korzystanie z pokoju terapii zajęciowej. Jeżeli chory przebywa na sali ogólnej przenosi się go ponownie na salę obserwacyjną. Gdy podopieczny zaczyna zachowywać się agresywnie w stosunku do współtowarzyszy, siebie lub personelu, na zlecenie lekarza chorego unieruchamia się poprzez założenie kaftanu bezpieczeństwa, a jeśli to nie skutkuje zostaje on wtedy zapięty w pasy bezpieczeństwa i unieruchomiony w łóżku. W tym czasie prowadzona jest ścisła obserwacja stanu chorego, a uwagi o jego stanie notowane dodatkowo są w karcie unieruchomienia. Z powodu złego przystosowania się i niechęci do leczenia czas

hospitalizacji znacznie się wydłuża, zostają ograniczone przywileje, cofane są przepustki na samodzielne wyjścia poza oddział. Jeżeli proces hospitalizacji przebiega pomyślnie, pacjent zachowuje się dobrze to stosowane są wobec niego różne przywileje, mogą być one oficjalne np. zezwolenie na częstsze odwiedziny rodziny, wydawanie przepustek z coraz dłuższym czasem pobytu poza szpitalem, możliwość przebywania samemu na terenie szpitala. Do przywilejów nie oficjalnych zalicza się: wydłużenie czasu spędzonego z rodziną, dodatkowe zezwolenia na wyjścia poza oddział, większa życzliwość i wyrozumiałość ze strony personelu medycznego, jako pierwszy otrzymuje nowe czasopisma i książki. Każdy szpital ma obowiązek zapewnić swoim chorym podstawowe potrzeby fizjologiczne i higieniczne. Jeżeli osoba chora nie może lub nie chce wykonywać w/w czynności personel medyczny musi mu pomóc, lub wykonać je za chorego np: jeżeli chory odmawia przyjmowania posiłków zostaje założona mu sonda żołądkowa przez, którą jest karmiony. Ustawa z dnia 19.08. 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego i ustawa z dnia 30.08.1991 roku, informują nas o prawach i obowiązkach osób chorych psychicznie.

#### **Prawa pacjenta w szpitalu psychiatrycznym:**

- prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymogom współczesnej medycyny i psychologii
- prawo do poszanowania jego intymności i godności w czasie trwania usług medycznych
- prawo do uzyskania informacji o celu przyjęcia do szpitala, o ocenie stanu zdrowia, o proponowanych czynnościach diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych
- prawo do uzyskania informacji o dających się przewidzieć skutkach działań i ich zaniechaniu
- prawo do aktualnej wiedzy o sytuacji prawnej i majątkowej oraz o możliwych do podjęcia działań przy wsparciu pielęgniarki środowiskowej i pracownika socjalnego w staraniach o rentę lub zapomogę
- prawo dostępu do całej dokumentacji dotyczącej jego leczenia
- prawo do leczenia w środowisku jak najmniej ograniczającym jego swobodę oraz przy pomocy jak najmniej uciążliwej metody leczenia
- prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego oraz korespondencyjnego bez cenzury
- prawo do uzyskania zgody na czasową możliwość przebywania poza terenem szpitala (gdy to nie zagraża zdrowiu i życiu jego i innych osób)
- prawo do opieki duszpasterskiej, kontaktu z sędzią wizytującym szpital oraz rzecznikiem praw pacjenta .
- prawo do wysłuchania przez sąd
- prawo do składania skarg i wniosków i uzyskania na nie odpowiedzi
- prawo do poszanowania tajemnicy

#### **Obowiązki pacjenta w szpitalu psychiatrycznym**

- obowiązek do przestrzegania praw i regulaminu szpitala
- obowiązek szanowania siebie i osób otaczających
- obowiązek do dbania o czystość, higienę i ład
- obowiązek całkowitej abstynencji
- obowiązek do udziału w życiu społeczności szpitalnej

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa na czym polega ta ochrona, zapewnia osobom z chorobami psychicznymi wielostronną i powszechną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędnej dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

W szpitalach funkcjonują społeczności lokale, w których również obowiązują zasady, co do przestrzegania których pacjent powinien się zastosować.

#### **Przykładowe zasady społecznościowe:**

- Zasada demokratyzmu - oznacza dążenie do tego aby członkowie społeczności mieli równe prawa i obowiązki w zarządzaniu i decydowaniu w sprawach tejże społeczności.
- Zasada premisywności - postulująca przede wszystkim określoną postawę leczniczą - postawę akceptacji, rozumienia pacjenta, tolerancji dla jego zaburzeń i chorobowych zachowań.
- Zasada realizmu i konfrontacji z rzeczywistością - postuluje ona krytyczną i realistyczną ocenę postępowania leczniczego oraz staranne rozumienie rzeczywistych możliwości prowadzenia rozmaitych przedsięwzięć w tym także społeczności leczniczej.
- Zasada zgody - konsensu - podejmowanie decyzji na zasadzie wspólnej, powierzchownej zgody.
- Zasada partycypacji i wspólnoty - postuluje aby wszystkie sprawy członków społeczności stały się wspólne.

#### **Personel medyczny**

Wśród norm dotyczących etyki zawodowej przyjęta jest zasada, iż terapeutom nie wolno wiązać się z osobami przebywającymi na hospitalizacji.

Należy mieć „pieczę” nad chorymi, nie wolno dopuścić do zaniedbania obowiązków wobec chorych, również chorzy zobowiązani są do przestrzegania pewnych obowiązków.

Personel powinien być stale przygotowany do próby ucieczki pacjentów lub ich niespodziewanego ataku. W związku z tym nigdy nie należy być zbyt długo odwróconym plecami do podopiecznego, trzeba stale obserwować wychodzące i wychodzące osoby, żeby szybko zareagować w chwili ucieczki.

Pracownicy szpitali potrafili dobrze przetrwać problemy związane z wrogością chorych aby utrzymać dobrą współpracę. Ważne jest również to żeby współpraca między personelem szpitala przebiegała bez zakłóceń, co ułatwia stworzenie jak najlepszych warunków leczenia i pracy. Polecenia powinny być wydawane jasno i precyzyjnie, w razie potrzeby należy je kilkakrotnie powtórzyć.

Instytucja totalna w znaczny sposób ogranicza wolność jej członków, narzuca ustalony plan dnia, wymaga całkowitego podporządkowania się jej prawom.

#### **Piśmiennictwo**

1. Dz.U. z 2011 nr 231 poz. 1375 Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 18.08.1994r.

2. Wojtyniak B., Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności polski, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.
3. Goodman G.: Wstęp do socjologii, Zysk i S-ka, Poznań 1992.
4. <http://www.kulturalihistoria.umcs.lublin.pl/archives/91>, data pobrania 3.05.2012.



# PROBLEMY WSPÓŁCZESNEJ PEDIATRII







**Midro Alina T.**

## **W poszukiwaniu genetycznej weryfikacji diagnozy zespołu Russela Silvera**

Zakład Genetyki Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Rzadkość występowania każdego z kilkunastu tysięcy znanych zespołów zaburzeń uwarunkowanych genetycznie [1] i stosunkowo mało dostępna weryfikacja testami genetycznymi w Polsce sprawiają duże ograniczenia w działalności poradnictwa genetycznego. Wydawać by się mogło, że życie bez postawionej diagnozy przyczyny zaburzeń występujących z powodu zmian genetycznych u dziecka jest trudne. Postawienie diagnozy to tylko początek drogi zarówno poradnictwa genetycznego, jak i ewentualnie podejmowanej terapii. Rozpoznanie mutacji genu i jego roli w etiopatogenezie danego schorzenia oraz uzyskane wyniki badania funkcji białka (zaburzonej, wskutek zmiany jego relacji z innymi molekułami, na poziomie komórki czy tkanki), otwierają też drogę do leczenia farmakologicznego. Przykładem niech będzie, np. zastosowanie w przewlekłej białaczce szpikowej u dorosłych Glivecu - metanosulfonianu imatinibu, leku, który w nomenklaturze międzynarodowej nazywany jest *Imatinib mesilate*. Przywraca on funkcjonowanie organizmu blokując nieprawidłowo produkowane, białko powstające wskutek zmiany genetycznej o typie translokacji chromosomowej wzajemnej 9;22 przemieszczającej geny w inne położenie [2].

Rozwój genetyki klinicznej i oferowanie pomocy chociaż diagnostycznej nawet dzisiaj wymaga współpracy międzynarodowej w skali globalnej i my, lekarze genetycy kliniczni, dokładamy wiele starań, aby poprzez tę współpracę pomóc zgłaszającym się rodzinom. Mogą oni tę pomoc uzyskać dzisiaj, ale niejednokrotnie dopiero po latach. Wymaga to wiele wysiłków, ale czy tylko? Wobec osób z odmiennym niestandardowym wyposażeniem genetycznym narosło wiele mitów i uprzedzeń. Wprawdzie istnieje cała sieć poradni specjalistycznych i ośrodków rehabilitacyjnych. Poprawia się wydawałoby się efektywność ich wykorzystywania, ale społeczna świadomość problemów osób odmiennych i ich rodzin nie jest wystarczająca, aby osiągnięcia nauki i organizacji medycznej, i rehabilitacyjnej opieki nad nimi były w pełni wykorzystane. Jakość życia i godność osób pokrzywdzonych przez los oferujący niestandardowe wyposażenie genetyczne nadal jest uwarunkowane ich społecznym odbiorem.

Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w poszukiwaniu genetycznych przyczyn zespołu Russella i Silvera, które nie były wcześniej znane i konfrontacja z sytuacją negatywnego wpływu postawienia rozpoznania uwarunkowań genetycznych w zespole Wolfa Hirshorna na jakość życia dziecka i jego rodziny

### **Gdzie jest gen z. Russela Silvera?**

#### a) *Tomek i Agnieszka*

Tomek i jego starsza siostra Agnieszka przyjechali do mojej poradni z mojego rodzinnego miasteczka. Blond włosy, trójkątny kształt twarzy, duże czoło, wąskie

wargi, mała bródka, niski wzrost. Byli moimi pierwszymi dziećmi, u których rozpoznawałam cechy zespołu Russela Silvera. Ich podobieństwo do rysów twarzy dzieci na fotografiach w podręcznikach nie budziło większych wątpliwości. U Tomka nawet zaobserwowałam drobną zmianę w formie skrócenia środkowego paliczka na piątym palcu, tzw. wadę Kirnera, która podpowiada nieraz takie rozpoznanie. Moje kliniczne rozpoznanie postawione u Tomka w wieku 5 lat skonfrontowałam w Monachium i nie budziło ono wątpliwości u moich kolegów. Szczególnie jednak wątpliwości budził fakt, że cechy te, chociaż w mniejszym nasileniu, występowały u Agnieszki. Rzadko jednak opisywano dotąd obecność zmian fenotypu Russella Silvera u rodzeństwa. Rodzice martwili się niskim wzrostem, słabym apetytem, trudnościami w nauce dzieci. *Jak sobie poradzą w życiu?* - pytali mnie zatroskani. Kiedy przejrzałam to, co napisano w piśmiennictwie ogarniało mnie przerażenie - w większości opisów - upośledzenie umysłowe. Agnieszka już chodziła do szkoły, niebawem doczekałam się wiadomości o postępach szkolnych Tomka. Z biegiem lat obydwójce przechodziły z klasy do klasy i nie sprawiały aż takich trudności, jak inne mi znane z etykietą niepełnosprawności intelektualnej. Tomek i Agnieszka z fenotypem z Russella i Silvera bez niepełnosprawności intelektualnej brzmiało moje rozpoznanie. Nie mogłam mieć 100 % pewności, co do mojego rozpoznania postawionego li tylko na gruncie oceny klinicznej i morfologicznej. Nie znano wówczas testu genetycznego weryfikującego to rozpoznanie. Może nie jest to ten zespół? Badanie kariotypu było prawidłowe i nic więcej nie mogłam zaoferować. Zrobiłam zdjęcia dzieci, szczególnie twarzy w obowiązkowych ujęciach do badań fenotypu morfologicznego i obiecałam *„ze odezwę się jak coś nowego się wydarzy!”*. Jak test genetyczny się pojawi! Jak ktoś odkryje patomechanizm powstawania zmian, aby można było powiedzieć cokolwiek o rozwoju czy prawdopodobieństwie powtórzenia się schorzenia w tej rodzinie. Pobrałam też dermatoglify, czyli odfitki linii papilarnych dzieci i rodziców. Kiedy je odczytywałam w Monachium, to nie można było ich właściwie zinterpretować, bo takie opracowania dla zespołu Russela Silvera nie były dostępne. Konfrontowałam obraz kliniczny obserwowany przez kilka lat z doświadczeniami innych dysmorfologów pokazując zdjęcia na konferencjach w Anglii, Niemczech, w Grecji. Przyznawano mi rację, tylko zdziwienie budził fakt zmian u rodzeństwa i dobry rozwój intelektualny. Rodzice byli dumni ze względu na taką wyjątkowość i dobry efekt działań wychowawczych.

#### b) **Krzysio**

Niebawem do poradni zgłosiła się mama z Krzysiem i sytuacja się powtórzyła. To samo rozpoznanie, tym razem u bruneta z pięknie kręconymi włosami, trójkątną asymetryczną twarzą i szeregiem cech morfologicznych wskazujących na cechy fenotypu zespołu Russella Silvera. Polubiłam nieśmiałego chłopca o dużych, marzących czarnych oczach i dokuczala mi moja bezradność, co do weryfikacji diagnozy. *Nie wiem, gdzie jest gen, którego uszkodzenie prowadzi do zmian fenotypu określanych jako zespół Russella Silvera* - tłumaczyłam mamie. *Pani doktor, mój syn nie dość że niskiego wzrostu, niejadek z problemami żołądkowymi- to słabo uczy się w szkole! Nie może sobie poradzić z matematyką i robi dużo błędów ortograficznych* – skarżyła się mama Krzysia. W tej sprawie skontaktowałam się z panią doktor polonistyką ze Studium Logopedycznego naszego Uniwersytetu w Białymstoku, wówczas działającego jeszcze jako filia Uniwersytetu Warszawskiego, aby przeprowadziła odpowiednie badanie w ramach rodzącej się wówczas naszej współpracy naukowej. W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że Krzysio ma tzw. zaburzenie słuchu fonematycznego,

dysleksje i akalkulię. W tej sytuacji mogliśmy mu w szkole pomóc wydając odpowiednią opinię, aby uzasadnić potrzebę obniżenia mu wymagań szkolnych z powodów czysto biologicznych. Wtedy jeszcze sprawa dysleksji nie była tak znana w szkołach, ale nasze opinie były w szkole bardzo pomocne i odpowiednio zaakceptowane przez pedagogów i dyrekcję. Wydawało by się, że to niby beznadziejna sprawa genetyczna, a jednak mogłam w czymś pomóc !!! Ochroniłam Krzysia przed podejrzeniami o lenistwo i lekceważenie poleceń nauczycielki. Jego błędy w pisaniu i czytaniu mogły mieć tło biologiczne z uwagi na cechy zmienionego fenotypu morfologicznego i złożoność stwierdzanych zaburzeń mowy. Opisy tych zmian zostały opublikowane [3-5].

## Na wyspie Samos

Był upalny lipiec 1993 roku, Wyspa Samos. Konferencja dysmorfologiczna zorganizowana przez grupę greckich genetyków klinicznych z prof. Christosem Bartsocasem na czele. Wśród zaproszonych nazwiska znanych naukowców i klinicystów z całego świata. Prof. John Opitz z Salt Lake City, prof. JeanPierre Fryns z Leuven, prof. Eberhard Passarge z Essen, prof. Peter Beighton z Kapsztatu z Południowej Afryki to tylko niektóre z nich. Ucieszyłam się, gdy spotkałam nawet Polaka pana dr Kazimierza Kozłowskiego, rodem z Poznania, a teraz działającego w Sydney w Australii, znakomitego specjalistę oceniającego zmiany radiologiczne w rzadkich zespołach genetycznych. Poznałam też nieocenionego prof. Victora McKusicka z Baltimore, twórcę amerykańskiej bazy danych o ludzkich genach i schorzeniach czy też zespołach genetycznych - słynnej OMIM [1]. Obecnie jest ona dostępna w Internecie dla wszystkich. Pozwala ona na bieżąco dowiedzieć się, co nowego wśród kilkunastu tysięcy znanych schorzeń uwarunkowanych genetycznie. W OMIMie [1] sprawdzisz, czy mutacje danego genu odpowiedzialne za konkretne schorzenie są już znane i opisane, czy można już prowadzić diagnostykę tych mutacji, czy też nadal trzeba poszukiwać przyczyn danego schorzenia i podejmować, na przykład, współpracę naukową wchodząc w europejską lub światową sieć współpracy, by móc wspólnie odszukać mutacje danego genu i pomóc zgłaszającym się rodzinom. Nie jest to takie proste zastosować dany test genetyczny weryfikujący naszą diagnozę kliniczną dokonywaną w poradni genetycznej i wybrać właściwą propozycję wśród kilkunastu tysięcy liczby zaburzeń genetycznych.

Na konferencję do Samos, gdzie kiedyś żył sam Pitagoras, przyjechałam z problemem diagnostycznym dotyczącym dwóch rodzin: Tomka i Agnieszki oraz Krzysia. Rodzice z obu rodzin były zainteresowane moją prezentacją i otrzymałam zgodę na pokazywanie zdjęć fenotypu tych dzieci i na ich publikację w materiałach zjazdowych [6]. Miałam różne wątpliwości - Czy właściwa jest diagnoza kliniczna? Czy wiarygodne są opisy przeróżnych problemów intelektualnych u tych dzieci? W kieszeni wiozłam też kolejnego asa. Otóż, zbadałam dzieciom kariotyp za pomocą tzw. badania cytogenetycznego, chociaż nie spodziewałam się tam zmian, bo zazwyczaj w piśmiennictwie podawano, że w przypadku tego rozpoznania kariotypy są prawidłowe. U nas jednak okazało się, że u Krzysia znaleźliśmy przegrupowanie materiału genetycznego widoczne pod mikroskopem, zwane w języku cytogenetyków translokacją chromosomową wymienną zrównoważoną. Oznaczało to, że dwa chromosomy jakby pękły na dwie części, czy też się złamały i wymieniły się między sobą tymi częściami. Oczywiście mechanizm ich powstawania jest bardziej złożony, ale upraszczając, efektem powstania tej aberracji chromosomowej jest zaburzenie uwidaczniające pod mikroskopem jako zmian wielkości chromosomów i odchyłeń we wzorze prążkowym

tych chromosomów. W komórce zazwyczaj każdy chromosom z danej pary chromosomów jest taki sam pod względem wielkości i wzoru prążkowego, stąd określa się jako chromosomy homologiczne. W wyniku translokacji chromosomowej, czyli wzajemnej wymiany odcinków dwóch chromosomów każdy z nich po przegrupowaniu był teraz nierównej wielkości w stosunku do chromosomu partnerskiego i z innym wzorem pasków. Dokładniej mówiąc w przypadku chromosomów Krzysia wyglądało to tak, jakby to jeden kawałek chromosomu 17 przemieścił się na chromosom 1 do jego, jakby pękniętego miejsca i odwrotnie, odłamany kawałek chromosomu 1 przemieścił do chromosomu 17 i wbudował w pęknięte miejsce. Kiedy zajrzałam do opisów rzadkich przegrupowań chromosomowych u osób ze zmianami cech fenotypu wskazujących na zespół Russela i Silvera, to znalazłam tylko jeden opis przegrupowania typu translokacji chromosomowej z zaangażowaniem chromosomu 17, który u Krzysia też był zmieniony. Zaobserwowano je przez Ramirez- Duenaza i wsp., [7] w rodzinie meksykańskiej, gdzie partnerem chromosomu 17 był inny chromosom niż u Krzysia, a mianowicie chromosom 20. Skoro nasz chłopiec miał pęknięty chromosom w tym samym miejscu, co chłopiec meksykański, to odważyłam się zaprezentować posiadane dane na prestiżowej konferencji na Samos i oczekiwałam pozytywnej reakcji naukowców. Ich bowiem zainteresowanie otworzyło by możliwość poszukiwania genu, który mógł ulec uszkodzeniu, jeśli się znalazł w miejscu pęknięcia chromosomu. Jeśli to właśnie ten gen wywołuje zmiany fenotypu określane jako zespół Russela Silvera, to gdy go zidentyfikujemy to znajdziemy tym samym sposób na weryfikację naszego rozpoznania klinicznego, a w perspektywie wiele dzieci i dorosłych będzie miało możliwość skorzystać z testu genetycznego, bo przecież ich kariotyp jest prawidłowy i zmianę genetyczną należało by szukać na poziomie genu. W dalszych etapach znajomość genu, którego uszkodzenia prowadzi do zaburzeń funkcjonującego organizmu pozwala na podejmowanie dalszych badań wyjaśniających patomechanizm zaburzeń na poziomie komórki czy tkanki i otwiera drogę do poszukiwania sposobów ich poprawiania i wspomagania nawet terapeutycznego. Zawsze jest to wielkie wyzwanie.

Nie pomyliłam się w swoich oczekiwaniach co do zebranego gremium naukowców na Samos. Pokazując niejako światełko w tunelu wskazując, gdzie może być położony gen winowajca tych zmian klinicznych i morfologicznych. Na przerwie zgłosiło się do mnie trzech naukowców: z Grecji, Włoch i Niemiec oferujących wspólne projekty badawcze na tym polu. Najbardziej zainteresował mnie projekt niemiecki z Getyngi, bo uwzględniał możliwość osobistego mojego szkolenia w zakresie określenia dokładnego położenia punktu złamania tej translokacji chromosomowej za pomocą nowoczesnej wówczas techniki cytogenetycznej, tzw. fluorescencyjnej hybrydyzacji *in situ* - FISH (z ang. fluorescent *In situ* hybridisation). W metodzie tej preparaty chromosomowe traktuje się specjalną sondą złożoną z określonego, znanego nam, DNA wyszukującą podczas reakcji komplementarne sekwencje DNA obecne na chromosomach i potem w kolejnym etapie za pomocą wykonanej reakcji barwnej z barwnikiem fluorescencyjnym odczytuje się pod mikroskopem wynik połączenia sondy, zawierającej określoną sekwencję DNA z badanym DNA położonym na danym miejscu w segmencie chromosomu. Jeśli sonda odnajdzie komplementarny DNA w określonym segmencie chromosomowym, to można zaobserwować świecenie w mikroskopie fluorescencyjnym. Mówię o tym teraz na wykładach moim studentom tłumacząc, że jest to jakby wtedy podglądanie pocałunków przygotowanej przez nas sondy o znanej sekwencji DNA odnajdującej swego komplementarnego partnera mieszkającego w danym chromosomie. Jest to tak, jak się odnajdują przysłowiowe połówki przeznaczona dla siebie, gdy się całują i cieszą się ze spotkania i „świecą” radością.

## W Getyndze i w Aachen

Do Getyngi przyjechałam już w styczniu następnego roku i mogłam przystąpić do działania. Otrzymałam kolejne porcje krwi od Krzysia, wyhodowałam jego chromosomy z limfocytów krwi obwodowej w naszym inkubatorze i pani Asia jeszcze w naszym laboratorium pomogła mi wykonać ich preparaty. Zawiesina komórek zatrzymanych w stadium metafazy cyklu komórkowego, w którym chromosomy są najlepiej widoczne była bogata, więc pełna ufności ruszyłam na podbój Getyngi. Miałam już za sobą pierwsze doniesienie naukowe o Krzysiu w języku polskim w Pediatrrii Polskiej, aby wiadano, że w takich przypadkach należy przeprowadzać badanie oceniające dysleksję, a jednocześnie, że obniżona sprawność intelektualna nie musi być dużą, gdy pomożemy tym dzieciom żyć z dysleksją i zastosujemy odpowiednie działania fizjoterapeutyczne. Genetyka nie przekreśla przecież człowieka!!! Drugie doniesienie naukowe zostało skierowane do renomowanego międzynarodowego czasopisma *Clinical Genetics* o powtórzeniu się złamania na chromosomie 17 w translokacji chromosomowej u naszego dziecka z zespołem Russela Silvera tak, jak u dziecka z Meksyku [8]. Nasz artykuł został dostrzeżony przez współpracowników prof. Victora Mc Kusicka i został wprowadzony do OMIM.

W Getyndze pracowałam razem z Christianne, doktorantką prof. Ingo Hansmanna. Wiele prób, wiele zastosowanych sond do metody FISH. Wiele indukowanych „pocałunków”, aby dokładniej określić lokalizację punktu złamania na chromosomie 17 w translokacji chromosomowej Krzysia. Po miesiącu pracy i dalszych badaniach Christianne, okazało się, że ten punkt jest nieco dalej położony niż nam się wydawało na podstawie oceny klasycznymi metodami identyfikacji punktów złamania. Koledzy z Meksyku też nadesłali materiał badanego chłopca. Niestety, nie był to ten sam punkt złamania, chociaż na tym samym chromosomie 17 i też w pobliżu jego końca. Czy gen z chromosomu 17 spowodował fenotyp zespołu Russela Silvera u Krzysia? Czy to jednak zmiana przypadkowa? Wróciłam do Polski, a pan prof. Hansmann nie dawał za wygraną. Udało mu się zdobyć kolejne fundusze na badania materiału uzyskanego od Krzysia, tym razem już na poziomie sekwencji DNA, kiedy już nasze badania fluorescencyjne wskazały bardziej precyzyjnie, gdzie nastąpiło złamanie [9]. Wraz ze swym zespołem dotarł po kilku latach badań do ustalenia, że w regionie miejsca złamania znalazł się gen karioferyny, którego funkcja mogła być zaburzona w wyniku przegrupowania chromosomowego tej translokacji chromosomowej [10]. Trzeba było teraz zgromadzić materiał od innych dzieci z tym zespołem, aby udowodnić, że mutacja genu karioferyny prowadzi do fenotypu Russella Silvera. Zgromadziliśmy materiał od ponad 20 dzieci z Podlasia, Warmii i Mazur, w tym DNA Tomka i Agnieszki. Wysłałam wszystko do Getyngi, a potem do Halle, kiedy zespół prof. Hansmanna zmienił swą lokalizację i w żadnym przypadku nie stwierdzono mutacji genu karioferyny. Musimy nadal czekać na weryfikacje naszego założenia, że gen karioferyny może wywoływać zaburzenia fenotypowe zespołu Russela Silvera. Być może znajduje się wśród około 40% dzieci z zespołem Russella Silvera tych, u których jeszcze nie można było nadal zweryfikować rozpoznania klinicznego zmian fenotypowych za pomocą testu genetycznego.

## Wizyta prof. Ohada Birka z Uniwersytetu Ben Guriona z Beer Sheva

Poszukiwaniem genu odpowiedzialnego za zmiany fenotypowe u Krzysia zainteresował się też kolega z Izraela, prof. Ohad S. Birk z National Institute for Biotechnology in the Negev (NIBN) & the Genetics Institute at Soroka Medical Center, Ben Gurion University w Beer Sheva, po zapoznaniu się z naszymi doniesieniami na ten temat, które trafiły do OMIMu. Napisał do mnie i niedługo potem przyjechał do Białegostoku, by osobiście zbadać Krzysia i jego rodzinę. Zaplanował kolejne badania bardziej wyrafinowanymi technikami i zabrał materiał do badań. Udało mu się w swoim instytucie biotechnologii wyprowadzić linię ciągłą z limfocytów krwi obwodowej mamy, ale Krzysia komórki nie chciały rosnąć. Pomimo tylu trudów sprawa nie posunęła się dalej. Przy okazji bytności profesora u nas mogliśmy poznać bardzo ciekawe wyniki jego badań nad plemionami Beduinów, jak też poznawania nowych genów odpowiedzialnych za zaburzenia w chorobach neuromięśniowych. W przypływie szczerości przyznał, że przyjazd na Podlasie nie był jego pierwszym wypadem w te strony. Przed wojną mieszkała tu rodzina jego babci i darzy nas przez to szczególnym sentymentem. Z tego też względu śledzi z daleka rozwój naukowy naszej uczelni. Szkoda, że badania Krzysia nie zacieśniły naszej współpracy, ale może to tylko przysłowiowe "pierwsze koty za płoty" i wszystko przed nami.

Zawsze mówię studentom, że chromosom jest zmyslnym mieszkaniem genów, czyli fragmentów DNA i jeśli coś w tym mieszkaniu się zepsuje, to wpływa również na sposób przekazywania informacji genetycznej zapisanej też w mieszkających w sąsiedztwie genach-odcinkach DNA. Może inne technologie są jeszcze potrzebne, aby można było ustalić, czy obecność translokacji chromosomowej w kariotypie Krzysia ma związek z jego zmianami genotypowymi, czy nie i, czy mutacje genu karioferyny mogą też doprowadzić do zmian fenotypu, jakie demonstrowuje fenotyp Krzysia.

## Rewelacje z Paryża

Nowy rozdział w badaniach zespołu RS otworzyły badania francuskiej grupy Gicquel i wsp, której wyniki opublikowano w prestiżowym czasopiśmie Nature Genetics w 2005 r. Wykryto w Paryżu szczególne zmiany aktywności genu H19 odpowiedzialne za zespół Russela Silvera, który jest położony zupełnie na innym chromosomie niż chromosom 17, a mianowicie na prawie końcu krótkiego ramienia chromosomu 11 tj w 11p15 [11]. Wyniki te wzbudziły zainteresowanie naukowców na całym świecie. Te szczególne zmiany, tzw. epimutacje wyłączają funkcję genu wskutek zaburzeń metylacji związanej z piętnem rodzicielskim danego regionu chromosomu. Sekwencja genu w takich sytuacjach nie jest zmieniona, ale jego naznaczenie poprzez metylację może zmieniać jego aktywność. Tutaj ważne jest pochodzenie rodzicielskie chromosomu – mieszkania, w którym mieszka gen. Hypometylacja H19 pochodzenia matczynego na 11p15 może skutkować zespołem cech Russella Silvera w fenotypie [12, 13]. Podobne zjawisko dotyczy także chromosomu 7 [14]. Moja doktorantka Magda pojechała nawet do Aachen, do prof. Thomasa Eggermanna, znakomitego badacza molekularnego podłoża Russella Silvera [15, 16], aby nauczyć się metod identyfikacji zmian weryfikujących rozpoznanie zaburzeń zespołu Russella Silvera. W grupie przebadanych kilkorga podlaskich dzieci z rozpoznaniem przez nas klinicznie zespołem Russella Silvera udało się potwierdzić obecność braku piętna w genie H19. Dzieci też czekały na potwierdzenie naszej klinicznej diagnozy całymi latami i w końcu mogliśmy zweryfikować nasze rozpoznanie kliniczne. Mogliśmy być teraz spokojni o to, że nasze

doświadczenie w rozpoznawaniu zespołu Russela Silvera jest wiarygodne. Niestety, u Krzysia tych zmian nie wykryto. Podobnie u Tomka i Agnieszki. Nie stwierdzono epimutacji ani na chromosomie 11, ani na chromosomie 7. Musimy jednak uzbroić się w cierpliwość i czekać lub współtworzyć nowe odkrycia, aby pozostali nasi podopieczni uzyskali diagnozę i otwierać dalsze etapy badań, w których można by było poszukiwać wreszcie celowanej terapii, poprawiającej procesy molekularne ich organizmów.

### **Co nam po diagnozie zweryfikowanej testem genetycznym?**

Rodzice dzieci rozwijających się w sposób odmienny w porównaniu do ich rówieśników, zazwyczaj dokładają wszelkich starań, aby dowiedzieć dlaczego tak się stało, dlaczego ich to dotknęło i niepokoją się tym, jaka będzie przyszłość ich dziecka. Wielu z nich już dzisiaj wie, że mogą się zgłosić po poradę do lekarza ze specjalizacją z genetyki klinicznej. Kornelia urodziła się z niską masą ciała i z dużą wiotkością mięśni, spowodowaną znacznym obniżeniem napięcia mięśniowego. Miała słaby odruch ssania tak, że karmienie jej wymagało dużo matczynej cierpliwości. Słabo przybywała na wadze. Nie osiągała poszczególnych etapów rozwojowych, tak jak jej rówieśnicy. Późno zaczęła siedzieć, raczkować, stawać. Do poradni genetycznej trafiła do mnie w wieku 4 lat. Rysy twarzy wskazywały, że jest to zespół Wolfa Hirshorna z charakterystycznym przebiegiem linii brwi, jak u bohatera filmowego -Awatara. Prowadziliśmy od wielu lat badania nad fenotypem tego zespołu, więc Kornelii mogliśmy zaoferować od razu nie tylko rozpoznanie i jego weryfikację testem genetycznym chromosomowym, ale opracowania w języku polskim i zalecenia wynikające z osobistej znajomości klinicznej osób w różnym wieku [17,18]. Cieszyłam się, że teraz może być praktycznie wykorzystana nawet nasza unikatowa wiedza z zakresu fenotypu behawioralnego, zdobyta na podstawie własnych opracowań we współpracy z terapeutą Montessori w Monachium [19]. Z całą odpowiedzialnością mogłam uspokoić mamę, że Kornelia powinna mieć duży potencjał swoich zdolności poznawczych, chociaż nie mówi. W swojej obserwacji mieliśmy wtedy już co najmniej 40 dzieci z całego naszego kraju, a także z Estonii, Belgii i Niemiec. Mogłam podarować nawet mamie swoje popularne artykuły po polsku pisane z myślą o rodzicach dzieci z zespołem Wolfa Hirshorna, kiedy nasza diagnoza została potwierdzona za pomocą badania kariotypu. Stwierdziliśmy u Kornelii utratę fragmentu krótkiego ramienia chromosomu 4, co wyjaśniało jej problemy rozwojowe i zmiany morfologiczne twarzy i weryfikowało naszą diagnozę kliniczną. Mama wyposażona w nasze karty informacyjne, zalecenia i wynik badania kariotypu mogła pokazywać je przy okazji każdego pobytu u lekarza specjalisty czy fizjoterapeuty. Po kilku latach kiedy okazało się, że utrata materiału genetycznego z chromosomu 4 zazwyczaj występuje w wyniku translokacji chromosomowej małych fragmentów, które można wykrywać nowymi metodami, tzw. mikromacierzy, więc postanowiłam sprawdzić u Kornelii, czy oprócz utraty regionu krytycznego dla zespołu Wolfa Hirshorna nie ma nadatku materiału genetycznego na innym z chromosomów. Moglibyśmy mieć wtedy pewność, czy jest to czysta forma czy też złożona [20]. Po uzyskaniu zgody na to badanie przez współpracującą z nami prof. Marcellę Zollino z Rzymu, zadzwoniłam do mamy Kornelii z taką propozycją badań. Jednocześnie interesowały mnie losy Kornelii. Okazało się, że Kornelia już nie żyła. Odeszła na drugi brzeg z powodu napadu drgawkowego, zanim lekarz z pogotowia zdążył dojechać. – „*Pani profesor - usłyszałam od mamy, kiedy okazało się, że Kornelia ma zespół genetyczny, to pani rehabilitantka nie przychodziła już do nas tak jak poprzednio codziennie - tylko zmieniła wizyty na jeden raz w*

*miesiącu!, Kiedy jechał mąż z nią na spacer - to sąsiedzi wyrażali głośno zdziwienie, że z taką pokazuje się na ulicy. Kiedy prosiłam o termin wizyty do pediatry to był bardzo długi. A przecież ona była taka śliczna, taka kochana przez nas. Ona sama potrafiła okazywać, że nas kocha - swoim uśmiechem, mimiką i wzrokiem. Rozumiałyśmy się dobrze bez słów. Bardzo nam jej brakuje teraz. Często odwiedzamy jej grób.”* Odłożyłam słuchawkę po długiej zatrzważającej wieściami rozmowie. Przyszła refleksja. Czy tak naprawdę potrzebna była Kornelii nasza diagnoza przyczyn genetycznych jej zaburzeń. Bez diagnozy może rehabilitacja przebiegałaby korzystnie, a pan doktor szybciej przyjechałby na ratunek. Przypomniała mi się historia Jantje z Belgii, która spotkałam na międzynarodowej konferencji zespołu Wolfa Hirshorna. Postawiono jej diagnozę WHS dopiero, kiedy miała 10 lat! Od początku życia była rehabilitowana przez rodziców zawodowo zajmujących się rehabilitacją. Mówiła, chodziła, spotykała się w wieku 16 lat z przyjaciółmi na dyskotecę, kiedy ją poznałam i zaprosiłam do Polski. Poznanie jej historii to także refleksja: *Zycie z chromosomowym piętnem nie jest łatwe, ale niekoniecznie winne są temu chromosomy* [21].

## Piśmiennictwo

1. OMIM(Online Mendelian Inheritance in Man database).www.ncbi.nlm.nih.gov/omim, data pobrania 25.04.2012
2. Druker BJ, Lydon NB: Lessons learned from the development of an abl tyrosine kinase inhibitor for chronic myelogenous leukemia". J. Clin. Invest., 2000, 105, 3–7.
3. Midro A.T., Dębek K., Rogowska M., Zadrożna-Tołwińska B., Gardziejczyk M., Marcinkiewicz D.: Zespół Silvera i Russela u chłopca z obniżoną sprawnością umysłową. Ped. Pol., 1993, 68, 85-89.
4. Tarasów E., Midro A.T., Zadrożna-Tołwińska B., Szulc S.: Własne obserwacje wad kostnych w zespole Russela-Silvera. Przeg. Ped., 1995, 25, 117-125.
5. Hubert E., Midro A. T.: Syndromic retro and/or micrognathism of mandible in different genetic entities J. Appl. Genet., 1998, 39A, 68.
6. Midro A.T., Dębek K., Rogowska M., Sawicka A., Zadrożna-Tołwińska B., Marcinkiewicz D.: Silver-Russel Syndrome: familial and chromosomal implications. Dymorphology and Genetics of Cardiovascular Disorders Ed. C. S. Bartsocas and P. Beighton, HTA, Medical Publications, Athens, 1994, 34, 219-227.
7. Ramirez-Duenas M. L., Medina C., Ocampo-Campos R., Rivera H.: Severe Silver-Russell syndrome and translocation (17;20)(q25;q13). Clin. Genet., 1992, 41, 51-53.
8. Midro AT., Debek K., Sawicka A., Marcinkiewicz D., Rogowska M.: Second observation of Silver-Russel syndrome in a carrier of a reciprocal translocation with one breakpoint at site 17q25. Clin Genet., 1993, 44, 53-55.
9. Dörr S., Ayala-Madriga M.L., Midro A. T., Giannakudis J., Hansmann I.: Construction of a detailed physical and transcript map of the candidate region for Russel-Silver syndrome on chromosome 17q23-q24. Genomics, 2001, 71, 174-181.
10. Dorr S.N, Schlicker M.N., Hansmann I. N.: Genomic structure of karyopherin alpha2 (KPNA2) within a low-copy repeat on chromosome 17q23-q24 and mutation analysis in patients with Russell-Silver syndrome. Hum. Genet., 2001, 109, 479-486.



11. Gicquel C, Rossignol S, Cabrol S, Houang M, Steunou V, Barbu V, Danton F, Thibaud N, Le Merrer M, Burglen L, Bertrand AM, Netchine I, Le Bouc Y.: Epimutation of the telomeric imprinting center region on chromosome 11p15 in Silver-Russell syndrome. *Nature Genet.*, 2005, 37, 1003-1007.
12. Midro A. T., S. Zajączek. Zespół Silvera i Russella. Przyczyny powstawania, diagnoza i elementy poradnictwa genetycznego. *Przegl. Ped.*, 2007, 37, 393-401.
13. Midro A. T.: Schorzenia genomowe związane z disomią jednorodzicielską [w:] *Pediatrics - co nowego?*, Otto-Buczowska E. (red.), Wyd. Cornetis, Wrocław, 2007, 361-369.
14. Preece M. A., Price S. M., Davies V., Clough L., Stanier P., Trembath R. C., Moore G. E.: Maternal uniparental disomy 7 in Silver-Russell syndrome. *J. Med. Genet.*, 1997, 33, 199
15. Eggermann T, Schonherr N, Meyer E, Obermann C, Mavany M, Eggermann K, Ranke MB, Wollmann HA.: Epigenetic mutations in 11p15 in Silver-Russell syndrome are restricted to the telomeric imprinting domain. *J. Med. Genet.*, 2006, 43, 615-6.
16. Eggermann T, Begemann M, Binder G, Spengler S: Silver-Russell syndrome: genetic basis and molecular genetic testing. *Orphanet J Rare Dis.*, 2010, 23, 5-19.
17. Midro A. T., Panasiuk B., Iwanowski P.S., Pilch J., Matheisel A., Kocki J., Piontek E., Sarnicka-Wysokińska M., Iliszko M., Kątska M., Limon J.: Zespół Wolfa-Hirschhorna - prezentacja siedmiu nowych przypadków. *Pediatr. Pol.*, 1998, 73, 413-421.
18. Iwanowski PS, Midro A.T.: Poradnictwo genetyczne w zespole Wolfa-Hirschhorna (częściowej monosomii 4p). Część 1. Fenotyp morfologiczny i behawioralny z uwzględnieniem historii naturalnej. *Przegl. Pediatr.*, 2002, 32, 285-293.
19. Iwanowski PS, Stengel-Rutkowski S, Anderlik L, Pilch J, Midro AT.: Physical and developmental phenotype analyses in a boy with Wolf-Hirschhorn syndrome. *Genet. Couns*, 2005, 16, 31-40.
20. Iwanowski PS, Panasiuk B, Van Buggenhout G, Murdolo M, Myśliwiec M, Maas NM, Lattante S, Korniszewski L, Posmyk R, Pilch J, Zajączek S, Fryns JP, Zollino M, Midro AT: Wolf-Hirschhorn syndrome due to pure and translocation forms of monosomy 4p16.1 → pter. *Am. J. Med. Genet. A.*, 2011, 155A, 1833-1847.
21. Midro A. T.: Śmierć społeczna w praktyce genetyki klinicznej. [w:] *W drodze do brzegu życia*. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). Białystok, Tom III, 2007, 399-408.



**Abdel-Aziz Adelina<sup>1</sup>, Dobrzycka Bożena<sup>1</sup>, Kulesza-Brończyk Bożena<sup>1</sup>, Michałak Stanisław<sup>2</sup>, Terlikowski Sławomir Jerzy<sup>1</sup>**

## **Wybrane aspekty poprawy opieki perinatalnej w Polsce**

<sup>1</sup>Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo–Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Oddział Ginekologiczno-Położniczy SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

### **Wstęp**

Opieka perinatalna obejmuje wszelkie działania mające na celu zapewnienie kobiecie w okresie przedkoncepcyjnym, ciąży, porodu i połogu oraz płodowi i noworodkowi opieki medycznej, łącznie z promocją zdrowia i postępowaniem leczniczym. Niezwykle istotna w tym działaniu jest współpraca wielu specjalistów, głównie położników, neonatologów i położnych [1, 2]. Opieka ta nie mogłaby się rozwijać bez wprowadzenia efektywnego systemu organizacyjnego [3]. Każdego roku na świecie u około 10 mln kobiet występują powikłania związane z ciążą a blisko 1 tys. dziennie z tego powodu umiera [4]. Przyczyną zgonów noworodków jest z reguły przedwczesny poród, infekcje, niedotlenienie i hipotrofia [4, 5].

Zdecydowana większość zgonów występuje w krajach rozwijających się i to obciążenie zmotywowało światowych liderów do sformułowania Deklaracji Milenijnej, której celem jest m. in. redukcja śmiertelności matek i noworodków w skali globalnej. We wrześniu 2010 roku Sekretarz Generalny Organizacji Narodów Zjednoczonych rozpoczął Globalną Strategię na rzecz Zdrowia Kobiet i Dzieci, wzywającą do konkretnych działań w kierunku poprawy ich zdrowia na całym świecie [4].

W Polsce każdego roku rodzi się ponad 2 tys. martwych dzieci, z czego około 300 ze skrajnie małą masą urodzeniową. Przedwczesne porody określone zostały jako poważny problem zdrowia publicznego i pomimo usprawnień oraz opieki w ciąży, ich liczba rośnie [5, 6]. Niestety, wielu powikłaniom prowadzącym do poważnych chorób oraz zgonów matek i noworodków trudno jest zapobiec. Liczne czynniki indywidualne, społeczne, zdrowotne oraz związane z systemem świadczonych usług medycznych zwiększają ryzyko powikłań i zgonów związanych z ciążą oraz porodem. Badania epidemiologiczne potwierdzają, że wczesne i optymalne leczenie może w znacznym stopniu poprawić przeżycie [7]. Dowody wskazują, że wysokie ryzyko umieralności okołoporodowej matki i dziecka związane jest z nieodpowiednimi i niskiej jakości usługami zdrowotnymi [8].

### **Trójstopniowy podział opieki perinatalnej**

W latach 70-tych ubiegłego wieku March of Dimes Communittee on Perinatal Health wprowadził rekomendacje dotyczące opieki perinatalnej w USA, której podsumowanie skuteczności opublikowano w roku 1975 w opracowaniu „Toward improving the outcome of Pregnancy. Recommendations for the regional development

of perinatal health services” [9]. Od tego czasu w wielu krajach zaczęto sukcesywnie wprowadzać i rozwijać wielopoziomowy (najczęściej trójstopniowy) model opieki perinatalnej [3, 10].

W Polsce opieka ta, na wniosek położników, została wprowadzona decyzją Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w marcu 1995 roku, jako program rządowy. Jego wprowadzenie poprzedzono wieloletnim przygotowaniem kadry lekarskiej i pielęgniarskiej drogą szkoleń, przygotowania odpowiedniego wyposażenia ośrodków wysokospecjalistycznych z uwzględnieniem oddziałów intensywnej opieki neonatologicznej [11].

Program w większości regionów udoskonalił system opieki nad matką i dzieckiem, poprzez podział kompetencji między oddziałami ginekologiczno-położniczymi i noworodkowymi, otwarcie ośrodków wyższego poziomu na przyjęcia z zewnątrz (preferowane *in utero*), zorganizowanie transportu noworodków przez wykwalifikowany personel, wyposażenie oddziałów w nowoczesny sprzęt, a także prowadzenie działalności edukacyjnej i wydanie rekomendacji oraz podręczników [10]. System wielopoziomowy jest efektywnym i racjonalnym rozwiązaniem problemów opieki perinatalnej w wielu krajach oraz zapewnia pacjentom równy dostęp do wszystkich możliwości diagnostycznych i leczniczych regionu w zależności od potrzeb, ale niezależnie od miejsca zamieszkania, stopnia zamożności, pozycji społecznej i zawodowej [10, 12].

### **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku**

Obecnie w Polsce obowiązuje trójstopniowy system opieki perinatalnej uregulowany przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Według założeń danego systemu na I poziomie opieką objęta jest fizjologicznie przebiegająca ciąża, poród i połóg oraz zdrowy noworodek, możliwa jest także krótkotrwała opieka nad niespodziewanie występującą patologią, na II poziomie prowadzona jest opieka nad patologią średniego stopnia, zaś na III poziomie opiece podlega patologia najcięższa [13].

W przypadku zaistnienia patologii obowiązuje zasada przekazywania matki i płodu/novorodka na wyższy poziom referencyjny. Zalecany jest transport *in utero*, najlepiej do III stopnia referencyjnego, co zapewnia z jednej strony prawidłową opiekę nad matką, z możliwością najlepszej diagnostyki oraz ustalenia czasu i sposobu zakończenia ciąży, z drugiej zaś strony zabezpieczenie noworodka przed koniecznością jego transportu do oddziału Intensywnej Opieki Medycznej [14].

Przedwczesny poród noworodka z bardzo małą masą ciała związany jest z ryzykiem zgonu oraz wystąpieniem powikłań wczesnych i późnych. Zapobiega im prawidłowo zorganizowana opieka perinatalna. W przypadku, kiedy poród jest nieunikniony należy go odpowiednio przygotować i przeprowadzić [14].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku ustala także, że opiekę nad kobietą w okresie przedkoncepcyjnym sprawuje lekarz ginekolog i położna podstawowej opieki zdrowotnej. W okresie ciąży do zadań ginekologa należy skierowanie ciężarnej pomiędzy 21-26 tygodniem ciąży do położnej podstawowej opieki z w celu objęcia jej opieką [14].

## **Deklaracja Milenijna Narodów Zjednoczonych**

We wrześniu 2000 roku wszystkie państwa członkowskie Organizacji Narodów Zjednoczonych podpisały Deklarację Milenijną zobowiązującą do osiągnięcia 8 celów, w tym 2 dotyczących opieki perinatalnej. Czwarty Milenijny Cel Rozwoju mówi o zmniejszeniu do 2015 roku, w porównaniu z rokiem 1990 stopy umieralności dzieci poniżej 5 roku życia. Cel 5 dotyczy poprawy stanu zdrowia kobiet ciężarnych oraz położnic i zakłada zmniejszenie do 2015 roku w porównaniu z rokiem 1990 wskaźnika umieralności okołoporodowej o 75% [15, 16].

## **Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015**

W Polsce funkcjonuje Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 stanowiący załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku. Jego zadaniem jest realizacja celu: „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem”. Został on wybrany w związku z tym, że najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt w Polsce są stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym. Stąd, nadrzędnym celem opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną staje się zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży, a także jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, opisanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r., umożliwiająca objęcie tych kobiet opieką odpowiednią do występujących potrzeb zdrowotnych [17].

Oczekiwanymi efektami programu w zakresie opieki okołoporodowej jest obniżenie do 2015 roku wskaźnika wcześniactwa z 6,4% do 5,5%, umieralności okołoporodowej z 8,6 do 6,0/1 tys. urodzeń (w tym umieralności noworodkowej wczesnej z 3,7 do 3,0/1 tys. i późnej z 4,0 do 1,3/1 tys.), umieralności niemowląt z 7,0 do 4,0/1 tys., a także umieralności kobiet związanej z ciążą, porodem i położeniem z 7,4 do 5,0/1 tys. [17].

Do zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 w zakresie opieki okołoporodowej należy: unowocześnienie programu trójstopniowej opieki perinatalnej, poprawa opieki przedporodowej nad ciążą, kształtowanie prozdrowotnych postaw i przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom przyszłych rodziców w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży, propagowanie karmienia piersią oraz polepszenie jakości perinatalnych świadczeń medycznych [17].

Jednym z głównych zadań współczesnej medycyny wymagających specjalistycznej uwagi i szybkich działań są problemy związane z prokreacją i zdrowiem perinatalnym obejmującym zdrowie matek, stan płodów i zdrowie noworodków [1, 17]. Wskaźnikiem jakości opieki w czasie ciąży, porodu oraz we wczesnym okresie poporodowym, a także uznanym miernikiem poziomu zdrowia reprodukcyjnego populacji jest umieralność okołoporodowa płodów i noworodków [4, 18].

## **Programy polityki zdrowotnej wspierane przez organizacje pozarządowe**

Programy polityki zdrowotnej państwa, takie jak Program Poprawy Opieki Perinatalnej, Program Badań Przesiewowych Noworodków, Program Zwalczania Niedoborów Kwasu Foliowego, Program Promocji Karmienia Piersią i Program Szczepień Ochronnych, realizowane w dekadzie lat 90-tych XX wieku znalazły wsparcie

w działalności organizacji pozarządowych, m. in. Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy i Fundacji Polsat [10].

### **Analiza umieralności okołoporodowej**

W Polsce, w roku 1993 został powołany w instytucie Matki i Dziecka Zakład Analizy Zdrowia Kobiet, do którego zadań statutowych należy sprawozdawczość o żywych i martwych urodzeniach oraz zgonach noworodków, w szczególności opracowanie tabel wynikowych i analiza wyników w opiece nad kobietami w okresie okołoporodowym. Do zadań Zakładu należy zbieranie i opracowywanie sprawozdań według formularzy MZ-29 Dział X zatwierdzonych przez Departament Lecznictwa i Profilaktyki Ministra Zdrowia. Formularz MZ-29 wydany został w 1998 roku przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Wypełniany jest raz w roku i przesyłany do Urzędów Wojewódzkich i Centrów Zdrowia Publicznego.

Pogłębienie analizy martwych urodzeń, wczesnych zgonów noworodków oraz porodów przedwczesnych ułatwia określenie głównych przyczyn niepowodzeń ciąży oraz stanowi podstawę do opracowania programu opieki perinatalnej. Jest także niezbędne do wprowadzenia audytu medycznego służącego do oceny funkcjonowania trójstopniowej opieki perinatalnej oraz oceny słuszności i skuteczności wprowadzonych rekomendacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego jak również programu aktywnej profilaktyki [11].

### **Porównanie wskaźników umieralności okołoporodowej i systemu opieki Polski z innymi krajami**

Porównanie wskaźników umieralności okołoporodowej pomiędzy krajami jest utrudnione ze względu na brak ujednoczonego rejestrowania danych. Najtrudniej jest ocenić dane pochodzące z krajów Europy Środkowej i Wschodniej, co związane jest z różnymi normami prawnymi oraz różnicami w definicjach. Przykładowo, w Czechach definicja żywego urodzenia mówi o noworodku z najmniejszymi oznakami życia i wagą urodzeniową >500 g lub o wadze <500 g, jeśli noworodek przeżył dłużej niż 24 godz. od momentu porodu. W Estonii, w latach 90-tych XX wieku noworodki ważące poniżej 1000 g, które nie przeżyły pierwszego tygodnia nie wykazywano, jako żywych urodzeń. Na Łotwie, dane zbierane z raportów szpitalnych różnią się znacząco (o około 400-700) od danych z Centralnego Biura Statystycznego. Na Ukrainie dane dotyczące żywych urodzeń pochodzą z dokumentów pochodzących z administracji publicznej [10].

Polska pod względem kompletności danych dotyczących liczby zgonów okołoporodowych, przewyższa wiele krajów lepiej rozwiniętych. Źródłem danych dotyczących martwych urodzeń są informacje zawarte w zaświadczeniach o martwym urodzeniu (Główny Urząd Statystyczny) oraz formularzu MZ-29 przesyłanego ze szpitali do Urzędów Wojewódzkich bądź Centrów Zdrowia Publicznego [10].

Obecnie w Polsce dąży się do profilaktyki pierwotnej obejmującej całą populację. Opracowane w różnych ośrodkach perinatologicznych programy profilaktyczne są niewystarczające i napotykać na różne problemy, co skutkuje niewielkim obniżeniem odsetka wcześniactwa zarówno w Polsce, jaki i innych krajach Unii Europejskiej oraz USA. Ponieważ wartość współczynnika umieralności okołoporodowej nigdy nie osiągnie zera, nie jest znana jego minimalna wartość ani też poziom

referencyjny, w związku z tym problemem staje się jakość życia uratowanych noworodków [10].

W krajach europejskich zasady systemu opieki położniczej i neonatologicznej różnią się od siebie organizacją. By móc porównywać dane i wyniki badań między krajami konieczne jest stworzenie wiarygodnego, jednolitego systemu rejestrowania, gromadzenia i analizowania danych w opiece okołoporodowej oraz ujednoczenie definicji. Próby takie podejmowane są w krajach Europy Zachodniej, poprzez porównanie systemów opieki perinatalnej, co umożliwi wskazanie optymalnych rozwiązań [10].

## **Podsumowanie**

1. Celem opieki perinatalnej jest ratowanie życia oraz zapewnienie jego wysokiej jakości. Jest to związane z prowadzeniem profilaktyki dotyczącej zdrowia matki i zapobieganiem działaniu szkodliwych czynników na płód oraz noworodka.
2. Program Opieki Perinatalnej umożliwia obniżenie umieralności kobiet, płodów i noworodków w okresie okołoporodowym, promuje efektywne wykorzystanie dostępnych środków oraz zmniejsza do możliwie najniższego poziomu niekorzystne następstwa chorób matek i dzieci.
3. Wprowadzenie regionalnej opieki perinatalnej w Polsce umożliwi lepsze wykorzystanie wiedzy oraz nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych przez wielodyscyplinarne zespoły medyczne.

## **Piśmiennictwo**

1. Gadzinowski J.: Rola systemu trójstopniowej opieki perinatalnej w opiece nad noworodkiem w Polsce. Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006, 115.
2. Mirończuk J., Hołda J, Abdel-Aziz A.: Ocena funkcjonowania trójstopniowej opieki perinatalnej na podstawie analizy umieralności okołoporodowej wczesnej w szpitalach województwa podlaskiego w latach 2004-2008. Ginekologia i położnictwo Medical Project Polska, 2010, 3, 23.
3. Troszyński M., Niemiec T., Wilczyńska A.: Ocena funkcjonowania trójstopniowej selektywnej opieki perinatalnej a podstawie analizy umieralności okołoporodowej wczesnej i cięć cesarskich w Polsce w 2008 roku. Ginekol. Pol., 2009, 80, 670-677.
4. Souza J.P., Gülmezoglu A.M., Carroli G., Lumbiganon P., Qureshi Z.: WHOMCS research Group.: The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. BMC Health Serv. Res., 2011, 11, 286.
5. Norman J.E., Morris C., Chalmers J.: The effect of changing patterns of obstetric care in Scotland (1980-2004) on rates of preterm birth and its neonatal consequences: perinatal database study. PLoS Med., 2009, 6, e1000153.
6. Chazan B., Troszyński M.: Martwe urodzenia jako problem perinatologii. Ginekol. Pol., 2003, 74, 419-421.
7. Campbell O.M., Graham W.J.: Lancet Maternal Survival Series steering group.: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet, 2006, 368, 1284-1299.
8. Costello A., Azad K., Barnett S.: An alternative strategy to reduce maternal mortality. Lancet, 2006, 368, 1477-1479.

9. Ryan GM Jr.: Toward improving the outcome of pregnancy Recommendations for the regional development of perinatal health services. *Obstet. Gynecol.*, 1975, 46, 375-384.
10. Pietrzycka D., Gadzinowski J.: Opieka perinatalna w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. *Klin. Perinatol. Ginekol.*, 2007, 43, 7-9.
11. Troszyński M.: Czy prowadzenie pogłębionej analizy umieralności okołoporodowej może być pomocne w podniesieniu jakości opieki perinatalnej? *Medycyna Wieków Rozwojowych*, 2010, 14, 138-149.
12. Gadzinowski J, Bręborowicz G.: Program Poprawy Opieki Perinatalnej. Ośrodek Wyd. Nauk., Poznań, 1995, 11.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. [www: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_opiek\\_24092010.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_opiek_24092010.pdf), data pobrania 5.03. 2012.
14. Rutkowska M., Resko-Zachara M., Marianowski L.: Postępowanie w porodzie przedwczesnym z przewidywaną bardzo małą masą urodzeniową płodu. *Ginekologia i położnictwo Medical Project Polska*, 2011, 22, 14.
15. Maine D.: Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. *Lancet*, 2007, 370, 1380-1382.
16. WHO. Millennium Development Goals (MDGs). [www: http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/), data pobrania 5.03.2012.
17. Narodowy Program zdrowia na lata 2007-2015. [www: http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user\\_upload/npz.pdf](http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/npz.pdf), data pobrania 5.03.2012.
18. Troszyński M.: Umieralność okołoporodowa wczesna (0-6). Raport: Zdrowie kobiety w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006, 106.



**Fiedorczyk Irena<sup>1</sup>, Fiedorczyk Justyna<sup>2</sup>, Fiedorczyk Anna<sup>3</sup>**

## **Choroba przewlekła dziecka a zmiany w funkcjonowaniu rodziny**

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących z Oddziałami Integracyjnymi im. St. Staszica w Białymstoku

<sup>3</sup> Studentka VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

### **Wstęp**

Szczególnie trudne macierzyństwo/rodzicielstwo to opieka i wychowanie dzieci chorych przewlekłe, niepełnosprawnych i z utrudnieniami w rozwoju. Przewlekła choroba dziecka to wiele emocjonalnych, behawioralnych i finansowych kosztów. Może powodować to dezintegrację, nasilenie agresji wewnątrzrodzinnej, a czasem spowodować rozpad rodziny. Jednak rodzina w chwili choroby dziecka może też wewnętrznie zmobilizować się i wspólnie organizować wszechstronną pomoc. Z analizy badań wynika, iż rodzice dostrzegają zmiany w funkcjonowaniu małżeństwa, rodziny od momentu pojawienia się choroby dziecka [1].

Kościelska [2] na podstawie prowadzonych badań dokonała chronologicznego ustawienia wielorakich trudności z punktu widzenia rodziców. Pierwszy rodzaj problemów nazywa trudnością z osamotnienia, gdy choroba dziecka nie doprowadza do szybkiej i trafnej diagnozy, a rodzice nie uzyskują kompetentnego rozpoznania, za którym idzie metoda leczenia danej choroby, a także wsparcie opiekuńczo – wychowawczo edukacyjne. Specyfika choroby dziecka powoduje, że w praktyce rodzice zostają sami ze swoim problemem, rodzi się poczucie zagrożenia i beznadziejności. Jest to ten rodzaj doświadczeń, z którymi rodzice muszą nauczyć się żyć.

Rodzaj szczególnego obciążenia pojawia się, gdy rodzice postrzegają siebie winnymi choroby swojego dziecka – dzieje się to w przypadku chorób genetycznych (powszechna jest wiara w dziedziczenie po rodzicach niektórych chorób, chociaż z racjonalnego punktu widzenia rodzice nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za materiał genetyczny, który przekazują dzieciom).

Każdy dzień choroby dziecka to ogrom zadań opiekuńczych i pielęgnacyjnych, czasem z brakiem satysfakcji z tych wysiłków, bo nie prowadzą one do postępu w rozwoju dziecka – rodzi to oddzielny i bardzo dotkliwy problem, jakim jest trudność życia z dzieckiem o postępującej degradacji psychicznej i fizycznej. Chore dziecko to również koszty finansowe i niejednokrotnie niemożność pracy zawodowej przynajmniej jednego z rodziców. To także zaburzenie, naruszenie wszystkich prawidłowych aspektów życia rodzinnego, łącznie z wychowaniem i opieką zdrowych dzieci.

Wyżej wspomniana autorka dokonała również rozpoznania różnych sposobów radzenia sobie przez rodziców z traumą choroby dziecka. Wzór pierwszy to tzw. „orientacja zadaniowa” z intensywną rehabilitacją dziecka i rozlicznymi próbami

szukania pomocy specjalistów. Wyrażna dezorganizacja życia rodzinnego, poprzez rozpaczanie i jednocześnie zaniedbywanie obowiązków zawodowych i opiekuńczych wobec zdrowych dzieci – to wzór drugi. Natomiast usiłowanie normalizacji życia z nastawieniem na dzielność w każdej dziedzinie życia, stanowi wzór trzeci. Pełne nastawienie rodziców na ochronę chorego dziecka, poświęcanie i całkowite oddanie jako wewnętrzna potrzeba rodziców (choć częściej matek) – to sposób czwarty, prezentowany jako forma radzenia sobie z własnym cierpieniem i niepokojem. „Orientacja na dziecko” ujęta jako sposób piąty, wiąże się z autentycznym dostrzeganiem potrzeb chorego dziecka, jest próbą tworzenia przez rodziców normalnej atmosfery życia rodzinnego. Rodzice przyjmujący tę zasadę należą do nielicznych. Bardzo istotnym wnioskiem z badań Kościelskiej jest stwierdzenie, iż sposób radzenia czy nieradzenia sobie przez rodziców z sytuacją choroby ma zasadnicze znaczenie dla funkcjonowania dzieci, ponieważ dzieci odbierają klimat emocjonalny panujący w domu, między rodzicami [2].

Najbardziej pożądaną reakcją w sytuacji choroby dziecka jest dojrzałe, mądre macierzyństwo, ma ono szansę w pełni zaistnieć, gdy matka zostanie otoczona troską, racjonalnym wsparciem psychicznym i fizycznym ze strony swojego męża, ojca dziecka. Intensywne włączenie się w opiekę nad chorym dzieckiem ojca jest decydujące dla możliwości poradzenia sobie z sytuacją przewlekłej choroby dziecka. Brak zaangażowania męża jest równoznaczny z utratą zdrowia i mądrej postawy matki w tak skrajnie trudnej sytuacji. Dążenie do normalizacji życia w rodzinie to podstawowe zadanie, do którego potrzebni są po prostu ludzie, umiejący wnieść do rodziny „to coś”, co osłabi poczucie bezradności, samotności i lęku.

### **Cele pracy**

Celem badań było dokonanie analizy subiektywnych ocen czynników ryzyka wystąpienia u matek nasilonego zespołu zaburzeń wypalenia się sił życiowych.

### **Material i metody**

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody nr R-I-002/43/2011 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Do badań zostały włączone kobiety, których dziecko ze względu na specyficzne potrzeby zdrowotne korzysta z pomocy i wsparcia specjalistycznych placówek na terenie Białegostoku:

- Zespół Szkół nr 11 w Białymstoku, ul. Rzemieślnicza 16
- Zespół Szkół nr 12 w Białymstoku, ul. Krakowska 19
- Zespół Szkół nr 13 w Białymstoku, ul. Słonimska 38
- Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy, ul. Antoniuk Fabryczny 40
- Ośrodek Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”. Poradnia zaburzeń i wad rozwojowych dzieci, ul. J. Waszyngtona 17 (przy UDSK).

Podstawową metodą był sondaż diagnostyczny, technika – ankietowa, zaś narzędziem - autorski kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące zmian występujących w funkcjonowaniu systemu rodzinnego, subiektywnej oceny jakości więzi małżeńskiej, subiektywnej oceny męża/partnera jako ojca, subiektywnej oceny uzyskiwanego

wsparcia ze strony męża/partnera oraz subiektywnej oceny skuteczności opieki medycznej nad dzieckiem.

Ankieta demograficzna dotyczyła następujących aspektów: miejsce zamieszkania, wiek matki, wykształcenie matki, aktywność zawodowa, status cywilny, liczba dzieci w rodzinie. Badania przeprowadzono w miesiącach: marzec – listopad 2011 roku.

## Wyniki

### Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 137 matek posiadających dziecko przewlekłe chore, będące pod opieką różnych placówek specjalistycznych na terenie miasta Białystok.

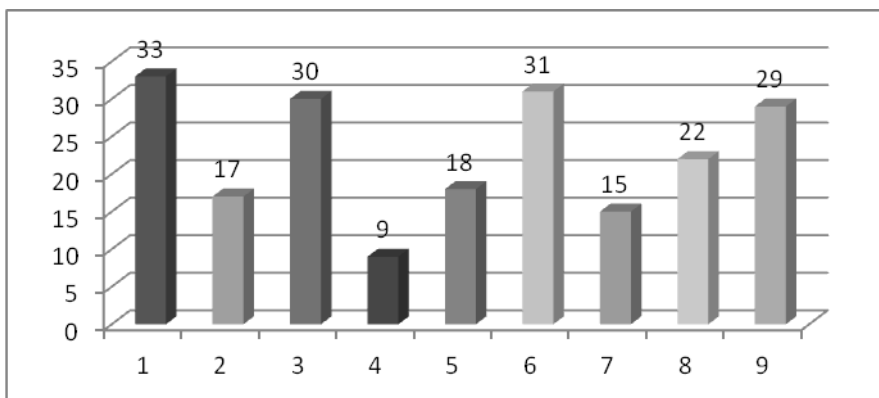
- Większość badanych matek zamieszkuje na stałe na wsi – 61% respondentek, mieszkanki miasta stanowią 39% matek.
- Największa grupa respondentek to matki powyżej 40. roku życia (38%). Prawie co czwarta badana znajduje się w przedziale wiekowym 36 – 40 lat. Nieco mniej niż 1/5 (17%) to matki w przedziale wiekowym 31-35 lat. Najmniej liczną grupę stanowią matki w przedziale wiekowym 20 – 25 lat (8%), a poniżej 20. roku życia to 2% respondentek. Zaznacza się duża rozpiętość wiekowa respondentek badanej grupy matek, co umożliwia analizowanie funkcjonowania kobiety - matki chorego dziecka w całym okresie wieku reprodukcyjnego.
- Mniej niż połowa respondentek (39%) zadeklarowała wykształcenie zasadnicze zawodowe (jest to najliczniejsza grupa badanych), natomiast co trzecia badana zaznaczyła wykształcenie średnie. Podstawowe wykształcenie reprezentuje co czwarta badana matka, a zaledwie 6% kobiet posiada wykształcenie wyższe. Potencjał intelektualny badanej grupy jest zróżnicowany z wyraźną dominacją wykształcenia podstawowego i zasadniczego zawodowego.
- Spośród badanych kobiet, 36% deklaruje funkcjonowanie w związku małżeńskim i tylko nieco mniej, bo 30% funkcjonuje w wolnym, niezalegalizowanym związku. Na samotne macierzyństwo, z różnych powodów (panna, wdowa, rozwiedziona) wskazuje 34% ankietowanych matek. Podsumowując można zauważyć, iż ponad połowa respondentek (66%) posiada wsparcie męża/partnera – przynajmniej w zakresie formalnym.
- Zdecydowana większość badanych matek (88%) nie pracuje zawodowo, z różnych powodów (zasilek, bezrobotna, rencistka) – aż 1/4 z tej grupy posiada obciążenia zdrowotne predysponujące do posiadania renty. Na aktywność zawodową wskazało zaledwie 11% matek. Z pewnością taki rozkład funkcjonowania zawodowego matek przyczynia się do trudnej sytuacji socjoekonomicznej rodziny przewlekłe chorego dziecka.
- Średnia liczba dzieci w rodzinie, na podstawie deklaracji matek, to troje dzieci.

### Choroba dziecka a funkcjonowanie rodziny

W wielu związkach urodzenie się chorego dziecka jest przyczyną różnych zmian w stosunkach pomiędzy matką a ojcem dziecka. Na dużą dezorganizację życia

pod postacią następujących stwierdzeń: „zrezygnowaliśmy z ambicji zawodowych” (30 wskazań); „nasilenie agresji wewnątrzrodzinnej” (18 wskazań); „sprzeczki i kłótnie” (31 wskazań); „utrata bliskości” (15 wskazań); „duże trudności w małżeńskim funkcjonowaniu”(22 wskazania) – wskazuje większość respondentek, co obrazuje wyraźne poddanie się problemom w funkcjonowaniu systemu rodzinnego. Rodzice/małżonkowie boleśnie zostają dotknięci chorobą dziecka.

Postawa zwana „orientacją na dziecko” występuje w stwierdzeniach: „wspólnie pomagamy naszemu dziecku” (33 wskazania); „zacieśnione zostały więzi rodzinne” (17 wskazań); więcej czułości i wyrozumiałości (9 wskazań). Zdecydowanie mniejsza suma wskazań dotyczy pozytywnego całokształtu postępowania w zaistniałej sytuacji – obrazuje to Ryc. 1.



**Rycina 1. Choroba dziecka a funkcjonowanie związku**

1. Wspólnie pomagamy naszemu dziecku
2. Zacieśnione zostały więzi rodzinne
3. Zrezygnowaliśmy z ambicji zawodowych
4. Więcej czułości i wyrozumiałości
5. Nasilenie agresji wewnątrzrodzinnej
6. Sprzeczki i kłótnie
7. Utrata bliskości (unikanie bliskości)
8. Duże trudności w małżeńskim funkcjonowaniu
9. Wszystko jest podporządkowane przywracaniu zdrowia dziecku

Średnia ocena współdziałania, współpracy oraz dodawania sobie otuchy w związku wynosi 3,03. Szczegółowy rozkład otrzymanych wyników obrazuje tabela 1.

**Tabela 1. Subiektywna ocena jakości więzi w związku**

<b>Oceny przyznawane w skali od 1 do 5, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle; 5 – bardzo wysoko, bardzo dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%

31	22,6	17	12,4	39	28,5	27	19,7	23	16,8	137	100
----	------	----	------	----	------	----	------	----	------	-----	-----

Subiektywna ocena męża/partnera jako ojca pod względem zaangażowania w proces opiekuńczo – wychowawczy dziecka wynosi 3, 02. Szczegółowy rozkład otrzymanych wyników obrazuje tabela 2.

**Tabela 2. Subiektywna ocena męża/partnera jako ojca**

<b>Oceny przyznawane w skali od 1 do 5, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle; 5 – bardzo wysoko, bardzo dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
33	24,1	12	8,6	45	32,8	24	17,6	23	16,8	137	100

Respondentki poproszono o dokonanie subiektywnej oceny własnej wartości jako matki. Kobiety posługiwały się pięciostopniową skalą. Średnia subiektywna ocena poczucia własnej wartości jako matki w badanej grupie wyniosła 2, 92.

**Tabela 3. Subiektywna ocena poczucia własnej wartości jako matki**

<b>Oceny przyznawane w skali od 1 do 5, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle; 5 – bardzo wysoko, bardzo dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
37	27,1	19	13,8	34	24,8	25	18,2	22	16,1	137	100

Ankietowane matki poproszono również o dokonanie subiektywnej oceny skuteczności opieki medycznej nad dzieckiem. Średnia uzyskanych ocen w badanej grupie wyniosła 2,65. Szczegółowy rozkład danych obrazuje tabela 4.

**Tabela 4. Subiektywna ocena skuteczności opieki medycznej nad dzieckiem**

<b>Oceny przyznawane w skali od 1 do 5, gdzie 1 – bardzo nisko/bardzo źle; 5 – bardzo wysoko, bardzo dobrze</b>											
1		2		3		4		5		ogółem	
n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
33	24,1	26	19	52	37,9	9	6,5	17	12,5	137	100

Niska ocena wywołuje negatywne nastawienie do procesu leczenia dziecka, a tym samym wzrost poczucia bezradności w opiece nad dzieckiem.

## Dyskusja

W literaturze powszechny jest pogląd, że rodzina działa ochronnie na zdrowie człowieka, bardzo często podkreślany jest fakt znaczącego udziału rodziny zarówno w profilaktyce zdrowotnej, jak i rehabilitacji. To dwustronne ujęcie funkcji prozdrowotnej rodziny jest szczególnie ważne w odniesieniu do dzieci, które ze względu na potrzeby okresu rozwojowego wymagają dużego komfortu emocjonalnego w środowisku rodzinnym oraz pełnej opieki i pomocy rehabilitacyjnej w okresach choroby.

Wielu autorów potwierdza również zależność układu immunologicznego od stanu „psyche” oraz istnienie patofizjologicznych dróg łączących sferę psychiczną z powstaniem danej choroby [3 - 6]. Wrześniewski [7] uznaje, że podwyższona aktywność emocjonalna człowieka osłabia jego układ immunologiczny.

Zdarzeniem szokowym, generującym wiele negatywnych przeżyć jest wiadomość o chorobie przewlekłej dziecka, rodzice doświadczają przeżyć świadczących o kryzysie psychicznym o różnym stopniu nasilenia i czasie trwania. Według Maciarz [8] kryzys ten przeżywany przez oboje rodziców może naruszać więź emocjonalną między nimi. Prowadzone przez nią badania w pełni potwierdziły pogląd, że silna więź małżeńska i wzajemne udzielanie sobie wsparcia przez rodziców stanowi dominującą determinantę ich prawidłowego funkcjonowania w rodzicielskich rolach wobec niepełnosprawnego dziecka. Ta sama autorka w innym opracowaniu [9] donosi, iż rodzicielstwo staje się szczególnie trudne, gdy jeden z rodziców dystansuje się wobec problemów spowodowanych chorobą i niepełnosprawnością dziecka, unika odpowiedzialności za jego opiekę i rehabilitację, czy wręcz inicjuje z tego powodu konflikty w rodzinie. Podkreśla również, iż to ojcowie zwykle szybciej uwalniają się od przeżyć kryzysowych poprzez racjonalizację trudnej sytuacji, ale również częściej rozluźniają swoją więź z matką i chorym dzieckiem poprzez zaprzeczanie swojemu ojcostwu wobec chorego dziecka, opuszczanie rodziny, oskarżanie matki o genetyczne obciążenie dziecka chorobą. Matki natomiast rzadziej odrzucają chore dziecko, rzadziej również decydują się na oddanie dziecka do zamkniętego ośrodka rehabilitacji.

Badania prowadzone w grupach matek mających dzieci dotknięte różnym rodzajem i stopniem niesprawności wykazały, iż znaczącymi czynnikami ryzyka wystąpienia u matek wysoko nasilonego zespołu zaburzeń wypalenie się sił są następujące aspekty: samotne macierzyństwo bez wsparcia, brak ojca włączającego się w pełnienie funkcji opiekuńczo – wychowawczych oraz, co należy szczególnie podkreślić – brak psychicznego wsparcia ze strony specjalistów służby zdrowia i służb oświatowych [10, 11].

W związku z powyższym też dużą wartość terapeutyczną, jak podkreśla Cytowska i współautorzy [12], mają oddziaływania skierowane na poprawę stosunku rodziców do chorego dziecka, wzmacnianie ich kompetencji niezbędnych w jego rehabilitacji oraz polepszenie relacji między nim a rodzicami. Na podstawie prezentowanego piśmiennictwa można stwierdzić, iż jest to sfera zaniedbana przez tradycyjną medycynę, skoncentrowaną na medycznych aspektach choroby, a przecież dziecko dotknięte szczególną chorobą – jest szczególnym pacjentem.

Prezentowane badania własne potwierdzają opisane przez Kościelską sposoby radzenia sobie przez rodziców z traumą ciężkiej choroby dziecka. Zarówno subiektywna ocena jakości więzi małżeńskiej w związku dokonana przez matki chorych dzieci, jak i ocena zaangażowania męża/partnera w opiekę nad chorym dzieckiem, a także subiektywna ocena skuteczności opieki medycznej nad dzieckiem prezentuje obraz

macierzyństwa silnie dotkniętego chorobą dziecka. Odbiór przez chore dzieci takiego obrazu macierzyństwa może przyczynić się do powstania objawów psychopatologicznych, typu nadmierne pobudzenie, brak skupienia uwagi, brak objawów nawiązywania kontaktów z otoczeniem – na co wskazuje badana grupa matek.

**Wniosek** - subiektywna ocena poszczególnych czynników ryzyka wystąpienia u matek problemów emocjonalnych predysponuje do zaburzeń w systemie rodzinnym, co może zwiększać negatywne skutki choroby dziecka.

### **Piśmiennictwo**

1. Antoszevska B.: Dziecko z chorobą nowotworową–problemy psychopedagogiczne. Impuls, Kraków, 2008, 32 – 63.
2. Kościelska M.: Trudne macierzyństwo. WSiP, Warszawa, 1998, 14 – 30.
3. Greszta E.: Więż emocjonalna i sposoby jej badania. Psychol. Wych., 2000, 4, 13 – 16.
4. Pilecka W.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Probl. Psychol., Impuls, Kraków, 2002.
5. Dolińska – Zygmunt G.: Podstawy psychologii zdrowia. Wyd. UW, Wrocław, 2001, 44 – 71.
6. Dolińska – Zygmunt G.: Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby. Wyd. UW, Wrocław, 2001, 27 – 41.
7. Wrześniewski K.: Styl życia a zdrowie: wzór zachowania. A. WSiP, Warszawa, 1993.
8. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie. Wyd. ŻAK, Warszawa, 2006, 12-23.
9. Maciarz A.: Znaczenie więzi emocjonalno-społecznych w tworzeniu macierzyństwa dla niepełnosprawnego dziecka. Szkoła Specjalna, 2004, 2.
10. Maciarz A.: Trudne dzieciństwo i rodzicielstwo. Wyd. ŻAK, Warszawa, 2009.
11. Ziółkowska B.: Dziecko chore w domu, w szkole i u lekarza. GWP, Gdańsk, 2010, 11 – 34.
12. Cytowska B., Winczury B., Stawarski A.: Dziecko chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju. Wyd. Impuls, Kraków, 2008, 34 – 58.





Ślifirczyk Anna<sup>1</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>2</sup>, Grajcar Marzena<sup>3</sup>

## Autyzm jako problem diagnostyczny

<sup>1</sup> Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża J.P.II w Białej Podlaskiej

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>3</sup> Medyczne Studium Zawodowe w Białej Podlaskiej

Autyzm występuje we wszystkich częściach świata, dotyka ludzi należących do różnych narodowości i różnych grup społecznych. Interesującym jest fakt, iż liczba osób z tym zaburzeniem wciąż rośnie.

Dane epidemiologiczne pozwalają z jednej strony oceniać chorobowość oraz zapadalność, a więc i skalę występowania danego zjawiska, a jednocześnie stanowią cenne narzędzie dla instytucji związanych z ochroną zdrowia, pozwalając przewidywać zapotrzebowanie na usługi medyczne [1]. W celu oceny częstości występowania choroby oraz liczby nowych zachorowań przydatne wydają się być następujące definicje:

- **wskaźnik chorobowości, chorobowość (CH)** - częstość występowania autyzmu w populacji ogólnej w procentach, promilach lub w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców;
- **wskaźnik zapadalności, zapadalność (Z)** - liczba nowych zachorowań na autyzm w procentach, promilach lub w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w odniesieniu do populacji ogólnej w okresie, np. roku [2].

Pierwsze badania epidemiologiczne dotyczące autyzmu zostały zakończone w 1966 roku w Wielkiej Brytanii [3]. Przeprowadził je Lotter [3] na terenie hrabstwa Middlesex i dokonał przesiewu wśród wszystkich dzieci pomiędzy 8. a 10. rokiem życia, posługując się kwestionariuszami, które rozsyłano nauczycielom oraz innym profesjonalistom pracującym z dziećmi. Łącznie przebadał około 78 tysięcy osób i wstępnie zidentyfikował 135 potencjalnie obciążonych tym zaburzeniem. Spośród tej grupy ostatecznie wyłonił 35 osób, które spełniały kryteria diagnostyczne opracowane przez Kanner'a (tj. sztywność wzorców i zachowań oraz wycofanie w relacjach społecznych, symptomy te pojawiły się przed 5. rokiem życia). W badaniach tych Lotter [3] oszacował rozpowszechnienie autyzmu na poziomie około 4,5/10 000, a stosunek autystycznych chłopców do dziewczynek określił jako 2,6 do 1.

Warto zaznaczyć, iż fakt większej liczebności autystycznych chłopców niż dziewczynek nie był odnotowany przez Kanner'a i Asperger'a, a obecnie jest powszechnie znany [1, 3].

Lord, Schopler i Revicki (1982) [cyt. za 4], jako jedni z pierwszych podjęli szersze badania nad omawianą problematyką. W ciągu pięciu lat poddawali obserwacji i badali metodami psychometrycznymi dzieci z autyzmem. Przebadali 384 chłopców i 91 dziewczynek. Autorzy ustalili, iż proporcja chłopców do dziewcząt wynosiła 5:1 w grupie o wyższym poziomie funkcjonowania poznawczego, a 3:1 w grupie osób niżej funkcjonujących [cyt. za 4].

W badaniach prowadzonych w latach 80. tych ubiegłego stulecia wykazano wyższy wskaźnik występowania tego zaburzenia. Steffenburg i Gillberg (1986) [cyt. za 5] ustalili, że autyzm wczesnodziecięcy występuje w około 4,7/10 000 osób, zaś kilka lat później zespół badawczy pod kierunkiem Gillberga (1991), że w 7,8/10 000 osób [cyt. za 5].

Baird i wsp. [6] w 2000 roku przebadali 16 235 18.-miesięcznych dzieci określając wskaźnik chorobowości z powodu autyzmu na 30,8/10 000.

W Niemczech odnotowuje się 2 przypadki autyzmu na 10 000 urodzeń, w Japonii aż 16 [7]. W 2000 w Londynie wykazano 58 dzieci z objawami autyzmu na 10-16.000 dzieci w wieku 7 lat, w New Jersey w USA zdiagnozowano 67 na 10 000, a w Cambridgeshire i podobnie w Kalifornii - 57 dzieci z objawami autyzmu na 10 000 [7].

W przypadku występowania autyzmu w Polsce, z powodu braku badań prowadzonych na populacji polskiej, można podać jedynie dane szacunkowe na podstawie obliczeń autorów zagranicznych. Problem stanowi zarówno brak wystandaryzowanych narzędzi badawczych, jak i ujednoliconej klasyfikacji autyzmu.

W oparciu o raport 2000 nt. „Ocena stanu pomocy dzieciom i osobom dorosłym z autyzmem oraz ich rodzinom w Polsce” [8], opracowany przez Fundację Synapsis, problem dotyczy w Polsce ok. 10 000 dzieci i młodzieży oraz trudnej do określenia, ze względu na braki w diagnozowaniu, liczby osób dorosłych z autyzmem, szacowanej na kilka tysięcy. Razem z rodzinami, również ciężko dotkniętymi skutkami choroby, obejmuje ponad 50 000 osób. Według autorów raportu na terenie województwa lubelskiego może żyć około 310 dzieci i około 110 osób w wieku 19-24 lata [8].

Wyjątkiem są badania prowadzone w Łodzi i opublikowane w 2005 roku z którego wynika, że autyzm występuje w Polsce z częstością 6,4/10 000 w grupie łódzkich dzieci urodzonych w 1996 roku [9].

W opinii Markiewicz [10] analiza dokumentacji Specjalistycznej Poradni Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji pozwoliła na stwierdzenie, iż w latach 1995-2003 liczba dzieci autystycznych w wieku od 0,7. m. ż. do 6. r. ż. w populacji zgłaszanych ze wstępną diagnozą autyzmu pacjentów wynosiła ok. 5-8 na 75-90 przypadków w ciągu roku, co stanowi ok. 8,8% populacji zgłaszanych zaburzeń.

Fombonne [11], jeden z największych autorytetów w dziedzinie badań epidemiologicznych nad autyzmem, dokonał ostatnio przeglądu imponującej liczby 43 badań populacyjnych przeprowadzonych w różnych krajach. Z badań autora wynika, że przypadki autyzmu w jego klasycznej formie mieszczą się w przedziale od 0,7/10.000 do 72,6/10.000. Dane z prac obejmujących małą liczbę osób zdecydowanie wskazywały na wyższe rozpowszechnienie autyzmu, natomiast odwrotna zależność dotyczyła badań większych liczebnie [11]. Przeprowadzona analiza pozwoliła na stwierdzenie statystycznie istotnej zależności między wskaźnikiem chorobowości a rokiem publikacji pracy. Badania prowadzone po 1987 roku, za Fombonne [11], cechowały się wartościami wskaźników powyżej 7/10 000, a publikowane po 2000 roku dowodzą tego, iż chorobowość w ostatnich latach zdecydowanie wzrosła i wahała się między 7,2/10.000 a 40,5/10.000 przypadków [11].

Według najbardziej aktualnych badań dla zaburzeń autystycznych za uśredniony wskaźnik chorobowości przyjęto wartość 20,6/10 000 przypadków, z ponad 4-krotną przewagą chłopców nad dziewczynkami [11].

Częstsze występowanie autyzmu u chłopców, za Cantor [24] może wskazywać na neurorozwojowe podłoże zaburzenia.

Banasiak i wsp. [2] rozważają wzrost zapadalności na zaburzenia ze spektrum autystycznym jedynie w kontekście zmieniającej się metodologii badań nad zespołem, a modyfikacji jego definicji.

Dane statystyczne z California Health and Services Agency, za Croen i wsp. [13] szacują, że częstość diagnozowania zaburzenia autystycznego wzrosła z 5,78/10 000 w 1987 roku do 14,89/10 000 w 1994 roku, kiedy to jednocześnie spadła liczba diagnozowanych przypadków upośledzenia umysłowego o nieznannej przyczynie z 28,76 do 19,52/10 000.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż do częstszego diagnozowania autyzmu przyczyniło się obniżenie wieku, w którym rozpoznawano autyzm wczesno-dziecięcy [14], zwiększenie liczby publikacji na temat autyzmu, większy zakres świadczonej opieki przez placówki specjalistyczne oraz wzrost edukacji rodzin i personelu medycznego w zakresie zaburzenia [11].

Można więc za Fombonne [13] postawić pytanie, czy mamy istotnie do czynienia ze wzrostem zapadalności na zaburzenia ze spektrum autystycznego, czy wynika to jedynie z poprawy diagnostyki zaburzeń?

Hipotezy lansowane między innymi przez Rimlanda (1995), Kidda (2002) [cyt. za 15], takie jak: stosowanie szczepionek czy antybiotyków, narażenie na Zanieczyszczenie środowiska, nie znalazły jak dotąd potwierdzenia w pracach naukowych.

W związku z powyższym, badania epidemiologiczne dotyczące omawianego problemu mają istotne znaczenie, ponieważ pozwalają nie tylko na oszacowanie wielkości populacji autystycznych pacjentów, ale także na określenie wielkości środków, które powinny być przeznaczone na realizację programów edukacyjnych i terapeutycznych.

Pisula [5] wymienia za Costello pięć powodów uzasadniających celowość prowadzenia badań epidemiologicznych i zalicza do nich:

- ocenę liczby osób dotkniętych tym problemem oraz ich rodzin
- ocenę wielkości środków (kosztów) finansowych, które muszą być w związku z tym poniesione
- ocenę relatywnych kosztów, jakie ponoszą rodziny, instytucje i organizacje, zajmujące się edukacją, zdrowiem itp.
- ocenę dystrybucji środków i potrzeb w różnych środowiskach geograficznych (w sensie rejonu kraju) i w grupach socjoekonomicznych
- ocenę częstości występowania autyzmu w określonym czasie – i jej zmian (zwiększenie i zmniejszenie) - co powinno mieć wpływ na politykę społeczną, planowanie działań edukacyjnych, wydatków związanych z opieką nad tą grupą osób.

Metody i procedury są systematycznie udoskonalane, a mimo to stan badań nad autyzmem trudno uznać za zadowalający.

Wraz z rozwojem dziecięcej psychiatrii i neurologii coraz liczniejsze stają się obserwacje i badania dotyczące ciężkich i wczesnych zaburzeń organizacji psychicznej.

Według Markiewicz [10], pomimo pojawiających się trudności, czasem wątpliwości wynikających z braku jednoznacznych kryteriów diagnostycznych oraz jasno określonych procedur badań epidemiologicznych, kolejne badania wnoszą nowe informacje i choć problemu nie rozwiązują, to znacznie go przybliżają

## **Patogeneza**

Od czasu podjęcia pierwszych badań nad ustaleniem przyczyny autyzmu mija prawie 60 lat, a współcześni badacze, terapeuci dysponują coraz większą wiedzą, a

mimo to zagadka genezy autyzmu wciąż nie jest rozwiązana. Problem dotyczy zarówno etiologii, jak i jednoznacznego określenia charakterystyki deficytu, ponieważ autyzm to zaburzenie o złożonej i wieloczynnikowej etiologii.

Historycznie przyczyn autyzmu upatrywano w czynnikach psychogennych, a późniejsze wyniki badań dotyczące związku autyzmu z zaburzeniami neurologicznymi skłoniły badaczy do poszukiwania organicznej etiologii tego zaburzenia [16].

Obecnie badania nad patogenezą autyzmu koncentrują się wokół biologicznych przyczyn zaburzenia. W celu poznania przyczyn autyzmu rozpoczęto badania nad czynnikami genetycznymi, metabolicznymi, wirusowymi oraz teratogenicznymi, które to mogą wyjaśnić przyczyny zaburzonego rozwoju płodu.

Jedną z pierwszych teorii była, oparta na procesach psychodynamicznych teoria Kanner, za Randall i Parker [17], który twierdził, że dzieci autystyczne „*przychodzą na świat z wewnętrzną niezdolnością do tworzenia afektywnych kontaktów międzyludzkich wynikających zwykle z rozwoju biologicznego, tak jak inne rodzą się z uszkodzeniami fizycznymi, czy psychicznymi*”.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że Kanner [18] jako pierwszy zwrócił uwagę na specyficzne cechy rodziców dzieci autystycznych. Rodzice i krewni opisywanych przez niego dzieci należeli do grupy o wysokim statusie socjoekonomicznym, zajmujących się działalnością artystyczną, literacką, i naukową. Opisywał ich, jako osoby oziębłe, sztywne i przeintelektualizowane, u których można zaobserwować cech obsesyjne.

W literaturze przedmiotu [19,20], rodzicom, a zwłaszcza matkom, zarzucano chłód emocjonalny, niezdolność do okazywania uczuć, pedanterię, koncentrowanie się na własnej karierze zawodowej oraz traktowanie dziecka w sposób pozbawiony uczuć „*jak maszyny, którą można konserwować, by prawidłowo działała*”. W badaniach prowadzonych w latach siedemdziesiątych, ponad wszelką możliwość wykazano, że nie istnieją obiektywne argumenty wspierające takie poglądy [21].

Ważną rolę w powyższym odegrały także badania prowadzone przez Wing i Gould (1979) [10], które opracowały koncepcję triady deficytów autystycznych i zaproponowały interpretację zaburzeń autystycznych w ramach spektrum objawowego.

W piśmiennictwie [10,11,22] podkreśla się, iż trudność zdefiniowania autyzmu polega na tym, że samo zjawisko stanowi złożony problem, a przyjęte perspektywy diagnostyczne umożliwiają postrzeganie poszczególnych fragmentów zagadnienia, które rozpatrywane w całości tworzą sensowną całość.

Uważa się, za Banasiuk i wsp. [2], że hipoteza neurorozwojowa jest najlepiej potwierdzoną badaniami biomedycznymi koncepcją genezy autyzmu. Do wykazania słuszności paradygmatu neurorozwojowej genezy fenomenu życia psychicznego, takiego jak zespół kliniczny (np. autyzm) lub cecha (np. orientacja seksualna), wymagane jest [2]:

- stwierdzenie odmienności w budowie anatomicznej mózgowia między osobami prezentującymi określony fenomen a osobami pozbawionymi tego fenomenu,
- stwierdzenie drobnych różnic anatomicznych i morfometrycznych w strukturze mózgowia i innych narządów między obiema grupami,
- wykazanie różnic w wykonywaniu testów neuropsychologicznych.

Przez wiele lat autyzm łączono z uwarunkowaniami genetycznymi. Przez ostatnie dwadzieścia lat zgromadzono wiele dowodów wskazujących na genetyczne uwarunkowania zaburzeń ze spektrum autyzmu, ale żaden gen jednoznacznie nie został zidentyfikowany jako czynnik prowadzący do rozwoju choroby [23]. Badania dowodzą, iż przyczyny autyzmu mają podstawy genetyczne [2]:

- uwarunkowane genem EN2 na chromosomie 7 i genami znajdującymi się na chromosomach 3, 4 i 11
- okołoporodowe (niedotlenienie powodujące uszkodzenia pnia mózgu)
- teratogenne (działanie talidomidu, który powoduje uszkodzenia pnia mózgu)
- infekcyjne (wirusowe, zakażenie drożdżakami-kandydoza)
- zaburzenia rozwojowe OUN (skrócenie pnia mózgu na granicy między mostem a rdzeniem przedłużonym, brak jądra górnego oliwki, pomniejszenie jądra nerwu twarzewego)
- stosowanie thiomersalu (występuje w szczepionkach, ilość szczepionek otrzymanych przez dzieci).

Współczesna medycyna nie zna jednak genu, który ewentualnie odpowiadałby za tę chorobę. Przyjmuje się, że za autyzm mogą być odpowiedzialne nieprawidłowości w więcej niż jednym genie dotyczące obszarów 15 i 7 chromosomu [2]. Ponadto stwierdzono, że gen o nazwie SHANK3, kodujący białko, jest zmutowany u części osób chorych na autyzm [24], zaś u części osób dotkniętych także tym zaburzeniem występują nieprawidłowości w obszarze chromosomu 22, które mogą powodować zaburzenia poznawcze i wyobcowanie autystyczne [2]. W innym badaniu [25] wykazano, że genetycznym czynnikiem ryzyka autyzmu mogą okazać się pewne allele genów WNT2 i RELN, które są zaangażowane w regulowanie przebiegu neurorozwoju [25].

Pojawiają się również przypuszczenia, że za autyzm odpowiedzialne mogą być geny, które zanikają wraz z dorastaniem dziecka [2]. Jednym z takich genów jest HOOXA1, gen kodujący syntezę białka, będącego czynnikiem transkrypcyjnym i modulującym aktywność innych genów. Gen ten u zdrowych dzieci zanika w okresie wczesnej embriogenezy. Jeżeli będzie nadal aktywny, to jego zmienne funkcje z wiekiem mogą prowadzić do powstania określonych zaburzeń [2].

W badaniach porównawczych zauważono, że autyzm występuje dużo częściej wśród rodzeństwa osób chorych na autyzm niż w populacji generalnej [26]. Zbadano ponadto, że w przypadku bliźniąt monozygotycznych szansa na wystąpienie autyzmu u obydwójga rodzeństwa jest jeszcze wyższa [27]. Bliźnięta takie dzielą ten sam materiał genetyczny, a zatem o wystąpieniu zaburzenia decydują w tym przypadku wpływy środowiskowe. W jednym z najnowszych badań [27] wskaźnik dziedziczności autyzmu u obojga bliźniąt dla kobiet wyniósł 0,87, natomiast dla mężczyzn 0,73. W opinii Cuxart [16], częstsze występowanie autyzmu u mężczyzn niż u kobiet, mimo mniejszej odziedziczalności zaburzenia u chłopców, pośrednio sugeruje jego genetyczne podłoże.

W badaniach z udziałem osób chorujących na autyzm wykazano wiele nieprawidłowości towarzyszących chorobie w zakresie funkcjonowania transmisji synaptycznej [28]. Najbardziej rozpowszechnionymi neuroprzekaźnikami są: acetylocholina, glutaminian, GABA, noradrenalina, dopamina i serotonina. Neuro-przekaźnik służy do zmiany sygnału elektrycznego na sygnał chemiczny w synapsie i do przekazywania tego sygnału z jednej komórki (zwanej presynaptyczną) do innej (zwanej postsynaptyczną). Proces rozprzestrzeniania się pobudzenia i hamowania między neuronami jest istotą działania układu nerwowego [29]. Jak wynika z badań Wierzińskiego i wsp. [28], brak równowagi w systemach neuroprzekaźnictwa może skutkować zaburzeniami neurologicznymi, psychicznymi oraz deficytami neuro-psychologicznymi. Już około 40 lat temu zbadano podwyższony poziom serotoniny u chorych na autyzm [30]. W badaniach prowadzonych współcześnie przez Anderson i wsp. [31], podwyższony poziom serotoniny, oznaczony w surowicy i w płytkach krwi, zaobserwowano u około 30% chorej populacji. Zwiększone stężenie serotoniny, Okado i Narita [32] wykazał

również w ośrodkowym układzie nerwowym. W eksperymentach z wykorzystaniem zwierząt, Narita i wsp. [33] stwierdzili, że podwyższony poziom serotoniny w ośrodkowym układzie nerwowym może być wywołany narażeniem w okresie płodowym na działanie kwasu walproinowego i talidomidu. Także w badaniach z użyciem metody funkcjonalnego obrazowania mózgu (PET-pozytronowa tomografia emisyjna), Rumsey i Ernst [34] opisali nieprawidłowości ośrodkowego metabolizmu serotoniny w strukturach mózgu, w których zaobserwowano dysfunkcje anatomiczne towarzyszące autyzmowi (mózdzek, płaty czołowe i skroniowe kory mózgowej) [34]. Istnieją również doniesienia, według których wywołanie podwyższonego stężenia serotoniny w ośrodkowym układzie nerwowym wiąże się z nieprawidłowym rozwojem włókien nerwowych kory mózgowej [35].

W przypadku neuronów, w których neuroprzekaznikami jest GABA, pełnią one najczęściej rolę neuronów kojarzeniowych [28]. Są to neurony zapobiegające rozprzestrzenianiu się pobudzenia na inne komórki nerwowe [29]. Tworzą one połączenia pomiędzy układem limbicznym (odpowiedzialnym za funkcjonowanie emocji) a ośrodkami kory mózgowej (związanej z przetwarzaniem informacji) integrując procesy umysłowe [26]. Niektóre źródła [37, 38] donoszą, że zaburzona regulacja syntezy GABA w tych neuronach może przyczynić się do klinicznych cech autyzmu. Za hipotezą taką przemawia fakt, iż u osób dotkniętych autyzmem często obserwuje się niedobór komórek Purkinjego powiązanych z GABA-ergicznymi interneuronami [39], co wiąże się z zaburzeniami połączeń mózdzku z korowymi ośrodkami odpowiadającymi za funkcje motoryczne i poznawcze [37, 38].

Współcześnie uznaje się, że autyzm jest skutkiem nieprawidłowości w przebiegu rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, których początek ma miejsce w okresie prenatalnym [40]. Rozwijający się mózg jest bardzo wrażliwy na działanie rozmaitych teratogenów. W przebiegu ostatnich kilkunastu lat wskazano kilka prawdopodobnych czynników zwiększających ryzyko zapadalności na autyzm, a zwłaszcza u osób genetycznie predysponowanych. Są to, m.in. kwas walproinowy, przyjmowany przez matki podczas ciąży, w celu zapobiegania atakom padaczki, a także Talidomid wykorzystywany w wielu chorobach [33, 41]. Badania Narita i wsp. [33] wykazały, iż działanie w/w substancji na płód we wczesnym okresie ciąży znacznie podwyższa zawartość serotoniny w strukturze mózgu zwanej hipokampem. Odkryto, że może to być istotnie przyczyną wad neurorozwojowych stanowiących podłoże zaburzeń autystycznych [42, 43]. Doniesienia z badań nad związkami autyzmu z zaburzeniem neuroprzekaznictwa za pośrednictwem katecholamin wskazują na następujące objawy autyzmu: stereotypie zachowań, zaburzenia nastroju, napady agresji, zaburzenia komunikacji, apatie, deficyty uwagi, pamięci krótkotrwałej oraz myślenia. Doświadczalne blokowanie receptorów dopaminy u zwierząt wywołuje powyższe objawy, towarzyszące często autyzmowi [44]. Odnotowano, iż podanie zwierzętom w okresie płodowym talidomidu i kwasu walproinowego, kojarzonych z ryzykiem autyzmu, skutkuje z podwyższonym poziomem dopaminy w korze czołowej [33], a to może powodować uszkodzenie neuronów dopaminowych, prowadząc do rozwoju autyzmu [28]. Istnieją również doniesienia, według których zaburzenia w transmisji dopaminowej współwystępują z anomaliami mózdkowymi i czołowymi. Wyniki przeprowadzonych badań, za Mittleman i wsp. [45] wskazują na rolę dopaminy koordynującą pracę tych obszarów. Niektóre źródła donoszą, iż czynnikiem ryzyka rozwinięcia się wad neurorozwojowych, w tym także autyzmu, może być działanie rてci na rozwijający się układ nerwowy [46, 47].

We współcześnie prowadzonych badaniach nad substancjami, które wywierają teratogeny wpływ na rozwój płodu, wg Kalii [46], można wyróżnić także: ołów, metyl, fenyle, arsen i toluen. Pisząc o przyczynach autyzmu i kontrowersjach z nim związanych, nie można pominąć teorii wynikającej ze skrajnie męskiej anatomii mózgu. Badania Auyeung i wsp. [47] sugerują, że do rozwinięcia się cech autystycznych u dzieci, bez względu na ich płeć, może doprowadzić zbyt wysoki poziom testosteronu owodniowego oddziałującego na rozwijający się układ nerwowy.

Istnieją badania [48, 49] koncentrujące się wokół znaczenia stężenia wewnętrznych opioidów dla patogenezy autyzmu. U chorych na autyzm stwierdza się większe stężenie endorfin w płynie mózgowo-rdzeniowym, które towarzyszy mniejszej wrażliwości na ból – co mogą tłumaczyć często występujące epizody samoookaleczeń i samouszkodzeń u dzieci dotkniętych autyzmem [50, 51]. Znaczenie opioidów dla występowania objawów autyzmu potwierdza częściowa skuteczność naltreksonu - substancji silnie hamującej aktywność receptorów opioidowych.

W badaniach Nelson i wsp. [52] okazało się, że lek redukuje nadmierną aktywność ruchową i występowanie epizodów autoagresji.

Ze względu na uznaną rolę w regulacji zachowań społecznych duże zainteresowanie wśród badaczy patogenezy autyzmu budzi oksytocyna [53]. Z badań, za Crawley i wsp. [54] wynika, że osoby z autyzmem, w porównaniu ze zdrowymi, mają istotnie mniejsze stężenie oksytocyny w surowicy krwi, która może pełnić szczególnie ważną rolę w kształtowaniu pamięci społecznej. W badaniach klinicznych Hollander i wsp. [55] z wykorzystaniem podwójnej ślepej próby okazało się, że dożylnie podanie oksytocyny zmniejsza nasilenie stereotypii ruchowych u chorujących na autyzm.

Istnieje również hipoteza, że w niektórych przypadkach podłożem autyzmu mogą być uwarunkowane genetyczne nieprawidłowości metabolizmu energetycznego w mitochondriach neuronów [56]. Argumentem przemawiającym za tym stanowiskiem jest wysoki poziom mleczanów we krwi osób z autyzmem. Przy takiej etiologii, chorobie powinny towarzyszyć ataki epileptyczne wywołane brakiem równowagi pobudzenia grup neuronów [56].

W badaniach prowadzonych w ostatnich latach z udziałem osób chorujących na autyzm, za Amaral i wsp. [39], zaobserwowano nieprawidłowości w zakresie objętości korowej substancji szarej i białej zarówno w płatach czołowych, skroniowych, jak i ciemieniowych. Najbardziej nasilone i powtarzające się z największą konsekwencją powiększenie objętości tkanki zaobserwowano w obrębie płatów czołowych [57]. Teorię funkcji wykonawczych zapoczątkował Łuria [cyt. za 58]. Podkreśla ona rolę płatów czołowych w regulacji zachowań celowych i ukierunkowanych, a najczęściej pojawiające się nieprawidłowości dotyczą okolic grzbietowo- bocznych kory przedczołowej oraz środkowej części płata czołowego [cyt. za 58].

Przedstawione stanowiska dotyczące patogenezy autyzmu nie wyczerpują tematu. Są tylko próbą spojrzenia na problem przyczyn z różnych punktów widzenia i ukazania, że poszukiwania trwają w różnych kierunkach i odpowiedź na pytanie: skąd się bierze autyzm? – pozostaje nadal pytaniem otwartym. Można się było tego spodziewać, gdyż na zaburzenia ze spektrum autyzmu składa się wiele sklasyfikowanych zespołów osobowych. Objawy obserwowane w zaburzeniach autystycznych wykazują duże zróżnicowanie międzyosobnicze. Prawdopodobną wydaje się hipoteza, że u podstaw tych zaburzeń może być wiele nieprawidłowości neuro-rozwojowych niekoniecznie występujących jednocześnie u wszystkich chorych.

### **Kryteria diagnostyczne w kolejnych wersjach DSM**

Diagnoza odgrywa bardzo istotną rolę, zwłaszcza jeśli w grę wchodzi konieczność wyraźnego rozróżnienia odmiennych stanów, ich zrozumienia i doboru odpowiedniej metody postępowania. Wczesna diagnoza autyzmu budzi nadzieję na podjęcie właściwej terapii, zanim zaburzenie zepchnie dziecko zbyt daleko z prawidłowej drogi rozwoju.

Wyodrębnienia autyzmu i jego pierwszego opisu dokonał, za Jaklewicz [59], w 1943 roku austriacki pediatra Kanner, na podstawie badanej grupy dzieci, wśród których zdiagnozował dzieci schizofreniczne, psychotyczne oraz niepełnosprawne intelektualnie i takie, których zachowanie nie spełniało kryteriów diagnostycznych żadnego z wcześniej wymienionych zaburzeń. Kanner zaburzenie, którym dotknięte były te dzieci, nazwał autyzmem wczesnodziecięcym i w jego przeświadczeniu oznaczał on: „*brak fantazji lub zdolności do kreowania rzeczywistości*” [cyt. za 59]. Dokonał on także wyróżnienia cech charakteryzujących zbadaną grupę dzieci, takich jak:

- niezdolność do rozwijania stosunków społecznych
- stereotypowe i powtarzające się czynności w trakcie zabawy
- wystąpienie zaburzeń w okresie niemowlęctwa
- niekomunikatywna mowa
- zdolność mechanicznego zapamiętywania
- brak wyobraźni
- dążenie do niezmienności
- opóźnienie w rozwoju językowym
- odwracanie zaimków
- echolalia [cyt. za 59].

Przedstawione w pierwotnym ujęciu przez Kannera kryteria diagnostyczne autyzmu dość szybko zostały uzupełnione innymi propozycjami, a dostrzeżenie występowania, obok autyzmu klasycznego, także innych zaburzeń o wyraźnych cechach autystycznych zaowocowało zmianami w systemach klasyfikacji.

W dwóch największych systemach klasyfikacyjnych, tj. Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD - *International Classification of Diseases*), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - *World Health Organization*) oraz Diagnostyczno-Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych (DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA - *The American Psychological Association*), usytuowanie autyzmu na tle innych zaburzeń na przestrzeni lat uległo istotnym zmianom [cyt. za 5].

W DSM-1 z 1952 roku i DSM-2 z 1968 roku, autyzm włączony był do grupy psychoz dziecięcych. Podobnie w klasyfikacji ICD-8 (WHO, 1967) uwzględniono tylko autyzm wczesnodziecięcy, który uznano za nietypową formę schizofrenii. W późniejszej klasyfikacji ICD-9 autyzm mieścił się w grupie psychoz dziecięcych [cyt. za 57].

W 1980 roku opracowana została wersja DSM-III, w której autyzm wczesnodziecięcy został włączony do grupy rozległych, całościowych zaburzeń rozwojowych. Rewizja DSM opracowana w 1987 roku i przedstawiona jako DSM-III-R wniosła zmodyfikowane kryteria, według których autyzm wczesnodziecięcy wyodrębniony został z grupy zaburzeń rozwojowych jako osobna kategoria zaburzeń [61]. Objawy autyzmu wczesnodziecięcego zostały podzielone na trzy grupy:

- jakościowe uszkodzenie związków społecznych
- jakościowe zaburzenia komunikacji werbalnej, niewerbalnej oraz wyobraźni
- znaczne ograniczenie repertuaru aktywności i zainteresowań [61].



Kolejną modyfikacją systemu klasyfikacji autyzmu była IV wersja DSM z 1994 roku uznająca za podstawowe kryteria zaburzenia:

- zakłócenia w regulacji stanów afektywnych i lęku
- zakłócenia w zachowaniu społecznym i wrażliwości społecznej
- zakłócenia przetwarzania informacji rozumiane jako irracjonalne myślenie oraz myślenie rzeczywistości z fantazją [61].

Zestawienie objawów autyzmu w kolejnych wersjach podręczników diagnostycznych zawarte zostało w tabeli 1.

**Tabela 1. Zestawienie objawów autyzmu w kolejnych wersjach podręczników diagnostycznych [10]**

DSM – III – R	DSM – IV	ICD – 10
jakościowe uszkodzenie związków społecznych B. jakościowe zaburzeniach komunikacji werbalnej, niewerbalnej oraz wyobraźni znaczne ograniczenie repertuaru aktywności i zainteresowań.	zakłócenia w regulacji stanów afektywnych i lęku, zakłócenia w zachowaniu społecznym i wrażliwości społecznej. zakłócenia przetwarzania informacji rozumienie jako irracjonalne myślenie oraz mylenie rzeczywistości z fantazją.	A. nieprawidłowe interakcje społeczne i wzorce porozumiewania się B. ograniczony, stereotypowy, powtarzający się repertuar zainteresowań i aktywności

We wszystkich kryteriach podkreśla się także fakt wystąpienia nieprawidłowości przed ukończeniem przez dziecko 36 miesięcy życia.

Wydaje się, że większe możliwości w zakresie skutecznej i precyzyjnej diagnostyki stwarza podręcznik *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10*. W zastosowanym tu systemie alfanumerycznym pod symbolem F84 opisane zostały całościowe zaburzenia rozwojowe, których cechą zasadniczą (podobnie, jak w DSM) są nieprawidłowe interakcje społeczne i wzorce porozumiewania się oraz ograniczony i stereotypowy repertuar zainteresowań i aktywności. Warto zaznaczyć, iż w systematyce ICD-10 położono nacisk na konieczność rozpoznawania różnicowego między autyzmem dziecięcym a specyficznymi zaburzeniami rozwoju rozumienia wypowiedzi słownych, wtórnymi problemami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania w dzieciństwie, upośledzeniem umysłowym z towarzyszącymi zaburzeniami emocjonalnymi i zachowania, schizofrenią o szczególnie wczesnym początku.

Występowanie zaburzeń psychicznych u osób z autyzmem jest zagadnieniem złożonym, trudnym do oceny i wciąż mało poznanym [62, 63].

Pomimo częstszego występowania zaburzeń psychicznych u osób dotkniętych autyzmem aniżeli w populacji ogólnej, nadal obserwuje się zjawisko przeddiagnozowywania osób z autyzmem. Ma to związek szczególnie z występowaniem objawów wynikających z samego autyzmu, choć niekoniecznie świadczących o współwystępowaniu innych zaburzeń psychicznych. Poważny problem stanowi bariera poprawnej komunikacji językowej [66]. Saulnier i Volkmar [65] zwrócili uwagę na odmienne podejście współcześnie obowiązujących klasyfikacji diagnostycznych DSM-

IV i ICD-10. Klasyfikacja DSM-IV zamieszcza rozpoznanie autyzmu oraz upośledzenia umysłowego w jednym z rozdziałów dotyczących zaburzeń ujawniających się w okresie rozwojowym, a systematyka ICD-10, oba te rozpoznania, w niezależnych rozdziałach Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [5, 61, 66].

Tabela 2 prezentuje miejsce autyzmu i zaburzeń rozumienia mowy wśród innych kategorii zaburzeń rozwoju psychicznego. Zaburzenia takie, jak dziecięcy zespół dezintegracyjny, zespół Landau-Kleffnera oraz niektóre przypadki autyzmu, włączone zostały do wspólnej grupy, wraz ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju umiejętności szkolnych, specyficznymi zaburzeniami rozwoju funkcji motorycznych, mieszanymi zaburzeniami rozwoju i nieokreślonymi zaburzeniami rozwoju psychicznego. Mimo wielu rozbieżności, początkowe ich cechy i przebieg wykazują wiele podobieństw.

Klasyfikacja ta [66] charakteryzuje autyzm dziecięcy, jako rodzaj całościowego zaburzenia rozwojowego manifestującego się poprzez:

- nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3. rokiem życia
- jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych
- jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się
- ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności.

Przedstawione dwa systemy klasyfikacyjne, akcentujące deficyty w zakresie rozwoju społecznego i komunikacji, nie pozwalają na zdiagnozowanie autyzmu u małych dzieci, których to rozwój bywa często nieharmonijny. Wczesna diagnoza zaburzeń rozwojowych u małych dzieci, w tym zaburzeń autystycznych, jest ogromnie istotna zarówno dla dziecka, jak i jego rodziców (opiekunów). Pozwala na dobór właściwych i najbardziej skutecznych działań terapeutycznych, stwarzających nadzieję na lepsze funkcjonowanie w późniejszym życiu. Narzędziem do wczesnej diagnostyki autyzmu jest Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*) [4].

**Tabela 2. Miejsce autyzmu oraz zaburzeń rozumienia mowy wśród innych kategorii zaburzeń rozwoju psychicznego [66]**

Całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)		Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80)	
F84.0	Autyzm dziecięcy	F80.0	Specyficzne zaburzenia
F84.1	Autyzm atypowy	F80.1	artykulacji
F84.2	Zespół Retta	F80.2	Zaburzenie ekspresji mowy
F84.3	Inne dziecięce zaburzenia	F80.3	Zaburzenie rozumienia mowy
F84.4	dezintegracyjne		Nabyta afazja z padaczką (zespół
	Zaburzenia hiperkinetyczne	F80.8	Landau-Kleffnera)
F84.5	z upośledzeniem	F80.9	Inne zaburzenia rozwoju mowy i
F84.8	umysłowym i stereotypiami		języka
F84.9	Zespół Aspergera		Zaburzenia rozwoju mowy i
	Inne całościowe zaburzenia		języka, nieokreślone
	rozwojowe		
	Całościowe zaburzenia		
	rozwojowe, nieokreślone		

Kwestionariusz CHAT skonstruowany jest z dwóch części: A i B. Część A skierowana jest do rodziców i zawiera pytania dotyczące funkcjonowania dziecka w następujących obszarach: zabawy w bliskim kontakcie fizycznym, zainteresowanie innymi dziećmi, rozwój motoryczny, zabawy społeczne, zabawy „na niby”, wskazywanie palcem przedmiotu, który dziecko chce otrzymać, wskazywanie palcem dla wzbudzenia zainteresowania, zabawy funkcjonalne i współdzielenie uwagi [4]. Część B kierowana jest do osób przeprowadzających badanie i zawiera próby o charakterze eksperymentalnym. Ocenia się sposób wykonania przez dziecko zadań z zakresu współdzielenia uwagi, wskazywania przedmiotu w celu zainteresowania nim innej osoby, a także zdolności do „zabawy na niby” [4].

Kolejną skalą znajdującą zastosowanie w diagnostyce autyzmu dziecięcego jest Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) [4]. Jest to behawioralna, 15 punktowa skala, którą wykorzystuje się w diagnozowaniu dzieci z autyzmem oraz określaniu stopnia autyzmu od lekkiego poprzez umiarkowany do znacznego. Przy pomocy tejże skali można odróżnić dzieci z autyzmem od dzieci z upośledzeniem rozwoju bez syndromu autyzmu. Test znajduje zastosowanie wobec dzieci w każdym wieku. Badający ocenia obszary funkcjonowania dziecka w zakresie: interakcji z ludźmi, naśladowania, reakcji emocjonalnych, posługiwania się ciałem, posługiwania się przedmiotami, dostosowania się do zmian, reakcji wzrokowych, reakcji słuchowych, reakcji na smak, zapach, dotyk oraz sposobu posługiwania się tymi zmysłami, lęku i niepokoju, komunikacji werbalnej i niewerbalnej, poziomu aktywności i harmonijności rozwoju intelektualnego, ogólnego wrażenia i subiektywnego wrażenia osoby oceniającej dziecko według 14 skal [4].

Jeszcze innym narzędziem jest Profil Psychoedukacyjny (*PEP-R- Psychoeducational Profile Revised*) opracowany przez zespół Schoplera, Reichlera i Bashforda [67]. Test prezentuje rozwojową koncepcję oceny dzieci z autyzmem i zaburzeniami rozwoju. PEP-R składa się ze Skali Zachowań i skali rozwoju. Skala zachowań umożliwia określenie zaburzeń zachowania. Sugeruje się następujące oceny zachowania: odpowiednie, umiarkowanie nieodpowiednie i w znacznym stopniu nieodpowiednie. Skala rozwoju ocenia natomiast poziom rozwoju dziecka w zakresie: naśladowania, percepcji, motoryki małej i dużej, koordynacji wzrokowo- ruchowej, czynności poznawczych, komunikacji i mowy czynnej [67]. Wprowadzono trzy-stopniową skalę ocen wykonania zadania: wynik zaliczony, nie zaliczony i obiecujący. Profil PEP - R pozwala przede wszystkim zaplanować indywidualny program terapii oraz umożliwia obserwację postępów dziecka i zmian w jego zachowaniu [67].

## Piśmiennictwo

1. Charles J.M., Carpenter L.A., Jenner W., Nicholas J.S.: Recent advances in autism spectrum disorders. *Int. J. Psychiatry. Med.*, 2008,38, 133-140.
2. Banasiak M., Witusik A., Pietras T., Górski P.: Epidemiologia autyzmu [w:] *Autyzm- epidemiologia, diagnoza i terapia*, Pietras T., Witusik A., Gałeczki P.(red.), Wyd. Continuo, Wrocław, 2010, 9-11.
3. Lotter V.: Epidemiology of autistic conditions in young children. *Prevalence. Social Psychiatry*, 1966, 1, 124-137.
4. Bobkowitz- Lewartowska L.: *Autyzm dziecięcy zagadnienia diagnozy i terapii*. Oficyna Wyd. Impuls. Kraków, 2005, 130-131.
5. Pisula E.: *Autyzm u dzieci: diagnoza, klasyfikacja, etiologia*. PWN, Warszawa, 2001.

6. Baird G., Charman T., Baron-Cohen S., Cox A., Swettenham J., Wheelwright S., Drew A.: A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, 39, 694-702.
7. Błaszczynski J.: Próby zestawienia definicji autyzmu na podstawie doniesień z różnych dziedzin nauk. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 1998, 9, 15-16.
8. Rajner A., Wroniszewska M., Wroniszewski M.: Raport 2000. Ocena stanu pomocy dzieciom i osobom dorosłym z autyzmem oraz ich rodzinom w Polsce Światło i Cienie, 2001, 3.
9. Kolańska M., Rabe-Jabłońska J.: Zaburzenia komunikacji i mowy oraz ich związek z zaburzeniami rozwoju psychicznego i zaburzeniami psychicznymi u dzieci 8-letnich z gminy miejskiej Łódź. *Psychiatr. Pol.*, 2005, 39, 357-370.
10. Markiewicz K. Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych. *Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin*, 2004, 55-56.
11. Fombonne E.: Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr. Res.*, 2009, 65, 591-598.
12. Cantor R.M. Molecular genetics of autism. *Curr. Psychiatry Rep.*, 2009; 11:137-142.
13. Croen L.A., Grether J.K., Hoogstrate J., Selvin S.: The changing prevalence of autism in California. *J. Autism Dev. Disord.*, 2002, 32, 207-215.
14. Jick H., Kaye J.A., Black C.: Epidemiology and possible causes of autism changes in risk of autism in the U.K. for birth cohorts 1990-1998. *Pharmacotherapy*, 2003, 23, 1523-1530.
15. DeStefano F.: Vaccines and autism: evidence does not support a causal association. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 2007, 82, 756-759.
16. Cuxart F.: El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos. Archidona. Aljibe, Málaga, 2000.
17. Randall P., Parker J.: Autyzm. Jak Pomóc rodzinie. GWP, Gdańsk 2001; 113.
18. Kanner L.: Autistic disturbances of affective contact. *Nervous. Child*, 1943. 217-250.
19. Gałkowski T., Kossewska J.: Autyzm wyzwaniem naszych czasów, *Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków*, 2000, 1-240.
20. Gałkowski T.: Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym. *Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa*, 1995.
21. Pisula E.: Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju. *Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa*, 1998, 45 - 47
22. Kościelska M.: Merytoryczne problemy diagnozy autyzmu związane z wieloznacznością pojęcia. *Impuls- Kwartalnik Informacyjny Krakowskiego Oddziału krajowego Stowarzyszenia Autyzmu, Kraków*, 1995.
23. Yang M.S., Gill M.: A review of gene linkage, association and expression studies in autism and assessment of convergent evidence. *Int. J. Dev. Neurosci.*, 2007, 25, 69-85.
24. Bourgeron T.: The possible interplay of synaptic and clock genes in autism spectrum disorders. *Cold. Spring. Harb. Symp. Quant. Biol.*, 2007, 72, 645-654.
25. Nguyen K., Bassez G., Bernard R., Krahn M., Labelle V., Figarella-Branger D., Pouget J., Hammouda el H., Beroud C., Urtizberea A., Eymard B., Leturcq F., Levy N.: Dysferlin mutations in LGMD2B. Miyoshi myopathy, and atypical dysferlinopathies. *Hum. Mutat.*, 2005, 26, 165.

26. Bailey A., Le Couter A., Gottesman I., Bolton P., Simonoff E., Yuzda e., Rutter M.: Autism as strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychol. Med.*, 1995, 25, 67-77.
27. Taniai H., Nishiyama T., Imaeda M., Sumi S.: Genetic influence on the broad spectrum of autism. Study of proband- ascertained twins. *Am J Genet B Neuropsychiatr. Genet.*, 2008, 147 B, 844-849.
28. Wierziński P., Pietras T., Gałeczki P., Szymańska A., Kwiatkowska A., Florkowski A.: Zaburzenia ośrodkowej neurotransmisji w przebiegu autyzmu dziecięcego. *Post. Psychiatr. Neurol.*, 2005, 14, 57-63.
29. Traczyk W., Trzebski A.: Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2007.
30. Boullin D.J., Coleman M., O'Brien R.A.: Abnormalities in platelet 5-hydroxytryptamine efflux in patients with infantile autism. *Nature*, 1970, 226, 371- 383.
31. Anderson G. M., Ggutknecht L., Cohen D. J., Brailly- Tabard S., Cohen J. H., Ferrari P., Roubertoux P.L., Tordjman S.: Serotonin transporter promoter variants in autism: functional effects and relationship to platelet hyperserotonemia. *Mol. Psychiatry*, 2002, 7, 831-836.
32. Okado N., Narita N.: A Biegonic amine-synapse mechanism for mental retardation and development al disabilities. *Brain. Dev.*, 2001, 23, 11-15.
33. Narita N., Kato M., Tazoe M., Miyazaki M., Narita M., Okado N.: Increase monoamine concentration in the brain and blond of fetal thalidomide and valproic acid exposed rat: putative animal models for autism. *Pediatr. Res.*, 2002, 56, 576-579.
34. Rumsey J.M., Ernst M.: Functional neuroimaging of autistic disorders. *Ment Retard. Dev. Disab. Res. Rev*, 2000, 3, 171-179.
35. Boylan C.B., Blue M.E., Hohmann C.F.: Modeling early cortical serotonergic deficits in autism. *Behav. Brain. Res.*, 2007, 176, 94-108.
36. Dhossche D., Applegate H., Abraham A., Maertens P., Bland L., Bencsath a., Martinez J.: Elevated plasma gamma- aminobutyric acid ( GABA ) levels in autistic youngsters: stimulus for a GABA hypothesis of autism. *Med. Sci. Monit.*, 2002, 8, 1-6. *hild Psychol. Psychiatry*, 2000, 41, 407-417.
37. Yip J., Soghomonian J.J., Blatt G.J.: Decreased GAD 67 mRNA expression in cerebellar interneurons in autism: implications for Purkinje cell dysfunction. *J. Neurosci. Res.*, 2008, 86, 525- 530.
38. Yip J., Soghomonian J.J., Blatt G.J.: Decreased GAD 67 mRNA levels in cerebellar Purkinje cells in autism: pathophysiological implications. *Acta Neuropathol.*, 2007, 113, 559-668.
39. Amaral D., Mills- Schumann C., Wu Nordahl C.; Neuroanatomy of autism. *Trends. Neurosc.*, 2008, 31, 137-145.
40. Volkmar F.M. Klin A.: Issues in classifications of autism and related conditions. In :Volkmar F., Klin A., Paul R., Cohen D. (editors): *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3rd ed. Wiley, New York, 2005.
41. Schorry E.K., Oppenheimer S.G., Saal H.M.: Valproate embryopathy: clinical and cognitive profile in 5 siblings. *Am J Med Genet*, 2005, 133, 202-206.
42. Williams G., King J., Cunningham M., Stephan M., Kerr B., Hersh J.H.: Fetal valproate syndrome and autism: Additional evidence of an association. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 2001, 43, 2002-2006.

43. Stromland K., Sjogreen L., Miller M., Gillberg C., Wentz E., Johansson M., Nylen O., Danielsson A., Jacobsson C., Andersson J., Fernell E.: Mobius sequence a Swedish multidiscipline study. *Europ J. Paediatr. Neurol.*, 2002, 6, 35-45.
44. Nieoullon A.: Dopamine and the regulation of cognition and attention. *Prog. Neurobiol.*, 2002, 67, 53-83.
45. Mittelman G., Godowitz D., Heck D.H., Blaha C.D.: Cerebellar modulation of frontal cortex dopamine efflux in mice: relevance to autism and schizophrenia. *Synapse*, 2008, 62, 544 - 550.
46. Kalia M.: Brain development; anatomy connectivity, adaptive, plasticity and toxicity. *Metabolism*, 2008, 57, 2-5.
47. Auyeung IB., Baron-Cohen S., Ashwin E., Knickmeyer R., Taylor K., Hackett G.: Fetal testosterone and autistic traits. *Br. J. Psychol.*, 2009, 100, 1-22.
48. Sher L. Autistic disorder and the endogenous opioid system. *Med Hypotheses*, 1997, 48, 413-414.
49. Berney T.P.: Autism an evolving concept. *Br. J. Psychiatry*, 2000, 176, 20-25.
50. Gillberg C.: Endogenous opioids and opiate antagonists in autism: brief review of empirical findings and implications for clinicians. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 1995, 37, 239-245.
51. Van Ree J.M., Niesink R.J., Van Wolfswinkel L., Ramsey N.F., Kornet M.M., Van Furth W.R., Vanderschuren L.J., Gerrits M.A., Van den Berg C.L.: Endogenous opioids and reward. *Eur. J. Pharmacol.*, 2000, 405, 89-101.
52. Nelson K., Grether J., Crohen L., Dambrosia J., Dickens B., Jelliffe I., Hansen R., Phillips T.: Neuropeptides and neurotrophins in neonatal blood of children with autism and mental retardation. *Ann. Neurol.*, 2001, 49, 597-606.
53. Modahl C., Green L., Fein D., Morris M., Waterhouse L., Feinstein C., Levin H.: Plasma oxytocin levels in autistic children. *Biol. Psychiatry*, 1998, 43, 270-277.
54. Crawley J.N., Chen T., Puri A., Washburn R., Sullivan T.L., Hill J.M., Young N.B., Nadler J.J., Moy S.S., Young L.J., Caldwell H.K., Young W.S.: Social approach behaviors in oxytocin knockout mice: comparison of two independent lines tested in different laboratory environments. *Neuropeptides*, 2007, 41, 145-163.
55. Hollander E., DeCaria C.M., Finkell J.N., Begaz T., Wong C.M., Cartwright C.: A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biol Psychiatry*, 2000, 47, 813-817.
56. Garcia- Penas J.J.: Autism, epilepsy and mitochondria disease: points of contact. *Rev. Neurol.*, 2008, 46, 79-85.
57. Carper R.A.: Cerebral lobes in autism: early hyperplasia and abnormal age effects. *Neuroimage*, 2002, 16, 1038-1051.
58. Carper R.A., Courchesne E.: Localized enlargement of the frontal cortex in early autism. *Bio Psychiatry*, 2005, 57, 126-133.
59. Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy. *Diagnoza-przebieg-leczenie*. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk, 1993
60. Konstantareas M.M., Blackstock E.B., Webster C.D.: *Autyzm*. Warszawa, 1992, 29.
61. Klasyfikacja dziecięcych i młodzieżowych chorób psychicznych według DSM-III-R. Fundacja SYNAPSYS, Warszawa, 1992, 6-8.
62. Gillberg C., Billstedt E.: Autism and Asperger syndrome : coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2000, 102, 321-330.

63. Sverd J.: Psychiatric disorders in individuals with pervasive developmental disorder. *J. Psychiatr Res*, 2003, 9, 11-127.
64. Volkmar F., Klin A.: Pervasive developmental disorders. [In:] Sadock B., Sadock V. (editors). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lipincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000.
65. Saulnier C., Volkmar F.: Mental Health problems in people with autism and related disorders. W: Bouras N., Holt G. (editors): *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*. Cambridge University Press. New York, 2007, 215-224.
66. ICD- 10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Uniwersyteckie Wydawnictwo medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków- Warszawa, 1997.
67. Schopler E., Reichler R., Bashford A., Lansing M.D., Marcus L.: Indywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju. T 1. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym. Gdańsk, 1995, 16-31.





Ślifirczyk Anna<sup>1</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>2</sup>, Grajcar Marzena<sup>3</sup>

### Podstawy terapii w autyzmie

<sup>1</sup> Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża J.P.II w Białej Podlaskiej

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>3</sup> Medyczne Studium Zawodowe w Białej Podlaskiej

Autyzm należy do grupy całościowych zaburzeń rozwoju [1- 3]. Ujawnia się w ciągu pierwszych 3 lat życia, a swoją złożonością obejmuje trzy obszary rozwojowe: zerwanie więzi społecznych, zaburzenia w komunikacji oraz sztywność zachowania. Dzieci dotknięte autyzmem ogromnie cierpią, a źródłem ich powyższego jest wielki lęk przed kontaktem ze światem zewnętrznym oraz ucieczka we własny, często dla innych niedostępny świat. Droga „wychodzenia z autyzmu” jest procesem długim, w którym porażki przeplatają się z sukcesami. Stanowi ogromne wyzwanie dla rodziców oraz terapeutów dzieci autystycznych. Nagrodą zaś za pracę z dzieckiem autystycznym, jest przełamanie jego izolacji społecznej i poprawa jego funkcjonowania w otoczeniu [4]. W związku z powyższym wzrastająca liczba zachorowań na autyzm i pokrewnych zaburzeń rozwoju pociąga za sobą rosnące zapotrzebowanie na profesjonalne usługi diagnostyczne, konsultacyjne, terapeutyczne, edukacyjne itp. W opinii Raweckiej [5], fakt niejasnej etiologii zaburzeń typu PDD (*pervasive developmental disorders*), do których zalicza się autyzm oraz pokrewne zespoły w połączeniu z dużą różnorodnością objawów zarówno u dzieci, jak i dorosłych oraz brak zgodności w poglądach specjalistów na istotę problemu sprawia, że w społeczeństwie dość często spotyka się przekonanie o istnieniu jakiejś jednej i niezawodnej terapii lub odwrotnie – o kompletnej dowolności celów i metod pracy z dzieckiem autystycznym. Pamiętać jednak należy, iż każde dziecko jest indywidualnością. Kształtuje je wprawdzie otaczający świat zewnętrzny, ale w dużym stopniu jego zachowania zależą od odziedziczonej struktury fizycznej i psychicznej, a także od etapu rozwoju, który w danym momencie osiągnięto. Czasami rozwój fizyczny może ulec zahamowaniu, ale rozwój psychiczny może być bardzo złożony. Zatem, zdaniem Seidy i wsp. [6], rozpoznanie autyzmu oraz innych całościowych zaburzeń wiąże się z wyborem metod korekcji zaburzenia. Są one dostosowywane do objawów klinicznych i chorób współtowarzyszących, stopnia zaburzenia funkcji poznawczych (upośledzenie umysłowe) [7, 8] zaburzeń mowy [9] oraz współwystępowania padaczki [10, 11].

Celem terapii jest poprawa funkcjonowania behawioralnego autystów, ich funkcji poznawczych, relacji z otoczeniem oraz nawiązania kontaktu z innymi ludźmi, a także pomoc rodzinie chorego dziecka [6].

Rozpoczęcie terapii w bardzo wczesnym okresie życia dziecka, jak podkreśla Pisula [12], stanowi bazę dla późniejszych oddziaływań. Im więcej uda się osiągnąć w tym czasie, tym szybciej w przyszłości dziecko będzie mogło zacząć opanowywać złożone umiejętności. Wczesna interwencja stanowi wsparcie zarówno dla dziecka, jak i dla jego rodziny, które może zapobiec nawarstwianiu się wtórnych nieprawidłowości będących konsekwencją zaburzeń. Rzetelna i dokładna diagnoza powinna być

postawiona w pierwszych miesiącach czy latach życia. Jest to istotne ze względu na fakt, iż w pierwszych miesiącach życia doskonalą się i rozwijają najważniejsze procesy życiowe [12].

Istotnym jest, aby terapię dostosować do możliwości metod terapeutycznych w regionie, w którym mieszka dziecko chore na autyzm oraz do struktury rodziny i jej możliwości uczestniczenia i zaangażowania w jego terapię [13]. Program terapeutyczny musi uwzględniać cechy osobowości chorego oraz aktualne potrzeby i możliwości jednostki. Ważne jest, aby dobrane metody nie wykluczały się wzajemnie i stymulowały rozwój dziecka.

Terapia autyzmu jest obecnie terapią syndromolityczną, czyli objawową, ponieważ nie potrafimy leczyć przyczynowo zaburzeń o podłożu neurorozwojowym. W skład zespołu diagnostyczno- terapeutycznego wchodzi: autysta i jego rodzina, lekarz psychiatra, lekarz neurolog, psycholog kliniczny, pedagodzy i terapeuci systemowi [14, 15]. Najważniejszym jednak systemem terapii dziecka autystycznego jest środowisko rodziny nuklearnej.

Jednym z głównych założeń w rewalidacji dziecka autystycznego jest wprowadzenie go w pewne struktury przestrzenno-czasowe, które umożliwiają podejmowanie oddziaływań terapeutyczno- edukacyjnych. W ich skład, za Kauffman [16] wchodzi pięć elementów:

- strukturyzacja przestrzeni - sala lub sale, w których odbywają się zajęcia powinny być zawsze te same, dziecko powinno mieć własny stolik, krzesło, półkę oraz stałe miejsce posiłków, wyposażenie sali powinno być skromne i stabilne
- stały charakter zajęć i organizacji czasu - dziecko należy zapoznać z planem dnia; jeśli nie czyta, można wprowadzić obrazkowy lub piktogramowy rozkład zajęć; zajęcia można poprzedzić określonym sygnałem dźwiękowym, zapachem...
- z dzieckiem powinny pracować te same osoby - początkowo jedna lub dwie; należy jasno i wyraźnie określić zasady współżycia, których dziecko musi przestrzegać, jak i sposoby zachowania, które są akceptowane; dziecko musi wiedzieć, że pewnych granic nie może przekraczać, np.: posiłki należy zjadać siedząc przy stole, że nie wolno pluć na inne osoby
- język, którym posługuje się osoba pracująca, przebywająca z dzieckiem, powinien być jasny, wypowiedzi krótkie, a ton jednoznaczny, nie pozostawiający cienia wątpliwości, o co nam chodzi.
- dziecko powinno wiedzieć, że każdy przedmiot ma określone przeznaczenie i od początku powinno się wprowadzać jednoznaczność, np.: jeśli talerz służy do jedzenia, to nie należy go przeznaczać do zabawy.

W czasie terapii osoba pracująca z dzieckiem „podąża za nim”, przyjmuje jego zabawy, włącza się w nie i naśladuje [17]. Nadrzędnym zadaniem jest nawiązanie kontaktu, który możliwy jest, gdy dziecko czuje się bezpieczne i akceptowane „(...) terapeuta uczy się od dziecka, cały proces oparty jest na równoprawności i nie ma nic wspólnego z jednokierunkowym przekazywaniem określonych umiejętności jak to się dzieje w technice modyfikowania zachowań” [17].

Autyzm jest chorobą o złym rokowaniu, co do wyleczenia całkowitego i o dobrym rokowaniu, jeżeli chodzi o poprawę zachowania i funkcjonowania. Rokowanie uzależnione wydaje się być od zasobów poznawczych chorego dziecka, dostępności metod oraz rzeczywistego zaangażowania rodziców i terapeutów w proces terapii i rehabilitacji. W związku z tym ważne jest, przy doborze terapii osobie chorej na

autyzm, uświadomienie jej opiekunom realnych celów terapii, dostosowanych do możliwości poznawczych dziecka i metod terapeutycznych dostępnych w obszarze zamieszkania rodziny. Rodzice zazwyczaj oczekują całkowitego wyleczenia, a stwierdzenie, że autyzm trwa do wieku dorosłego brzmi pesymistycznie, ponieważ zakłada się, że nie ma szans na „wyjście” z tego stanu. Wprawdzie znanych jest kilka pojedynczych doniesień o „wyjściu” z autyzmu, to nie podają one jednak szczegółów na temat stopnia „uleczenia”. Niektórzy za „uleczenie” uważają sytuację, jeśli dziecko zaczyna mówić, uśmiechać się, okazywać uczucie, czy uczyć się. Z pewnością objawy te odzwierciedlają postęp, niemniej jednak autyzm trwa przez całe życie [18].

Rodzice dzieci chorych na autyzm potrzebują wsparcia i nadziei, ale nie może być ona oparta na fałszywych przesłankach. Jednym z zadań specjalistów jest wspieranie rodziców w tworzeniu spójnego i realistycznego obrazu dziecka. Należy wzmacniać u rodziców poczucie zadowolenia z uzyskanych sukcesów, przedstawiając jednak za każdym razem realne możliwości poprawy funkcjonowania u konkretnego dziecka.

Pisula [19] podaje, że główne zasady wspierania rodziny, to:

- zwiększenie poczucia przynależności do społeczeństwa
- mobilizowanie zasobów i źródeł wsparcia
- współdzielenie odpowiedzialności i współpraca
- ochrona integracji rodziny z chorym członkiem
- wzmacnianie funkcjonowania rodziny
- działanie o charakterze promowania, a nie leczenia.

Terapię autyzmu można podzielić na metody farmakologiczne, które są przeznaczone dla lekarzy psychiatrów i neurologów (zajmujących się padaczką) [11,20] i metody interwencji psychosocjoterapeutycznej (głównie terapia pedagogiczna) [6].

Leczenie farmakologiczne, za Novaes i wsp. [21] w autyzmie jest typowym przykładem leczenia syndromolitycznego, a nie przyczynowego, gdyż farmakoterapia uleczy jedynie objawy zaburzonego zachowania.

Istotnym elementem rewalidacji dziecka autystycznego jest konstruowanie programu terapeutycznego. Program taki, w opinii Rozetti-Szymańska i wsp. [22] powinien opracować psycholog we współpracy z pedagogiem i psychiatrą na podstawie:

- szczegółowej analizy zaburzeń, które w danym momencie utrudniają dziecku prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie, zaś terapeucie komplikują kontakt z podopiecznym
- szczegółowej analizy poziomu funkcjonowania ogólnego w poszczególnych sferach
- szczegółowej analizy poziomu edukacyjnego w poszczególnych kategoriach dydaktycznych [22].

## **Terapia behawioralna**

Jedną z metod terapeutycznych bezpośrednio wpływających na poprawę funkcjonowania dziecka autystycznego w sferze poznawczej, zachowaniu i kontaktach społecznych - jest terapia behawioralna, mająca swoje założenia w teorii uczenia się [6, 23, 24, 25]. Pierwszy model interwencji opracowano dla dzieci z autyzmem na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles. Jego autorem był Lovaas, amerykański psycholog, który już w latach sześćdziesiątych XX wieku zapoczątkował prace nad wykorzystaniem teorii uczenia się w terapii osób dotkniętych autyzmem [26, 27, 28]. W

pracy z małymi dziećmi postulował wykorzystanie technik warunkowania, których celem jest:

- zwiększenie liczby zachowań, które są deficytowe ( np. trening czystości)
- redukcja zachowań niepożądanych (np. plucia)
- generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii [cyt. za 29].

Ze względów etycznych, współczesna terapia nie przewiduje karania dzieci za złe zachowanie, a raczej próbuje zredukować owe niepożądane zachowania poprzez usuwanie czynników, które mogą zachęcać do takich czynników i zastępować je bardziej odpowiednimi umiejętnościami. Terapia behawioralna prowadzona jest z uwzględnieniem kolejności zwiększania zachowań deficytowych w zakresie [6, 24, 25, 27]:

1. **Umiejętności podstawowych** - koncentrowanie i utrzymywanie uwagi, nauka wykonywania prostych poleceń, eliminowanie niepożądanych zachowań
2. **Treningu imitacji (naśladowań niewerbalnych)** - od najprostszych ruchów motoryki dużej, przez sekwencje ruchów motoryki dużej, działań z przedmiotami, kopiowania prostych rysunków do naśladowania zabaw rówieśników.
3. **Dopasowania i sortowania**
4. **Imitacji werbalnej (rozumienia mowy)** - wskazywanie przedmiotów, czynności na obrazkach, identyfikowanie cech, płci, wykonywanie prostych poleceń, zabawa w udawanie, rozpoznawanie liczby pojedynczej i mnogiej oraz różnicowanie, kiedy należy zadać pytanie, a kiedy na nie odpowiedzieć.
5. **Mowy** - od naśladowania mimiki, poprzez wzmocnienie wokalizacji do naśladowania zdań; ćwiczenia w zakresie artykulacji, intonacji i rytmu mowy. W terapii behawioralnej analizuje się przyczyny i konsekwencje zachowania, a następnie wdraża się program behawioralny. Zadaniem terapeuty behawioralnego jest kształtowanie jak największej liczby zachowań adaptacyjnych, które rozwiną jego niezależność i umożliwią mu efektywne funkcjonowanie w środowisku. Podstawą w pracy nad zwiększaniem zachowań deficytowych jest wyodrębnienie wzmocnień, które zmotywują dziecko do pracy. Wzmocnieniem jest każdy bodziec (rzecz przyjemna) występujący po reakcji i zwiększający prawdopodobieństwo ponownego jej wystąpienia. Nagrody powinny być oparte o system wartości, które dane dziecko przejawia, a stosowane w sposób jasny i spójny.
6. **Komunikowania się** - rozwoju rozumienia mowy i mowy czynnej, nazywania obiektów i czynności, budowania zdań i nauka odpowiadania na pytania, rozwój pojęć abstrakcyjnych.
7. **Umiejętności szkolnych** - czytanie, pisanie i arytmetyka.
8. **Umiejętności społecznych** - tolerowanie obecności innych osób, nawiązywanie kontaktów niewerbalnych oraz identyfikowanie stanów emocjonalnych innych osób.
9. **Czynności samoobsługowych**
10. **Nauki wspólnej zabawy i spędzania czasu wolnego**

Terapia behawioralna okazuje się być użyteczna w zmniejszaniu takich problemów, jak samookaleczanie (uderzanie głową oraz inne formy), nadruchliwość, agresja i ataki złości.

W literaturze przedmiotu [21, 29] wyróżnia się dwa główne nurty tych zachowań: agresję, autoagresję, napady złości i zachowania autostymulacyjne, a wśród proponowanych technik w pracy nad redukcją zachowań niepożądanych [6, 24, 25, 27] wyróżnia się: wygaszanie (polega na wycofaniu wzmocnienia występującego po

zachowaniu pożądanym), wykluczenie (polega na okresowym wycofaniu dziecka z sytuacji wzmacniającej w chwili pojawienia się zachowania niepożądanego) lub hiperkorekcję (polega na naprawieniu z nawiązką szkód wyrządzonych niepożądanym zachowaniem lub wielokrotnym ćwiczeniu zachowania pozytywnego).

Najlepsze wyniki w pracy metodami behawioralnymi uzyskiwane są wtedy, gdy dziecko jest małe (około 3,5 lat), a czas terapii wynosi 40 godzin tygodniowo. Zaletą terapii jest jej indywidualny charakter, tj. zajęcia odbywają się w systemie terapeuta-dziecko (1:1) oraz to, że terapia jest zjawiskiem ciągłym i obejmuje środowisko rodzinne, szkolne, a także rówieśnicze [29].



**Rycina 1. Zabawa dzieci podczas terapii behawioralnej (źródło własne)**

Metody behawioralne w terapii dzieci autystycznych wykazują wysoką skuteczność w niektórych obszarach rozwoju, w innych zaś mniejszą, na przykład w rozwoju mowy. Pisula [19] postuluje, aby nie ograniczać się jedynie do metod o podłożu behawioralnym, ale włączanie ich do terapii obok innych metod.

### **Terapia holding**

Metoda powstała na gruncie psychoanalizy. Jej twórcą jest amerykańka Marta Welch, która opierała się na własnych doświadczeniach w pracy z dziećmi z

zaburzeniami relacji emocjonalnych [30 - 32]. W terapii tej zachęca się rodziców, aby przytulali swoje dziecko przez dłuższy czas, nawet jeśli dziecko protestuje i usiłuje się wyzwolić. W wyniku takiego wymuszonego holdingu (przytrzymywania) dziecko w końcu przelamuje opór, według doniesień rodziców, zaczyna interesować się twarzą matki czy ojca, poprawiając tym samym kontakt wzrokowy. Zdaniem niektórych opiekunów prowadzi to do bardziej prawidłowych relacji społecznych i lepszej komunikacji.

Wyróżniono trzy elementy sesji terapeutycznej [30, 31, 32].:

- **Konfrontację** - etap, w którym matka trzyma dziecko w swoich objęciach twarzą w twarz i upomina, aby patrzyło na nią i nie może hamować swoich emocji wobec dziecka
- **Odrzucenie** - etap, w którym dziecko daje upust narastającemu oporowi wobec bliskiego kontaktu z matką i jej naleganiom na kontakt wzrokowy; dziecko krzyczy, płacze, wije się i pluje, stosuje wszystkie znane mu formy ucieczki
- **Rozwiązanie** - etap, w którym dziecko poddaje się matce i obie strony mogą cieszyć się bliskością.

Terapia holding pozostaje terapią kontrowersyjną i wymaga, aby sesje terapeutyczne były prowadzone przez terapeutę mającego doświadczenie w pracy tą metodą. To terapeuta stanowi swoistego rodzaju podporę dla rodziny przechodzącej przez dwie pierwsze fazy sesji [30,31]. Warunkiem jej skuteczności według Jaklewicz [33] jest niedopuszczanie do przerwania kontaktu podczas sesji i doprowadzenie dziecka do pełnego odprężenia. Welch i wsp. [30] zwraca uwagę na biochemiczne mechanizmy leżące u podstaw przemiany w terapii holding. Podczas fazy odrzucenia u matki i dziecka uwalnia się adrenalina i noradrenalina, natomiast podczas fazy rozwiązania dochodzi do uwalniania się endorfiny. U zdrowego dziecka endorfiny obniżają poczucie lęku i są uwalniane, kiedy dziecko nawiąże bezpieczny kontakt z matką. W ostatniej fazie sesji dziecko nawiązuje pełny kontakt z osobą bliską, który może trwać nawet do 30 minut [29, 30].



Rycina 2. Dzieci podczas zajęć metodą holding (źródło własne)

## Metoda opcji

Metoda opcji kierowana jest do rodziców, a jej efekty zależą od wewnętrznej postawy osoby pracującej z dzieckiem. Jest metodą alternatywną dla terapii dyrektywnych, opartą na akceptacji dziecka. Ten rodzaj domowej terapii opracowali Barry i Samaria Kaufman, rodzice Rauna, dziecka chorego na autyzm [cyt. za 34]. Małżeństwo Kaufmanów założyło własny ośrodek szkoleniowo-terapeutyczny „*The Option Institute*”, w którym realizowany jest Son-Rise Program służy kompleksową pomocą innym rodzicom. Pomoc powyższa obejmuje nie tylko bezpośrednią terapię dziecka, ale również całej rodziny. W procesie opcji wolontariusze pracują intensywnie nad ustanowieniem więzi z dzieckiem, podczas gdy rodzice uczestniczą w programie rodzinnym.

Założenia metody opcji są następujące [35] :

- postawa akceptacji aprobaty
- stałe motywowanie małego pacjenta
- rozwijanie indywidualnego programu terapeutycznego

Ideą programu terapeutycznego jest zapoznanie w pierwszej kolejności rodziców z narzędziami dotyczącymi edukacji oraz podstawowymi technikami pomocnymi w tym, aby stali się oni efektywnymi nauczycielami i terapeutami swoich dzieci. Podejście takie umożliwia uzyskanie efektów w nauce, rozwoju i komunikacji, a także nabywania nowych umiejętności przez dzieci dotknięte autyzmem [36].

Podstawową zasadą programu jest uczestnictwo w powtarzających się zachowaniach dziecka, co umożliwi ich poznanie, ułatwi kontakt wzrokowy i rozwój socjalny. „*Gdy Raun godzinami kręcił talerzami w swoim pokoju, Suzi i ja, i każdy, kto tylko był w domu, zbierał talerze i patelnie i kręcił je obok niego. Czasami aż siedmioro nas siedziało z nim pośrodku wirujących przedmiotów, przekształcając je w / izmy/ w coś radosnego, akceptowanego, dokonującego się wśród ludzi. Stało się to sposobem na bycie z nim, troszczymy się o niego [...]*” [15]. Podstawą powyższego, za Pisula [12] stało się motywowanie dziecka (tj. doskonalenie nabywania wiedzy i umiejętności), nauka poprzez zabawę interaktywną (tj. socjalizacja i udoskonalanie interakcji), okazywanie energii, entuzjazmu i ekscytacji (tj. wzbudzanie zainteresowania dziecka i stymulowanie jego zachowań) oraz optymistyczne i wolne od sądów nastawienie, stworzenie bezpiecznego obszaru do zabawy tudzież pracy stały się podstawą w tym zakresie. Metoda opcji zakłada profesjonalne podejście terapeutyczne, w którym współgrają ze sobą miłość, energia, elastyczność i entuzjazm oraz wiedza specjalistyczna i określone reguły postępowania [12]. Jest to nie tylko forma terapii w pełni akceptująca zachowania dziecka, ale także filozofia życia z osobą przejawiającą szeroko rozumiane zaburzenia rozwojowe, a mottem ujmującym sens tej filozofii jest zdanie „*kochać, to być z kimś szczęśliwym*” [32] .

## Metoda integracji sensorycznej /Sensory Integration SI/

Integracja sensoryczna, to amerykańska metoda terapeutyczna znana w Polsce od 1993 roku, przy pomocy której bada się poszczególne systemy zmysłowe dziecka w celu określenia przyczyn i zakresu zaburzeń pacjenta [37].

Prekursorką zajmującą się problemami osób z zaburzeniami integracji sensorycznej była Jean Ayres [38, 39, 40, 41, 42] Według Ayres [cyt. za 43] „*integracja sensoryczna, to proces neurologiczny organizujący wrażenia płynące z ciała w taki sposób, by mogły być użyte do celowego działania*”.

Techniki terapeutyczne stosowane w SI mogą pomóc dzieciom lepiej funkcjonować w domu i w szkole, przyczyniając się do ogólnej poprawy ich sytuacji życiowej. SI opiera się na neurofizjologicznych podstawach klinicznej obserwacji i standaryzowanych testach. Dzięki integracji sensorycznej mózg po otrzymaniu informacji ze wszystkich zmysłów dokonuje ich rozpoznania, segregacji, interpretacji, integracji z informacjami już posiadanymi w celu przygotowania odpowiedzi, jaką będzie właściwa reakcja ruchowa [38 - 42]. Zazwyczaj dzieci dotknięte autyzmem wykazują zaburzenia funkcjonowania w obrębie więcej niż jednego ze zmysłów i nie są przez to zdolne do integracji polimodalnej (nieprawidłowości mogą dotyczyć zarówno zmysłu wzroku, słuchu, smaku, dotyku, węchu, zmysłu równowagi, czy czucia proprioceptywnego) [40 - 43].



**Rycina 3. Zajęcia metodą integracji sensorycznej (źródło własne)**



Metoda SI polega na synchronizacji układów zmysłów, takich jak: wzrokowego, słuchowego, czuciowego oraz przedsionkowego (zmysłu równowagi), co ma na celu wyrobienie określonej tolerancji na bodźce zewnętrzne [44]. Według obowiązujących teorii naukowych rozwijamy się i uczymy poprzez bodźce, które docierają do naszego ciała właśnie dzięki narządom zmysłów tylko wtedy, gdy informacje docierają do mózgu w sposób prawidłowo zorganizowany, rozwój dziecka przebiega bez zakłóceń. Adekwatna integracja jest podstawą procesu uczenia się [45].

Do najczęstszych objawów świadczących o zaburzeniach przetwarzania bodźców zmysłowych, za Gładyszewska-Cylulko [cyt. za 43] należą:

- nadwrażliwość na dotyk, ruch, bodźce słuchowe i wzrokowe
- zbyt mała wrażliwość na dotyk, bodźce słuchowe i wzrokowe
- zbyt wysoki lub zbyt niski poziom aktywności
- problemy z koordynacją
- opóźnienie rozwoju mowy lub zdolności językowych
- opóźnienie zdolności ruchowych
- problemy z nauką
- niska samoocena
- kłopoty z dobrą organizacją
- kłopoty z zachowaniem.

W terapii sensorycznej zajęcia prowadzone są w sali wyposażonej w odpowiedni sprzęt oraz pomoce służące do stymulacji systemów zmysłowych. Efektem stosowanej metody jest poprawa sprawności motorycznej osoby dotkniętej autyzmem, percepcji wzrokowej i słuchowej, a także w zakresie koncentracji uwagi. Obserwuje się poprawę w funkcjonowaniu dziecka w sferze emocjonalnej i poznawczej, a to z kolei odzwierciedla się w lepszej samoocenie.

Odmianą integracji sensorycznej jest integracja polisensoryczna, która polega na poddawaniu chorego dziecka stymulacji wielozmysłowej w tym samym czasie. Jej szczególną formą jest praca w ciemni, w przebiegu której stymuluje się równolegle wszystkie zmysły chorego, wyciszając równocześnie szумы pochodzące ze świata zewnętrznego [38 - 42].

### **Metoda ruchu rozwijającego weroniki sherborne**

Metoda Ruchu Rozwijającego opracowana została przez angielską fizjoterapeutkę, pedagoga ruchu i tańca- Weronikę Sherborne [46 - 48]. Tworząc tę metodę Sherborne [47] oparła się na teorii i praktyce szkoły Labana oraz na doświadczeniach z własnej długoletniej pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo.

Główna idea metody wyraża się w stwierdzeniu, że posługiwanie się ruchem jest narzędziem wspomagającym rozwój psychoruchowy dziecka i terapię zaburzeń tego rozwoju [2, 29]. Opracowany przez Sherborne [47] system ćwiczeń wywodzi się z naturalnych potrzeb dziecka, zaspokajanych w kontakcie z dorosłymi. Prostota i naturalność są głównymi walorami powyższej metody i stanowią o jej wartości i powodzeniu, a założenia i jej niedyrektywny charakter - przyczyniły się do ogromnej popularności i jej rozpowszechnienia. W Polsce pierwszymi osobami, które zainteresowały się Metodą Ruchu Rozwijającego oraz ją rozpropagowały, były m.in. Bogdanowicz, Przesnyska, Korsak, Kisiel [cyt. za 2]

Metoda ma za zadanie rozwijanie przez ruch [2, 46, 47, 48]:

- świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego

- świadomości przestrzeni i działania w niej
- dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z innymi bliskiego kontaktu.

Sherborne [47] wyróżniła następujące grupy ćwiczeń wspomagające rozwój dziecka:

- **ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała** (np. czołganie, wykonywanie różnorodnych ruchów podczas leżenia, siedzenia)
- **ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w kontakcie** (np. „ tunel”- dziecko przechodzi pod tunelem, który tworzą inne osoby)
- **ćwiczenia ułatwiające nawiązywanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą:**
  - ćwiczenia „z” w parach (przeciąganie, kołysanie się z partnerem w różnorodny sposób)
  - ćwiczenia „przeciwko” (np. „paczka”- dziecko zwija się w kłębek, a współćwiczący stara się rozwiązać paczkę)
  - ćwiczenia „razem” (obaj partnerzy są aktywni)
- **ćwiczenia twórcze – rozwijanie aspektów ruchu proponowanych przez członków rodziny.**

Zajęcia prowadzone Metodą Rozwoju ruchu z reguły mają charakter grupowy [47]. Zaleca się, by liczebność grup nie przekraczała 8 par (dziecko-opiekun). Jeżeli dziecko przejawia szereg zachowań dezorganizujących zajęcia w grupie, rozważa się terapię indywidualną do czasu wypracowania pożądanych zachowań i gotowości wejścia dziecka w grupę. Elementem towarzyszącym i wspomagającym efektywność tej metody jest muzyka [2] *„odpowiednio dobrane utwory muzyczne ułatwiają koncentrację na wykonywanych zadaniach, utrzymanie właściwego tempa oddychania,(...) uzyskanie przez dzieci poczucia wspólnoty,(...) muzyka pomaga rytmicznie wykonywać ruchy, harmonizuje ich estetykę, nadaje tempo wykonywanym ćwiczeniom”* [49]. Czas prowadzonych zajęć z reguły nie przekracza 45 minut i jest zazwyczaj dostosowany do wieku i możliwości rozwojowych uczestników.

### **Metoda dobrego startu / *Bon Depart***

Metoda Dobrego Startu powstała we Francji. Na grunt polski została przeniesiona pod koniec lat 60- tych przez profesor Martę Bogdanowicz [2, 39, 50]. Jest terapią psychomotoryczną, postrzega związek pomiędzy rozwojem psychicznym a ruchowym. Aktywizowanie jednej ze sfer korzystnie wpływa na sferę drugą. W terapii chodzi o usprawnienie i harmonizowanie współdziałania psychiki i motoryki [50].

Obecnie Metodę dobrego Startu wykorzystuje się w pracy z dziećmi w normie intelektualnej, jak i z dziećmi z zaburzeniami w rozwoju. Posiada ona zarówno aspekt profilaktyczno-terapeutyczny, który uwzględnia stymulację funkcji językowych i sprostżeńniowych z jednoczesnym ich współdziałaniem, jak i aspekt diagnostyczny. Możliwość obserwacji zachowania dziecka, jak i analiza tych obserwacji pozwala ustalić przyczyny, rodzaj oraz głębokość zaburzeń [50,51] .

Zajęcia w Metodzie Dobrego Startu zawsze przebiegają według stałego schematu [cyt. za 2]

- **Zajęcia wprowadzające** - ich celem jest budowanie poczucia tożsamości poprzez poznawanie części własnego ciała i imienia, nawiązywanie kontaktu z innymi osobami
- **Zajęcia właściwe**
  - **ruchowe** - wykorzystujące ćwiczenia z metody ruchu rozwijającego Sherborne
  - **ruchowo-słuchowe** - dziecko nakłaniane jest do rytmicznego uderzania dłońmi w woreczki podczas śpiewania piosenki
  - **ruchowo- słuchowo- wzrokowe** - polegające na uczeniu polisensorycznym, dzieci wodzą palcem po wzorze i jednocześnie śpiewają piosenkę
- **Zajęcia końcowe** - zamykające spotkanie, polegające na prezentowaniu prac dzieci, które były nagrodzone pochwałami i brawami; mogą mieć charakter wyciszający i relaksacyjny.

## Muzykoterapia

Muzykoterapia jest swoistą metodą terapeutyczną. Muzyka stanowi podstawowy środek oddziaływania na stan świadomości człowieka i jego funkcje neurovegetatywne. Ma wyjątkową zdolność wzbudzania emocji. Zaspokaja potrzebę ekspresji emocji i zabawy. Pobudza potrzeby estetyczne i poznawcze człowieka. Dociera do głębi ludzkiej duszy, do podświadomości. Oddziałuje na procesy fizjologiczne – na funkcje vegetatywne i motoryczne [52] Jak podaje Cylulko [cyt. za 53]: „*zadaniem muzykoterapii jest możliwie jak najpełniejsze przystosowanie osoby niepełnosprawnej do optymalnego funkcjonowania w otoczeniu fizycznym i środowisku społecznym*”. W odniesieniu do dzieci autystycznych, celem muzykoterapii jest korygowanie i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu, stymulowanie psychomotoryki, eliminacja napięć psychofizycznych oraz dostarczanie korzystnych doświadczeń społecznych [54]. Elementy strukturalne utworu muzycznego, do którego należą: melodia, rytm, dynamika, tempo, harmonia i barwa mają bezpośredni wpływ na pacjenta [53, 54] W przypadku dzieci z autyzmem zajęcia z muzykoterapii mogą służyć wytworzeniu się kanału komunikacyjnego dziecko- terapeuta, dziecko- rodzic.

W literaturze przedmiotu [53 - 56] podkreśla się, iż muzykoterapia może być prowadzona w sposób:

- **pasywny** - samo słuchanie konkretnej muzyki specjalnie przygotowanej dla odprężenia uspokojenia, czy wyciszenia organizmu, nie wymaga się od dziecka ujawniania umiejętności muzycznych
- **aktywny** - aktywne słuchanie muzyki, tworzenie muzyki oraz zabawy podczas muzyki; ten rodzaj terapii muzyką łączy w sobie procesy odbiorcze i nadawcze dziecka aktywizując wszelkie ekspresje dźwiękowe i ruchowe.



**Rycina 4. Zajęcia z muzykoterapii (źródło własne)**

W większości działów medycyny muzykoterapia definiowana jest, jako niewerbalna psychoterapia, a zarazem jako forma reedukacji psychosensomotorycznej [53]. Uniwersalność języka muzycznego daje możliwość nawiązania kontaktu z osobami, których umiejętności interpersonalne są bardzo niewielkie. W sytuacji, gdy dzieci posiadają zdolności lub zainteresowania muzyczne, muzykoterapia może być formą doskonalenia uzdolnień i rozwoju „mocnych stron”, rekompensując deficyty występujące w innych obszarach ich funkcjonowania [53].

Terapia muzyką może przybierać formę zajęć grupowych lub indywidualnych. W muzykoterapii indywidualnej szczególną uwagę zwraca się na budowanie więzi między terapeutą a dzieckiem, w grupowej - istotna jest wzajemna akceptacja między wszystkimi uczestnikami zajęć. Grupy terapeutyczne dobierane są pod względem diagnostycznym, cech osobowościowych dziecka, a także preferencji muzycznych. Grupy nie powinny przekraczać 8 osób. Czas poszczególnych spotkań powinien wynosić od 10 do 45 minut zarówno w przypadku terapii indywidualnej, jak i grupowej [53, 54, 55, 56].

Rozszerzenie muzykoterapii o inne formy ekspresji artystycznej u dziecka autystycznego nosi nazwę terapii kreatywnej [57]. W metodzie wykorzystuje się muzykę, taniec, zabawę, grę na instrumentach oraz zajęcia plastyczne. Podczas sesji terapeutycznej terapeuta stara się zaprzyjaźnić z uczestnikiem, nawiązać z nim kontakt wzrokowy i dotykowy [57]. Specyficzną odmianą terapii kreatywnej stała się terapia manualna na bazie materiałów sypkich i płynnych, której głównym celem jest przełamanie dzieci autystycznych w doświadczaniu świata zewnętrznego poprzez dotyk, kontakt dłoni z materiałem o różnorodnej strukturze, temperaturze [58].

## Hipoterapia

Greckie słowo „*hippos*”- koń i „*therapeia*”- opieka, leczenie, razem oznaczają rodzaj rehabilitacji polegający na stosowaniu różnego rodzaju ćwiczeń na koniu poprawiających sprawność fizyczną i jednocześnie (poprzez kontakt z koniem, nawet nie siedząc na nim) wpływających korzystnie na stan psychiczno-emocjonalny dziecka [59].

Rzeczywistość hipoterapii datuje się na lata 50. XX wieku. Do Polski metoda ta trafiła w latach 80. ubiegłego stulecia, a w 1992 roku powołano Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne (PTHip) [60]. Kanony Polskiej Hipoterapii wskazują następujące formy terapii z udziałem konia [60]:

- **fizjoterapia na koniu** - gimnastyka lecznicza na koniu poruszającym się stępem, celem jej jest usprawnianie ruchowe; prowadzona pod kierunkiem fizjoterapeuty
- **psychopedagogiczna jazda konna i woltyżerka** - zespół działań jeździeckich, psychologicznych oraz pedagogicznych podejmowanych w celu usprawniania intelektualnego, poznawczego, emocjonalnego i fizycznego; prowadzone pod kierunkiem pedagoga, psychologa lub terapeuty zajęciowego
- **terapia kontaktem z koniem** - kontakt uczestnika z koniem, stworzenie sytuacji terapeutycznej, a nie tylko dosiadanie konia; prowadzona pod kierunkiem psychologa, pedagoga, lekarza psychiatrę.



**Rycina 5. Zajęcia z hipoterapii (źródło własne)**

Hipoterapia jest bardzo specyficzną terapią, angażującą pacjenta, terapeutę-instruktora oraz „terapeutę- konia”. Jej celem jest wywołanie dialogu z koniem, co wymaga od terapeuty wiedzy interdyscyplinarnej: z dziedziny zachowania się konia (hipologii) oraz z dziedziny patologii fizycznych i umysłowych dziecka [61]. Usprawnianie na koniu prowadzone jest przez wykwalifikowanego hipoterapeutę, którym może być fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, logopeda, psycholog lub

psychoterapeuta. Zajęcia odbywają się zgodnie z zaleceniami lekarza kierującego na hipoterapię i we współpracy z innymi specjalistami prowadzącymi pacjenta. W czasie terapii przestrzega się podstawowych zasad bezpieczeństwa. Konie wykorzystywane do hipoterapii specjalnie się dobiera, a następnie przygotowuje. Czas trwania zajęć wynosi około 30 minut [60].

Efekty prowadzonej terapii widoczne są w poprawie [60]:

- kodowania w mózgu prawidłowego wzorca ruchu miednicy podczas chodu
- normalizacji napięcia mięśniowego
- doskonalenia równowagi, koordynacji, orientacji w przestrzeni, schematu własnego ciała, poczucia rytmu
- stymulacji i normalizacji czucia powierzchniowego
- zmniejszenia zaburzeń emocjonalnych
- zwiększenia poczucia własnej wartości
- rozwijania pozytywnych kontaktów społecznych.

### **Dogoterapia**

Dogoterapia, inaczej kynoterapia (greckie słowo „*kyon*”- pies, „*therapeia*”- opieka, leczenie) jest formą terapii kontaktowej z udziałem odpowiednio wybranych i przygotowanych psów [62]. W Polsce dogoterapia jest młodą dziedziną, jej początki sięgają lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku [63]. W 2004 roku z inicjatywy przedstawicieli organizacji terapeutycznych powołano Polski Związek Dogoterapii (PZD) [63].



**Rycina 6.** Dogoterapia (źródło własne)

W 2006 roku powstało Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne, które wprowadziło polską terminologię określającą formy zajęć z psami: spotkanie z psem (SP), terapia z psem (TP), edukacja z psem (EP) [63].

Dogoterapia jest jedną z metod rehabilitacji dzieci i dorosłych. Jest to terapia z udziałem psów, doskonale uzupełniająca i wspomagająca tradycyjne metody leczenia. Celem prowadzonej terapii z psem jest przełamywanie bariery lęku przed kontaktem z psem oraz akceptowanie i pogłębianie tego rodzaju kontaktu [63]. Dostarcza pozytywnej emocji oraz kształtuje funkcje poznawcze. Innymi słowy metoda ta usprawnia rozwój ruchowy, emocjonalny, intelektualny oraz społeczny poprzez kontakt z psem. Ponadto oddziałuje na kształtowanie zmysłu wzroku, dotyku i węchu [64, 65]. Ogólne ożywienie w relacji z psem powoduje wyzwolenie reakcji głosowych, tudzież słownych, co prowadzi do wzbogacenia zasobu słownictwa, a w sytuacji odpowiednio zaaranżowanych ćwiczeń doskonała jest sprawność aparatu artykulacyjnego dziecka [62]. Ćwiczenia oraz zabawy są modyfikowane w sposób, aby mogły zapewnić jak najefektywniejsze osiągnięcia.

W pracy z psami wyróżniono trzy podstawowe kierunki zajęć [44, 62, 64]

- **AAE** (*Animal Assisted Education*) - zajęcia mogą być prowadzone grupowo lub indywidualnie. Podczas tych zajęć usprawniana jest sfera intelektualna i poznawcza dziecka
- **AAA** (*Animal Assisted Activity*) - zajęcia charakteryzują się brakiem scenariusza i pełną spontanicznością; celem jest ugruntowanie zaufania pomiędzy dzieckiem a psem. Zajęcia AAA dostarczają uczestnikom pozytywnego ładunku emocjonalnego i satysfakcji z obcowania ze zwierzęciem.
- **AAT** (*Animal Assisted Therapy*) – jest to najkorzystniejsza forma terapii, gdyż zajęcia odbywają się indywidualnie lub w bardzo małej grupie; ściśle określone cele przez specjalistę. System AAT działa na zasadzie stopniowania trudności.

Dogoterapię stosuje się w rehabilitacji zaburzeń w sferze [62] :

- psychicznej
- intelektualnej
- społecznej
- fizycznej

Dogoterapia może mieć charakter indywidualnych spotkań lub przyjąć formę zajęć grupowych, a czas trwania spotkań z reguły nie przekracza 45 minut [66].

## Terapia logopedyczna

Podstawową sferą zaburzoną u dzieci z autyzmem jest sfera komunikacji [67, 68, 69, 70]. Szacuje się [1, 2, 29], iż około 50% dzieci autystycznych nie wykształca mowy, a strategie komunikacyjne autystyków są bardzo mało skuteczne społecznie.

Terapia logopedyczna jest ważną formą poprawy komunikacji osoby dotkniętej autyzmem z otoczeniem społecznym i stanowi ważny element zintegrowanej terapii autyzmu [70]. Terapeuci mowy pracują na każdym poziomie rozwoju mowy, od zachęcania do używania dźwięków przypominających mowę u niemówiących dzieci z autyzmem, do rozwijania składni u dzieci z opóźnioną mową, do poprawnie melodyjnej intonacji i „pragmatycznych” aspektów mowy u tych dzieci z autyzmem, które mówią pełnymi zdaniami. Proces terapii prowadzony odpowiednio dobraną metodą zawsze

priorytetowo traktuje konieczność nawiązania kontaktu z dzieckiem i wypracowania najbardziej skutecznego kanału służącego komunikacji [67, 68, 69, 70].

Program terapii logopedycznej składa się z wielu bloków zajęć. Dotyczy on nie tylko budowania kompetencji językowej i komunikacyjnej, ale także wspierania ogólnego rozwoju dziecka autystycznego. Zasadniczym celem terapii jest wypracowanie indywidualnego kodu porozumiewania się poprzez kształcenie zachowań komunikacyjnych. Efektem tych oddziaływań będzie rozwój mowy czynnej. Dzieci autystyczne przejawiają specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka. Przede wszystkim u prawie wszystkich dzieci występuje specyficzne zaburzenie rozwojowe, w którym rozumienie mowy nie osiąga poziomu odpowiedniego dla wieku umysłowego dziecka. Jako istotna oznaka opóźnienia mowy, zdaniem wielu autorów jest: niezdolność do reagowania na znane nazwy w wieku 12. m. ż., niezdolność do identyfikowania przynajmniej kilku codziennych przedmiotów w 18. m. ż. lub do wykonania prostego rutynowego polecenia w wieku 2 lat. Do późniejszych trudności należy: niezdolność do rozumienia struktur gramatycznych (przeczeń, pytań, porównań itp.). W prawie wszystkich przypadkach opóźniony był rozwój ekspresji mowy [67, 68, 69, 70].

Dzieci autystyczne mają największe problemy z komunikacją językową i społeczną, gdyż nie rozumieją celu i znaczenia języka, nie potrafią się nim posługiwać jako narzędziem komunikacji. U niektórych dzieci mowa nie rozwija się, u pozostałych jest zaburzona. Charakteryzuje ją nieprawidłowe użycie gramatyki, mowa stereotypowa, zaburzenia rytmu i melodii, trudności w zrozumieniu pojęć. Szczególnie stresująca dla rodziców jest echolalia bezpośrednia lub odroczone.

Każde dziecko wymaga innego rodzaju pomocy, dlatego nie ma jednej metody postępowania i prowadzenia terapii logopedycznej z dzieckiem autystycznym, ale można wyznaczyć pewne kanony, ścieżki programowe stymulujące rozwój, których celem będzie wywołanie mowy, jej rozwijanie i doskonalenie, rozwijanie słownictwa biernego i czynnego oraz likwidacja wad artykulacyjnych [67, 68, 69, 70].

W sytuacji, kiedy nie jest możliwe nawiązanie kontaktu werbalnego z dzieckiem, logopedzi i terapeuci sięgają po alternatywne formy służące komunikacji. Standardowym postępowaniem staje się komunikacja wspomagająca i alternatywna (*Augmentative and Alternative Communication* - AAC) [71]. Wybór środka komunikacji zależy od indywidualnych potrzeb, możliwości dziecka oraz stopnia nasilenia i głębokości zaburzenia.

W Polsce rozpowszechniła się Metoda Ułatwionej Komunikacji (UK). Dziecko porozumiewa się wykorzystując w tym celu klawiaturę komputera, maszynę do pisania czy też specjalne tablice do komunikacji. Pacjent pisze słowa przy manualnym wspomaganie osoby towarzyszącej (osoba podtrzymuje dłoń lub przedramię pacjenta, czasem wystarczy tylko dotknięcie ramienia, barku, aby pacjent otrzymał bodziec do pisania) [69,71].

### **Terapia słuchowa metodą tomatisa/stymulacja audio-psycho-lingwistyczna**

Efektom Tomatisa nazwano efekt zmiany jakości głosu pod wpływem zmiany sposobu słyszenia [72 - 74]. Tomatis wprowadził rozróżnienie między dwoma procesami - słyszeniem a słuchaniem:

- **słyszenie** /repcja dźwięku/ - zależy od stanu obwodowej części narządu słuchu, tzn. komórek słuchowych w uchu wewnętrznym i nerwu słuchowego; jest procesem biernym [72 - 75].
- **słuchanie** /uwaga słuchowa/ - jest to umiejętność świadomego odbierania bodźców dźwiękowych, wydobywania sygnałów istotnych i odrzucania



nieistotnych oraz czerpania z nich informacji o otaczającym świecie; jest procesem aktywnym [76].

W przypadku zaburzeń słuchania, zależnych w głównej mierze od procesów zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym, często przyczyna nie leży po stronie organicznego uszkodzenia mózgu, lecz nieprawidłowego funkcjonowania pewnych struktur. W takich sytuacjach możliwe jest wytrenowanie pewnych umiejętności przez trening słuchowy z zastosowaniem metody Tomatisa [72 - 75].

Podstawowym celem tej metody jest wspieranie funkcji słuchowej dzięki czemu następuje poprawa koncentracji, jakości uczenia się oraz rozwijanie zdolności językowych i komunikacyjnych, a także zwiększanie kreatywności oraz poprawa zachowań społecznych [72 - 75].

Trening uwagi słuchowej poprzedzony jest testem uwagi lateralizacji słuchowej (badaniem za pomocą audiometru), co pomaga określić stopień uwagi słuchowej oraz ucho dominujące. W przypadku dzieci przeprowadzany jest również wywiad z rodzicami dotyczący przebiegu ciąży, rozwoju dziecka w pierwszym roku życia i latach następnym oraz o przebytych chorobach [72 - 75].

Trening polega na słuchaniu odpowiednio dobranego materiału dźwiękowego przez urządzenie nazywane „elektronicznym uchem”, które jest idealnym modelem ludzkiego ucha, stymulacja odbywa się poprzez dźwięki o określonej, wysokiej częstotliwości. Dźwięki te są odpowiednio filtrowane. Podczas treningu, który składa się z kilku faz, indywidualnie dobrany materiał dźwiękowy dociera do pacjenta drogą powietrzną i kostną. Podczas trwania sesji jej uczestnik może rozmawiać, grać w gry planszowe i logiczne, bawić się lub spać. Cały trening składa się z kilku faz, od bardzo intensywnego pobudzania dźwiękowego inicjującego terapię do aktywnego udziału dziecka [72 - 75].

## **Program teacch**

Program TEACCH (*Treatment and Related Communication Handicapped Children*), czyli program Terapii i Edukacji Dzieci Autystycznych oraz Dzieci z zaburzeniami w komunikacji, opracowany przez Erica Schoplera i jego współpracowników w Północnej Karolinie, stosowany jest przez prawie dwadzieścia lat i obejmuje większość aspektów pomocy rodzinom, w których występuje problem autyzmu [cyt. za 2].

Terapia obejmuje opracowane indywidualnie programy interwencyjne, jak również konsultacje prowadzone w szkole oraz innej placówce. Takie podejście obejmuje także rodziców, albo przez zachęcanie ich do udziału w szkoleniach i korzystania z poradnictwa, i/ lub pomoc w tworzeniu grup wsparcia dla rodziców. Proces nauczania w metodzie TEACCH składa się zawsze z trzech stopni [77] :

- na podstawie możliwości dziecka w różnych dziedzinach uczenia, dokonuje się oceny jego poziomu rozwoju.
- na tej podstawie opracowuje się strategię nauczania (krótkofalowe i odległe cele nauczania).
- cele wprowadza się poprzez realizację indywidualnego programu.

Program usprawniający i wspomagający rozwój dziecka autystycznego dostosowuje się do sposobu jego nauczania, specyfiki środowiska w jakim dziecko żyje. Program zawiera zasady związane z życiem i bezpieczeństwem każdego człowieka w optymalnym, bezpiecznym środowisku.

Program TEACCH łączy również terapię z metodami diagnozowania i oceniania. W metodzie TEACCH ważne jest łączenie słów z ich „namacalnymi” odpowiednikami. Twórcy tej metody mówią o konieczności operowania konkretami. Jest to niezmiernie ważne. W ten właśnie sposób dzieci autystyczne poznają świat [2].

## Piśmiennictwo

1. Cantor R.M.: Molecular genetics of autism. *Curr. Psychiatry Rep.*, 2009, 11, 137-142.
2. Bobkowitz- Lewartowska L.: Autyzm dziecięcy- zagadnienia diagnozy i terapii. Oficyna Wyd. Impuls, Kraków, 2000.
3. Ray- Mihm R.: Autism: part II. Genetics, diagnosis, and treatment. *J. Contin. Educ. Nurs.*, 2008, 39, 102-103.
4. Gałkowski T.: Usprawnianie dziecka autystycznego w rodzinie. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem. Warszawa, 1980, 45-48.
5. Rawecka J.: Dzieci w izolowanym świecie dobrobytu. *Remedium*, 2010, 5, 8-9.
6. Seida J.K., Ospina M.B., Karkhanen M., Hartling M., Smith V., Clark B.: Systematic reviews of psychosocial interventions for autism: an umbrella review. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 2009, 51, 95-104.
7. Volkmar F., Klin A.: Pervasive developmental disorders. [In:] *Comprehensive textbook of psychiatry*, Sadock B., Sadock V. (edit.). Lipincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000.
8. Volkmar F., State M., Klin A.: Autism and autism spectrum disorders: diagnostic issues for the coming decade. *J. Child. Psycho. Psychiatry*, 2009, 50, 108-115.
9. Williams D., Botting N., Boucher J.: Language in autism and specific language impairment: where are the links? *Psychol. Bull.*, 2008, 134, 944-963.
10. Deonna T., Roulet E.: Autism spectrum disorder: evaluating a possible contributing or causal role of epilepsy. *Epilepsia*, 2006, 47, Suppl.2., 79-82.
11. Hara H.: Autism and epilepsy: a retrospective follow-up study. *Brain. Dev.*, 2007, 29, 486-490.
12. Pisula E., Daniekewicz D.: Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem. Oficyna Wyd. Impuls, Kraków, 2005.
13. Garnarcz-Podlasko A.: Sytuacja rodziców dzieci autystycznych w kontekście zespołu wypalenia sił. [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Gałkowski T., Kossewska J (red.). Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2004, 209-216.
14. Białasiewicz P.: Myślenie (rozumowanie) kliniczne- w ujęciu jakościowym i ilościowym [w:] *Przewodnik do ćwiczeń z praktycznego nauczania medycyny klinicznej*, Grabski W., Nowak D. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Łódź, 2007, 51-57.
15. Pietras T.: Umiejętności porozumiewania się z pacjentem. [w:] *Przewodnik do ćwiczeń z praktycznego nauczania medycyny klinicznej*, Grabski W., Nowak D.(red.). Wyd. Uniwersytetu Medycznego, Łódź, 2007, 7-10.
16. Kauffman B.N.: Przebudzenie naszego syna. *Terapia dzieci autystycznych*, t. I. Synapsis, Warszawa, 1990, 44.
17. Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy. *Diagnoza-przebieg-leczenie*. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk, 1993, 11.
18. Baron-Cohen S., Bolton P.: *Autyzm fakty*. Krajowe Towarzystwo Autyzmu. Kraków, 1999, 15-16.

19. Pisula E.: Pomoc rodzicom autystycznych dzieci. [w:] Autyzm wyzwaniem naszych czasów, Gałkowski T., Nowak D. (red), Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2004, 202-208.
20. Cylulko P.: Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. Wyd. Akademii Muzycznej we Wrocławiu, Wrocław, 2004.
21. Novaes C., Ponde M., Freire A.: Control of psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autistic disorder: a retrospective chart review. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 2008, 66 (3B), 646-651.
22. Rozetti-Szymańska A., Wójcik J., Pietras T.: Zarys terapii pedagogicznej dzieci z autyzmem [w:] Autyzm- epidemiologia, diagnoza i terapia, Pietras T. (red). Wyd. Continuo, Wrocław, 2010, 195-196.
23. Maurice C.: Modele zachowań oraz współpraca z dziećmi autystycznymi. Podręcznik dla rodziców i osób profesjonalnie zajmującym się problemem. Fundacja Adama na rzecz dzieci autystycznych, Warszawa, 2007.
24. Ospina M., Krebs Seida J., Klark B., Karhanen M., Hartling L., Tjosvold L., Vandermeer B., Smith V.: Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: a clinical systematic review. *PLoS ONE*, 2008, 3.
25. Wood J., Drahota A., Sze K., Har K., Chiu A., Langer D.: Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 2009, 50, 224-234.
26. Lovaas O., Litrownik A., Mann R.: Response latencies to auditory stimuli in autistic children engaged in self stimulatory behavior. *Behav. Res. Ther.*, 1971, 9, 39- 49.
27. Kozłowski J.: Zastosowanie teorii uczenia się w terapii małych dzieci z autyzmem na przykładzie projektu wczesnej interwencji O.I. Lovaasa. [w:] Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia, Danielewicz D., Pisula E. (red.). Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 2003.
28. Reichow B., Wolery M.: Comprehensive synthesis of early intensive behavioral interventions for young children with autism based on the UCLA young autism project model. *J. Autism. Dev. Disord.*, 2009, 39, 23-41.
29. Bobkovicz-Lewartowska, L.: Development dynamics of autistic children in the course of therapy [w:] Anthology of Social and Behavioural Sciences. Maliszewski T., Wojtowicz W. (red.). Linkoping Universitet, 2005, 290-298.
30. Welch M., Chaput P.: Mother-child holding therapy and autism. *Pa. Med.*, 1988, 91, 33-38.
31. Zapella M.: Holding has grown old. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1998, 7, 119-121.
32. Błeszczyński J.: Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wyd. Impuls, Kraków, 2005.
33. Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza-przebieg-leczenie. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne. Gdańsk, 1993, 11.
34. [http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/languages/polish\\_version.php/](http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/languages/polish_version.php/), data pobrania 5.02.2012
35. Błeszczyński J.: Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wyd. Impuls, Kraków, 2005.
36. Słomińska D.: Podstawy terapii i edukacji dzieci z autyzmem. *Życie Szkoły*, 2003; 6: 328-333.

37. Violet F.: *Uczenie się przez zmysły [w:] Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej.* WSIP, Warszawa, 1998.
38. Ayres A., Tickle L.: *Hyper-responsivity to touch and vestibular stimuli as a predictor of positive response to sensory integration procedures by autistic children.* *Am. J. Occup. Ther.*, 1980,34, 375-381.
39. Bogdanowicz M.: *Integracja percepcyjno- motoryczna teoria- diagnoza- terapia.* Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa, 2000.
40. Dawson G., Waltring R.: *Intervention to facilitate auditory, visual, and motor integration in autism: a review of the evidence.* *J. Autism. Dev. Disord.*, 2000, 30,415-421.
41. Schaaf R., Miller L.: *Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with developmental disabilities.* *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.*, 2005, 11, 143-148.
42. Iarocci G., McDonald J.: *Sensory integration and the perceptual experience of persons with autism.* *J. Autism. Dev. Disord.*, 2006, 36, 77-90.
43. Gładyszewska-Cylulko J.: *Zastosowanie muzyki w wybranych metodach psychoterapii dzieci.* *Muzykoter. Pol.*, 2002, 1, 3-4.
44. Przyrowski Z.: *Podstawy Diagnostyki i Terapii Integracji Sensorycznej [w:] Szmigielski C. (red.): Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.* Wyd. AWF, Kraków, 2001.
45. Emmons P., McKendry Anderson: *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.* Liber, Warszawa, 2007.
46. Mottron L., Dawson M., Soulières I., Hubert B., Burack J.: *Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception.* *J. Autism. Dev. Disord.*, 2006, 36, 27-43.
47. Sherborne W.: *Ruch rozwijający dla dzieci.* Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2006.
48. Hadders-Algra M.: *Reduced variability in motor behavior: an indicator of impaired cerebral connectivity?* *Early. Hum. Dev.*, 2008, 84, 787-789.
49. Kałużna A.: *Zasady diagnostyki i terapii zaburzeń rozwoju integracji sensorycznej u dzieci [w:] Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju,* Sadowska L. (red.). Wyd. Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław, 2004.
50. Bogdanowicz M.: *Metoda dobrego startu.* Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 2007.
51. Leemrijse C., Meijer O., Vermeer A., Ader H., Diemel S.: *The efficacy of Le Bon Depart and Sensory Integration treatment for children with developmental coordination disorder: a randomized study with six single cases.* *Clin. Rehabil.*, 2000 14, 247-259.
52. Jarkowska A.: *Muzyka jako element wychowania w rozwoju osobowym dziecka z niepełnosprawnością.* Saturnus Media, Tychy, 2004.
53. Cylulko P.: *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową.* Wyd. Akademii Muzycznej we Wrocławiu, Wrocław, 2004.
54. Piotrowska B.: *Muzykoterapia.* Wydawnictwo Nauczycielskie, Jelenia Góra, 1998.
55. Walworth D.: *The use of music therapy within the SCERTS model for children with Autism Spectrum Disorder.* *J. Music. Ther.*, 2007, 44, 2-22.

56. Kim J., Wigram T., Gold C.: The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: a randomized controlled study. *J. Autism. Dev. Disord.*, 2008, 38, 1758-1766.
57. Grochmal- Bach B., Lubińska B.: Wykorzystanie terapii kreatywnej dla nadania sensu światu zmysłowemu dziecka autystycznego [w:] Gałkowski T., Kossewska M. (red.): *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*. Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej. Kraków, 2004, 89-97.
58. Arciszewska- Binnebesel A.: *ARTeterapia. Szczęśliwy Świat tworzenia*. Wyd. Bea, Toruń, 2003.
59. Kieszek A.: Hipoterapia jedną z form jeździectwa w agroturystyce. *Turystyka i rekreacja*. 2005, 1, 23-29.
60. [www.pthip.org.pl/](http://www.pthip.org.pl/), data pobrania 5.02.2012
61. Zając I., Grabara M.: Hipoterapia w usprawnianiu dzieci autystycznych. *Wyd. Fizyczno-Zdrowotne*, 2002, 11, 8-10.
62. Burrows K., Adams C., Spiers J.: Sentinels of safety : service dogs ensure safety and enhance freedom and well- being for families with autistic children. *Qual. Health. Res.*, 2008, 18, 1642- 1649.
63. [www.kynoterapia.eu/index.html](http://www.kynoterapia.eu/index.html), data pobrania 5.02.2012
64. Bekasiewicz N.: Czy zwierzęta potrafią leczyć. Terapie z udziałem zwierząt wspomagające rehabilitację osób niepełnosprawnych. Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym PRZYJACIEL, Warszawa, 2006, 41-89.
65. Winczura B.: Dziecko Autystyczne [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Cytowska B., Winczura B., Stawarski A. (red.). Wyd. Impuls, Kraków, 2008, 350-366.
66. [www.fundacjadogtor.org](http://www.fundacjadogtor.org), data pobrania 5.02.2012
67. Feldman H.M.: Evaluation and management of language and speech disorders in preschool children. *Pediatr. Rev.*, 2005, 26, 131-142.
68. Fernandes F.D., Cardoso C., Sassi F.C., Amato C.L., Sousa-Morato P.F.: Language therapy and autism: results of three different models. *Pro Fono.*, 2008, 20, 267-272.
69. Młynarska M.: *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym*. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2008.
70. Paul R.: Interventions to improve communication autism. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 2008, 17, 835- 856.
71. Mirenda P.: A back door approach to autism and AAC. *Augment. Altern. Commun.*, 2008, 24, 220-234.
72. Thompson B.M., Andrews S.R.: An historical commentary on the physiological effects of music: Tomatis, Mozart and neuropsychology. *Integr. Physiol. Behav. Sci.*, 2000, 35, 174-188.
73. Sinha Y., Silove N., Wheeler D., Williams K.: Auditory integration training and other sound Therapies for autism spectrum disorders. *Cochr. Data* pobrania 5.02.2012 base. *Syst. Rev.*, 2004, CD003681.
74. Corbet B.A., Shickman K., Ferrer E.: Brief report: the effects of Tomatis sound therapy on language in children with autism. *J. Autism. Dev. Disord.*, 2008, 38, 562-566.
75. Koelchs S., Siebel W.A.: Towards a neural basis of music perception. *Trends. Cogn. Sci.*, 2005, 9, 578-584.
76. Tomatis A.: the harmfulness of noise. *Med. Usine. Rev. Hyg. Ind. Mal. Prof.*, 1957, 19, 605-608.

77. <http://www.edukacja.edux.pl/> data pobrania 5.02.2012

Ślifirczyk Anna<sup>1</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>2</sup>, Grajcar Marzena<sup>3</sup>

## **Główne problemy funkcjonowania społecznego i rodzinnego dziecka z autyzmem**

<sup>1</sup> Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża J.P.II w Białej Podlaskiej

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>3</sup> Medyczne Studium Zawodowe w Białej Podlaskiej

Funkcjonowanie społeczne osób z autyzmem jest jednym z obszarów, w którym rozwój dziecka przebiega nieprawidłowo, ponieważ dziecko z autyzmem ma zaburzoną zdolność do naprzemiennego i dwustronnego uczestniczenia w interakcjach społecznych [1].

W populacji dzieci chorych na autyzm obserwuje się duże zróżnicowanie symptomów, zarówno jakościowe, jak i różnice w ich natężeniu. Niezależnie jednak od tego zróżnicowania, możliwość uczestniczenia w naprzemiennych interakcjach społecznych są znacznie ograniczone u wszystkich tych osób. Trudności dotyczą odbioru sygnałów o charakterze społeczno-emocjonalnym, braku wzajemności, zdolności do nawiązywania i podtrzymywania interakcji, nieświadomości uczuć i oczekiwań innych ludzi [2].

Dziecko z autyzmem rzadko uśmiecha się do partnera i okazuje radość, rzadziej również szuka bliskości, częściej natomiast, niż dzieci rozwijające się prawidłowo, przejawia emocje negatywne [2]. Jego zachowanie nie służy komunikacji zarówno z powodu zaburzeń rozwoju werbalnego, jak i komunikacji niewerbalnej. Dziecko autystyczne nie potrafi odczytywać komunikatów, prawidłowo ich interpretować i właściwie na nie reagować. Rzadko samo bywa autorem sygnałów o wyraźnym znaczeniu społecznym (pokazywanie, wskazywanie, czy komentowanie obiektu swego zainteresowania). Nie potrafi posługiwać się kontaktem wzrokowym w relacjach interpersonalnych, a częściej wprost manipuluje ciałem partnera [3]. Dzieci chore na autyzm często wykazują brak zainteresowania zabawą z innymi, bierne tolerowanie lub nawet niechęć do kontaktu fizycznego. Często uwagę przykuwa fakt braku oczekiwanych reakcji społecznych w stosunku do innych dzieci. Dziecko z autyzmem nie chce brać udziału w zabawie z rówieśnikami, nie uczestniczy w naprzemiennej interakcji, nie inicjuje kontaktu lub go w ogóle nie podtrzymuje. Pochłonięte własnymi zajęciami ignoruje inne dzieci, bawi się bardziej „obok” niż „z” innymi dziećmi. Rodziców szczególnie niepokoi fakt braku oznak przywiązania emocjonalnego, manifestujący się na przykład identycznym zachowaniem zarówno w stosunku do nich, jak i do obcych [3, 4].

Wing i Gould [5], w przeprowadzonych przez siebie badaniach z udziałem dzieci autystycznych ujawnili, że większość z nich może przejawiać różne wzorce zachowań w sytuacjach kontaktu z innymi. Badając zaburzenie funkcjonowania społecznego tych dzieci, zdefiniowały trzy typy osób z autyzmem [5]:

- **osoby wycofane**, które najczęściej unikają interakcji z osobami dorosłymi i z rówieśnikami, a do innych zwracają się głównie w sytuacji, gdy czegoś potrzebują
- **osoby pasywne**, które nie nawiązują spontanicznie kontaktu z innymi (poza sytuacjami, które służą zaspokojeniu ich potrzeb), ale akceptują próby nawiązania go przez innych. Można je zachęcić do udziału we wspólnej aktywności.
- **osoby aktywne w specyficzny sposób**, które spontanicznie nawiązują kontakt, ale robią to w sposób dziwny, nieadekwatny do sytuacji. Mają one trudności w zrozumieniu perspektywy drugiej osoby. Mogą zadawać ciągle te same pytania, mówić tylko na temat, który je interesuje, nie potrafią podtrzymać kontaktu i rozmowy przy temacie zaproponowanym przez partnera interakcji.

Jak podaje Frith [3], każdy z tych typów może być obserwowany u tego samego dziecka, zależnie od jego wieku i sytuacji, w której się znajduje. Przypisania dziecka do określonego typu zachowania można dokonać, uwzględniając jego dominujące zachowanie [3].

Zachowania społeczne dzieci autystycznych istotnym przeobrażeniem ulegają w trakcie całego rozwoju. Wczesne dzieciństwo (od 3. do 5. roku życia), to okres, w którym izolacja dziecka dotkniętego autyzmem od świata innych ludzi sięga „zenitu”. Typowe wypowiedzi rodziców, to: „*Ona traktuje innych ludzi jak powietrze*”, „*Nigdy nie spojrzal na swoją nową siostrzyczkę*” [3]. Przy obecnym stanie wiedzy uważa się, że wszelkie próby socjalizacji dzieci z autyzmem utrudnia opóźnienie rozwoju ich języka lub wręcz jego brak. Postępy w rozwoju umiejętności społecznych obserwuje się często w wieku 5 lat.

Większość umiejętności społecznych, dziecko zdrowo rozwijające się, przejmuje jakby automatycznie od swoich rodziców, ucząc się poprzez naśladownictwo. U dzieci dotkniętych autyzmem proces ten jest z reguły zaburzony. Pisula [7] sugeruje, że tego rodzaju problemy mogą być specyficzne dla autyzmu, niezależnie od wieku i rozwoju umysłowego czy językowego. Autorka [7] podaje także prawdopodobne przyczyny trudności w naśladowaniu:

- zaburzone przetwarzanie informacji z tworzeniem reprezentacji „ja – inni”
- zaburzenia sensoryczno - motoryczne (trudności z organizacją ruchów i orientacją przestrzenną).

Ujawnienie się zaburzeń rozwoju u dziecka może być dużym szokiem dla rodziców, a zdiagnozowanie autyzmu wywiera wpływ na funkcjonowanie całej rodziny. Triada zaburzeń autystycznych oraz leżący u ich podstaw deficyt funkcji poznawczych, za Pisula [2, 6], mogą powodować wystąpienie u dziecka zachowań trudnych, które czynią opiekę nad nim szczególnie wyczerpującą. Mimo, jak podkreśla Olechowicz [8], że rodzice zwykle starają się od początku choroby zabezpieczyć dziecku pomoc medyczną, to nieraz przez pewien czas mają irracjonalny stosunek do jego choroby i wykorzystują niewłaściwe mechanizmy obronne zaburzające ich wzajemne współżycie. Po pewnym czasie zaburzonej równowagi emocjonalnej większość rodziców, w opinii Maciarz [9], mobilizuje się psychicznie do czynności zabezpieczających dziecku opiekę i pomoc medyczną oraz zaczyna poszukiwać racjonalnych sposobów terapeutycznego i wychowawczego postępowania z dzieckiem. Trudna sytuacja spowodowana chorobą dziecka sprzyja wówczas zwiększeniu się spójności rodziny [9].

Rozwój dziecka autystycznego jest nieco inny, niż jego rówieśników. Zdaniem Greenberga i wsp. [10], rodzicom potrzebna jest zatem wiedza, aby mogli sprawnie



motywować dziecko do działania i pomagać mu przezwyciężać trudności. Opieka nad chorym dzieckiem i jego wychowaniem wymaga od rodziców takich dyspozycji osobowościowych, jak cierpliwość, wytrwałość, przedsiębiorczość w pozyskiwaniu pomocy specjalistów, umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Zasoby rodziców, jakie wnoszą oni w trud opieki oraz klimat emocjonalny w rodzinie wpływają na funkcjonowanie chorych dzieci. Zaobserwowano, że wysoki poziom ujawnianych emocji w systemie rodzinnym powoduje nasilenie się nieprzystosowawczych zachowań i innych objawów autyzmu [10].

Z reguły dzieci dotknięte autyzmem są bardzo wymagające i potrzebują wiele uwagi ze strony rodziny. Rodzice powinni wiedzieć, w jaki sposób porozumiewać się z dzieckiem oraz jak wpływać na jego zachowanie. Dzieci chore na autyzm są bardzo wrażliwe, wymagają wiele ciepła i cierpliwości. Nauczenie się, w jaki sposób postępuje i rozwija się dziecko autystyczne, pozwoli rodzinie sprawnie funkcjonować. Wyrozumiali i kochający rodzice mogą zapewnić mu szczęśliwe dzieciństwo i odpowiednie warunki do poszerzania umiejętności [11]. Wspólna praca nad problemem jest czynnikiem spajającym rodzinę i pogłębiającym więzi między jej członkami. Obserwowana wraz z dorastaniem dzieci poprawa w zakresie objawów autyzmu, jak i ogólnego stanu zdrowia, nasila poczucie dobrostanu u ich matek oraz poprawia jakość wzajemnych relacji [12]. Pozwala to na budowanie zaufania i poczucia bezpieczeństwa. Taka atmosfera sprzyja przyjęciu przez dziecko pozytywnych wzorców i nauce budowania trwałych więzi społecznych.

Seligman i Darling [13] opisują brzemień rodziny dziecka przewlekle chorego. Między innymi zwracają uwagę na milczące cierpienie rodzeństwa chorego dziecka, rodzeństwo to podejmuje często rolę współopiekuna, a nie ma okazji do wypowiedzi na temat swojego gniewu i poczucia winy. Zdarza się, że zdrowe dziecko usiłując pozyskać uwagę rodziców, zachowuje się w sposób przez nie nieakceptowany i to właśnie z takim dzieckiem rodzina trafia do terapeuty [13].

Obserwuje się również, że osoby mające niepełnosprawne rodzeństwo są w większym stopniu społecznie i tolerancyjne, zdecydowanie częściej zachowują się altruistycznie oraz są bardziej odpowiedzialne od swoich rówieśników [11]. Przejawiają także mniej wartościujące postawy wobec różnych zjawisk społecznych i są bardziej świadome istnienia różnic pomiędzy ludźmi. Doświadczenia związane z „odmiennością” siostry czy brata, pozwalają im na dostrzeganie złożoności ludzkich losów oraz sprzyjają głębszemu widzeniu sytuacji innych ludzi. U osób tych stwierdza się również przyspieszony rozwój samodzielności i niezależności [11].

## Piśmiennictwo

1. Zabłocki K.: Autyzm. Wyd. Naukowe NOVUM, Płock, 2002, 81-90.
2. Pisula E.: Autyzm i przywiązanie. GWP, Gdańsk, 2003, 26-33.
3. Frith U.: Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy. GWP, Gdańsk, 2008, 29, 139-141.
4. Bobkowicz- Lewartowska L.: Autyzm dziecięcy zagadnienia diagnozy i terapii. Oficyna Wyd. Impuls. Kraków, 2005, 130-131.
5. Wing L., Gould J.: Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *J. Autism. Dev. Disords.*, 1979, 9, 11-29.
6. Pisula E.: Stres rodzicielski związany z wychowaniem dzieci autystycznych i zespołem Downa. *Psychologia Wychowawcza*, 1993, 36, 44-52.

7. Pisula E.: Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej interwencji [w:] *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*. Błeszczyński J. (red.), Oficyna Wyd. Impuls, Kraków, 2005.
8. Olechnowicz H.: *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*. WSiP, Warszawa, 2004, 75.
9. Maciarz A.: *Pedagogika lecznicza i jej przemiany*. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, 2001, 76-77.
10. Greenberg J., Chou R., Hong J., Krauss M., Seltzer M.: The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with schizophrenia, autism, or Down syndrome on maternal well-being: the mediating role of optimism. *Am. J. Orthopsychiatry.*, 2004, 74, 14-25.
11. Pisula E.: Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007, 77-84, 122-124.
12. Lounds J., Greenberg J., Seltzer M., Shattuck P.: Transition and change in adolescents and young adults with autism: longitudinal effects of maternal well-being. *Am. J. Ment. Retard.*, 2007, 112, 401-417.
13. Seligman M., Darling R.: *Ordinary families, special children: a system approach to childhood disability*. Guilford, New York, 1989.

**Romanowska Joanna<sup>1</sup>, Turko Barbara<sup>1</sup>, Kuszczak Anita<sup>1</sup>, Tyrakowska Zuzanna<sup>1</sup>, Młynarczyk Izabela<sup>1</sup>, Hladuński Marcin<sup>1</sup>, Szymańczyk Piotr<sup>1</sup>, Chilińska Ewelina<sup>1</sup>, Ryniec Malwina<sup>1</sup>, Porowska Weronika<sup>1</sup>, Kotowicz Małgorzata<sup>1</sup>, Malachwiej Paulina<sup>1</sup>, Żarnoch Ewelina<sup>1</sup>, Drzymkowski Jarosław<sup>1</sup>, Rozwadowska Emilia<sup>2</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>2</sup>**

## **Rola logopedy w życiu dziecka autystycznego**

<sup>1</sup> SKN Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Grupę dzieci autystycznych, jako oddzielną kategorię diagnostyczną, wyodrębnił Leo Kanner na I Kongresie Krajowego Stowarzyszenia dla Dzieci Autystycznych w San Francisco 17 lipca 1969 roku stwierdzając, że nie odkrył autyzmu, choroba istniała już wcześniej, miał jedynie okazję oglądać pewną liczbę dzieci, które wywarły na nim wrażenie z powodu cech, jakimi się charakteryzowały. Kanner dostrzegł wyjątkowość dzieci autystycznych, tę wyjątkowość określił mianem serendypizmu, od nazwiska księcia Serendypa, który odkrył wielki skarb wcale go nie szukając [1]. Słowa te wydają się wyjątkowo trafnie opisywać autyzm, kiedy zacznie się rozważać jego istotę, przyczyny, objawy i przebieg. Choroba ta bowiem istotnie różni się od innych, autystyczne dzieci stanowią do tej pory zagadkę dla naukowców, lekarzy, terapeutów i rodziców, mimo że na początku XXI wieku posiadamy już wiele literatury, informacji i badań na ten temat.

Sama nazwa „autyzm” jest w środowisku naukowym bardzo różnie rozumiana. Według Autism Society of America z Chicago autyzm jest zaburzeniem rozwojowym, które zazwyczaj ujawnia się w ciągu pierwszych trzech lat życia jako wynik zaburzenia neurologicznego, które oddziałuje na pracę mózgu [2]. Polski autorytet w tej dziedzinie - Tadeusz Gałkowski definiuje autyzm, jako „rozległe zaburzenie rozwojowe o charakterze kompleksowego syndromu z wieloma symptomami, nie w pełni jeszcze opisanymi. Zaburzenie to jest wysoce zróżnicowane i wielopostaciowe. Nie ma dwóch takich samych dzieci dotkniętych autyzmem” [3]. Wielu specjalistów zgadza się z tym, że każdy przypadek dziecka autystycznego różni się rodzajami występujących dysfunkcji, stopniem ich nasilenia, okresem, kiedy się pojawiają, poziomem ilorazu inteligencji. Grupa dzieci autystycznych jest bardzo zróżnicowana i to między innymi dostarcza trudności w jednoznacznym ustaleniu przyczyn choroby, czy sklasyfikowaniu objawów.

Ustalenie etiologii występowania choroby jest nadal kwestią kontrowersyjną, kilkanaście lat temu popularna była teoria, według której występowanie choroby wiązano z rolą rodziców w procesie rozwoju dziecka, uważano, że obojętny stosunek matki, nie okazywanie uczuć, chłód emocjonalny wobec dziecka, mogą przyczynić się do wystąpienia cech autystycznych. Zdaniem Gałkowskiego: „Te matki, które wykazują brak zaangażowania w rozwijanie u dziecka skłonności do wchodzenia w interakcje z

dorosłymi, mogą osłabiać tworzenie się przywiązania. Nie oznacza to jednak, jak to do niedawna jeszcze głosili psychoanalitycy, że chłodny lub „zamrażający” dziecko stosunek uczuciowy rodziców może powodować tak poważne konsekwencje, do których należy autyzm. Gdyby tak było, to większość małych dzieci pozbawionych opieki macierzyńskiej i umieszczonych w domach małego dziecka, z powodu braku sprzyjających ich rozwojowi warunków, powinna stać się dziećmi autystycznymi” [3]. Ewa Pisula przedstawiła najnowsze doniesienia naukowe, które przyczyn autyzmu dopatrują się między innymi w: nieprawidłowościach strukturalnych układu nerwowego; anomaliach w budowie i funkcjonowaniu niektórych struktur mózgowych; teoriach genetycznych, a także najnowszych niepokojących doniesieniach, wskazujących związek autyzmu ze szczepieniami. Zdaniem Pisuli autyzm to zaburzenie o wieloczynnikowej i złożonej etiologii i wciąż nie wiadomo dokładnie, jak dochodzi do jego powstania, mimo iż badania nad etiologią autyzmu prowadzone są bardzo intensywnie. Na podstawie dotychczas uzyskanych wyników można stwierdzić, że jest mało prawdopodobne, by przyczyna tych zaburzeń była taka sama u wszystkich osób. Złożoność procesów etiologicznych i ich zróżnicowany przebieg znajdują odbicie w ogromnym zróżnicowaniu tej populacji w zakresie symptomatyki [4].

Powszechnie utrwalony jest obraz dziecka autystycznego, jako zamkniętego w swoim świecie, nie nawiązującego kontaktu z otoczeniem i unikającego nowych osób i sytuacji, mało znane są z kolei dokładne objawy, pozwalające na zdiagnozowanie tej choroby. Według Olechnowicz do najbardziej charakterystycznych cech, objawów i oznak autyzmu zalicza się: widzenie migawkowe, pamięć fotograficzną, ślepotę korową, upośledzenie przezroczności spojrzania, wrażliwość na barwy, nadwrażliwość słuchu, głuchotę korową, reaktywność paradoksalną słuchu, pamięć fonograficzną, przetwarzanie symboli poza świadomością, fenomenalne wyczyny pamięciowe i rachunkowe, obronę przed poznawaniem dotykiem palców, zniesione czucie bólu, nadwrażliwość skóry, podwyższoną wrażliwość węchową i smakową, wrażliwość na zmiany ciśnienia atmosferycznego, wrażliwość telepatyczną, oscylacje napięcia mięśni, przetrwałe bądź niedokształcone odruchy labiryntowe, autoagresję, wybuchy afektomotoryczne, masturbację, fascynację obrotami, rozrzucanie przedmiotów od siebie, ogoławanie płaszczyzn, opróżnianie pojemników, opróżnianie miejsc centralnych, rozdzielanie, dezintegrowanie, oddzielanie części od całości, odrywanie zewnętrznych warstw, fantazje amputacyjne i przede wszystkim owładnięcie lękiem, które według autorki objawia się zachowaniami, takimi jak: chronienie się w ciasnych miejscach, przywieranie plecami, obronne wygaszanie emocji i postawa kapitulacji, lękowe zahamowanie oddechu, płaczu i śmiechu [5]. Statystyki pokazują, że objawy dotyczą 3 lub nawet 4-krotnie częściej chłopców/mężczyzn niż dziewcząt/kobiet.

Autyzm stanowi również kierunek zainteresowania wielu naukowców ze względu na częstość występowania. „Autyzm występuje we wszystkich częściach świata, dotyka ludzi należących do różnych narodowości i różnych grup społecznych. Za interesujące i ważne należy uznać, że liczba osób z tym zaburzeniem wciąż rośnie. Dzisiaj trudno byłoby uznać autyzm za zaburzenie rzadkie. Nawet gdy się uwzględni tylko najbardziej ostrożnie prowadzone obliczenia, to okazuje się, że występuje on u 10-20 na 10 000 osób. Są też jednak dane wskazujące, że liczba ta jest znacznie większa” [4]. Statystyki te pokazują, że z roku na rok coraz większa grupa osób dotkniętych autyzmem będzie potrzebowała pomocy specjalistów.

Brak mowy lub jej zaburzenie jest jednym z największych problemów dzieci autystycznych. Nie są one związane z brakiem motywacji lub niechęcią do mówienia.

Natomiast są wynikiem niewiedzy, do czego służy komunikacja i brakiem umiejętności potrzebnych do kontaktu z inną osobą. Nieprawidłowości w rozwoju mowy autystów stwierdza się za pomocą porównania do zdolności komunikacyjnych ich rówieśników lub dzieci upośledzonych umysłowo o tym samym poziomie inteligencji. Uzyskiwane wyniki dowodzą, że dzieci autystyczne mają problemy, które są widoczne zarówno w wypowiedzaniu się, jak i zachowaniu. Charakterystyczną cechą ich mowy jest echolalia, czyli powtarzanie słów lub zdań usłyszanych od innej osoby i zamienianie zaimków. Spotykane są przypadki, że dziecko autystyczne, chcąc zaspokoić głód lub inne pragnienia, posługuje się wypowiedziami echolalicznymi, ujawnia wówczas swą prośbę w postaci pytania kojarzącego mu się z przeżywanym stanem, np. „Czy chcesz jeść?” Wyróżnia się dwa rodzaje echolalii: natychmiastową i odroczoną. Ta pierwsza polega na tym, że dziecko powtarza dosłownie skierowane do niego pytanie zachowując jego strukturę gramatyczną. Druga natomiast charakteryzuje się przytaczaniem zdań, tekstów usłyszanych przed kilkoma dniami, miesiącami czy nawet rokiem. Ewa Pisula stoi na stanowisku, że „jeśli echolalia pozostaje jedynym lub dominującym sposobem wypowiedzania się, to staje się zjawiskiem patologicznym. Z tego punktu widzenia szczególnie niepokojąca jest echolalia odroczona, kiedy dziecko powtarza zapamiętane znacznie wcześniej wypowiedzi, czasem bardzo długie, zazwyczaj słabo rozumiejąc treść i znaczenie poszczególnych składowych” [4]. Typowe u autystów jest zastępowanie zaimka „ja” zaimkami w drugiej i trzeciej osobie, np. zwrot „chcesz bułkę?” oznacza, że dziecko prosi o bułkę. Zdaniem Pisuli posługiwanie się zaimkami osobowymi jest skomplikowane, co jest dowodem trudności w nabywaniu tych umiejętności. Należy wziąć pod uwagę, że dzieci opanowują język w sposób sztywny i schematyczny [4]. Szukając przyczyn problemu zamieniania zaimków możemy doszukać się wielu twierdzeń. Pisula uważa, iż może to być związane z kłopotami poczucia tożsamości lub z brakiem różnicowania siebie i innych osób, a także niezrozumienia tego, że inni mogą czuć i myśleć odmiennie [4]. Bardzo ważnym aspektem komunikacji dzieci autystycznych jest prozodia mowy. W opinii Hanny Olechnowicz „intonacja jest płaska, „drewniana” („robotomowa”). Wynika to z braku sprzężenia aktu mówienia z emocjami” [5]. Tempo mowy tych dzieci jest spowolnione, a barwa głosu jest monotonna. Występuje u nich również nieprawidłowe natężenie, rytm i akcent.

Bardzo ważną kwestią trudności w rozwoju mowy dzieci autystycznych, poruszaną przez wielu specjalistów w tej dziedzinie, jest tzw. teoria umysłu. Dotyczy ona trudności wczuwania się w stan emocjonalny i w to, co się dzieje w umyśle innych osób. Inaczej mówiąc, wiąże się ona ze zdolnością współodczuwania i współdziałania. Odczytywanie stanów umysłu jest istotną cechą, gdyż warunkuje ono rozumienie intencji, odczuwania i rozpoznania stanu emocjonalnego rozmówcy. Bez tego wymiana komunikatów między dwiema osobami jest bardzo utrudniona. Paul Bloom, opisując zdrowe dzieci stwierdził, że „najistotniejszą umiejętnością w przyswajaniu słownictwa jest zdolność do odczytywania intencji innych osób. Dzieci uczą się głównie podczas interakcji z innymi. Dzięki temu, że potrafią one odczytać zamiary rodziców czy opiekunów, rozumieją zachowanie innych i są zdolne do koncentracji uwagi na wspólnym obiekcie” [6]. To wszystko, co Bloom uważa za najważniejsze w naturalnym przyswajaniu mowy, u autystów jest zaburzone. Dzieci autystyczne nie radzą sobie z odczytywaniem, w którą stronę patrzy dana osoba, z imitowaniem zachowania innych osób. Tomasello twierdzi, że naśladowanie kogoś jest kluczową zdolnością w nauce reguł gramatycznych [6]. Brak tych umiejętności prowadzi do tego, że ekspresja twarzy,

gesty i postawa są statyczne, a zdolność słuchania jest słabo ukształtowana. Dzieci z autyzmem nie zauważają, że ktoś zaczyna mówić, nie skupiają długo uwagi na języku ciała i wypowiedziach innych. Obserwuje się u nich również zaburzenia uwagi, ujawniające się w momentach skierowania jej na określony obiekt, zatrzymywania jej na dłuższy czas, przerzucania, współdzielenia jej z innymi czy też skupienia na szkolnych zadaniach [6]. Zauważa się ograniczone rozumienie przekazów, które zawierają zabarwienie metaforyczne, abstrakcyjne, ironiczne czy sarkastyczne [7].

Wczesny rozwój mowy dobrze prognozuje dla dalszego rozwoju dziecka z autyzmem. Ważnym aspektem jest diagnoza nawet bardzo małego dziecka. Ewa Pisula przytaczając dane statystyczne podkreśliła: „to, że dziecko nie mówi, opóźnienie rozwoju mowy lub też jej rozwój odbiegający od typowego to główne powody niepokoju blisko 45% rodziców małych dzieci z autyzmem” [4]. Oznacza to, że pierwszym najbardziej zauważalnym objawem u tych dzieci są kłopoty z komunikacją. Udowodniono, że są one widoczne już bardzo wcześnie. Zauważono też, że u niemowląt autystycznych rzadziej niż u zdrowych maluchów występują wokalizacje typowe dla pierwszych miesięcy życia. W mniejszym stopniu odgłosom tym towarzyszą dodatkowe ruchy mimiczne, gestowe i całego ciała. Zaobserwowano również, że gaworzenie jest u nich rzadkie, a już szczególnie takie, które jest kojarzone z sytuacjami społecznymi, takimi jak pojawienie się w polu widzenia kogoś z rodziny.

Rozwijanie zdolności do komunikowania się jest jednym z podstawowych celów pracy oligofrenologopedy z dzieckiem autystycznym. Planując terapię logopeda musi dobrze poznać osobę i jego zachowania, gdyż dzieci autystyczne mogą często zaskakiwać swoimi reakcjami. Powinien on posługiwać się standardowymi kryteriami i stosować zasadę stopniowania trudności. Natomiast każdego pacjenta należy traktować indywidualnie i w razie potrzeby wykraczać poza ustalone standardy. W opinii Tadeusza Gałkowskiego „zbyt często postępujemy po omacku, próbując stosować metody, które choć sprawdzą się w przypadku osób niepełnosprawnych umysłowo, nie przynoszą efektów w autyzmie” [7]. Z tego wynika, że logopeda powinien dobrze przemyśleć plan terapii, aby niepotrzebne ćwiczenia nie zaburzały pracy z dzieckiem i nie dezorientowały go. Terapia behawioralna rozwija umiejętności uczestniczące w nabywaniu mowy. Celem tej terapii jest przygotowanie dziecka do tego, by później mogło samodzielnie uczyć się nowych zwrotów. Dlatego też nie ogranicza się ona do nauki schematów i sztywnych wzorców, jak np. dziecko powinno odpowiedzieć na słowa „dzień dobry”. Opiera się ona na wykształceniu sprawności, które są wykorzystywane w codziennych czynnościach. Na początku terapii logopeda prowadzi zadania rozwijające kontakt wzrokowy [6]. Jak twierdzi R. Kawa: „Bez kontaktu wzrokowego między terapeutą a dzieckiem, bez skoncentrowania uwagi na twarzy terapeuty, dziecko nie jest w stanie odbierać informacji, które mu komunikuje terapeuta” [6]. Wynika z tego, że bez tej umiejętności nie ma szans na wykształcenie zdolności komunikacyjnych. Podczas tego etapu dziecko uczy się tego, że inni chcą mu coś przekazać i powinno starać się odebrać jak najwięcej bodźców od rozmówców. Terapeuta stosuje zasadę stopniowania trudności, więc najpierw pacjent uczy się utrzymywania kontaktu przez sekundę, później przez dłuższy czas, a następnie na prośbę: „spójrz na mnie”, podczas rozmowy i na koniec podczas spontanicznej reakcji na naturalny bodziec, np. spojrzenie innej osoby [6]. Gdy dziecko opanuje wymienione czynności to znaczy, że został wykonany pierwszy i podstawowy krok na drodze do wytworzenia komunikacji. Następną niezbędną czynnością uczy dziecko autystyczne naśladowania różnych zachowań i tego, że inni mogą być wzorem komunikacji. Etap ten uświadamia osobie, że przez

obserwację i imitację zachowania innych można się wiele dowiedzieć. Głównym celem tych ćwiczeń jest nauka uogólnienia i przygotowania do samodzielnego podejmowania działań, a nie wyuczenia dziecka określonego rodzaju zachowań w danej sytuacji. Ćwiczenia na tym etapie są bardzo różnorodne i mogą to być, np. klaskanie, dmuchanie, naśladowanie odgłosów zwierząt, malowanie na papierze, wyjmowanie różnych rzeczy z torebki, ćwiczenia warg, żuchwy, maszerowanie, pukanie, itd. [6]. Według Charmana umiejętność ta pozwala dzieciom zrozumieć intencje innych i wtedy potrafią one wejść w interakcję z różnymi osobami [6]. Kolejnym etapem w nauce komunikacji dzieci autystycznych jest rozwijanie umiejętności związanych z nazywaniem, kategoryzacją, różnicowaniem i wskazywaniem obiektów. Terapeuta może poprosić pacjenta o podanie, dotknięcie jakiegoś elementu. Do tego należą też programy, które uczą rozpoznawać obiekty na podstawie czynności z nimi związanych. Jeśli chodzi o wskazywanie, praca nad tą zdolnością polega na nauce dotykania palcem wskazującym lub skierowaniem go w stronę obiektu, np. przez spełnienie polecenia „pokaż kwiatek”. Dzięki tej umiejętności dziecko nabywa podstaw do komunikowania się z innymi ludźmi i dowiaduje się, że polega ono na wymianie gestów i informacji [6]. Kolejny etap ma na celu nauczenie umiejętności zabawy, a dzięki temu nabyciu pewnych wzorców zachowań w interakcji z innymi dziećmi. Szczególnie kładziony jest tu nacisk na zabawę z pozorowaniem i zabawę symboliczną, gdyż to sprawia dzieciom autystycznym największą trudność [6]. Ostatnią podstawową umiejętnością niezbędną do komunikacji jest współdzielenie uwagi. Rozwijanie jej to istotna sprawa, gdyż pozwala ona na skupienie się przez dwie osoby podczas konwersacji na jednym obiekcie. Kształtuje się ją w formie usprawnienia umiejętności wykonywania po sobie trzech czynności: zwrócenie uwagi na obiekt dotykany przez logopedę, później na rzecz wskazywaną przez terapeutę, a na koniec skupienie wzroku na czymś, na co nauczyciel patrzy. Na tym etapie ważne jest łączenie zachowań dziecka autystycznego z pozytywnymi reakcjami rodziców ukazującymi się w pochwałach czy uśmiechach [6].

Bardzo ważnym aspektem dotyczącym komunikowania dzieci autystycznych niezbędnym do omówienia jest rola rodziców w ich życiu, ponieważ to właśnie oni najbardziej cierpią nie mogąc porozumieć się ze swoją pociechą. Wiadome jest, że we wczesnym dzieciństwie interakcje z matką są podstawą do jego rozwoju emocjonalnego, społecznego, językowego, poznawczego i ruchowego. Matki, pragnąc dobra dla swoich dzieci i nie mogąc pogodzić się z ich chorobą, starają się „unormalizować” zachowanie pociech, przy tym często je krzywdząc. W praktyce wygląda to tak, że kobiety nadużywają poleceń, nakazów, zakazów i pouczeń. Taka postawa nie zostawia dziecku pola do własnej inicjatywy i odpowiedzi. Maluch czuje się przytłoczony, więc przestaje słuchać i reagować na słowa opiekuna [9]. Dowodzą temu liczne doświadczenia, a jedno z nich w swojej książce opisuje Hanna Olechnowicz. Jest to sytuacja, w której obecni są matka, chłopiec autystyczny i terapeuta. Opiekunka zadaje pytania około trzy razy na minutę dziecku, które odpowiada cicho i jest odwrócone do niej tyłem. Psycholog siedzi naprzeciwko i bawi się patyczkiem, tym samym odzwierciedlając zachowanie dziecka. Za chwilę dziecko patrzy na twarz terapeuty (co z wypowiedzi matki okazuje się było niemożliwe wcześniej). Później psycholog nakłada na patyk plastikowy pojemnik i obraca go, a następnie wykonuje to samo u dziecka. Chłopiec coraz częściej patrzy na twarz terapeuty, na co ten odpowiada z uśmiechem. Nagle niespodziewanie dziecko siada na kolanach psychologa twarzą odwróconą w jego stronę. Doświadczenie te jest najlepszym odzwierciedleniem tego, jak bardzo ważna może być postawa podczas interakcji z dzieckiem [5]. Ewa Pisula twierdzi, że: „Osoba zorientowana na dziecko,

otwarta na jego sygnały i pozwalająca mu realizować wybraną przez nie aktywność na pewno uzyska znacznie większe zaangażowanie dziecka w przebieg interakcji. Dorosły nastawiony na rozwiązanie zadania, dyrektywny i ignorujący komunikat dziecka przypuszczalnie sprawi, że będzie ono biernie lub nawet destrukcyjne” [8]. Na początku trzeba matce uświadomić, że powinna ona przede wszystkim jak najwięcej dowiedzieć się na temat zachowań dzieci autystycznych i zaakceptować je. Opiekunka powinna dawać więcej swobody dziecku i starać się poświęcać jak najwięcej czasu na zabawę z nim, a na wszystkie jego wokalizacje starać się odpowiadać, wzmacniając je uśmiechem. Konieczna jest współpraca rodziców z logopedą, gdyż spotkania terapeuty z chorym dzieckiem trwają zbyt krótko. Rodzice chcąc, by ich dziecko było zdrowe powinni poświęcić bardzo dużo czasu na ćwiczenia.

Logopeda stanowi bardzo ważną rolę w życiu dziecka autystycznego. Rzetelny logopeda i dobrze przygotowany pedagogicznie pełni funkcję zarówno terapeuty, jak i przyjaciela dziecka chorego. Autysta czuje się przy terapeutcie bezpieczny i akceptowany, czego często nie zaznaje wśród innych ludzi. Terapeuta mowy rozumie Zachowania i problemy dziecka i dąży do tego, by autysta jak najlepiej komunikował się ze społeczeństwem [10].

Nie ulega wątpliwości, że prawidłowo prowadzona terapia jest jedynym sposobem na „przebiecie się przez mur” autyzmu, na dotarcie do dziecka chorego. Pozostaje pytanie, czy każdy rodzic dziecka autystycznego ma szansę na terapię dla swojej pociechy i czy każdy terapeuta ma odwagę podjąć się tej próby. Bez wątpienia jest wielu specjalistów, którzy są świetnie wyszkoleni, wiedzą, kiedy optymalnie należy rozpocząć pracę z autystycznym dzieckiem, mają ogromne doświadczenie i wolę walki o odzyskanie swoich małych pacjentów dla otaczającego je świata, jednak istnieją także tacy, którzy tę szansę zaprzepaszczą. Barry Kaufman w książce „Przebudzenie naszego syna” opowiada historię swojego synka Rauna, cierpiącego na autyzm, od chwili, gdy rodzice zauważyli pierwsze objawy choroby, przez trudy walki o dziecko, aż do momentu, kiedy chłopiec dzięki ogromnym staraniom rodziców i otoczenia, powraca do świata. Mężczyzna opisuje moment, gdy zrozumieli co dzieje się z ich synem i rozpoczęli starania o pomoc specjalistów: „Ich rady były zazwyczaj bezduszne i sprzeczne ze sobą. „Jest za mały., „Nigdy nie przyjmujemy takich małych dzieci.”, „Idźcie tu. Idźcie tam.”, „Beznadziejna sprawa.” (...) „Lepiej niech państwo pogodzą się z tym już teraz.”, „Przypuszczalnie wyrośnie z tego.”. Rodzice chłopca, jako ludzie wykształceni i znający podstawowe objawy autyzmu, sami odkryli problem, jaki dotyczy ich dziecka, mimo, iż lekarz pierwszego kontaktu nie widział nic niepokojącego w zachowaniu Rauna. Świadomi, że im wcześniej rozpocznie się terapię, tym dotarcie do ich syna będzie łatwiejsze, rozpoczęli poszukiwanie pomocy u specjalistów. Jak opisuje ojciec chłopca, większość odsyłała ich do innych placówek lub kazała wrócić, gdy chłopiec podrośnie. Kaufman, z wykształcenia psycholog, rozpoczął wraz z żoną samodzielne kształcenie na temat autyzmu i terapię syna na własną rękę. „Czuliśmy, że musimy wkroczyć do akcji – i to zaraz. Widzieliśmy co dnia, jak nasze dziecko wymyka się nam, wycofuje. (...) Uzyskanie specjalistycznej pomocy okazało się niemożliwe. (...) Ale my wierzyliśmy w Rauna w jego spokój, piękno i szczęście” [11]. Nie każde dziecko ma jednak to szczęście, że rodzice posiadają wystarczającą wiedzę i odwagę, aby samodzielnie je rehabilitować. Nie można zaprzeczyć, że terapia z dzieckiem autystycznym należy do jednej z najtrudniejszych, jak bowiem dotrzeć do kogoś, kto wydaje się nas nie zauważać, ukryty w swoim własnym świecie. Magdalena Grodzka, zajmująca się terapią dzieci autystycznych, napisała dziennik terapeuty, w którym



przyznaje, że to niezwykle trudna praca, niejednokrotne niepowodzenia, cierpienia dziecka i rodziców, terapeuta odczuwa jako własne, jest narażony na poczucie winy i załamania własnej kompetencji, dlatego musi być doskonale przygotowany do podjęcia takiego wyzwania i mieć oparcie w zespole terapeutycznym. Grodzka podkreśla: „W wielu znanych mi przypadkach rodzice informowani byli jedynie, że należy dziecko oddać do zakładu, „bo i tak się nic z tym dzieckiem nie uda zrobić.” W ten sposób, przy udzielaniu porady, bezwiednie zapewne, zostaje pogłębiona bezradność pytających i uchylone zostają szanse wstępnej terapii dziecka. Teraz wiem na pewno, że dzieci te można, a więc trzeba rehabilitować” [12]. O autyzmie należy jak najwięcej mówić, edukować społeczeństwo, robić wszystko, aby umożliwić rodzicom uzyskanie fachowej pomocy, szkolić specjalistów, bo mimo, iż w ciągu ostatnich dziesięcioleci wiele zostało zrobione w tej dziedzinie, to, aby umożliwić autystom powrót do naszego świata, należy jeszcze poświęcić temu problemowi niezwykle dużo pracy i uwagi.

### **Piśmiennictwo**

1. <https://sites.google.com/site/naszpuciek/autyzm/koncepcje-autyzmu-i-problemy-dyagnostyczne-przeglad-literatury>, data pobrania: 5.04.2012.
2. Pawlas K.: Autyzm – etiologia i objawy. Logopeda, 2005, 1, 91-97.
3. Gałkowski T.: Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym. Wyd, WSiP, Warszawa 1995.
4. Pisula E.: Małe dziecko z autyzmem. GWP, Gdańsk, 2005.
5. Olechnowicz H.: Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje. Wyd, WSiP, Warszawa, 2004,
6. Pisula E., Danielewicz D.: Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem. Wyd. Impuls, Kraków 2005.
7. Gałkowski T., Jastrzębowska G.: Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Tom 2. Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 2003.
8. Gałkowski T., Szeląg E., Jastrzębowska G.: Podstawy neurologopedii. Wyd, Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 2005.
9. Pisula E: Autyzm i przywiązanie.. GWP, Gdańsk 2003.
10. <http://www publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=778>, data pobrania: 5.04.2012
11. Kaufman B. N.: Przebudzenie naszego syna. Fundacja Synapsis, Warszawa, 1994.
12. Grodzka M.: Dziecko autystyczne. Dziennik terapeuty. Wyd, PWN, Warszawa, 2000.
13. Dzikowska T.: Analiza przypadku, jako metoda badawczo-dyagnostyczna. Autyzm. Logopeda, 2005, 1, 98-103.
14. Schopler E., Lansing M., Waters L.: Ćwiczenia edukacyjne dla dzieci autystycznych. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, GWD, Gdańsk, 2002.
15. Jastrzębowska G.: Podstawy logopedii dla studentów dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii. Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 1995.
16. Minczakiewicz E. M.: Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia. Wyd, WSP, Kraków, 1997.

Lewandowska Anna <sup>1</sup>, Zych Barbara <sup>2</sup>

## Alkoholowy zespół płodowy

1 Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

<sup>2</sup> Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski

### Wstęp

Celem pracy jest przedstawienie na podstawie przeglądu piśmiennictwa objawów i przyczyn Alkoholowego Zespołu Płodowego, jako nasilającego się zjawiska patologii społecznej uważanego za trzecią wiodącą przyczynę opóźnienia umysłowego, zaś naturalnie za pierwszą przyczynę opóźnienia w rozwoju, której można uniknąć.

Coraz częściej młode kobiety sięgają po alkohol, jednak zjawisko to jest szczególnie niebezpieczne wówczas, kiedy są nimi przyszłe matki, bowiem spożywany alkohol jest niemal w całości metabolizowany i toksyczny dla wszystkich tkanek ustroju. Z badań przeprowadzonych na zlecenie Państwowej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że co trzecia kobieta (33%) w wieku prokreacyjnym (18-40 lat) piła alkohol w czasie ciąży. Jest to wynik niepokojący zważywszy, że zdecydowana większość naukowców jest zdania, iż nawet niewielka ilość alkoholu wypitego przez kobietę w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie jej dziecka. Przypuszcza się, że z FAS rocznie rodzi się od kilku do kilkunastu tysięcy dzieci. W związku z tym, że większość dzieci nie pozostaje zdiagnozowanych lub postawiona diagnoza jest błędna, nie są w stosunku do nich podejmowane działania mogące zminimalizować późniejsze następstwa.

Grupa dzieci cierpiących na alkoholowy zespół płodowy nie jest jednorodna. Od kilku lat problematyką alkoholowego zespołu płodowego zajmuje się w Polsce: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - prowadząc działania prewencyjne i edukacyjne, Stowarzyszenia Zastępczego Rodzicielstwa Oddział Śląski w Łędzinach i Fundacja „Daj Szansę” w Toruniu - budując system wsparcia i terapii dla rodzin i osób z Alkoholowym Zespołem Płodowym oraz Instytut Matki i Dziecka prowadząc działalność badawczą oraz Centrum Zdrowia Dziecka – działalność informacyjną.

Dzieci, których matki nadużywały alkoholu podczas ciąży, są narażone na możliwość wystąpienia Alkoholowego Zespołu Płodowego. Badania wskazują, że nawet pojedyncza ekspozycja płodu na wysoki poziom alkoholu może powodować u niego poważne uszkodzenia mózgu. Najlepszym czasem do zdiagnozowania alkoholowego zespołu płodowego jest moment urodzenia dziecka. Badania dzieci z alkoholowym zespołem płodowym wskazują na występowanie u nich dużych organicznych uszkodzeń mózgu, w zakresie płata czołowego odpowiedzialnego za koncentrację, samokontrolę, samoświadomość, cechy osobowości i emocjonalności, zdolności poznawcze i pamięć oraz mowę i ruch.

Uszkodzenie u nich lewej półkuli zaburza logiczną interpretację języka, uszkodzenie prawej półkuli zniekształca procesy wyobraźni i pamięci, słuchu i wzroku.

Nieprawidłowości w ciele modzelowatym, łączącym prawą i lewą półkulę, zaburzają komunikację między nimi i utrudniają szybkie i prawidłowe przekazywanie informacji, co powoduje, że reakcje takiej osoby mogą być impulsywne, nieadekwatne do bodźca [1,2,3,4].

## **Rozwinięcie**

### *Definicja FAS*

Opracowanie definicji alkoholowego zespołu płodowego stało się faktem o doniosłym znaczeniu, gdyż umożliwiło wyodrębnienie nowego, rozpoznawanego klinicznie zespołu chorobowego wyraźnie różnego od wszystkich innych zespołów wad wrodzonych, a występującego wyłącznie u potomstwa matek pijących alkohol w czasie ciąży.

Pierwsza publikacja dotycząca wpływu alkoholu na rozwój dzieci urodzonych przez matki nadużywające alkohol pochodzi z 1968 roku. Opublikował ją we Francji Lamoine i współpracownicy, a w 1973 roku w Stanach Zjednoczonych Jones i Smith [5]. Alkoholowy zespół płodowy (Fetal Alcohol Syndrom) jest to zespół objawów występujących u płodu, później u noworodka, które utrzymują się w dzieciństwie i życiu dorosłym, spowodowany działaniem teratogennym alkoholu. U części noworodków narażonych w okresie płodowym na działanie alkoholu może wystąpić niepełny FAS lub jego pojedyncze objawy [6].

Alkoholowy zespół płodowy jest klinicznie rozpoznawalnym zespołem chorobowym. Tym mianem określa się występowanie specyficznych nieprawidłowości w postaci malformacji twarzy, opóźnienia wzrostu oraz różnego stopnia zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego [7].

### *Epidemiologia*

Według Raportu WHO o stanie zdrowia na świecie z 2002 roku, alkohol jest trzecim głównym czynnikiem ryzyka, po nikotynie i nadciśnieniu tętniczym, obok nadwagi i hipercholesterolemii, zagrażającym zdrowiu w krajach rozwiniętych, do których zalicza się również Polskę. Dane uzyskane w latach 2006 – 2007 przez National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) wykazują, że spożycie alkoholu wśród kobiet w wieku rozrodczym (15-44 lata) wynosiło dla kobiet w ciąży 11,6%, a dla matek, które urodziły dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy 42,1%. Najwyższy odsetek dotyczył kobiet najmłodszych – w wieku 15-17 lat. Dane te nie zmieniały się przez kilka ostatnich lat. Badania wykonane w Polsce wskazują, że 21-30% kobiet ciężarnych spożywa alkohol. Narażenie kobiety w okresie rozrodczym, a szczególnie podczas ciąży na szkodliwe działanie używek (kawa, papierosy, alkohol, narkotyki) może być przyczyną nieodwracalnego uszkodzenia płodu. Jones, Smith i wsp. w 1973 roku po raz pierwszy szczegółowo opisali objawy teratogennego wpływu alkoholu na płód. Skutkiem działania alkoholu w okresie prenatalnym jest szerokie spektrum anomalii czaszkowo-twarzowych i uszkodzenia mózgu dziecka, od postaci lekkich do bardzo zaawansowanych. Warunkiem rozpoznania FAS jest pre- i postnatalne opóźnienie wysokości ciała, deficyt urodzeniowej masy ciała i jej przyrostu, dysfunkcje ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz dysmorfia twarzy. Stwierdzenie co najmniej dwóch wyraźnych cech w budowie części twarzowej czaszki jest niezbędne do postawienia diagnozy FAS. Udokumentowanie historii picia alkoholu w okresie ciąży nie jest obecnie uznawane za warunek konieczny. U dzieci dotkniętych alkoholowym zespołem płodowym stwierdza się wiele wad wrodzonych, tj.: wady sercowo-

naczyniowe (29-41%), wady układu moczowo-płciowego (10-46%), anomalie kośćca (19-51%), w tym zmniejszony obwód głowy. Nieprawidłowości ze strony ośrodkowego układu nerwowego obejmują opóźnienie rozwoju psychoruchowego (od umiarkowanego do znacznego stopnia), dysfunkcje narządów zmysłu, tj. zaburzenia słuchu, wady wzroku, zaburzenia równowagi, podwyższony próg bólu, zaburzenia termoregulacji. Przyczynami zaburzeń artykulacji są, z jednej strony uszkodzenia ośrodkowe i obwodowe słuchu, zaś z drugiej upośledzenie rozwoju umysłowego oraz wady zębowo-twarzowe. Ponadto u noworodków stwierdza się opóźnienie rozwoju motorycznego i problemy ze ssaniem. Zaburzenia charakterystyczne dla wieku przedszkolnego i szkolnego to, m.in. trudności w uczeniu się, skupieniu uwagi, pamięci przestrzennej, pamięci werbalnej, integracji czynności wzrokowych i motorycznych, a także brak myślenia abstrakcyjnego, nadmierna drażliwość i zaburzenia snu. Patomechanizm zatrucia płodu alkoholem nie jest całkowicie poznany. Wiadomo, że alkohol łatwo przechodzi przez łożysko, barierę krew/mózg i do mleka matki. Stąd po 40 do 60 minut od spożycia alkoholu przez matkę poziom alkoholu we krwi płodu jest podobny jak u matki. Stopień uszkodzenia płodu zależy od wielu zmiennych, takich jak: czas, częstość i ilość spożywanego alkoholu, stan zdrowia i odżywiania matki, genetyczna charakterystyka płodu i kobiety oczekującej dziecka, szybkość metabolizmu i klirens alkoholu. Z różnych danych wynika, że częstość występowania FAS w Stanach Zjednoczonych wynosi 0,2-10 na 1000 żywych urodzeń, w pozostałych krajach rozwiniętych 0,97, zaś w Europie 1,7-3,3. Liczba przypadków FAS jest przypuszczalnie trzykrotnie większa. W Polsce skala tego zjawiska nie jest znana [8].

#### *Przyczyny*

Alkoholowy zespół płodowy stwierdza się tylko u dzieci urodzonych przez matki nadużywające alkoholu w czasie ciąży [9]. Uważa się, że całkowita ilość wypitego alkoholu (dawka) i struktura picia mogą być zasadniczymi czynnikami działającymi uszkadzająco na płód. Działanie alkoholu we wczesnym życiu płodowym myszy lub małp powoduje zniekształcenie trzewioczaszki. W zwierzęcych modelach ważny jest sposób stosowania alkoholu. I tak, podawanie szczepom myszy MF1 przez pierwsze 5 dni ciąży 5,8 g/kg etanolu dootrzewnowo powoduje znacznego stopnia zniekształcenie płodu. Dawka 2,5 i 5,0 g/kg etanolu podawana doustnie myszom C3H/He w czasie ciąży, pozostaje bez wpływu na rozwój ich potomstwa. Tak zróżnicowane wyniki badań sugerują, że szczepy myszy i droga podania etanolu określają efekty jego działania. Dwukrotne zastosowanie 2,9 g/kg alkoholu w 4-godzinny odstęp powoduje nieprawidłową budowę trzewioczaszki u myszy szczepu C57BL/6J. U myszy C57BL/6J stwierdzono wrodzone wady rozwojowe narządu wzroku. Opisano również wady rozwojowe narządu wzroku u dzieci z FAS. Ośrodkowy układ nerwowy przez cały okres jego rozwoju jest bardzo wrażliwy na działanie alkoholu [10]. Chociaż alkohol zwiększa ryzyko wystąpienia FAS, to jednak nie u wszystkich dzieci urodzonych z matek nadużywających alkoholu w ciąży ten zespół występuje. Badania wykazały, że rozmaite czynniki biologiczne i środowiskowe, związane z ilością i czasem działania alkoholu w okresie płodowym, mogą wpłynąć na podatność pojawienia się alkoholowego zespołu płodowego [9]. Badania na ludziach i zwierzętach wykazały, że z wiekiem i z każdym kolejnym porodem wzrasta ryzyko wystąpienia poalkoholowych anomalii u potomstwa. Kobiety uzależnione od alkoholu mogą ponadto zmienić styl picia tak, że nasili się toksyczne działanie alkoholu, mogą też mieć zmniejszoną zdolność metabolizowania alkoholu. Oba te czynniki zwiększają uszkodzenie płodu. Sądzi się również, że na występowanie FAS mają wpływ także czynniki genetyczne. Zidentyfikowano niektóre

czynniki, które zwiększają ryzyko wystąpienia FAS i są to: starszy wiek matki, większa liczba porodów, różnice w szybkości metabolizowania alkoholu, niekorzystne zmiany stylu życia w czasie ciąży, szczególna podatność uwarunkowana genetycznie [9].

Czynniki genetyczne mogą determinować efekty działania alkoholu w okresie prenatalnym. Za przykład mogą służyć bliźnięta dwujajowe wykazujące duże zróżnicowanie FAS. Wyniki wielu badań przeprowadzonych na zwierzętach wykazały, że podatność płodu na działanie alkoholu częściowo zależy od genotypu. Badania Chernoff wskazują, że w porównaniu z myszami C3H, myszy szczepu CBA są bardziej wrażliwe na alkohol wywołujący w fazie prenatalnej śmiertelność, zmniejszenie wagi ciała, wadliwą budowę tkanki miękkiej i szkieletowej. U myszy szczepu CBA wykazano zmniejszony metabolizm alkoholu, a w konsekwencji – wyższy jego poziom we krwi, co prawdopodobnie jest przyczyną większych niż u myszy C3H anomalii rozwojowych. W tym przypadku, różnice we wrażliwości na teratogenne efekty działania są kojarzone z różnicami szczepowymi tych myszy w metabolizmie etanolu [10]. Konsekwencje działania alkoholu na nienarodzone dziecko obserwuje się nie tylko u dzieci kobiet uzależnionych. Płód może doznać szkód z powodu spożycia przez ciężarną kobietę nawet jednorazowo tylko jednej porcji alkoholu [10]. Dziecko w łonie matki jest chronione przed szkodliwym wpływem wielu czynników toksycznych dzięki tzw. barierze łożyskowej. Alkohol jednak bez przeszkód przenika przez łożysko i dostaje się do organizmu dziecka. Nie ulega przy tym metabolizmowi, gdyż w pierwszej połowie ciąży płód nie posiada jeszcze odpowiednio wykształconych enzymów, które są odpowiedzialne za metabolizm alkoholu. Tak jak w przypadku wad płodu spowodowanych przez inne substancje, potencjalny efekt toksyczny alkoholu jest większy w pierwszych trzech miesiącach ciąży w porównaniu do kolejnych sześciu miesięcy [12, 13].

### *Objawy*

W okresie prenatalnym zapoczątkowane zostaje opóźnienie wzrostu płodu i ten niekorzystny trend kontynuuje się już po urodzeniu (tzw. postnatalne opóźnienie wzrostu). Notuje się zawyżony wskaźnik wcześniactwa, a także zwiększoną śmiertelność w okresie noworodkowym. W okresie prenatalnym i postnatalnym natomiast występuje mikrocefalia, czyli wada rozwojowa charakteryzująca się nienaturalnie małymi wymiarami czaszki. Zespół FAS charakteryzuje się niską wagą urodzeniową i złym stanem ogólnym noworodka, opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego, obecnością licznych wad rozwojowych. Objawom tym towarzyszą różnego rodzaju zaburzenia neurologiczne oraz obniżenie sprawności intelektualnej i zaburzenia zachowania. Zmiany te są efektem bezpośredniego teratogennego działania alkoholu na płód, który powoduje między innymi jego niedotlenienie, niedobory hormonalne oraz hamuje rozmnażanie się komórek płodowych [7].

Dzieci z FAS charakteryzują się spowolnieniem wzrostu w dzieciństwie, a jeśli zespół ten objawia się z większym nasileniem, do opóźnienia wzrostu może dojść już w czasie rozwoju wewnątrzmacicznego. Przyrost długości i masy ciała może być zahamowany w różnym stopniu. W typowych przypadkach FAS dzieci w pierwszych latach życia osiągają tempo przyrostu długości ciała równą 60% normy, podczas gdy masa ich ciała rośnie w tempie odpowiadającym 33% normy. W efekcie sprawiają one wrażenie szczupłych lub wręcz niedożywionych, pomimo stosowania pełnowartościowej diety. Powolny przyrost obwodu głowy jest odbiciem równie powolnego zwiększenia się wymiarów mózgu, charakterystycznego dla niemowląt, dzieci i młodzieży dotkniętej FAS [14].

Zmiany w części twarzowej czaszki należą do objawów charakterystycznych. U dzieci cierpiących na FAS zauważalna jest krótka szpara powiekowa, niedorozwój zuchwy, szeroki nos, wygładzona rynienka podnosowa, cienka i wygładzona warga górna, spłaszczona część środkowa twarzy, wygładzona nasada nosa oraz fałd nakątny (czyli tzw. fałd mongolski – pionowy fałd skórny pokrywający zazwyczaj obydwie przynosowe kąty oka, co może świadczyć o zahamowaniu wzrostu środkowej części twarzy). Do objawów FAS zalicza się również mikroftalmię, czyli tzw. małocze, polegające na jednostronnym lub obustronnym niedorozwoju gałek ocznych, opadanie powieki, niewielkie wady w okolicy przyusznej, nieprawidłowy zgryz oraz rozszczep wargi (który może występować z rozszczepem podniebienia). Diagnostą są również zgodni, że o FAS może świadczyć wada trąbki słuchowej (zwanej popularnie trąbką bądź przewodem Eustachiusza) [15-17].

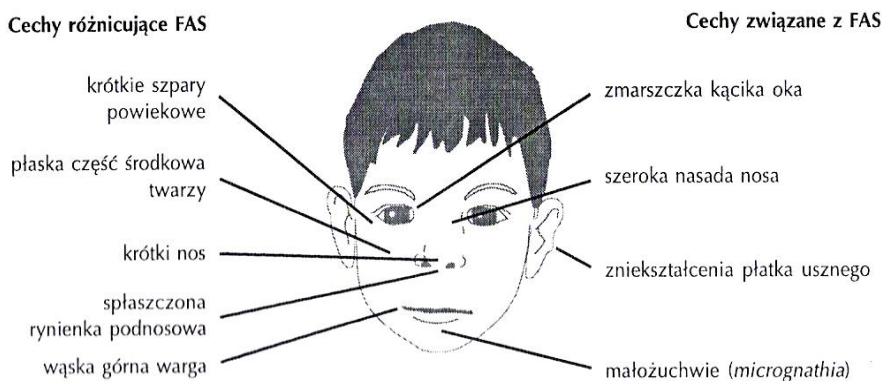
Dzieci z tym zespołem mają szeroko rozstawione oczy, chociaż przeprowadzone pomiary wykazują prawidłowe ich usytuowanie. Ta pozorna rozbieżność jest skutkiem skrócenia szpar powiekowych, czyli zmniejszenia odległości między wewnętrznymi a zewnętrznymi kącikami oczu. W efekcie oczy wydają się mniejsze. Kolejną cechą często występującą u dzieci z FAS jest opadanie jednej lub obydwu powiek. Innym charakterystycznym objawem FAS jest wolniejszy rozwój środkowej części twarzy. Prowadzi to do hipoplazji obszaru położonego między górnymi wargami a oczami. Zbyt wolny wzrost nosa ponad płaszczyznę twarzy może prowadzić do wytworzenia się fałdu skórniego pokrywającego wewnętrzny kącik oka [18-21].

W grupie cierpiących na FAS 10 do 27% ma wady układu płciowego, natomiast grupa od 10 do 20% wykazuje wady na odcinku szyjnym kręgosłupa. Pojawiają się również trudności z krótką szyją, nieznaczną jej płatowatością, a także wady żeber, stawów, wady postawy oraz wady serca (najczęściej polegające na ubytkach w przegrodzie międzykomorowej lub przegrodzie międzyprzedsionkowej). U ludzi cierpiących na FAS diagnozuje się również zwężenia aorty, wady nerek oraz naczyniaki skórne (wypukłe, sine plamy, które ujawniają się po pierwszych tygodniach życia, mają tendencję do wzrostu i ostateczną wielkość osiągają po upływie roku – zwykle znikają między 5. a 9. rokiem życia, pozostawiając przebarwienie lub skupisko rozszerzonych naczynek krwionośnych). Objawami charakterystycznymi dla FAS są również hipoplastyczne (słabo rozwinięte) wargi sromowe większe, krótka czwarta i piąta kość śródrečna, mały piąty paznokieć, zmiany na brzoźnie dłoniowej, przepuklina oponowo-mózgowa oraz wodogłowie. Najczęściej spotykane zaburzenia neurologiczne u dzieci cierpiących na FAS polegają na upośledzeniu umysłowych (dotyczy to potomstwa od 30 do 50% kobiet przewlekłe nadużywających alkoholu), obniżeniu klasycznego ilorazu inteligencji, który wynosi około 63 punkty i jest to jedna z bardziej stałych cech FAS. Można również mówić o nieznacznym upośledzeniu czynności ruchowych, która objawia się zwiększoną pobudliwością w okresie niemowlęcym i nadreaktywnością w wieku dziecięcym (można to zaobserwować sprawdzając ucisk, koordynację oczu – ręce oraz drżenie kończyn). Diagnostą obserwują również osłabioną zdolność do koncentrowania uwagi, trudności szkolne na różnym poziomie kształcenia (i związane z nimi trudności z ukończeniem szkoły), ograniczoną zdolność do osądu, a także bezkrytyczną życzliwość wobec obcych. Do grupy objawów neurologicznych zaliczyć można również roztargnienie, zaburzenia mowy, ograniczoną zdolność do artykulacji, błędy językowe, gramatyczne oraz dysgrafię [14-16].

Wady stawów i kończyn są objawem mniej specyficznym, jednak u dzieci z FAS występują znacznie częściej niż w populacji ogólnej. Profesor Hermann Lose z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Munster badał dzieci z FAS przez ponad 20

lat, stwierdzając następujące nieprawidłowości: waga niższa od normalnej dla danego wieku, dotyczy to także wzrostu, nieprawidłowości w budowie (wyglądzie twarzy), opóźnienie rozwoju ruchowego i umysłowego, wady wymowy, nadaktywność, wiotkość mięśni, skrócony i wykrzywiony mały palec, deformacje genitaliów, deformacje kręgosłupa, porost włosów na karku, gołębia klatka piersiowa, nieprawidłowość w budowie serca, zaburzenia widzenia, zaburzenia słyszenia, autyzm/agresja/problemy związane z funkcjonowaniem w sferze współczesnej, małe zęby, nieprawidłowość w budowie nerek, deformacje bioder, rozczepienie podniebienia.

Zniekształcone rysy twarzy ulegają z czasem normalizacji tak, że konieczne jest oglądanie zdjęć z wczesnego dzieciństwa, aby potwierdzić rozpoznanie. Niestety, opóźnienie rozwoju i upośledzenie umysłowe utrzymują się przez całe życie. U noworodków, które były narażone na działanie alkoholu w trakcie trwania ciąży, zaraz po urodzeniu mogą wystąpić objawy zespołu abstynencyjnego, takie jak: drżenie, drgawki, wzmożona pobudliwość, niskie wyniki w sali Apgar, chwiejność układu wegetatywnego, wzrost częstości oddechów, nadwrażliwość na dźwięki, nieprawidłowe odruchy, wzmożone napięcie mięśni, obniżenie RR, mniejsza ruchliwość lub wzmożona aktywność, upośledzenie odruchu ssania, zaburzenia snu [22-24].



Rycina 1. Cechy różnicujące FAS [16]

## Piśmiennictwo

1. Mellibruda J.: Integracyjna terapia uzależnień. Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 2006.
2. Wiśniewska, Roszkowska K.: Asceza, moralność, zdrowie. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1983.
3. Dolińska- Zygmunt G.: Podstawy Psychologii Zdrowia. Wyd. Uniwersytet Wrocławski, Wrocław, 2001.
4. Sheridan Ch.: Psychologia Zdrowia. Wyd. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa, 1998.
5. Ślósarska M.: Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem, Wyd., PARPA, Warszawa, 1998.
6. Przysiałowska M.: Płodowy Zespół Alkoholowy. Profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia. 2006, 10, 31-32.

7. Świącicki Ł.: Alkohol a zdrowie. PARPA, Warszawa, 1998.
8. Szczepańska J., Szydłowska-Walendowska B., Lubowiedzka-Gontarek B., Pawłowska E.: Cechy kliniczne części twarzowej czaszki oraz stan jamy ustnej dzieci narażonych na działanie alkoholu etylowego w okresie prenatalnym. Czas. Stomatol., 2009, 62, 467-477.
9. Kinney J., Lepton G.: Zrozumieć Alkohol. PARPA, Warszawa, 1996.
10. Dyr W.: Efekty działania alkoholu w okresie prenatalnym w modelu zwierzęcym. Alkohol. i Narkom., 2006, 19, 395-406.
11. Durda R.: Kobiety i alkohol. PARPA, Warszawa, 1997.
12. Adamczyk D.: Wpływ alkoholu na dziecko w okresie prenatalnym. PARPA, Warszawa, 2006.
13. Larkby C, Day N.: Skutki działania alkoholu na płód [w:] Badania nad dziećmi alkoholików, Warszawa, 2000.
14. Banach M.: Dzieci wymagające specjalnej opieki zdrowotnej. Kraków, 2004.
15. Bartel H.: Embriologia. Podręcznik dla studentów. Warszawa, 2004.
16. Stachura J., Domagała W.: Patologia, znaczy słowo o chorobie. Kraków, 2003.
17. Klecka M.: Ciąża i alkohol, PARPA, Warszawa, 2006
18. Słomko Z.: Medycyna prenatalna. PZWL, Warszawa, 1986.
19. Klecka M.: VI Dzień FAS. Świat Problemów, 2006, 10, 23-26.
20. Rutyna R.: Czy alkohol szkodzi zdrowiu. [w:] Alkohol, alkoholizm i ja. Lublin, 2002.
21. Alkohol a zdrowie.: Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem. PARPA, Warszawa, 1998.
22. Alkohol a zdrowie.: Alkohol a układ odpornościowy. PARPA, Warszawa, 1996.
23. Alkohol a zdrowie.: Kobiety i alkohol. PARPA, Warszawa, 1997.
24. Adamczyk D.: Jak alkohol działa na organizm przyszłych matek. Probl. Alkohol., 2006, 2, 24-27.





Lewandowska Anna<sup>1</sup>, Tabro Baernadet<sup>1</sup>, Zych Barbara<sup>2</sup>

## Problemy pielęgnacyjne rodzin dzieci chorych na fenyloketonurię

<sup>1</sup>Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

<sup>2</sup>Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski

### Wprowadzenie

Według raportu „*Global Report on Birth Defects The hidden toll of dying and disabled children*” opublikowanego przez amerykańską organizację March of Dimes w 2006 roku wady wrodzone i wady metabolizmu stanowią najważniejsze wyzwanie dla współczesnej pediatrii i perinatologii. Do najczęstszych wad metabolizmu należą: fenyloketonuria, mukowiscydoza i wrodzona niedoczynność tarczycy. Klasyczna fenyloketonuria (phenyloketonuria - PKU) jest rzadko występującą chorobą metaboliczną, której przyczyną jest zwykle niedobór hydroksylazy fenyloalaninowej (PAH) - enzymu wytwarzanego w wątrobie. Defekt ten prowadzi do zwiększenia stężenia fenyloalaniny (Phe) we krwi i w innych tkankach. Nieleczona choroba charakteryzuje się występowaniem niedorozwoju umysłowego, małego ciała, opóźnienia rozwoju mowy, drgawek, wyprysku, zaburzeń zachowania oraz innych objawów. W USA fenyloketonuria występuje z częstością około 1:15000 urodzonych dzieci, zaś w Polsce częstość występowania PKU wynosi 1:7000 noworodków co oznacza, że rocznie rodzi się blisko 60 dzieci z fenyloketonurią, a co 46 zdrowa osoba jest nosicielem zmutowanego genu PAH.

Ponieważ możliwe jest skuteczne leczenie zapobiegające wystąpieniu objawów i następstw choroby, we wszystkich stanach USA przeprowadza się badania przesiewowe noworodków w kierunku PKU. Program badań przesiewowych jest również obowiązkowy i powszechnie stosowany w Polsce. Każde dziecko, niezależnie gdzie się urodzi, jest poddawane badaniom przesiewowym w kierunku fenyloketonurii. Aby nie dopuścić do utraty korzyści, jakie dają badania przesiewowe noworodków szczególnie istotne jest kontynuowanie leczenia zapobiegawczego u kobiet chorych na PKU osiągających wiek prokreacyjny. W okresie tym dochodzi do licznych embropatii i fetopatii spowodowanych utrzymującym się wysokim stężeniem fenyloalaniny we krwi ciężarnej matki [1,2].

Aktualnie leczenie fenyloketonurii polega na utrzymywaniu ścisłej kontroli metabolicznej za pomocą diety o małej zawartości fenyloalaniny, co wymaga stosowania specjalnych leczniczych produktów żywnościowych. Skuteczność programów badań przesiewowych noworodków w kierunku PKU jest duża - niemowlęta, u których chorobę rozpoznano we wczesnym okresie życia i natychmiast rozpoczęto leczenie, uzyskując dobrą metaboliczną kontrolę choroby, pozostawały zdrowe i prawidłowo się rozwijały, a ich oczekiwana długość życia prawdopodobnie będzie taka sama, jak w populacji ogólnej.

Uzyskanie metabolicznej kontroli PKU może niekiedy sprawiać trudności, co znacznie pogarsza sprawność umysłową oraz przyczynia się do wystąpienia zaburzeń zachowania dziecka. Ścisłą kontrolę metaboliczną choroby muszą również utrzymywać kobiety chorujące na PKU przed planowaną ciążą i w czasie jej trwania, aby zapobiec uszkodzeniu płodu. Obecnie prowadzone są liczne badania naukowe nad innymi niż dieta metodami leczenia PKU. Nieustanne badania nad PKU poszerzają naszą wiedzę o tej chorobie, dzięki czemu można podejmować świadome decyzje dotyczące badań przesiewowych oraz leczenia [2,3].

## **Cel pracy**

Celem pracy jest przedstawienie problemów, z jakimi na co dzień spotykają się rodzice dzieci chorych na fenylketonurię.

## **Material i metody**

Badaniami objęto 100 rodzin dzieci z fenylketonurią mieszkających w Małopolsce ze środowisk miejskich (70%) i wiejskich (30%). Badaną grupę stanowiły matki w wieku 20-30 lat (64%) oraz ojcowie w wieku od 31 do 40 lat (44%).

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, zaś techniką badawczą była ankieta, która miała charakter anonimowy. Znajdowało się w niej 33 pytania zamknięte i otwarte, skierowane do rodziców.

## **Wyniki**

Ponad połowa badanych dzieci (63%) mieści się w wieku do 10. roku życia, dzieci w wieku pomiędzy 11. a 18. rokiem życia stanowią 37% ogółu badanych. Spośród ankietowanych 54% dzieci jest płci męskiej, a 46% płci żeńskiej. 82% ankietowanych rodziców posiada, oprócz dziecka z fenylketonurią inne dzieci, natomiast 18% posiada tylko chore dziecko.

Kolejnym elementem badania była próba określenia stosunku rodzeństwa do choroby brata lub siostry i jak pokazuje analiza jedynie 41% rodzeństwa ma bardzo dobry oraz dobry kontakt z chorym.

Przeprowadzone badania wykazały, iż 64% kobiet urodziło dziecko w wieku między 20. a 30. rokiem życia, a jedynie 36% urodziło dziecko przed 40. rokiem życia. 48% kobiet posiada wykształcenie średnie, 34% wyższe, 14% zawodowe, a tylko 4% podstawowe. 44% ojców posiada wykształcenie wyższe, 16% średnie, 30% zawodowe i tylko 10% podstawowe.

Zdecydowana większość badanych (70%) zamieszkuje miasto, 30% to rodziny zamieszkujące tereny wiejskie. Jak wynika z analizy danych połowa badanych rodziców pracuje zawodowo, natomiast druga połowa nie podejmuje aktywności zawodowej. W większości rodzin rolę opiekuna nad chorym dzieckiem sprasowują matki (65%).

O chorobie dziecka w 93% rodzice dowiedzieli się ze Szpitala Dziecięcego w Krakowie, niewielki odsetek z Instytutu Matki i Dziecka (5%), a jeszcze mniej od lekarza rodzinnego (2%).

Rodzice dzieci chorych na fenylketonurię kontaktują się ze specjalistycznym ośrodkiem raz na pół roku w 39%, 27% rodzin raz na 3 miesiące, 4% raz w miesiącu, 9% raz na 2 tygodnie, 8% kontaktuje się co tydzień, zaś 13% uzależnia kontakt od wyników badań.

Większość dzieci jest samodzielna (70%), jedynie 30% potrzebuje pomocy ze strony rodziców. Wiedzę na temat choroby dziecka rodzice czerpią najczęściej od innych rodziców posiadających chore dziecko (76%), z kursów (54%), od lekarza rodzinnego (36%), z mediów (12%), a jedynie 10% od pielęgniarki środowiskowej.

Ponad połowa rodzin (79%) określa swoją sytuację finansową jako przeciętną, jako dobrą 11%, natomiast złą sytuację finansową posiada 10% badanych. Źródłem utrzymania rodzin w 76% stanowi praca zawodowa, 9% korzysta z emerytury lub renty, a 15% korzysta z zasiłku. 98% rodziców uważa, że ma dobry kontakt z chorym dzieckiem i nie ma z nim problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Aż 26% ankietowanych wskazało, że chore dziecko w rodzinie stanowi dodatkowe obciążenie finansowe, 23% wskazało też dodatkowe obciążenie fizyczne, 15% uważa, iż dostosowało swoje życie rodzinne, aby sprawować opiekę nad chorym dzieckiem, 14% zrezygnowało z czasu wolnego, 10% dostosowało czas pracy, a 11% zrezygnowało z pracy zawodowej.

Jedynie 5% dzieci jest postrzegana przez inne dzieci jako chore, 46% dzieci chorych na fenylketonurię uczęszcza do szkół publicznych, 49% uczęszcza do szkół specjalnych, a tylko 5% w ogóle nie podjęło nauki.

Wśród rodziców 47% z nich uważa, że ich dzieci nie mają problemów, 15% ma trudności w nauce, 13% kłopoty z pamięcią, 7% ma problemy z nawiązywaniem kontaktu z rówieśnikami, a 18% jest niesamodzielnymi.

Po informacji, że dziecko nowo narodzone jest chore na fenylketonurię 20% rodziców była zdruzgotana, 15% do tej pory nie może się z tym pogodzić, 38% było ciężko na początku, ale z biegiem czasu sytuacja się unormowała, a 27% pomimo wszystko cieszyło się z narodzin dziecka. 63% rodziców nie wie, czy w przyszłości ich dziecko będzie samodzielne, 28% uważa, że będzie samodzielne, a tylko 9% rodzin uważa, że ich dziecko się nie usamodzielni.

Po narodzeniu się dziecka chorego na fenylketonurię w 79% rodzinach nie zaszły żadne zmiany w stosunkach rodzinnych, w 18% zacieśniły się więzy rodzinne, a jedynie u 3% rodzin pogorszyły się stosunki wśród domowników.

Wśród rodziców tylko 2% obwinia się, że ich dziecko jest chore na fenylketonurię, większość, bo aż 98% nie widzi winy po swej stronie.

Rozpoznanie choroby dziecka następowało w różnych terminach od jego narodzenia. W ciągu miesiąca czasu chorobę rozpoznano u 66% dzieci, u 25% dopiero w 2. miesiącu życia, tylko 9% rozpoznano w pierwszym tygodniu życia.

Informację o chorobie dziecka większość rodziców otrzymała od lekarza (87%), w pozostałych przypadkach od pielęgniarki (6%) oraz od psychologa (7%).

68% rodziców nie zauważa objawów chorobowych u swych dzieci, u 11% objawy są widoczne i związane z nieodwracalnymi uszkodzeniami, a u 21% objawy mijają po ustabilizowaniu się poziomu fenylalaniny w organizmie.

66% rodziców poziom fenylalaniny u swych dzieci kontroluje raz w miesiącu, rzadziej, bo raz na 3 miesiące 5% badanych i jeszcze rzadziej- tylko 1 raz na pół roku 2% badanych. 7% rodziców badania przeprowadza raz na 2 tygodnie, 13% robi to co tydzień, a w zależności od poprzedniego wyniku 7% respondentów. Wszyscy rodzice znają prawidłowy poziom fenylalaniny.

Za najtrudniejszy problem rodzice uważają utrzymanie diety u swoich chorych dzieci (77%), następnie jest to brak akceptacji choroby przez dziecko (19%) oraz 4% brak apetytu.

## Omówienie

Fenyloketonuria jest wrodzoną chorobą metaboliczną, dziedziczną w sposób autosomalny recesywny. Mutacja genetyczna powoduje całkowity lub częściowy brak aktywności hydroksylazy fenyloalaninowej, enzymu wątrobowego katalizującego konwersję aminokwasu fenyloalaniny do tyrozyny. Konsekwencją tych zaburzeń jest nadmierne gromadzenie się fenyloalaniny i jej metabolitów we krwi oraz płynach ustrojowych, co prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, manifestujące się przede wszystkim upośledzeniem umysłowym i różnorodnymi zaburzeniami neurologicznymi. Jeśli choroba jest dostatecznie szybko zdiagnozowana i leczenie restrykcyjne dietą ubogofenyloalaninową wprowadzone w pierwszych dniach życia noworodka, udaje się uzyskać w pełni prawidłowy rozwój dziecka, również intelektualny [1,2].

Prowadzenie badań przesiewowych noworodków w kierunku fenyloketonurii jest uzasadnione tym, że jedynie wczesne rozpoczęcie leczenia (w okresie klinicznie bezobjawowym) pozwala zapobiec nieodwracalnym następstwom choroby, wynikającym z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego [4].

Wytyczne amerykańskich Narodowych Instytutów Zdrowia (*National Institutes of Health - NIH*) dotyczące rozpoznawania i leczenia fenyloketonurii opracowano na podstawie wieloletnich obserwacji prowadzonych w USA i w wybranych krajach europejskich, takich jak Wielka Brytania, Niemcy czy Francja. Kilka lat po wprowadzeniu testu przesiewowego Guthrie'ego w USA (wczesne lata 60.) zaczęto go również stosować w Polsce (1965 r.). Początkowo badanie to przeprowadzano na zasadzie dobrowolnej współpracy oddziałów noworodkowych z Instytutem Matki i Dziecka, a następnie stopniowo obejmowano nim całą populację noworodków w kraju. Aktualnie badania są zdecentralizowane i prowadzone w 8 ośrodkach. Badanie przesiewowe prowadzone dawniej - tak samo jak amerykańskie - za pomocą testu Guthrie'ego, od ubiegłego roku we wszystkich ośrodkach diagnostycznych w Polsce jest wykonywane za pomocą ilościowej metody kolorymetrycznej. W zaleceniach NIH nie podano dokładnie wieku dziecka, w którym należy pobrać krew na test przesiewowy. W naszym kraju przez wiele lat pobierano próbki w 4. dobie życia dziecka, jednak po wprowadzeniu precyzyjniejszej metody ilościowej zalecono pobieranie krwi w 3. dobie życia (tj. po ukończeniu 48 godzin życia). Precyzyjna ocena skuteczności badań przesiewowych w USA sprawia, według ekspertów NIH, pewne trudności z uwagi na zbyt małą liczbę aktualnych danych. Dowolność organizacyjna i uczestniczenia w badaniach, zróżnicowany wiek ich wykonywania, zróżnicowanie metod badań przesiewowych i potwierdzających w poszczególnych stanach amerykańskich utrudnia autorom opracowania wyciągnięcie ostatecznych wniosków. W przeciwieństwie do sytuacji w USA, obowiązkowe badania przesiewowe w naszym kraju, jednorodność metod stosowanych zarówno w badaniach przesiewowych, jak i potwierdzających, jednolite zasady rozpoczynania i kontynuowania leczenia chorych dietą o ograniczonej zawartości fenyloalaniny oraz sposób kontroli znacznie ułatwiają ocenę skuteczności programu badań przesiewowych i wyników leczenia. Komputerowa kontrola wszystkich etapów przesiewu, począwszy od pobrania próbek krwi, do ustalenia ostatecznego rozpoznania, zastosowanie potrójnych etykiet z kodem paskowym oraz standardowych bibułek do pobierania krwi stanowią podstawę bezpieczeństwa systemu, zapobiegają „gubieniu” wyników i pozwalają na precyzyjne ustalenie rozpoznania [3-6].

Leczenie PKU jest złożone. Wymaga regularnego pobierania próbek krwi, notowania danych dotyczących spożytej żywności, przestrzegania bardzo restrykcyjnej

diety oraz regularnych i częstych wizyt w poradniach dla chorych na PKU. Zalecenia dotyczące optymalnego wieku chorego, w którym należy rozpocząć leczenie, są zgodne z tendencjami panującymi na całym świecie i przesuwają ten moment na 7.-10. dzień życia (w przeciwieństwie do poprzedniego okresu, kiedy uważano, że pierwsze 3 miesiące życia są bezpieczne dla chorego) [3].

Zalecenia te stosuje się również w naszym kraju. Na podstawie badań porównawczych dzieci Cabalskiej B., Pietrzyka J. (2001), u których leczenie rozpoczęto w 1, 2. lub 3. miesiącu życia stwierdzono, że najlepsze wyniki leczenia uzyskuje się u dzieci, u których dietę o ograniczonej zawartości fenyloalaniny wprowadzono najwcześniej.

Wytyczne NIH dotyczące częstotliwości kontroli stężenia fenyloalaniny we krwi podczas leczenia żywieniowego są w zasadzie zbieżne z zaleceniami Instytutu Matki i Dziecka, z wyjątkiem zaleceń dotyczących kontroli w wieku 6-12 miesięcy. NIH zaleca wykonywanie badania raz w tygodniu, w Polsce w tym okresie kontroluje się stężenie fenyloalaniny co 2 tygodnie. W opracowaniu NIH nie podano jednak jednolitych wytycznych dotyczących optymalnego stężenia fenyloalaniny we krwi w przebiegu leczenia. Przytoczone są dane z różnych krajów i ośrodków - od bardziej do mniej rygorystycznych zaleceń. Wydaje się jednak słuszną generalnie zarysowującą się tendencją do utrzymania tego stężenia w miarę blisko wartości stwierdzanych u osób zdrowych. Zalecany w Polsce optymalny zakres stężenia wynosi 2-6 mg% w ciągu pierwszych 2 lat życia, ze stopniową liberalizacją reżimu dietetycznego u dzieci starszych, jednak tak, aby stężenie fenyloalaniny nie było większe niż 12 mg%. W ocenie skuteczności leczenia należy koniecznie zwrócić uwagę nie tylko na iloraz inteligencji, ale również ocenę koncentracji uwagi, koordynacji wzrokowo-ruchowej i szybkości przetwarzania danych.

Z analizy badań własnych wynika, iż 66% rodziców poziom fenyloalaniny u swych dzieci kontroluje raz w miesiącu, rzadziej, bo raz na 3 miesiące 5% badanych i jeszcze rzadziej, tylko 1 raz na pół roku 2% badanych. 7% rodziców badania przeprowadza raz na 2 tygodnie, 13% robi to co tydzień, a w zależności od poprzedniego wyniku 7% respondentów. Wszyscy rodzice znają prawidłowy poziomu fenyloalaniny.

Na podkreślenie zasługuje również zalecenie NIH o konieczności zapewnienia wielodyscyplinarnej, kompleksowej opieki chorym dzieciom i ich rodzicom [3].

Jak wynika z badań własnych rodzice dzieci chorych na fenylketonurię kontaktują się ze specjalistycznym ośrodkiem raz na pół roku w 39%, 27% rodzin raz na 3 miesiące, 4% raz w miesiącu, 9% raz na 2 tygodnie, 8% kontaktuje się co tydzień, zaś 13% uzależnia kontakt od wyników badań.

Leczenie i opiekę nad chorymi na PKU, które należy kontynuować przez całe ich życie, należy odpowiednio zaplanować i powierzyć zespołowi złożonemu z wielu specjalistów z różnych dziedzin. W tym przypadku największy nacisk należy położyć na przejście od badań przesiewowych do leczenia. Z medycznego punktu widzenia warunkiem uzyskania optymalnego rozwoju chorych na PKU jest ciągłość leczenia od okresu niemowlęcego aż do osiągnięcia dojrzałości, a także później. Należy sporządzić wytyczne, które w jednakowej formie obowiązywać będą w poradniach w całym kraju, tak aby chorzy na PKU oraz ich rodzice mogli wszędzie otrzymać jednakowe zalecenia. Ponieważ badania przesiewowe w kierunku PKU są obowiązkowe, społeczeństwo powinno przejść odpowiedzialność za kompleksowe, długodystansowe monitorowanie oraz leczenie chorych. Kontrola wyników leczenia powinna obejmować okresową ocenę rozwoju intelektualnego, neurologicznego i neuropsychologicznego oraz behawioralnego. Utrzymywanie prawidłowej metabolicznej kontroli choroby przez całe życia

jest możliwe tylko przy nieograniczonym dostępie do leczniczych produktów żywnościowych. Z punktu widzenia medycznego, specjalna żywność lecznicza i produkty ubogobiałkowe są niezbędne do życia i tak należy je traktować. Refundacją takiej żywności i produktów medycznych powinny zajmować się odpowiednie instytucje ubezpieczeniowe placące za usługi zdrowotne [3].

Pomimo, iż podstawą leczenia dziecka jest przestrzeganie diety, to jak pokazuje analiza badań własnych, najtrudniejszym problem dla rodziców chorych dzieci jest właśnie jej utrzymanie (77%). Podobne wyniki uzyskała Sternal D. i Grzywna T (2007), gdzie w badanej grupie rodziców zdecydowana większość, bo aż 77 osób (84,6%), miała kłopoty z realizacją diety niskofenylalaninowej, natomiast zaledwie 14 rodziców (15,4%) nie miało żadnych trudności. Najczęstszym problemem, występującym u 65 rodziców (84,4% tej grupy), była mała dostępność różnych niskobiałkowych produktów żywnościowych na polskim rynku. Równie częstym, bo występującym u 57 rodziców (74,0%), problemem była trudność w przygotowywaniu posiłków ze względu na małą różnorodność produktów dozwolonych w diecie. Dla 54 rodzin (70,1%) wysokie koszty żywności były przyczyną kłopotów w realizowaniu diety. Czynnością sprawiającą trudność najmniejszej liczbie rodziców (32,5%) było ważenie i obliczanie zawartości fenylalaniny [7].

Sternal D. i Grzywna T (2007) zwróciły również uwagę w swoich badaniach na bardzo ważny problem samodzielności dzieci. Jak wynika z danych, samodzielność dzieci jest dość niska. Nieco ponad połowa dzieci (61,3%) w każdej grupie wiekowej potrafiła wybrać na rynku dozwolone produkty żywnościowe [7].

Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych, gdzie 70% według opinii rodziców jest samodzielną.

W piśmiennictwie opisywane są też inne sytuacje, które stwarzają problemy w realizacji leczenia dietetycznego, a należą do nich: choroba dziecka - podwyższona temperatura, wolne stolce - zwiększając zapotrzebowanie na białko, które trzeba pokryć przez dostarczenie jego zwiększonej ilości. Sytuacja ta wymaga bezwzględnego kontaktu z lekarzem w celu ustalenia dalszego postępowania. Wymioty - jako wynik przekarmiania lub karmienia na siłę bądź wysokiego stężenia fenylalaniny we krwi. Karmienie na siłę może wytworzyć u dziecka odruch wymiotny na każdy podany posiłek. Utrata apetytu - przyczynę mogą stanowić choroba infekcyjna, gorączka, zbyt duża podaż słodczy, zbyt rygorystyczna dieta, co sprawia, że stężenie fenylalaniny staje się zbyt małe. Głód - za przyczynę głodu u niemowląt uważa się małą koncentrację mieszanki leczniczej, natomiast u dzieci starszych - niedostateczne pokrycie energetyczne. Niewłaściwe nawyki żywieniowe, takie jak niechęć do spożywania posiłków stałych oraz do samodzielnego jedzenia. Przyczyn może tu być kilka: opóźnienie w rozwoju dziecka, zbyt późne wprowadzanie pokarmów stałych, usiłowanie podawania dziecku wszystkich przeznaczonych produktów za wszelką cenę, nieuczenie dziecka prawidłowych nawyków związanych z jedzeniem [8].

Bardzo często źródłem problemów wśród rodzin dzieci chorych na fenylketonurię jest brak fachowej wiedzy. Wiedzę na temat choroby dziecka, jak wynika z badań własnych, rodzice czerpią najczęściej od innych rodziców posiadających chore dziecko (76%), z kursów (54%), z mediów (12%), od lekarza rodzinnego jedynie 36%, a jeszcze mniej (10%) od pielęgniarki środowiskowej.

Jak wynika z badań Sternal D. i Grzywny T (2007), najlepszym sposobem zdobywania dodatkowej wiedzy o chorobie swojego dziecka jest przynależność rodziców do Koła lub Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom z Fenylketonurią. Informację taką potwierdza 76 rodziców, co stanowi 83,5% ogółu badanych. Kolejnym cennym źródłem

informacji są poradniki dla rodziców i broszury (47,2%), zaś wsparcie informacyjne świadczone przez pracowników służby zdrowia jest źródłem wiedzy tylko dla 24,2% rodziców [7].

### **Wnioski**

1. Największą trudnością dla rodziców w opiece nad dzieckiem jest przestrzeganie diety (77%).
2. Źródłem wiedzy na temat choroby są dla rodziców (76%) wspólne spotkania rodzin posiadających chore dziecko.
3. Wiedza rodziców na temat fenyloketonurii jest coraz większa, dzięki temu wszyscy rodzice znają wartości poziomu fenyloalaniny u swych dzieci (100%)
4. Bez względu na to, jak dziecko jest chore i jakim podlega ograniczeniom, 98% rodziców akceptuje chorobę u swego dziecka i nie widzi winy u żadnej ze stron.
5. Rodzina w dużej mierze wpływa na rozwój chorego dziecka, właściwie wyedukowana potrafi zadbać o prawidłowy rozwój dziecka (98%) i nie ma problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

### **Piśmiennictwo**

1. Connor M.: Podstawy genetyki medycznej. Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 1998.
2. Jarołowicz S., Mazur A.: Fenyloketonuria - choroba metaboliczna uwarunkowana genetycznie. Przegl. Med. Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2007, 1, 76-90.
3. Cabalska B., J. Pietrzyk.: Fenyloketonuria - badania przesiewowe oraz leczenie. Aktualne (2000) stanowisko ekspertów National Institutes of Health. Med. Prakt. Ped., 2001, 4.
4. Biernat K.: Ocena testu tolerancji fenyloalaniny w wykrywaniu heterozygotycznych nosicieli genu fenyloketonurii. Pol. Tyg. Lek., 1999, 47, 9-10.
5. Bożkowska K.: Ocena przydatności badań przesiewowych noworodków w świetle 35 lat doświadczeń własnych. Med. Wieku Rozwoj., 1999, 529-599.
6. Cabalska B.: Żyjąc z fenyloketonurią. Instytut Matki i Dziecka Warszawa. 2000.
7. Sternal D., Grzywna T.: Problemy rodziców w opiece nad dzieckiem z fenyloketonurią wynikające ze stosowania diety ubogofenyloalaninowej. Probl. Pielęg., 2007, 15, 26-31.
8. Cabalska B.: Fenyloketonuria. Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 1987, 5-46.





**Okurowska-Zawada Bożena, Kulak Wojciech**

## **Toksyna botulinowa typu A w terapii spastyczności pacjentów wieku rozwojowego**

Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Spastyczność ze względu na rozpowszechnienie i stopień upośledzenia sprawności ruchowej stanowi poważny problem medyczny i społeczny. W ostatnich latach coraz lepsze możliwości diagnostyczne i rehabilitacyjne oraz farmakologiczne umożliwiają wczesne podjęcie właściwej terapii. Niedowład spastyczny jest spowodowany uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego i występuje w przebiegu wielu chorób. U dzieci jest najczęściej stwierdzany w mózgowym porażeniu dziecięcym (MPDz), po przebytych urazach czaszkowo-mózgowych, rzadziej udaru mózgu, uszkodzenia rdzenia kręgowego lub stwardnienia rozsianego [1].

Według klasycznej definicji Lance'a, spastyczność „jest to zaburzenie ruchowe, charakteryzujące się wzmożeniem tonicznych odruchów na rozciąganie (napięcia mięśniowego) w zależności od szybkości rozciągania, co wynika z odhamowania odruchu rozciągowego jako składowej uszkodzenia motoneuronów na wyższym poziomie” [2]. Spastyczność jest jedynie elementem tzw. zespołu uszkodzenia górnego motoneuronu (czy inaczej piramidowego), w skład którego wchodzi tzw. objawy ujemne (np. niedowład), dodatnie (np. spastyczność, klonusy) oraz zmiany reologiczne w obrębie samych mięśni (np. zanik, zwłóknienie, przykurcz) [3]. Obraz spastyczności w mniejszym stopniu zależy od charakteru uszkodzenia (przyczyny), a w znacznie większym stopniu od jego lokalizacji i rozległości. Rozwój spastyczności zależy od zaburzonej równowagi między dwoma zstępującymi układami kontrolującymi (hamującymi i pobudzającymi) motoneurony i interneurony rdzenia kręgowego [3,4]. Spastyczność ogranicza sprawność ruchową dziecka, zaburza szybkość i płynność ruchów, zmniejsza siłę mięśni, wywołuje bolesne kurcze mięśni, powoduje przykurcze i deformacje kończyn oraz sprzyja rozwojowi odleżyn. Niemniej jednak, może być istotnym czynnikiem pomagającym dziecku w podtrzymaniu ciężaru ciała, stabilizacji postawy i chodzeniu; zapobiega także osteoporozie, zanikom mięśni i zakrzepicy żylniej. Spastyczność nasilają odleżyny, zakażenia dróg moczowych i oddechowych, ból, przepełnienie pęcherza moczowego i odbytnicy oraz czynniki klimatyczne (zimno, wiatr, deszcz) [4,5].

**Toksyna botulinowa typu A (BTX-A)** jest egzotoksyną wytwarzaną przez laseczki *Clostridium botulinum*. Zbudowana jest z dwóch łańcuchów - lekkiego (50 kD) i ciężkiego (100 kD) połączonych mostkiem disiarczkowym. Łączy się trwale z płytką nerwowo-mięśniową, poraża przewodnictwo nerwowo-mięśniowe poprzez fragmentację białka SNAP-25 (ang. *synaptosomal protein*) niezbędnego w procesie uwalniania acetylocholinozyliny z zakończeń presynaptycznych. Po wstrzyknięciu BTX-A ulega wiązaniu i internalizacji do zakończeń synaptycznych, co zajmuje zwykle 24-72 godziny (dopiero po tym czasie możemy spodziewać się pierwszych efektów klinicznych), po 14. dniach osiąga maksymalny efekt i średnio po 12. tygodniach efekt kliniczny jej działania

stopniowo ustępuje, na skutek zjawiska powstawania nowych zakończeń nerwowo-mięśniowych (tzw. „sprouting”)[6].

BTX-A jest obecna na rynku farmaceutycznym od 20 lat. Dynamiczny rozwój rynku toksyn botulinowych spowodowany jest poznaniem nowych mechanizmów ich działania, a co za tym idzie – nowych wskazań do ich stosowania w praktyce klinicznej [7]. Mechanizmy te obejmują: obniżanie napięcia mięśni prążkowanych (dystonie ogniskowe, segmentalne, połowiczy kurcz twarzy, spastyczność, medycyna estetyczna) i gładkich (achalazja przełyku, szczelina odbytu, pęcherz neurogeny), wpływ na pozazwojowe zakończenia cholinergiczne w gruczołach potowych (nadpotliwość) i ślinowych (nadmierne ślinienie) oraz działanie przeciwbólowe (napięciowe bóle głowy, migrena, ból neuropatyczny). Tak gwałtowny rozwój wskazań spowodował, że BTX-A stała się narzędziem w rękach nie tylko neurologów, ale także lekarzy innych specjalności [7]. Liczne z wymienionych wskazań nie uzyskały (mimo powszechności stosowania) rejestracji i lek jest używany w systemie tzw. off label „poza wskazaniami”. W niektórych zarejestrowanych wskazaniach BTX-A używa się w innych niż zarejestrowane grupach mięśniowych bądź w innych, zwykle większych, dawkach (np. MPDz) [7].

**Mózgowe porażenie dziecięce (MPDz)** jest niepostępującą encefalopatią spowodowaną uszkodzeniem rozwijającego się mózgu w okresie prenatalnym, okołoporodowym lub w pierwszym miesiącu. Według danych szacunkowych pochodzących ze Stanów Zjednoczonych częstość występowania MPDz wśród dzieci 8-letnich wynosiła 3,6/10 00 [8]. Częstość występowania MPDz w populacji szacuje się na około 2 na 1000 żywych urodzeń. Oszacowano, iż w Polsce w ciągu roku rodzi się ok. 1200-1300 dzieci, u których na podstawie występujących objawów diagnozuje się mózgowe porażenie dziecięce [9]. Stałą cechą MPDz są zaburzenia ruchu i postawy, uwarunkowane najczęściej niedowładem spastycznym (ponad 80% przypadków MPDz), występującym zwykle w postaci diplegii, hemiplegii lub tetraplegii [10,11].

Celem leczenia spastyczności jest nie tylko usprawnianie ruchowe i zmniejszenie stopnia niepełnosprawności, ale również zapobieganie powikłaniom (odłężyny, zakażenia, przykurcze, niestabilność i zwichnięcia stawów, dysfunkcje układu moczowego i pokarmowego oraz skostnienia neurogenne okołostawowe).

Mniejsza spastyczność prowadzi do ograniczenia dolegliwości bólowych i bolesnych kurczów mięśni oraz ułatwia wykonywanie czynności pielęgnacyjnych. Koman i wsp. pierwsi zastosowali BTX-A w leczeniu spastyczności związanej z MPDz [12]. Wyniki badań przeprowadzonych na małych grupach pacjentów z MPDz, opublikowane na początku lat 90. XX wieku wykazały dużą skuteczność BTX-A w leczeniu spastyczności mięśnia trójgłowego łydki powodującej końskie ustawienie stopy w fazie podporu [13]. W kolejnych latach pojawiły się publikacje przedstawiające rezultaty zastosowania BTX-A w leczeniu spastyczności innych mięśni kończyn dolnych, takich jak mięśnie kulszowo-goleniowe (chód kuczny) czy przywodziciele (chód nożycowy) [14]. Ubhi i wsp. wykazali pozytywny wpływ leku zarówno na poziomie struktury (poprawa zgięcia grzbietowego i wzorca chodu), jak i funkcji oraz aktywności ruchowej w Skali Funkcjonalnej Motoryki Dużej (ang. Gross Motor Function Measure – GMFM) [15].

Aktualne doniesienia podkreślają, że BTX- A wstrzyknięta do mięśnia brzuchatego łydki u dzieci z MPDz nie tylko powoduje zmniejszenie spastyczności oraz poprawę zasięgu ruchu w stawie skokowym i wzorca chodu, ale również zmniejsza zużycie energii, w wyniku poprawy stanu funkcjonalnego pacjenta. Pomiar wydatku

energetycznego można uznać za ilościowe narzędzie do oceny klinicznej funkcji dziecka z MPDz po interwencji terapeutycznej BTX-A [16].

W badaniach Gugały i wsp. [17] BTX-A podawano do mięśni przywodzicieli bioder. Wykazano, że ma to wpływ na utrzymywanie się w normie, a nawet zmniejszanie wartości wskaźnika Reimersa. Po kolejnych podaniach BTX-A czas trwania efektu terapeutycznego ulega zmianie. W opiniach rodziców badanych dzieci terapia z użyciem BTX-A jest wysoce skuteczna. Opublikowano wiele prac opisujących różnorodne aspekty terapii, szczególnie we wskazaniach pozarejestacyjnych. Pomimo tego istnieją obecnie silne dowody jedynie na skuteczność BTX-A w leczeniu spastyczności mięśnia brzuchatego łydki, we wskazaniu, w którym preparaty są zarejestrowane w Polsce [7]. Opublikowano badania klasy I według Amerykańskiej Akademii Neurologii i uzyskano rekomendację A (uznany za bezpieczny i skuteczny) [18,19]. Największym przełomem w terapii chorych z MPDz wydaje się zastosowanie wielopoziomowych wstrzyknięć poprzedzonych wnikliwą oceną zarówno zaburzeń struktury i funkcji, jak i aktywności oraz zdefiniowaniem celów terapii, w tym także na poziomie uczestnictwa. Po wstrzyknięciach BTX-A pacjenci powinni być objęci programem usprawniania. Zaleca się także stosowanie odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego, a w razie konieczności także gipsy redresyjne [20]. Jednym z istotnych zastosowań BTX-A w MPDz, poza rejestracją, jest terapia spastyczności kończyny górnej. Rameckers i wsp. wykazali brak istotnej poprawy funkcjonalnej w porównaniu z grupą kontrolną, natomiast Olesch i wsp. uzyskali istotną poprawę zarówno funkcji kończyny górnej, jak i jej aktywności w ocenie rodziców [21, 22]. Lukban i wsp. podsumowali badania wielośrodkowe, w których podkreśla się ograniczony skutek BTX-A w zmniejszeniu napięcia mięśniowego u dzieci z MPDz w górnych i dolnych kończynach. Zmniejszenie napięcia mięśniowego kończyn dolnych przekłada się głównie na poprawę chodu. Autorzy uważają, że są konieczne bardziej systematyczne badania, aby przedstawić więcej wiarygodnych dowodów na poprawę funkcji ręki [23]. Według uaktualnionych zaleceń FDA (ang. Food and Drug Administration) z 2009 roku [1], stosując toksynę botulinową należy: pamiętać, że dawki poszczególnych preparatów leku wyrażone w jednostkach nie są równoważne i mogą się różnić siłą działania, ostrzec pacjenta i jego opiekunów o możliwych działaniach niepożądanych spowodowanych rozprzestrzenieniem się leku poza miejsce wstrzyknięcia (nieoczekiwane osłabienie mięśni, trudności w mówieniu, zaburzenia połykania, zaburzenia czynności pęcherza moczowego, podwójne lub niewyraźne widzenie, opadanie powiek, trudności w oddychaniu), pamiętać, że wymienione działania niepożądane mogą wystąpić w okresie od kilku godzin do kilku tygodni po wstrzyknięciu toksyny oraz pouczyć pacjenta i jego opiekunów o konieczności szybkiego uzyskania pomocy medycznej w przypadku wystąpienia takich objawów [1]. Najczęściej spotykane działania niepożądane – złe samopoczucie, senność, objawy grypopodobne, dreszcze, zapalenia gardła, zapalenia dróg oddechowych, drgawki, bolesność kończyn, zaburzenia trzymania moczu, astma – występują wśród populacji dzieci z MPDz i pojawiają się w czasie badań długoterminowych [1]. Europejski konsensus specjalistów (2006) zaleca używanie maksymalnej dawki 25 j./kg m.c. zarówno dla Dysportu, jak i Botoksu [24].

**Dystonia** jest zaburzeniem ruchowym w postaci powtarzającego się skurczu mięśnia lub grupy mięśni, powodującego zmianę postawy ciała, ruchy skrętne kończyn i tułowia. Leczeniem z wyboru jest leczenie farmakologiczne. W dystoniach ogniskowych wstrzyknięcia BTX-A okazały się najskuteczniejszą formą terapii [25, 26]. Terapeutyczne Programy Zdrowotne obejmują leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy. Dystonie mięśniowe powodują także mimowolne, niekontrolowane ruchy

i ułożenia różnych części ciała. Zgodnie ze stanowiskiem Amerykańskiej Akademii Neurologii, stosowanie toksyny botulinowej w leczeniu dystonii ogniskowych (kurcz powiek, kręcz karku, dystonie kraniowe) oraz połowiczego kurczu twarzy jest postępowaniem z wyboru. Ze względu na charakter objawów, dystonie w znacznym stopniu upośledzają sprawność dotkniętych nimi pacjentów, prowadząc często do inwalidztwa i izolacji społecznej. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku [27-29].

**Urazy czaszkowo-mózgowe** u chorych w wieku rozwojowym stanowią ok. 30% wszystkich urazów ciała i wynikają z nagłego zadziałania na czaszkę (z przekroczeniem jej zdolności adaptacyjnych) zewnętrznej siły mechanicznej o różnym stopniu nasilenia [30]. W efekcie mogą zarówno nie wywoływać widocznych uszkodzeń, jak i prowadzić do znacznego uszkodzenia mózgu, a w konsekwencji do dysfunkcji neurologicznych. W ostatnich latach wzrasta liczba urazów czaszkowo-mózgowych z udziałem dzieci w każdym wieku [30], spowodowanych wypadkami komunikacyjnymi, a u starszych uprawianiem sportu. Następstwa urazów czaszkowo-mózgowych są związane z patologią śródczaszkową pierwotną – rozwijającą się w wyniku uszkodzeń ogniskowych i/lub rozsianych zaistniałych w momencie urazu – oraz z patologią wtórną i efektami opóźnionymi. Uszkodzenia ogniskowe stanowią rezultat bezpośredniego zniszczenia tkanki mózgowia w następstwie jej rozerwania lub stłuczenia, jak również w wyniku wynaczynienia krwi i niedokrwienia. Stłuczenie występuje najczęściej w okolicy czołowo-oczodołowej i płatów skroniowych. Uszkodzenia rozsiane powstają w rezultacie ścięcia lub rozciągnięcia aksonów i przybierają formę drobnych, ogniskowych, często mikroskopijnych uszkodzeń istoty białej. Wtórna patologia śródczaszkowa rozwija się w wyniku uszkodzenia pierwotnego. Może nastąpić w różnym (niekiedy odległym) czasie po urazie i obejmuje zaburzenia funkcji mózgu spowodowane przez krwiaki śródczaszkowe, obrzęk mózgu, niedo-tlenienie lub niedokrwienie, zwyrodnienie istoty białej, wodogłowie i stany zapalne [31]. Konsekwencją urazów czaszkowo-mózgowych mogą być niedowłady lub porażenia kończyn wymagające odpowiedniej rehabilitacji wspomagananej iniekcjami BTX-A.

**Urazy rdzenia kręgowego** są relatywnie rzadko spotykane u dzieci - dokładnie licząc jest to około 5% wszystkich urazów. Większość urazów spowodowana jest wypadkami komunikacyjnymi lub upadkami z wysokości. Kiedy już uraz rdzenia kręgowego wystąpi u dziecka jest on o wiele poważniejszy niż uraz dorosłej osoby. Powodem tego jest niedojrzałość rdzenia kręgowego u dzieci, z niekompletną strukturą kości i ścięgien [32].

Przyczyną spastyczności, po urazie kręgosłupa i rdzenia kręgowego, jest udar krwotoczny lub niedokrwienno rdzenia. Wzmoczone napięcie mięśniowe i skurcze w istotny sposób utrudniają poruszanie się chorego, jego aktywność życiowa jest ograniczona i zaburzona jest funkcja snu. Konsekwencją tego może być stały lub okresowy ból, uszkodzenie skóry, złamania kończyn oraz zaburzenia toru oddechowego. Spastyczność nie leczona prawidłowo w ostateczności doprowadza do znacznego inwalidztwa u osób, które powinny żyć i nawet pracować niezależnie. Niejednokrotnie taki przebieg prowadzi również do depresji i zaniechania dalszej terapii i rehabilitacji podtrzymującej. W pierwszym etapie leczenia stosowana jest fizykoterapia i doustne środki obniżające napięcie mięśniowe. Jednak u wielu chorych leczenie to nie przynosi efektu lub pojawiają się nasilone efekty uboczne już przy średnich dawkach leku. Stosowanie BTX daje możliwość wyłączenia określonych grup mięśni, a przed planowanymi zabiegami chirurgicznymi pozwala na czasowe wyłączenie określonego mięśnia i poznanie konsekwencji zabiegu dla równowagi mechanicznej stawów i

sąsiednich grup mięśniowych. Niewątpliwą korzyścią jest brak ośrodkowych działań niepożądanych, takich jak sedacja lub obniżenie sprawności [33]. Brak dostępu polskich pacjentów w ramach programu lekowego do sprawdzonej, skutecznej i powszechnie stosowanej na świecie terapii spastyczności przy pomocy BTX-A powoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia. Jakość życia takich dzieci mogłaby ulec poprawie, gdyby Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło na programy terapeutyczne większe środki. Lekarze od kilku lat stosują z powodzeniem tę metodę leczenia, niestety, nie każdy pacjent może sobie sam na to pozwolić. Spastyczność znacznie utrudnia codzienną aktywność – ubieranie się, utrzymywanie higieny, jedzenie. Może też przyczyniać się do trwałych przykurczów, deformacji stawowych, odleżyn, infekcji i zakrzepicy żylniej, i prowadzenia odpowiedniej rehabilitacji.

## Podsumowanie

Bez wątplenia spastyczność jest powodem znacznej niesprawności ruchowej. Niestety, jest często źle leczona i prowadzi do wielu powikłań, które powodują dalsze problemy u chorej osoby, a także u jej rodziny. Obecnie znanych jest wiele skutecznych rodzajów leczenia. Niemniej nim wybierze się odpowiedni, powinno się określić cele rehabilitacji oraz metody oceny pacjenta, aby stwierdzić czy zamierzone cele rehabilitacji zostały osiągnięte. Obecnie rekomendowane jest użycie BTX-A i dysponujemy niezbitymi dowodami na jej skuteczność. Jest to obecnie jedyna uznana na świecie farmakoterapia, którą stosuje się w tzw. pierwszej linii terapii spastyczności MPDz. Jej skuteczność została dowiedziona w wielu badaniach klinicznych. Podawanie BTX-A ma sens jedynie wtedy, gdy jest skojarzone z systematyczną rehabilitacją. Istotne jest, aby w Polsce pacjenci dotknięci spastycznością nie musieli refundować terapii na własny koszt i mogli ją otrzymywać w ramach świadczeń NFZ. Pozwoli to skrócić czas rehabilitacji i wrócić szybciej do aktywnego życia, w tym również do aktywności zawodowej.

## Piśmiennictwo

1. Bodzioch M.: Farmakologiczne leczenie spastyczności u dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym - omówienie wytycznych American Academy of Neurology oraz Child Neurology Society. *Med. Prakt. Neurol.*, 2010, 03, 21.
2. Young R.R.: Spasticity: a review. *Neurology*, 1994, 44, 12-20.
3. Sławek J.: Toksyna botulinowa typu A w leczeniu spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym - podstawy teoretyczne i praktyczne skutecznej terapii, *Ortop. Traumatol. Rehabil.*, 2001, 3, 541-546.
4. Mirska A., Kułak W.: Terapia spastyczności toksyną botulinową w mózgowym porażeniu dziecięcym. *Neurol. Dziec.*, 2009, 18, 59-63.
5. Delgado M.R., Hirtz D., Aisen M., Ashwal S., Fehlings D.L., McLaughlin J., Morrison L.A., Shrader M.W., Tilton A., Vargus-Adams J.: Practice parameter: pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society, *Neurology*, 2010, 26, 336-343.
6. Sławek J.: Rola toksyny botulinowej w terapii neurologicznej. *Post. Psych. Neurol.*, 1997, 6, 193-200.

7. Sławek J., Car H., Bonikowski M., Bogucki A., Kosiorowski D., Potulska-Chromik A., Rudzińska M.: Czy wszystkie preparaty toksyny botulinowej typu A są takie same? Porównanie trzech preparatów toksyny botulinowej typu A w zarejestrowanych wskazaniach w neurologii. *Neurol. Neurochir. Pol.*, 2010, 44, 43–64.
8. Józwiak M., Idzior M., Szulc A.: Zastosowanie "pompy baklofenowej" w leczeniu spastyczności u dzieci z mózgowym porażeniem - metodyka i wyniki, *Ped. Pol.*, 2007, 82, 130-136.
9. Harat M., Radziszewski K., Rudaś M., Okoń M., Galanda M.: Kliniczna ocena głębokiej stymulacji mózdzku w leczeniu spastyczności u chorych na mózgowo porażenie dziecięce. *Neurol. Neuroch. Pol.*, 2009, 43, 36-44.
10. Kułak W., Sobaniec W., Okurowska-Zawada B., Sienkiewicz D., Paszko-Patej G.: Czynniki ryzyka mózgowego porażenia dziecięcego okresu okołoporodowego i noworodkowego u dzieci z województwa podlaskiego. *Neurol. Dziec.*, 2009, 18, 19-24.
11. Świerczyńska A., Kłusek R., Jaworek M.: Neurorehabilitacja i inne sposoby leczenia spastyczności u dzieci. *Przegl. Lek.*, 2007, 64, 974-977.
12. Koman L.A., Mooney J.F. 3rd., Smith B., Goodman A., Mulvaney T.: Management of cerebral palsy with botulinum-A toxin: preliminary investigation. *J. Pediatr. Orthop.* 1993, 13, 489-495.
13. Koman L.A., Mooney J.F. 3rd., Smith B., Goodman A., Mulvaney T.: Management of spasticity in cerebral palsy with botulinum toxin A: report of preliminary randomized double blind trial. *J. Pediatr. Orthop.*, 1994, 14, 299-303.
14. Mall V., Heinen F., Kirschner J., Linder M., Stein S., Michaelis U., Bernius P., Lane M., Korinthenberg R.: Evaluation of botulinum toxin A therapy in children with adductor spasm by gross motor function measure. *J. Child. Neurol.*, 2000, 15, 214-217.
15. Ubhi T., Bhakta B.B., Ives H.L., Allgar V., Roussounis S.H.: Randomised double blind placebo controlled trial of the effect of botulinum toxin on walking in cerebral palsy. *Arch. Dis. Child.*, 2000, 83, 481-487.
16. Balaban B., Tok F., Tan A.K., Matthews D.J.: Botulinum toxin a treatment in children with cerebral palsy: its effects on walking and energy expenditure. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.*, 2012, 91, 53-64.
17. Gugala B., Snela S.: Effectiveness of botulinum toxin in diminishing lower limbs spasticity in children with diplegic form of cerebral palsy. *Chir. Narządów. Ruchu. Ortop. Pol.*, 2011, 76, 91-95.
18. Koman L.A., Mooney J.F. 3rd., Smith B.P., Walker F., Leon J.M. :Botulinum toxin type A neuromuscular blockade in the treatment of lower extremity spasticity in cerebral palsy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *BOTOX Study Group. J. Pediatr. Orthop.*, 2000, 20, 108-115.
19. Baker R., Jasinski M., Maciag-Tymiecka I., Michalowska-Mrozek J., Bonikowski M., Carr L., MacLean J., Lin J.P., Lynch B., Theologis T., Wendorff J., Eunson P., Cosgrove A.: Botulinum toxin treatment of spasticity in diplegic cerebral palsy: a randomized, double-blind, placebo controlled, dose-ranging study. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 2002, 44, 666-675.
20. Desloovere K., Molenaers G., Jonkers I., De Cat J., De Borre L., Nijls J., Eyssen M., Pauwels P., De Cock P.: A randomized study of combined botulinum toxin type A and casting in the ambulant child with cerebral palsy using objective outcome measures. *Eur. J. Neurol.*, 2001, 8:, 75-87.

21. Rameckers E.A., Speth L.A., Duysens J., Vles J.S, Smits-Engelsman B.C.: Botulinum toxin-a in children with congenital spastic hemiplegia does not improve upper extremity motor-related function over rehabilitation alone: a randomized controlled trial. *Neurorehabil. Neural. Repair.*, 2009, 23, 218-225.
22. Olesch C.A., Greaves S., Imms C., Reid S.M., Graham H.K.: Repeat botulinum toxin-A injections in the upper limb of children with hemiplegia: a randomized controlled trial. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 2010, 52, 79-86.
23. Lukban M.B., Rosales R.L., Dressler D.: Effectiveness of botulinum toxin A for upper and lower limb spasticity in children with cerebral palsy: a summary of evidence. *J. Neural. Transm.*, 2009, 116, 319-331.
24. Heinen F., Molenaers G., Fairhurst C., Carr L.J., Desloovere K., Chaleat Valayer E., Morel E., Papavassiliou A.S., Tedroff K., Ignacio Pascual-Pascual S., Bernert G., Berweck S., Di Rosa G., Kolanowski E., Krägeloh-Mann I.: European consensus table 2006 on botulinum toxin for children with cerebral palsy. *Eur. J. Paediatr. Neurol.*, 2006, 10, 215-225.
25. Sobstel M., Ząbek M.: Głęboka stymulacja mózgu w leczeniu dystonii. *Neurol. Neurochirurg. Pol.*, 2006, 40, 413-421.
26. Jankovic J., Schwartz K., Donovan D.T.: Botulinum toxin treatment of cranial-cervical dystonia, spasmodic dysphonia, other focal dystonias and hemifacial spasm. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.*, 1990, 3, 633-639.
27. <http://www.nfz.gov.pl> :Zarządzenie Nr 59/2011/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. , data pobrania 16.04.2012.
28. Levy N.S., Lowenthal D.T.: Application of botulinum toxin to clinical therapy: advances and cautions. *Am. J. Ther.*, 2012, 24.
29. Batla A., Stamelou M., Bhatia K.P.: Treatment of Focal Dystonia, *Curr. Treat. Options. Neurol.*, 2012; Mar 14. [Epub ahead of print]
30. Dias M.S.: Traumatic brain and spinal cord injury. *Pediatr. Clin. North. Am.*, 2004, 51, 271-303.
31. Jaracz K., Kozubski W.: Jakość życia chorych po urazie czaszkowo-mózgowym. *Neurol. Neurochir. Pol.*, 2008, 42, 525–535.
32. Kobylarz K., Kwiatkowski S., Ingot B., Mróz A.: Kompleksowe leczenie dziecka z uszkodzeniem pourazowym pnia mózgu i rdzenia kręgowego. Opis przypadku i omówienie współczesnych możliwości leczenia. *Przegl. Lek.*, 2008, 65, 102-106.
33. Olchowik B., Sobaniec W., Sołowiej E., Sobaniec P.: Aspekty kliniczne zwalczania spastyczności. *Neurol. Dziec.*, 2009, 18, 47-57.





**Okurowska-Zawada Bożena<sup>1</sup>, Korzeniecka-Kozerska Agata<sup>2</sup>, Kulak Wojciech<sup>1</sup>, Żelazowska-Rutkowska Beata<sup>3</sup>, Wasilewska Anna<sup>2</sup>, Wysocka Jolanta<sup>3</sup>**

## **Niedobór witaminy 25 (OH) D3 a ryzyko samoistnych złamań wśród dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową**

<sup>1</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Klinika Nefrologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>3</sup> Zakład Laboratoryjnej Diagnostyki Pediatricznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

### **Wstęp**

Niedobór witaminy D jest bardzo rozpowszechniony wśród dzieci i młodzieży na całym świecie. Znaczny niedobór witaminy D w dzieciństwie ma ogromne znaczenie dla zdrowia i odgrywa kluczową rolę w patofizjologii wielu chorób przewlekłych poza krzywicą, w tym chorób autoimmunologicznych, chorób układu krążenia i nowotworowych [1,2]. W związku ze zmianą stylu życia obejmującą zmianę nawyków żywieniowych, powszechne stosowanie filtrów UV oraz mniejszą aktywność na świeżym powietrzu, obserwuje się zwiększenie odsetka niedoborów witaminy D zarówno w populacji wieku rozwojowego, jak i u dorosłych [3].

Na podstawie badań przeprowadzonych w populacji polskiej niedobór witaminy D3 poniżej 20 ng/ml stwierdzono u 30% młodzieży i aż u 70% młodych kobiet [4,5]. Przepuklina oponowo-rdzeniowa MMC (ang. myelomeningocele), jest zaburzeniem rozwojowym zamknięcia kanału kręgowego, powstałym w procesie tworzenia się u płodu struktur rdzenia kręgowego i kręgosłupa.

Częstość występowania wad cewy nerwowej w latach 2003-2004 wynosiła w Polsce 8,1 na 10 000 urodzeń ogółem, w tym 7,4 na 10 000 żywych urodzeń i była znacznie wyższa niż średnia dla wszystkich krajów EUROCAT, wynosząca 2,6 na 10 000 żywych urodzeń [6]. Najwięcej dzieci z wadami cewy nerwowej rodzi się w Polsce w regionach: białostockim, bielsko-podlaskim, łomżyńskim i siedleckim [6,7].

W piśmiennictwie podkreśla się, że pacjenci z MMC są narażeni na zwiększone ryzyko złamań i wykazują niską całkowitą gęstość kości BMD (ang. bone mineral density) [8]. Wśród chorych z MMC złamania występują w kończynach objętych niedowładem, wpływają na mobilność i niezależność pacjentów. Prawidłowy przebieg kostnych procesów metabolicznych jest kluczowy dla właściwej makro- i mikrostruktury kości, a w konsekwencji odpowiedniej wytrzymałości mechanicznej.

Celem pracy było określenie stężenia witaminy D3, gospodarki wapniowo-fosforanowej w surowicy krwi pacjentów z MMC i oceny ryzyka złamań samoistnych.

### **Material i metody**

Badaniami objęto 55 pacjentów z MMC, średni wiek wynosił  $9,99 \pm 3,25$  (zakres 1-18 lat) podopiecznych Kliniki Pediatrii i Nefrologii i Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Protokół badań został

zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, a opiekunowie wyrazili pisemną zgodę na pobranie krwi i zostali poinformowani o istocie i celowości badań. Przeprowadzono badanie podmiotowe - wywiad zbierano od rodziców/prawnych opiekunów dzieci; przedmiotowe, ze szczególną uwagą dotyczącą złamań patologicznych kości.

Badania laboratoryjne obejmowały ocenę stężenia witaminy D w postaci metabolitu 25OHD<sub>3</sub>, Ca w surowicy krwi, P w surowicy, parahormonu oraz aktywności fosfatazy alkalicznej, które wykonano u 33 pacjentów. Oznaczenia poziomu witaminy D3 w postaci metabolitu 25(OH)D3 w surowicy krwi wykonano metodą immunoenzymatyczną (R&D Systems, Minneapolis, MN, USA) o zakresie pomiaru 3-144 ng/ml.

Przed przystąpieniem do szczegółowych analiz wyników badań dokonano oceny normalności rozkładu za pomocą testu Shapiro-Wilka. W analizie statystycznej wykorzystano test nieparametryczny Chi<sup>2</sup> z poprawką Yates'a oraz test – *t*. Do oceny zależności pomiędzy zmiennymi posłużono się analizą korelacji rang Spearman'a. Za wartość istotną statystycznie przyjęto  $p < 0,05$ . Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu statystycznego Statistica 10.0 PL

## Wyniki

W badaniu wzięło udział 55 dzieci i młodzieży z MMC, 31(56,3%) dziewcząt i 24 (43,7%) chłopców. Większość chorych mieszkało na wsi 62% niż w mieście 38%, jednak nie różniła się w sposób istotny statystyczny ( $p=0,204$ ). Suplementację witaminy D3 stosowało jedynie trzech pacjentów w dawce 400IU. Szczegółowe dane ilustruje tabela 1.

**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów z MMC n=55**

Wiek (lata)	9,99
SD (lata)	3,25
Min.–maks. wiek (lata)	1-18
Dziewczęta –	31 (56,3%)
Chłopcy –	24 (43,7%)
Miasto –	21 (38%)
Wieś –	34 (62%)
Stężenie witaminy D3 we krwi –	11,97 ±3.36 (4-31) ng/ml
Suplementacja witaminy D3 –	3 (5.4%)
Złamania patologiczne kończyn dolnych	-19 (34,5%)

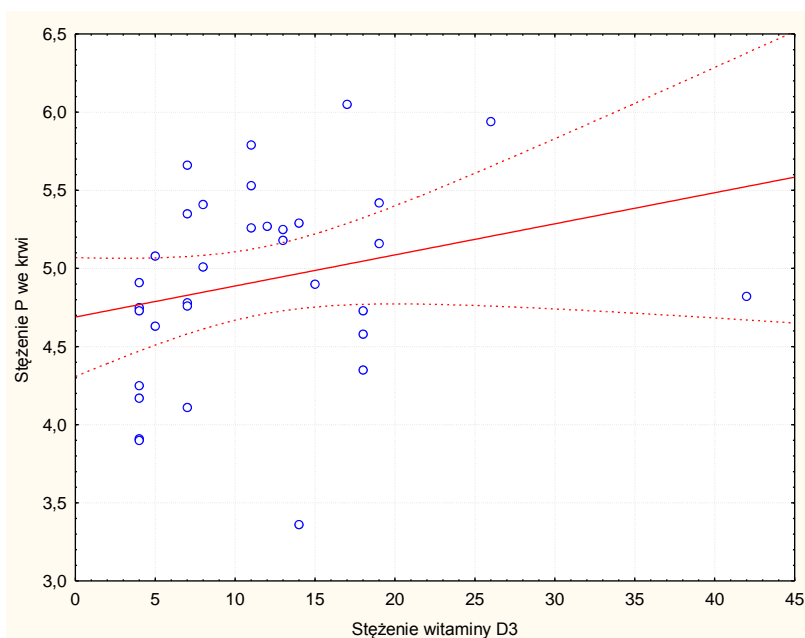
MMC – przepuklina oponoworrdzeniowa, SD – odchylenie standardowe

**Tabela 2. Korelacje stężenia witaminy D3 we krwi z PTH, ALP, Ca i P we krwi i moczu u 33 dzieci z MMC**

Zmienne	R	P
PTH	-0,143126	0,426849
ALP	0,082865	0,646622
Ca w surowicy	0,163903	0,362067
Ca w moczu	-0,144304	0,423011
Ca/kg mc/dobę	0,217533	0,223956
P w surowicy	0,380209	0,029063*
P w moczu	-0,325311	0,069248

MMC – przepuklina oponoworrdzeniowa, PTH – parathormon, ALP- fosfataza zasadowa, R- współczynnik korelacji Spearmana, wartość znamienne statystycznie  
\* p<0,05

Nie wykazano istotnych zależności pomiędzy stężeniem PTH, Ca w surowicy i moczu, P w moczu, aktywnością ALP a stężeniem witaminy D3 we krwi. W badanej grupie dzieci z MMC n=33 wykazano dodatnią korelację (R=0,3802; p=0,0290) pomiędzy stężeniem witaminy D3 we krwi a stężeniem fosforu we krwi (Tabela 1, Rycina 1).



**Rycina 1. Stężenie witaminy D3 a stężenie P w surowicy**

**Tabela 3. Korelacje stężenia witaminy D3 we krwi z wiekiem, płcią masą ciała i wzrostem u 33 dzieci z MMC**

Zmienne	R	P
Wiek (lata)	-0,411095	0,017471
Płeć	-0,305600	0,083720
Masa ciała w kg	-0,395932	0,022556
Wzrost (cm)	-0,305600	0,083720
Wzrost m2	-0,305600	0,083720
BMI (kg/m2)	-0,378020	0,030080

MMC – przepuklina oponoworrdzeniowa, BMI – ang. body mass index - współczynnik masy ciała, R- współczynnik korelacji Spearmana, wartość znamiennej statystycznie \*  $p < 0,05$

Stwierdzono ujemne korelacje pomiędzy stężeniem witaminy D3 we krwi a wiekiem i masą ciała wyrażoną w kg i BMI (Tabela 3). Większy niedobór witaminy D3 występował u młodszych dzieci z MMC (danych nie przedstawiono).

**Tabela 4. Korelacje stężenia witaminy D3 we krwi z wiekiem, płcią masą ciała i wzrostem u dzieci z MMC n=33**

Zmienne	R	P
Wiek	0,125315	0,487139
Płeć	0,197977	0,269414
Wzrost cm	0,197977	0,269414
Masa ciała kg	0,081438	0,652323
BMI (kg/m2)	-0,019220	0,915455
Witamina D3	-0,094623	0,600426
PTH	0,317373	0,071905
ALP	0,254430	0,153041
Ca w surowicy	0,099197	0,582848
Ca w moczu	0,051809	0,774620
P w surowicy	0,343277	0,050485

MMC – przepuklina oponoworrdzeniowa , BMI – ang. body mass index - współczynnik masy ciała, PTH – parathormon, ALP- fosfataza zasadowa, R- współczynnik korelacji Spearmana, wartość znamiennej statystycznie \*  $p < 0,05$

Nie wykazano istotnych zależności pomiędzy stężeniem witaminy D3 we krwi a wiekiem, wzrostem, masą ciała, BMI, stężeniem PTH we krwi, aktywnością ALP we krwi, stężeniem Ca w surowicy i moczu oraz stężeniem P we krwi (Tabela 4). U 19 pacjentów z MMC wystąpiło samoistne złamanie, najczęściej kości udowej. Nie

stwierdzono istotnej korelacji ( $R = -0,233$ ;  $p = 0,008$ ) pomiędzy stężeniem witaminy D3 we krwi a częstością złamań u pacjentów z MMC, a także innymi parametrami biochemicznymi metabolizmu kości, szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 5.

**Tabela 5. Korelacje złamań patologicznych u 55 dzieci z MMC w zależności w parametrów biochemicznych metabolizmu kości**

	<b>R</b>	<b>P</b>
Złamania vs PTH	0.135006	0.365580
Złamania vs ALP	0.048486	0.748979
Złamania vs Witamina D	-0.233570	0.086118
Złamania vs Ca we krwi	-0.063902	0.711187
Złamania vs Ca w moczu	0.025893	0.882622
Złamania vs P we krwi	-0.101448	0.600531
Złamania vs P w moczu	-0.080064	0.691384

MMC – przepuklina oponoworrdzeniowa, PTH – parathormon, ALP- fosfataza zasadowa, R- współczynnik korelacji Spearmana, wartość znamienna statystycznie \*  $p < 0,05$

Nie wykazano istotnych zależności pomiędzy złamaniami kości konicznych dolnych a parametrami biochemicznymi metabolizmu kości.

## Dyskusja

Niedobór witaminy D jest następstwem: zmniejszonego przyjmowania z pożywieniem, upośledzonej syntezy skórnej, zaburzonej hydroksylacji, nadmiernego katabolizmu. Może się ujawnić (mimo dostarczania witaminy D3 w dostatecznej ilości) na skutek zmniejszonej wrażliwości tkanek docelowych na  $1,25(\text{OH})_2\text{D}$  (np. defekt receptora). Prowadzi on do hipokalcemii, rozwoju wtórnej nadczynności przytarczyc i hipofosfatemii, zaburzeń dojrzwania i mineralizacji nowo powstającej tkanki kostnej w miejscach jej przebudowy, bądź gromadzenia się tkanki chrzęstnej w kościach dzieci rosnących [9, 10].

Niedobór witaminy D i wapnia jest czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych. Dane z 46 ostatnich badań z Europy, Ameryki Północnej, Azji Południowo-Wschodniej oraz Obszar Południowego Pacyfiku wyraźnie wskazują, że niedobór witaminy D ( $< 30 \text{ ng/ml}$ ) i wapnia, nieodpowiednie odżywianie są bardzo rozpowszechnione w populacji ogólnej (30-80%) u obu płci. Zakres niedoboru jest szczególnie wysoki w populacji w starszym wieku, a w niektórych rejonach geograficznych również u dzieci i młodych kobiet w wieku rozrodczym, w mniejszościach etnicznych i wśród imigrantów, a także u osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym [11].

Wskaźnikiem zaopatrzenia organizmu w witaminę D jest stężenie 25-hydroksywitaminy D w surowicy (25-OHD). Optymalny poziom u dzieci wynosi 20- 60  $\text{ng/ml}$  (50 -150 $\mu\text{mol/l}$ ) [4]. W badanej grupie dzieci z MMC stężenie witaminy 25OH (D3) wynosiło  $11,97 \pm 3.36 \text{ ng/ml}$  i było istotnie niższe w porównaniu do zalecanych norm, szczególnie w grupie młodszych pacjentów. Ponadto, stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy stężeniem witaminy D we krwi a stężeniem fosforu we krwi. Wyniki nasze są zgodne z doniesieniami innych autorów [12]. Przewlekły niedobór witaminy D prowadzi do zaburzenia procesu wchłaniania wapnia w jelicie cienkim, w rezultacie

czego stężenie wapnia we krwi spada. W odpowiedzi na nieprawidłowy poziom wapnia we krwi, przytarczyce zwiększają produkcję PTH, który kosztem wapnia zgromadzonego w kościach, uzupełnia jego niedobory w surowicy krwi. Proces ten przebiega poprzez aktywację osteoklastów, co skutkuje destrukcją tkanki kostnej [13]. Szybkość przemian w układzie kostnym może być oceniana za pomocą biochemicznych markerów obrotu kostnego, które odzwierciedlają aktywność wszystkich procesów przebudowy odbywających się w danym czasie w obrębie całego szkieletu. Są to białka, enzymy lub fragmenty cząsteczek syntetyzowane bądź degradowane w aktywnych metabolicznie komórkach kości: osteoblastach i osteoklastach [14]. Dane z literatury [15] wskazują na przydatność biochemicznych wskaźników obrotu kostnego w diagnostyce i monitorowaniu leczenia osteopenii, a także osteoporozy pierwotnej i wtórnej. Schorzenia te występują coraz częściej nie tylko u dorosłych, ale także u dzieci i młodzieży w przebiegu wielu chorób [16]. U chorych z MMC złamania występują w kończynach objętych niedowładem, wpływając na mobilność i niezależność pacjentów [17,18]. W naszych badaniach w grupie 55 dzieci z MMC, 35% osób miało złamania patologiczne kości kończyn, które najczęściej występowały w okolicy przynasady i trzonu kości udowej najczęściej bez objawów bólowych, jedynie z obrzękiem i miejscowym zaczerwienieniem. Podobne obserwacje poczynił Pfeil i wsp.[19], którzy stwierdzili, że takie złamania są bardziej powszechne niż w okolicy nasadowej kości udowej. Autorzy podkreślają, że należy zwrócić szczególną uwagę na diagnostycznie ważne symptomy, takie jak obrzęk, hipertermia miejscowa i wysoka temperatura. Ze względu na porażenie lub niedowład kończyn w przebiegu wady, ból nie ma żadnej wartości w rozpoznawaniu złamań i może to powodować problemy w diagnostyce różnicowej. Jak zaznacza Rusek i wsp. [20], u dzieci występują różnice w szczególności w przypadku złamań, ich następstw, sposobu leczenia, powikłań, a także samego przebiegu gojenia. Są one spowodowane odmienną budową anatomiczną, właściwościami biologiczno-mechanicznymi oraz fizjologicznymi układu kostno-stawowego u dzieci, bardziej zaznaczonymi im młodsze jest dziecko. Najważniejszą cechą jest obecność chrząstek wzrostowych, które bardzo często ulegają uszkodzeniu w złamaniach charakterystycznych tylko dla wieku dziecięcego. Urazy bezpośrednie, jak i pośrednie chrząstki wzrostowej mogą zaburzyć lub całkowicie zahamować wzrost kończyny na długość [21]. Parsch i wsp. [22] uczulają z kolei na fakt, że zwiększone ryzyko złamania wydaje się być wynikiem zmniejszonej aktywności mięśni w niedowładnej kończynie z powodu niedostatecznego obciążenia osiowego nóg. Duży odsetek złamań występuje po ortopedycznych interwencjach, a rzadziej po urologicznych lub neurochirurgicznych procedurach w związku z unieruchomieniem pacjenta. Wczesna pionizacja i krótkie unieruchomienie są najlepszymi mechanizmami obronnymi przed złamaniami. Podobne są nasze doświadczenia, gdyż grupa osób ze złamaniami to dzieci z lokomocją na wózku w skali V GMFCS (Gross Motor Function Classification System) lub IV (poruszające się przy pomocy sprzętu ortopedycznego).

Według aktualnie obowiązującej definicji osteoporoza wieku rozwojowego może być rozpoznana jedynie u tych dzieci, u których niska masa kostna wiąże się ze złamaniami. Dotychczas nie określono „progu” gęstości mineralnej kości, poniżej którego wzrasta ryzyko złamania u pacjentów pediatrycznych [23]. Podejrzenie osteoporozy budzić powinny złamania patologiczne, do których dochodzi pod wpływem niewielkich urazów lub nawet w trakcie wykonywania codziennych czynności. Na analizę mają wpływ takie parametry, jak: wiek, płeć, pochodzenie etniczne, wzrost i masa ciała, ilość tkanki tłuszczowej i mięśniowej, stopień dojrzałości płciowej, wiek kostny, rodzaj dobranej grupy kontrolnej oraz czynniki środowiskowe [24]. W analizo-

wanej grupie pacjentów stwierdzono ujemne korelacje pomiędzy stężeniem witaminy D we krwi a wiekiem (większe niedobory witaminy D u młodszych dzieci), masą ciała wyrażoną w kg i BMI. Jak wynika z amerykańskich badań, niedobór witaminy D to częsty problem dzieci otyłych z różnymi rodzajami rozmieszczenia tkanki tłuszczowej. Dzieci z najniższym wyjściowym poziomem witaminy D charakteryzują się większym przyrostem masy ciała oraz zwiększaniem tkanki tłuszczowej brzusznej. Niski poziom witaminy ma związek z podwyższonym wskaźnikiem masy ciała i ilością tkanki tłuszczowej oraz z niższym poziomem dobrego cholesterolu HDL [25]. Wysilek fizyczny odgrywa rolę w zmianach BMD przez wpływ na wydzielanie hormonów kalcitropowych i innych, w tym hormonu wzrostu o silnym działaniu anabolicznym, nasilających tworzenie kości [26].

Ausili i wsp. [27] wykazali, że wszyscy pacjenci z MMC mieli nadmiar tkanki tłuszczowej w procentowej masie ciała i byli niżsi od zdrowych dzieci. Pomiar gęstości mineralnej kości może pomóc w identyfikacji pacjentów największego ryzyka złamań samoistnych. Ponadto aktywność sportowa, związana z rozwojem masy mięśniowej jest ważnym czynnikiem w promowaniu wzrostu kości w celu zmniejszenia ryzyka otyłości i złamań patologicznych. Szalay i wsp. uczulają na fakt, że dzieci z rozszczepem kręgosłupa są zagrożone niską gęstością mineralną kości, która stanowi poważne ryzyko złamań niskoenergetycznych i podkreślają konieczność monitorowania badań densytometrycznych [28]. Apkon i wsp. wykazali znaczący związek pomiędzy niskimi wartościami BMD, zdolnością samodzielnego poruszania się i poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego osób. Nie stwierdzili natomiast zależności pomiędzy złamaniami i obniżoną BMD. Podobne obserwacje potwierdziliśmy w naszej pracy [29].

**Podsumowanie.** Obserwowane i dokumentowane w literaturze postępujące, niekorzystne zmiany w zakresie nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej pacjentów z MMC, prowadzą do wzrostu częstości występowania niedoborów witaminy D i otyłości. Zwiększone otłuszczenie i nadmierna masa ciała mogą mieć udział w patomechanizmie łamliwości kości. Istnieje potrzeba opracowania aktualnego schematu suplementacji witaminą D z uwzględnieniem niezbędnej dobowej podaży witaminy D na różnych etapach życia pacjentów z MMC. Do prawidłowego rozwoju i mineralizacji układu szkieletowego niezbędne jest przestrzeganie zasad aktywnego wypoczynku na świeżym powietrzu, systematyczna rehabilitacja, urozmaicona dieta zawierająca produkty bogate/wzbogacane w witaminę D i wapń. Kompleksowa opieka składająca się z leczenia farmakologicznego, rehabilitacji oraz zaopatrzenia ortopedycznego u niepełnosprawnych dzieci z MMC przyczynia się do zmniejszenia liczby złamań i dolegliwości bólowych, zwiększa gęstość mineralną kości, zapobiega trwałym zniekształceniom szkieletu, w tym przede wszystkim kręgosłupa i poprawia jakość życia chorych dzieci.

## Piśmiennictwo

1. Huh S.Y., Gordon C.M.: Vitamin D deficiency in children and adolescents: epidemiology, impact and treatment. *Rev. Endocr. Metab. Disord.*, 2008; 9: 161-170.
2. Pettifor J.M., Prentice A.: The role of vitamin D in paediatric bone health. *Best. Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2011, 25, 573-584.
3. Unuvar T., Buyukgebiz A.: Nutritional rickets and vitamin D deficiency in infants, children and adolescents. *Pediatr. Endocrinol. Rev.*, 2010, 7, 283-291.



4. Płudowski P., Karczmarewicz E., Czech-Kowalska J., Kraśkiewicz E., Skorupa E., Dobrzańska A., Gruszczyński D., Łukaszewicz J., Lorenc R.S.: Nowe spojrzenie na suplementację witaminą D. *Stand. Med.*, 2009, 1, 23-41.
5. Charzewska J., Chlebna-Sokół D., Chybicka A., Czech-Kowalska J., Dobrzańska A., Helwich E., Imiela J.R., Karczmarewicz E., Książek J.B., Lewiński A., Lorenc R.S., Łukas W., Łukaszewicz J., Marciniowska-Suchowierska E., Milanowski A., Milewicz A., Płudowski P., Bronicka E., Radowski S., Ryżko J., Socha J., Szczapa J., Weker H.: Aktualne (2009) polskie zalecenia dotyczące profilaktyki niedoboru witaminy D. *Med. Prakt. Pediatr.*, 2010, 14, 218-223.
6. Okurowska-Zawada B., Kułak W., Sienkiewicz D., Paszko-Patej G.: Analiza czynników epidemiologicznych występowania przepukliny oponoworodzeniowej wśród pacjentów Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej w Białymstoku. *Prob. Hig. Epidemiol.*, 2011, 92, 298-303.
7. Guille J.T., Sarwark J.F., Sherk H.H., Kumar S.J.: Congenital and developmental deformities of the spine in children with myelomeningocele. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.*, 2006, 14, 294.
8. Okurowska-Zawada B., Konstantynowicz J., Kułak W., Kaczmarski M., Piotrowska-Jastrzębska J., Sienkiewicz D., Paszko-Patej G.: Assessment of risk factors for osteoporosis and fractures in children with meningomyelocele. *Adv. Med. Sci.*, 2009, 54, 247-252.
9. Holick M.F.: Optimal vitamin D status for the prevention and treatment of osteoporosis. *Drugs. Aging.*, 2007, 24, 1017-1029.
10. Holick M.F.: High Prevalence of Vitamin D Inadequacy and Implications for Health. *Mayo Clin. Proc.*, 2006, 81, 353-373.
11. Peterlik M., Boonen S., Cross H.S., Lamberg-Allardt C.: Vitamin D and calcium insufficiency-related chronic diseases: an emerging world-wide public health problem. *Int. J. Environ. Res. Public Health.*, 2009, 6, 2585-2607.
12. Quan A., Adams R., Ekmark E., Baum M.: Bone mineral density in children with myelomeningocele. *Pediatrics*, 1998, 102, 34.
13. Dawson-Hughes B., Heaney R.P., Holick M.F., Lips P., Meunier P.J., Vieth R.: Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos. Int.*, 2005, 16, 713-716.
14. Kiryłów E., Kamiński G.: Miejsce biochemicznych markerów obrotu kostnego w zaleceniach diagnostyczno-licznicych osteoporozy. *Pol. Merk. Lek.*, 2008, 25, 148, 386-389.
15. Kraśkiewicz E., Roman S., Lorenc R.S.: Markery obrotu kostnego - monitorowanie leczenia, przewidywanie efektu terapeutycznego. *Standardy Medyczne*, 2007, 4, 3.
16. Saggese G., Baroncelli G.I., Bertelloni S.: Osteoporosis in children and adolescents: diagnosis, risk factors, and prevention. *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.*, 2001, 14, 833-859.
17. Akbar M., Bresch B., Raiss P., Fürstenberg C.H., Bruckner T., Seyler T., Carstens C., Abel R.: Fractures in myelomeningocele. *J. Orthop. Traumatol.*, 2010, 11, 175-182.
18. Szalay E.A., Cheema A.: Children with spina bifida are at risk for low bone density. *Clin. Orthop. Relat. Res.*, 2011, 469, 1253-1257.
19. Pfeil J., Fromm B., Carstens C., Cotta H.: Fractures and epiphyseal injuries in children with myelomeningocele. *Z. Orthop. Ihre. Grenzgeb.*, 1990, 128, 551-558.
20. Rusek., Pop T., Jarochołowicz S., Cieplińska E., Glista J.: Najczęstsze urazy kończyn górnych i dolnych u dzieci młodzieży. *Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków*, 2010, 4, 427-434.

21. Lipczyk Z., Niedzielski K., Kraska T.: Złamania szyjki kości udowej u dzieci. *Chir. Narządów. Ruchu. Ortop. Pol.*, 2007; 72: 19–24.
22. Parsch K.: Origin and treatment of fractures in spina bifida. *Eur. J. Pediatr. Surg.*, 1991, 1, 298-305.
23. Shaw N.J.: Osteoporosis in pediatrics. *Arch. Dis. Child. Educ. Pract. Ed.*, 2007, 92, 169–175.
24. Campos L.M.A., Liphaut B.L., Silva C.A., Pereira R.M.R.: Osteoporosis in children and adolescence. *J. Pediatr.*, (Rio J.) 2003, 79, 481–488.
25. Alemzadeh R., Kichler J., Babar G., Calhoun M.: Hypovitaminosis D in obese children and adolescents: relationship with adiposity, insulin sensitivity, ethnicity, and season, *Metabolis.*, 2008, 57, 183-191.
26. Suva L.J., Gaddy D., Perrien D.S., Thomas R.L., Findlay D.M.: Regulation of bone mass by mechanical loading: microarchitecture and genetics. *Curr. Osteoporos. Rep.*, 2005, 3, 46-51.
27. Ausili E., Focarelli B., Tabacco F., Fortunelli G., Caradonna P., Massimi L., Sigismondi M., Salvaggio E., Rendeli C.: Bone mineral density and body composition in a myelomeningocele children population: effects of walking ability and sport activity, *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 2008, 12, 349-354.
28. Szalay E.A., Cheema A.: Children with spina bifida are at risk for low bone density. *Clin. Orthop. Relat. Res.*, 2011, 469, 1253-1257.
29. Apkon S.D., Fenton L., Coll J.R.: Bone mineral density in children with myelomeningocele. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 2009, 51, 63-67.



**Klimaszewska Krystyna<sup>1</sup>, Kowalewska Beata, Rolka Hanna<sup>1,2</sup>, Kondzior Dorota<sup>1</sup>, Kowalczyk Krystyna<sup>1</sup>, Jankowiak Barbara<sup>1,2</sup>, Baranowska Anna<sup>1</sup>, Krajewska – Kulak Elżbieta<sup>1</sup>**

## **Stosowanie leków przeciwbólowych wśród studentów**

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

<sup>2</sup> Instytut Medyczny PWSiP w Łomży

### **Wstęp**

Problem bólu oraz stosowania leków przeciwbólowych jest bardzo żywym i niezmiennie aktualnym zagadnieniem.

Ból, czyli nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia, jest doświadczany przez wszystkich ludzi [1]. Jest jednym z najbardziej przykrych oraz nieprzyjemnych doznań zmysłowych, jakie może odczuwać człowiek zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Ból, wg definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (ISAP), to nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne odczucie towarzyszące uszkodzeniu tkanki, wynikające z zakażenia i reakcji zapalnej urazu lub procesu nowotworowego [2]. Najczęściej sygnalizuje proces uszkadzający tkanki powodując odruchy i działania obronne. Niekiedy jednak sam w sobie jest zjawiskiem chorobowym, zakłócając jakość życia i normalne funkcjonowanie chorego [3].

Ból jest doznaniem czuciowym, związanym z działaniem bodźca uszkadzającego, jak i spostrzeżeniem powstającym w oparciu o psychiczną interpretację zachodzących zjawisk, zmodyfikowanym przez wcześniejsze doświadczenia i psychosomatyczne uwarunkowania [4]. Uzasadnione z medycznego punktu widzenia jest odpowiednie postępowanie terapeutyczne mające na celu opanowanie bólu. Dolegliwości bólowe mogą jednak utrzymywać się dłużej niż wywołujące je choroby czy urazy i przybierać postać przewlekłą [5].

### **Rodzaje i przyczyny bólu**

Niezależnie od powyższych klasyfikacji możemy wyróżnić również bóle głowy, bóle kości stawów i mięśni, bóle krzyża, bóle menstruacyjne, bóle reumatyczne czy bóle zębów.

Bóle głowy nękają ludzkość o zarania cywilizacji i obecnie są jedną z najczęstszych dolegliwości człowieka [6]. Bóle głowy o różnym charakterze są grupą schorzeń cechującą się ogromnym rozpowszechnieniem. Z różną częstością i nasileniem występują one praktycznie u wszystkich ludzi. Częstość ich występowania tylko w nieznacznym stopniu znajduje jednak odzwierciedlenie w częstości wizyt cierpiących na nie pacjentów u lekarzy rodzinnych. Powodem tego jest fakt, że większość cierpiących na nie osób sięga samodzielnie po różne metody lecznicze, w tym po leki [7, 8]. Ból głowy zlokalizowany jest w jednej lub kilku następujących tkankach: w tkance pokrywającej mózg, w strukturach połączonych z podstawą mózgu, w mięśniach i

naczyniach znajdujących się na powierzchni czaszki, twarzy i szyi [8]. Jest najczęstszą przyczyną dolegliwości człowieka i może być spowodowany wieloma czynnikami. Powstanie bólu głowy jest związane z podrażnieniem tylko pewnych struktur w obrębie głowy, które są wrażliwe na ból. Wrażliwość ta dotyczy zarówno struktur wewnątrzczaszkowych, jak i zewnątrzczaszkowych [9, 10, 11]. Niejednokrotnie jest objawem określonej choroby lub zespołu objawowego i wtedy jest to wtórny ból głowy od innych chorób (objawowy ból głowy) lub może być odrębną chorobą (jednostką nozologiczną) i wtedy stanowi pierwotny (samoistny ból głowy) [10, 11].

## **Leczenie bólu**

Głównym celem leczenia chorych cierpiących z powodu bólu jest zredukowanie częstości ich występowania, intensywności, czasu trwania, poprawa reaktywności bólu na stosowane leczenie doraźne oraz poprawa jakości życia chorych. Lekarze dysponują w walce z bólem dość dużym arsenałem różnych metod leczenia, jednakże ich efektywność w bólu przewlekłym nie jest w pełni zadowalająca. Najczęściej zaleca się łączenie dwóch lub kilku metod leczenia. Są to zwykle farmakoterapia i fizykoterapia [12]. Farmakoterapia bólu, a w szczególności bólu przewlekłego, powinna być stosowana łącznie z metodami niefarmakologicznymi: odpowiednią dietą, edukacją, kinezyterapią i terapią poznawczo-behawioralną. Skojarzone podawanie dwóch lub więcej analgetyków o różnych mechanizmach działania oraz leków adjuwantowych jest powszechnie stosowana zarówno w uśmierzaniu bólu ostrego, jak i leczeniu bólu przewlekłego [13].

Rozpoczynając leczenie farmakologiczne, trzeba najpierw poznać mechanizm bólu i do tego dopasować mechanizm działania leku. Mechanizm działania grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych/przeciwbólowych polega głównie na hamowaniu prostaglandyn zapalnych [12]. Farmakoterapia jest najczęściej stosowaną w praktyce lekarskiej metodą zwalczania bólu. Lekarz ma do dyspozycji kilka grup leków: analgetyki, narkotyki, leki psychotropowe, steroidy, miorelaksanty i inne mniej znaczące preparaty [12].

Leczenie fizykalne jest metodą z wyboru w bólu przewlekłym recepturowego i nerwowego obwodowego pochodzenia. Są one bezpieczne, mają działanie przeciwbólowe, w szczególności metody elektrostymulacyjne. Blokady punktowe w miejsca bólu, akupresura, akupunktura, zabiegi manualne mogą w wielu przypadkach podnosić efekt przeciwbólowy. Leczenie fizykalne jest bardziej bezpieczne niż leczenie farmakologiczne [12].

## **Leki przeciwbólowe**

Lekami przeciwbólowymi nazywa się leki znoszące ból przez działanie hamujące na ośrodkowy układ nerwowy (OUN) [14]. Leki przeciwbólowe stanowią jedną z najczęściej wykorzystywanych grup farmakologicznych, są też niezmiernie często stosowane w samoleczeniu. Walka z bólem jest naczelnym zadaniem medycyny, dlatego też leki te z natury rzeczy stanowią jej podstawowe narzędzie i powinny być dostępne dla chorego. Leki przeciwbólowe i te spośród leków przeciwzapalnych, które są stosowane jako leki przeciwbólowe, są bezapelacyjnie jedną z najczęściej stosowanych grup leków. Niektóre z nich są dostępne w sprzedaży odřecznej co powoduje, że bywają stosunkowo często nadużywane, a rzetelna, fachowa porada farmaceuty ma znaczenie zasadnicze [15, 16].

Leki przeciwbólowe można podzielić na 2 podstawowe grupy:

1. Nienarkotyczne leki przeciwbólowe są to leki działające słabiej przeciwbólowo niż leki opioidowe; działają również przeciwzapalnie, przeciwbólowo i przeciwgorączkowo. Wskazaniem do ich stosowania są głównie bóle wychodzące z tkanek powłokowych i podporowych, związane z różnego pochodzenia stanem zapalnym, jak bóle mięśniowe, stawowe, bóle głowy, zębów itd.
2. Narkotyczne leki przeciwbólowe działają bardzo silnie przeciwbólowo i ogólnie depresyjnie na OUN. Należą do nich morfina, fentanyl, petidyna, pentazocyn, buprenorfina. Są one niebezpieczne zarówno przy stosowaniu jednorazowym, jak i przewlekłym. Znalazły głównie zastosowanie w zwalczaniu bólu w chorobie nowotworowej [14].

### **Zasady stosowania leków przeciwbólowych**

Terapia bólu należy do jednego z najważniejszych problemów współczesnej medycyny. W związku z osobniczą zmiennością wrażliwości na ból, działaniem leków przeciwbólowych, a także niebezpiecznymi działaniami niepożądanymi stosowanie tych leków wymaga przestrzegania pewnych podstawowych zasad:

1. Należy dokonać oceny bólu, stosując skalę numeryczną bądź skalę wizualno-analogową [17]. Skala oceny liczbowej numeryczna określa jak silny jest ból wskazując na odpowiednią cyfrę w skali od 0 do 10, przy czym 0 oznacza „wcale nie odczuwam bólu”, a 10 „najgorszy ból, jaki mogę sobie wyobrazić”.
2. Stosować tzw. trójstopniową drabinę analgetyczną wg WHO. Polega ona na stosowaniu leków przeciwbólowych w zależności od nasilenia bólu. Przy słabym bólu – słabe leki, przy silnym – mocne. Leki przeciwbólowe podzielone na tzw. grupy [17]. W pierwszym stopniu zaleca się niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) dla uśmierzania bólu łagodnego [2]. W drugim stopniu sugeruje stosowanie „słabych” opioidów łączonych z NLPZ dla łagodzenia bólu umiarkowanego. Stopień trzeci zawiera „silne” opioidy, w połączeniu lub bez NLPZ, w celu opanowania bólu silnego.
3. Przestrzegać pewnych zasad, takich jak: dawkowanie winno być dobrane indywidualnie, lek należy podawać w sposób ciągły, stosować najmniejsze, skuteczne dawki, najlepiej doustne, dążąc do utrzymania stałego stężenia leku we krwi.
4. Celem zwiększenia skuteczności terapeutycznej należy do leczenia włączyć tzw. leki adiuwantowe (wspomagające). Są to związki o różnej budowie chemicznej, które działają bezpośrednio bądź wzmagają działanie leków przeciwbólowych. Należą do nich, m.in. leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, przeciwarytmiczne, glukokortykosteroidy, bifosfoniany oraz antagoniści receptorów NMDA [18, 19, 20].

### **Cele pracy**

1. Poznanie częstości zażywania leków przeciwbólowych wśród studentów PWSiP
2. Ocena porównawcza studentów pielęgniarstwa i wychowania fizycznego w stosowaniu leków przeciwbólowych
3. Przedstawienie, jak często i jaki leki przeciwbólowe zażywają studenci PWSiP

## Material i metody

Do przeprowadzenia założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zrealizowanego za pomocą techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji złożony z pytań dotyczących występowania bólów oraz przyjmowania leków przeciwbólowych, rodzaju i częstości zażywania leków, sposobu pozyskiwania tabletek, ilości zażywanych leków oraz powodów, z jakich stosują środki przeciwbólowe najczęściej oraz pytania dotyczące podstawowych danych demograficznych.

Badania przeprowadzono wśród 100 studentów Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży. W ankiecie wzięło udział 50 studentów kierunku pielęgniarstwo oraz 50 studentów kierunku wychowanie fizyczne. Do badania włączone były osoby w wieku 18 lat i więcej.

## Wyniki

W badaniu wzięło udział 50 studentów Pielęgniarstwa i 50 studentów Wychowania Fizycznego. Do badania włączono studentów PWSIiP w Łomży. Wśród badanych na kierunku wychowanie fizyczne 50% stanowili mężczyźni, 50% kobiety, natomiast na kierunku pielęgniarstwo 93% stanowiły kobiety, a 7% mężczyźni.

Wśród studentów kierunku Pielęgniarstwo 48% ankietowanych twierdzi, że przy wyborze leku kieruje się składem leku, 13% sugeruje się ceną leku, 10% ankietowanych uważa, że przy wyborze leku bierze pod uwagę opinię farmaceuty, 13% opinię lekarza oraz 10% opinię znajomych. Natomiast 2% studentów wybrało, że kierują się reklamą i opakowaniem przy wyborze leku oraz inną przyczyną, wśród których wymienili własną opinię oraz skuteczność leku.

Wśród studentów wychowania fizycznego 25% respondentów przy wyborze leku kieruje się opinią lekarza oraz znajomych, 20% bierze pod uwagę cenę leku. Natomiast 13% kieruje się opinią farmaceuty. Jedynie 7% ankietowanych uważa, że przy zakupie leku kieruje się opakowaniem leku, 5% studentów bierze pod uwagę skład leku oraz reklamę (Ryc.1).

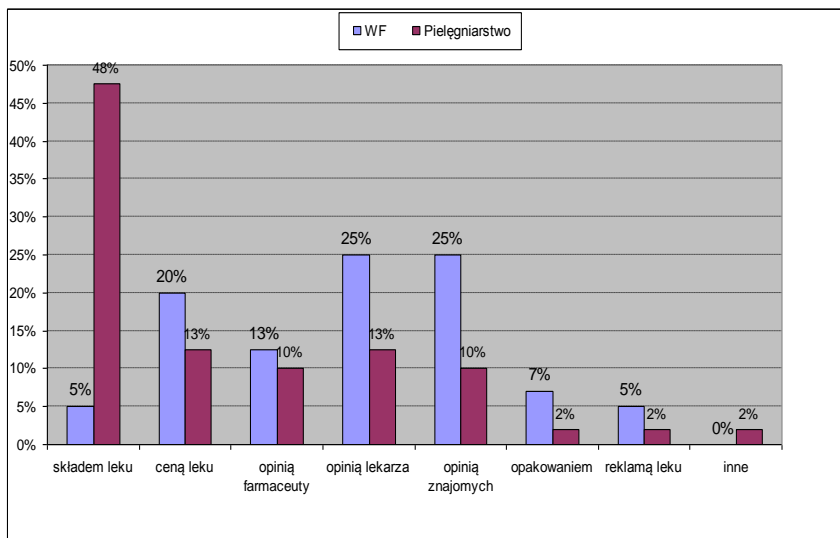
Jako miejsce, w którym najczęściej ankietowani kupowali leki przeciwbólowe dostępne bez recepty - 90% studentów pielęgniarstwa zaznaczyło aptekę. Wśród studentów wychowanie fizyczne - 87% studentów w leki dostępne bez recepty zaopatruje się również w aptecę, 10% ankietowanych twierdzi, że kupuje leki w sklepie (Ryc. 2).

Spośród osób zażywających środki przeciwbólowe - 45% studentów pielęgniarstwa zawsze zwraca uwagę na składniki zawarte w produkcie, natomiast wśród studentów wychowanie fizyczne 50% studentów raczej nie zwraca uwagi na składniki zawarte w produkcie (Ryc.3).

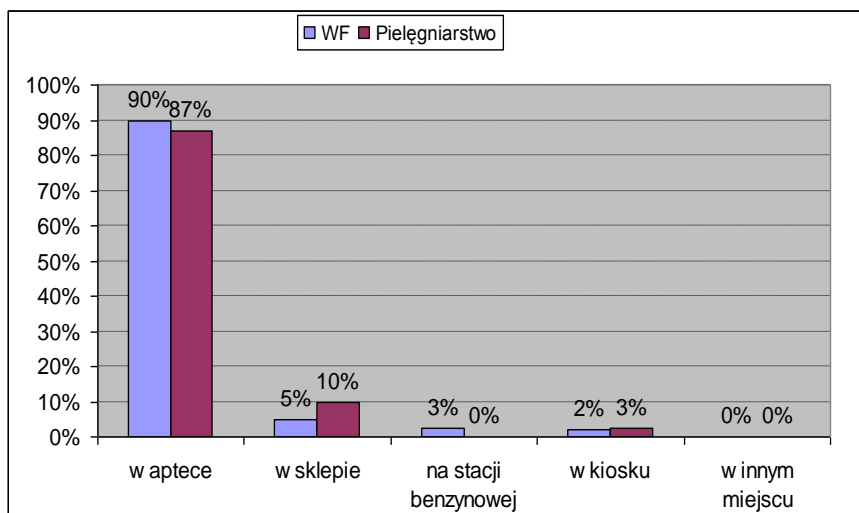
W grupie osób kierunku pielęgniarstwo - 55% ankietowanych zawsze zapoznaje się z działaniem niepożądanym leku przed ich zażyciem, 35% tylko czasami zapoznaje się działaniem niepożądanym, 10% nigdy nie zapoznaje się z działaniem niepożądanym leków.

Wśród studentów wychowanie fizyczne na pytanie „czy zapoznaje się Pan/Pani z działaniem niepożądanym leków przed ich zażyciem?” 40% studentów odpowiedziało tak, zawsze, 50% udzieliło odpowiedzi, że tylko czasami, natomiast 10% zaznaczyło odpowiedź nigdy (Ryc. 4).

## Stosowanie leków przeciwbólowych wśród studentów

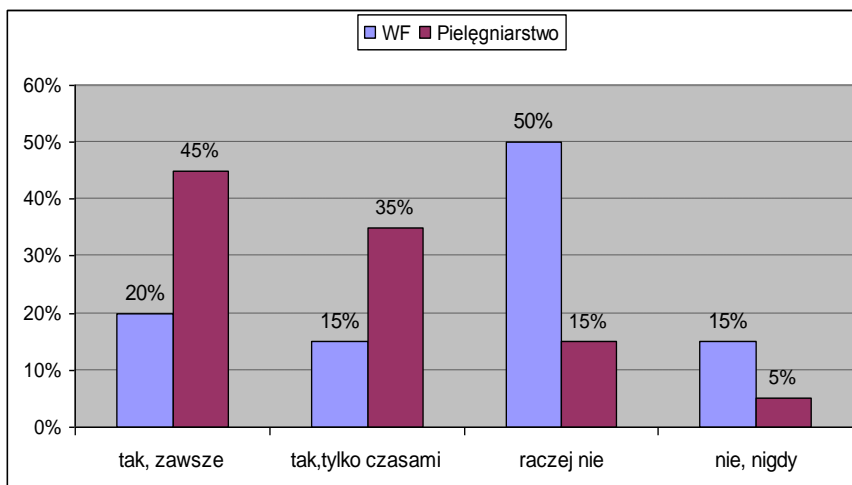


**Rycina 1.** Kryterium wyboru leków przez studentów PWSliP

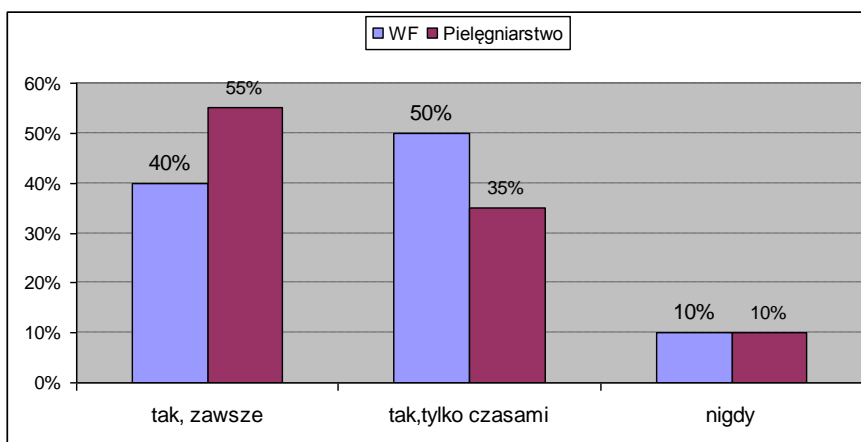


**Rycina 2.** Miejsce zakupu leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty





**Rycina 3.** Zwracanie uwagi przez studentów na składniki zawarte w produkcie



**Rycina 4.** Jak często zapoznają się studenci z działaniem niepożądanym leku przed ich zażyciem.

87% respondentów kierunku pielęgniarstwo potwierdziło, że korzysta ze środków przeciwbólowych, natomiast 13% odpowiedziało, że nie korzysta ze środków przeciwbólowych.

Wśród kierunku wychowanie fizyczne - 75% zadeklarowało, że korzysta z leków przeciwbólowych, jedynie 25% odpowiedziało, że nie korzystają ze środków przeciwbólowych. Jako powody niekorzystania ze środków przeciwbólowych studenci pielęgniarstwa najczęściej podawali, że nie mają takiej potrzeby lub ból nie jest taki silny, żeby brać leki przeciwbólowe. Wśród studentów wychowania fizycznego większość respondentów, jako powód niekorzystania ze środków przeciwbólowych podawała, że nie mają takiej potrzeby, nie chcą truć organizmu, woli naturalne metody zwalczania bólu, nigdy nie cierpi aż tak mocno, żeby brać leki przeciwbólowe, nie

miewa dolegliwości bólowych. Spośród osób zażywających środki przeciwbólne na kierunku pielęgniarstwo najwięcej, bo 35% zażywa leki rzadziej niż raz w miesiącu, 26% korzysta z leków 2-3 razy w miesiącu, 14% raz w miesiącu, a tylko 3% 1-2 razy dziennie.

Na kierunku wychowanie fizyczne 50% korzysta z środków przeciwbólowych rzadziej niż raz w miesiącu, 27% ankietowanych zażywa leki 2-3 razy w miesiącu, a tylko 3% zażywa leki 1-2 razy dziennie lub raz w tygodniu.

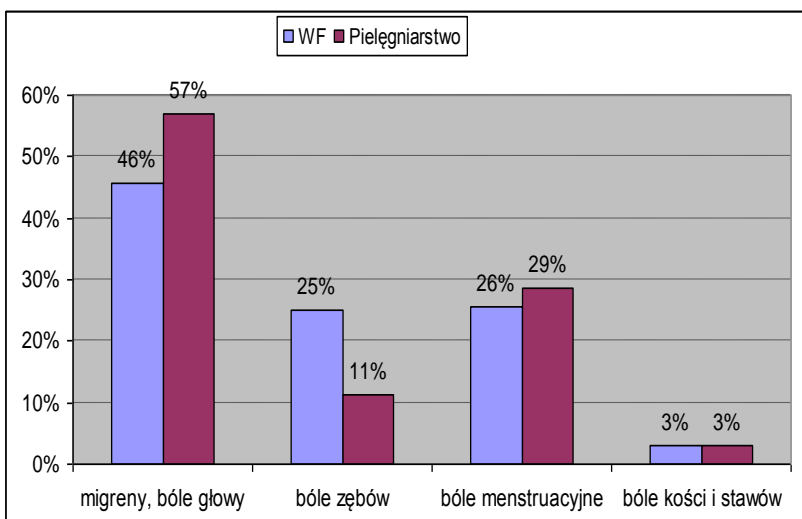
Jako najczęstszy powód zażywania środków przeciwbólowych studenci pielęgniarstwa wskazali w 57% migrenowe bóle głowy, aż 29% ankietowanych zażywa leki z powodu bólów menstruacyjnych, 11% sięga po leki z powodu bólu zęba, a u 3% powodem zażycia leku jest ból kości i stawów.

Wśród studentów wychowania fizycznego najczęstszym powodem zażywania leków przeciwbólowych są w 46% migrenowe bóle głowy, 25% studentów sięga po leki z powodu bólu zęba, 26% bólów menstruacyjnych, tylko 3% ankietowanych zażywa środki przeciwbólne z powodu bólu kości i stawów ( Ryc.5).

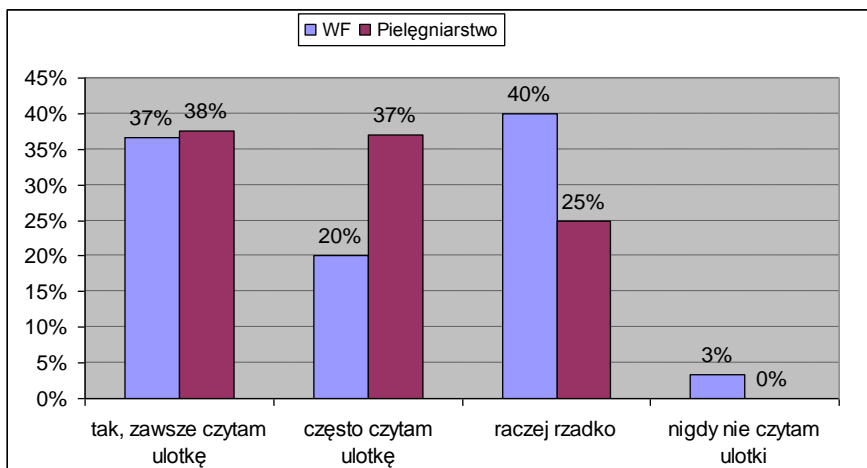
W badanej grupie osób na pytanie „czy przed zażyciem leków przeciwbólowych zapoznaje się Pan/Pani z ulotką dołączoną do opakowania?” 38% studentów kierunku pielęgniarstwo odpowiedziało, że tak zawsze czyta ulotkę, natomiast wśród studentów wychowanie fizyczne 40% zaznaczyło, że raczej rzadko czyta ulotkę, a 3% nigdy tego nie robi (Ryc. 6).

Spośród studentów kierunku pielęgniarstwo 75% zadeklarowało, że nie zażywa zbyt dużej ilości leków przeciwbólowych, 13% nie wie czy zażywa za dużo środków przeciwbólowych, 12% stwierdziło, że zażywa zbyt dużą ilość leków.

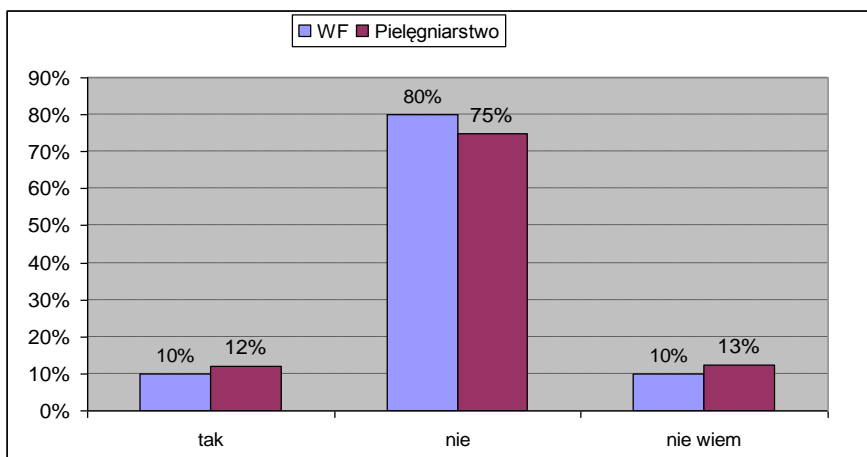
Wśród studentów wychowania fizycznego 80% odpowiedziało, że nie zażywa zbyt dużej ilości leków przeciwbólowych, 10% zaznaczyło, że zażywa zbyt dużo leków lub nie wie (Ryc. 7).



**Rycina 5.** Powody korzystania ze środków przeciwbólowych wśród studentów



**Rycina 6.** Częstość zapoznawania się z ulotką leku przed zażyciem leku



**Rycina 7.** Czy ankietowani zażywają dużą liczbę leków

## Dyskusja

Najczęściej kupowanymi preparatami dostępnymi bez recepty są leki przeciwbólowe. Żeby stłumić ból, a czasem na zapas, najczęściej sięga się po Ibuprofen, kwas acetylosalicylowy i Paracetamol. W zależności od intensywności i lokalizacji bólu wybiera się tabletki, kapsułki, maści, żele czy czopki. Polacy bez zastanowienia podejmują się samoleczenia bólu, tymczasem ta nieprzyjemna dolegliwość wymaga racjonalnego podejścia i odpowiedniej wiedzy.

Uzyskane w badaniu wyniki przemawiają za tym, że stosowanie leków przeciwbólowych wśród społeczeństwa jest bardzo powszechne. Zwraca uwagę szeroki zakres stosowania leków dostępnych bez recepty, które są łatwo dostępne w sprzedaży

nawet poza aptekami. Podobne obserwacje zauważono w 2006 roku, w badaniach Przemysława Kardas z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, gdzie jako najczęściej stosowane leki znajdowały się Paracetamol, Salicylany [7]. Natomiast w badaniach Ewy Nowakowskiej-Zajdel z Uniwersytetu Medycznego w Bytomiu z 2007 roku, najczęstszymi lekami zażywanymi przez respondentów był Apap, Ibuprom [21]. W badaniach o „stosowaniu środków przeciwbólowych bez recepty” w 2006 roku Agnieszka Mastealarz-Migas z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, ankietowani najczęściej zażywali Ibuprofen, Paracetamol, Pyralginę. Rodzaj zażywanego preparatu jest bardzo podobny we wszystkich badaniach [22].

Należy jednoznacznie stwierdzić, że zażywanie leków przeciwbólowych przez studentów nie jest zjawiskiem nowym. Niemniej pewne obawy może budzić fakt, że większość osób nie zdaje sobie sprawy z działań niepożądanych leków przeciwbólowych stosowanych bez recepty. Trzeba pamiętać o możliwościach wystąpienia odczynów uczuleniowych, zwłaszcza po niesteroidowych lekach przeciwbólowych, powikłaniach krwotocznych po kwasie acetylosalicylowym czy ograniczeniach w stosowaniu paracetamolu przy uszkodzeniu wątroby. Informacje te zawarte są w ulotkach leków, do zapoznania się z którymi zachęcają reklamy.

Jedynie 55% studentów pielęgniarstwa i 40% studentów wychowania fizycznego zapoznaje się z działaniem niepożądanym leku przed jego zażyciem. Takie same wyniki pokazały badania Ewy Nowakowskiej-Zajdel [21], gdzie niemal połowa badanych 46% nie zapoznawała się z treścią ulotki, a 57% ankietowanych nie znało działań niepożądanych zażywanych przez siebie leków. Podobne wyniki zaobserwowała w swoich wynikach Agnieszka Mastealarz-Migas, gdzie tylko 52% ankietowanych wiedziało, że leki przeciwbólowe mają działania uboczne, a aż 12% uważało je za bezpieczne [22].

Powszechne stosowanie przez chorych leków dostępnych bez recepty wymaga, zatem, uwagi ze strony personelu medycznego. Zadanie to jest o tyle ważne, że jak wykazują wyniki badań, 20% studentów kierunku wychowanie fizyczne czerpie informacje o lekach ze środków masowego przekazu. Jak się jednak wydaje, źródła te mogą dostarczać informacji nie tylko niepełnych, ale wręcz w wybranych przypadkach nieobiektywnych. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni informować pacjentów o potencjalnych zagrożeniach związanych z samoleczeniem dolegliwości bólowych. Biorąc pod uwagę tendencję do stosunkowo częstego samoleczenia i łatwą dostępność leków przeciwbólowych, lekarze rodzinni oraz współpracujący z nimi personel, w tym pielęgniarki, powinni zachęcać pacjentów do nieprzedłużania samoleczenia w razie jego nieskuteczności. Podobne wyniki zostały przedstawione w badaniach przeprowadzonych przez Przemysława Kardas, gdzie 34% ankietowanych kierowała się reklamą w mediach przy wyborze leku [7].

Pacjenci, których dręczy ból przyjmują często zbyt wysokie dawki leków przeciwbólowych. Łykanie dwóch czy trzech tabletek na raz jest bezcelowe, ponieważ dla tych substancji obserwuje się tzw. "efekt pułapowy". W przebadanej grupie osób większość studentów zażywa leki rzadziej niż raz w miesiącu, tylko 3% potwierdziło, że stosuje leki przeciwbólowe 1-2 razy dziennie, ale aż 11% studentów wychowania fizycznego stosuje je raz w tygodniu. Podobne wyniki zaobserwowała Ewa Nowakowska-Zajdel, gdzie 49% respondentów zażywało leki tylko raz w miesiącu, a aż 18% codziennie lub kilka razy w tygodniu [21].

Ból to bardzo nieprzyjemne odczucie, stąd powszechna opinia, że im lek silniejszy tym lepszy. Niekoniecznie. Przy doborze leku powinno kierować się ogólnym stanem zdrowia. Uzyskane w badaniu wyniki wykazują, że najczęstszym powodem

sięgania po leki przeciwbólowe dostępne bez recepty są bóle głowy. Na drugim miejscu ankietowali wskazywali bóle menstruacyjne. W pracy Nowakowskiej-Zajdel, najczęstszym powodem sięgania po środki przeciwbólowe również okazały się bóle głowy oraz bóle menstruacyjne. Jak pokazują wyniki obu badań to właśnie te dolegliwości najczęściej skłaniają pacjentów do zażywania środków przeciwbólowych dostępnych bez recepty [21].

Własne wyniki badań wykazują, że studenci w leki dostępne bez recepty najczęściej zaopatrują się w aptekach. Mimo tak dużej dostępności leków w innych miejscach, tylko 3% zaopatruje się w środki przeciwbólowe na stacji benzynowej lub w kiosku.

W niniejszym badaniu zwrócono uwagę na fakt, że studenci twierdzą, iż zażywają zbyt dużo leków przeciwbólowych. Według ankietowanych na obu kierunkach większa część studentów odpowiedziała, że nie zażywa zbyt dużej liczby leków. Co przemawia za faktem, że studenci mimo sięgania po leki w wielu przypadkach nie twierdzą, że nadużywają środków przeciwbólowych dostępnych bez recepty.

## **Wnioski**

1. Przy wyborze leku większość studentów pielęgniarstwa kieruje się składem leku, natomiast studenci kierunku wychowanie fizyczne przy wyborze leku słuchają rad lekarza, pielęgniarki lub rodziny.
2. Ankietowani, jako miejsce gdzie zaopatrują się najczęściej w leki dostępne bez recepty w większości wybrali aptekę.
3. Kierunek studiów ma wpływ na zapoznawanie się studentów z działaniem niepożądanym leku przed jego zażyciem oraz zwracanie uwagi na składniki zawarte w leku. Większa część studentów kierunku pielęgniarstwa potwierdziła, że zapoznaje się z działaniem niepożądanym leku przed jego zażyciem oraz zwraca uwagę na składniki zawarte w leku. Natomiast wśród studentów wychowania fizycznego większość tylko czasami zwraca uwagę na działanie niepożądane leku przed jego zażyciem i raczej nie zwraca uwagi, jakie składniki występujące w danym leku.
4. Zażywanie leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty występuje powszechnie wśród studentów PWSliP.
5. Ankietowani najczęściej sięgają po leki dostępne bez recepty z powodu bólów głowy, migreny.
6. Ankietowani obu kierunków stwierdzili, że nie zażywają zbyt dużej ilości leków przeciwbólowych.

## **Piśmiennictwo**

1. Paż A.: Leki przeciwbólowe dostępne bez recepty – czy zawsze są bezpieczne?. *Terapia i leki*, 2008, 1, 47-50.
2. Mordarski S.: Drabina analgetyczna WHO w świetle nowych badań. *Ból*, 2007, 8, 23-25.
3. Herman S.Z., Kmieciak-Kołada K.: *Farmakologia: podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice. 1998.
4. Muszyńska-Przekłasa A., Dobrogowski J., Wordliczek J.: Patofizjologia bólu ostrego. *Terapia*, 2006, 11, 6-10.
5. Krzyżak-Jankowicz M., Świątoniowska J., Kubler A.: Ból w praktyce lekarza rodzinnego. *Ból*, 2006, 7, 9-14.

6. Katarzyńska A., Domierz I.: Codzienny przewlekły ból głowy – historia, epidemiologia, klinika i przyszłość. *Neurol. Neuroch. Pol.*, 2009, 43, 155-161.
7. Kardas P., Rymanowski M.: Samoleczenie bólów głowy przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Med. Rodz.*, 2006, 1, 10-13.
8. Mrozińska M.: Ciśnieniowe bóle głowy – leki przeciwbólowe bez recepty. *Przew. Lek.*, 2004, 5, 81-85.
9. Olszewska A., Dilling-Ostrowska E.: Bóle głowy. Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 2008.
10. Kozubski W., Domierz I.: Diagnostyka różnicowa bólów głowy. *Fam. Med. Primary Care Rev.*, 2005, 7, 680-684.
11. Prusiński A.: Bóle głowy i twarzy. Choroby układu nerwowego. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2004, 467-480.
12. Domżał M.T.: Ból i zespoły bólowe wieku podeszłego. *Terapia*, 2006, 11, 27-33.
13. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Skojarzona farmakoterapia bólu. *Ból*, 2007, 7, 71-72.
14. Danysz A., Telejko E.: Jak doradzić pacjentom? - Poradnik dla aptekarzy. Wyd. Kwadryga, Warszawa, 2003.
15. Herman S.Z.: Leki wpływające na obwodowy układ nerwowy, przeciwzapalne i przeciwbólowe, psychotropowe. Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 2007.
16. Meszaros J.: Leki przeciwbólowe o działaniu przeciwzapalnym. *Przew. Lek.*, 2003, 6, 10, 93-94.
17. Danysz A.: Farmakologia i toksykologia. Wyd, Med. Urban and Partner, Wrocław, 2010.
18. Buczek W.: Kompendium farmakologii i toksykologii Mutschlera. Wyd, MedPharm Polska, Wrocław, 2008, 94-103.
19. Wielosz M.: Farmakologia kliniczna. Wyd, Czelej, Lublin, 2001.
20. Kotowski W., Herman Z.: Farmakologia – podstawy farmakoterapii. Wyd, Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; t. I, 224-243.
21. Nowakowska-Zajdel E., Kokot T., Podgwiźd M i wsp.: Stosowanie niesteroïdowych leków przeciwzapalnych wśród młodzieży miasta Zawiercie. *Ann. Acad. Med. Siles.*, 2007, 5, 372-375.
22. Mastalerz-Migas A., Polaczek A., Muszyńska A. i wsp.: Stosowanie środków przeciwbólowych bez recepty – analiza częstości zażywania i czynników wpływających na wybór leku przez pacjenta. *Fam. Med. Primary Care Rev.*, 2006, 8, 695-697.



**Kowalewska Beata<sup>1,2</sup>, Ocelewska Iwona Bożena<sup>2</sup>, Klimaszewska Krystyna<sup>1</sup>,  
Jankowiak Barbara<sup>1,2</sup>, Rolka Hanna<sup>1,2</sup>, Krajewska – Kulak Elżbieta<sup>1</sup>, Kondzior  
Dorota Joanna<sup>1</sup>, Ortman Elżbieta Beata<sup>2</sup>**

## **Zachowania żywieniowe dzieci z otyłością**

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

### **Wprowadzenie**

Żywność i sposób jej spożywania jest trwałym elementem w historii rozwoju ludzkości, stanowi ona swoisty środek umożliwiający człowiekowi przetrwanie i rozwój. W przebiegu rozwoju człowiek wytworzył różnorodne wzory zachowania dotyczące żywności i jej spożywania, poprzez ich stosowanie zaspokajał nie tylko głód, lecz wiele innych potrzeb. wielorakość pożywienia, jego ilość, sposób oraz miejsca spożywania zmieniały się wraz z przemianami środowiska fizycznego i społecznego, w którym egzystował człowiek. Szereg elementów tych środowisk w różnym stopniu w poszczególnych okresach rozwoju ludzkości przyczyniły się do trawestacji w sferze żywieniowej [1].

Przez zachowanie żywieniowe rozumiemy sposób postępowania zmierzający do zdobycia pożywienia. Proces ten uwarunkowany jest genetycznie poprzez produkcję różnych hormonów, neurotransmitterów, rozwój narządów zmysłów aż po wpływ czynników kulturowych [2].

Racjonalny sposób żywienia zaspokaja podstawowe potrzeby biologiczne, społeczne i psychiczne człowieka, umożliwiając mu utrzymanie zaprogramowanego genetycznie rozwoju psychicznego i fizycznego [3]. Prawidłowe żywienie dziecka jest niezbędne do utrzymania przez niego dobrego stanu zdrowia, polega na całkowitym pokryciu zapotrzebowania organizmu w energię oraz wszelkie składniki pokarmowe w odpowiednich ilościach i proporcjach [2, 4]. Kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych od najwcześniejszych lat życia pozwala dziecku prawidłowo się rozwijać i zachować zdrowie w przyszłości. Częste spożywanie posiłków wspólnie z rodziną ściśle wiąże się z umacnianiem zdrowych wzorców żywieniowych, pozytywnie wpływa na zachowania socjalne dzieci i młodzieży. Dzieci uczą się obserwując swoich rodziców, jest to najwłaściwsza forma kształtowania się przyszłych postaw u dziecka [4 ,5]. Dzieciństwo to okres w życiu człowieka, w którym formują się jego postawy determinujące aktualne i przyszłe zachowania dotyczące żywienia. Utrwalone wówczas przyzwyczajenia i nawyki decydują o jego późniejszym stylu życia [6].

Otyłość jest jednym z najbardziej powszechnych stanów chorobowych w rozwiniętych społeczeństwach. W ostatnich kilkudziesięciu latach obserwuje się stałe narastanie liczby otyłych osób w wieku dorosłym, ale problem ten dotyczy również dzieci i młodzieży [7-9]. Występująca wśród młodocianych nadwaga i otyłość stały się



epidemią zarówno Północnej Ameryki, jak i całego świata. Uważa się [10, 11], iż stanowi poważny problem zdrowotny krajów rozwiniętych gospodarczo. Badania epidemiologiczne wskazują, że otyłość predysponuje do szeregu powikłań mogących mieć wpływ na jakość i długość życia [12].

Nabywanie otyłości traktowane jest najczęściej jako skutek niewłaściwego odżywiania się, a zasadniczą rolę w patogenezie otyłości odgrywa nieprawidłowy styl życia, w którym zmniejszonej aktywności fizycznej towarzyszy nadmierna podaż energii zawartej w produktach bogatotłuszczowych i bogatowęglanowych, co w konsekwencji prowadzi do nadmiernego przyrostu tkanki tłuszczowej [13,14].

Otyłość, jest to patologiczne nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w organizmie, przekraczające jego fizjologiczne potrzeby oraz możliwości adaptacyjne. Dzieciństwo i dojrzewanie są okresem krytycznym w rozwoju otyłości, co ma swoje konsekwencje w wieku dorosłym [15-17].

Czynniki żywieniowe w 20- 40% wpływają na powstawanie otyłości wśród dzieci [18-20]. W związku z powyższym należy dokładnie poznać nawyki w zakresie żywienia otyłych dzieci, aby móc korygować błędy dietetyczne, które przyczyniają się do przybierania wagi oraz zapobiegać dalszemu tyciu [21].

Zasadniczą rolę w patogenezie otyłości ma nieprawidłowy styl życia, w którym zmniejszonej aktywności fizycznej towarzyszy nadmierna podaż energii w pożywieniu, czego skutkiem jest nagromadzenie tkanki tłuszczowej w ciele ponad przyjęte normy. O ilości zmagazynowanej w organizmie energii, a więc o ilości tkanki tłuszczowej, decyduje tzw. bilans energetyczny ustroju [13, 14].

Całkowity dobowy wydatek energetyczny dzieci otyłych jest większy niż u ich zdrowych rówieśników, co jest wynikiem ich większej masy ciała, spożycie składników dostarczających energii w przypadku tych dzieci także powinno być wyższe. Tounian [21] i Welle [22], na podstawie własnych badań obejmujących 50 dzieci z otyłością olbrzymią wykazali, że spożycie przez nich składników pokarmowych przekroczyło normy odpowiednie dla ich wieku i płci, co świadczy o wystąpieniu korelacji pomiędzy nadmiernym spożyciem składników dostarczających energii i dowodzi, że im większa nadwaga, tym większe spożycie.

U osób otyłych ze stałą masą ciała podwyższonemu całkowitemu wydatkowi energetycznemu towarzyszy zwykle spoczynkowy wydatek energetyczny podobny do wydatku osób o prawidłowej masie ciała, stąd rozwój otyłości przy dodatnim bilansie energetycznym wymaga dłuższego okresu czasu [23].

Niektóre dzieci mogą dobrowolnie ograniczać spożywanie składników dostarczających energii w zalecanych ilości dla ich wieku, jak również poniżej zalecanych ilości, a mimo to nie będą traciły na wadze. Ograniczenie podaży energii może powodować adaptacyjne zmniejszenie podstawowej przemiany materii, a przy jednoczesnej zmianie wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym, bilans energetyczny nie będzie ujemny, mimo ograniczenia spożycia pokarmów [21].

Rozkład posiłków otyłych dzieci w ciągu dnia dostosowany jest do ich zwiększonego zapotrzebowania energetycznego. Aby je pokryć większość dzieci podjada między posiłkami, stąd trudno jest określić ile energii zostaje dostarczone, gdyż dzieci podjadają automatycznie gdy poprzednie posiłki w pełni nie zaspokajają ich głodu. Zazwyczaj otyłe dzieci przyjmują z pożywieniem więcej energii, w drugiej połowie dnia, niż w pierwszej. Obserwuje się zależność, że ilość energii dostarczonej między posiłkami jest tym większa, im mniej dziecko spożyło na śniadanie i obiad. Dzieci w ten sposób rekompensują niedobór energii powstały w pierwszej połowie dnia. Z drugiej strony, w drugiej połowie dnia są mniej aktywne fizycznie, a wydajność

energetyczna posiłku staje się wyższa, co powoduje zmagazynowanie większej ilości energii [21].

Dieta otyłych dzieci jest bogatsza w tłuszcze, a uboższa w węglowodany, co sprzyja przyrostowi masy ciała [14,21]. Często jest także nadmierne spożywanie słodkich napojów gazowanych jako przyjemna i szybka metoda pokrycia zwiększonego zapotrzebowania energetycznego, jednakże sprzyjająca powstawaniu i utrzymywaniu się nadwagi [21].

## **Cel pracy**

Ocena zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży oraz określenie występujących nieprawidłowości w sposobie odżywiania dzieci prowadzących do powstawania otyłości.

## **Material i metody**

Badaniem przeprowadzonym w okresie od 4.10.2010 roku do 1.03.2011 roku w Poradni Metabolicznej oraz Oddziale Pediatricznym VI Reumatologiczno-Endokrynologicznym Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie, objęto rodziców 100 dzieci i młodzieży w wieku 5-18 lat, z otyłością prostą, pochodzących ze środowiska miejskiego i wiejskiego regionu warmińsko - mazurskiego.

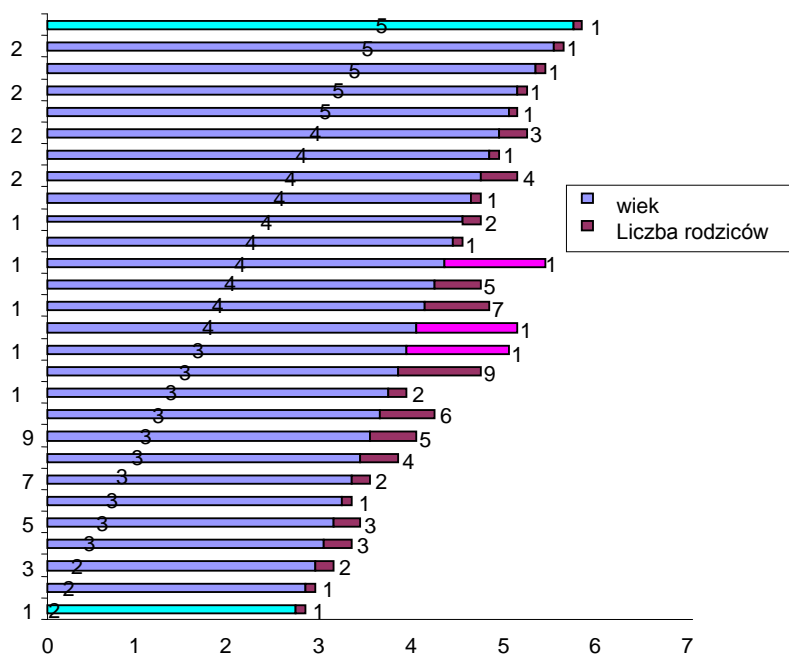
Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z użyciem anonimowego autorskiego kwestionariusza ankiety, skonstruowanego na potrzeby niniejszej pracy, składającego się z dwóch części - pierwszej zawierającej metryczkę składającą się z 7 pytań dotyczących: wieku i płci rodzica, wykształcenia, statusu zawodowego, miejsca zamieszkania, wieku i płci dziecka oraz drugiej - zawierającej 14 pytań dotyczących, m.in.: regularności spożywania posiłków, ilości posiłków, pory dnia kiedy dziecko zjada najczęściej, podjadania między posiłkami, formy spożywania drugiego śniadania, produktów najczęściej podjadanych przez dziecko, nagradzania dziecka słodyczami, częstotliwości korzystania z usług gastronomicznych typu McDonald's, Pizza, branie pod uwagę przy zakupie żywności jej kaloryczności, zawartości tłuszczu, białka, cukru, witamin oraz błonnika, priorytetów przy zakupie żywności, stosowanych ograniczeń dietetycznych.

Dane uzyskane z przeprowadzonych badań poddano analizie z zastosowaniem programu Microsoft Office Excel 2003. Analizy korelacji dokonano za pomocą programu statystycznego GRETL. Wyniki badań zestawiono w postaci średnich i wartości procentowych.

## **Wyniki i ich omówienie**

Badaniem objęto 100 rodziców dzieci z otyłością prostą. W poddanej badaniu grupie dominowały kobiety 96% (n=96), co mogło być wynikiem faktu, że zdecydowanie częściej matki zgłaszały się z dziećmi do poradni specjalistycznych, a także opiekowały się dzieckiem, które przebywało w oddziale szpitalnym. Wśród respondentów mężczyźni stanowili zaledwie 4% (n=4). Najwięcej rodziców było w wieku 39, 40 oraz 43 lat, ich średnia wieku jest równa 39,65 lat. Najmłodszy rodzic miał 27 lat, zaś najstarszy 57 lat (Ryc. 1).

## WIEK RODZICÓW

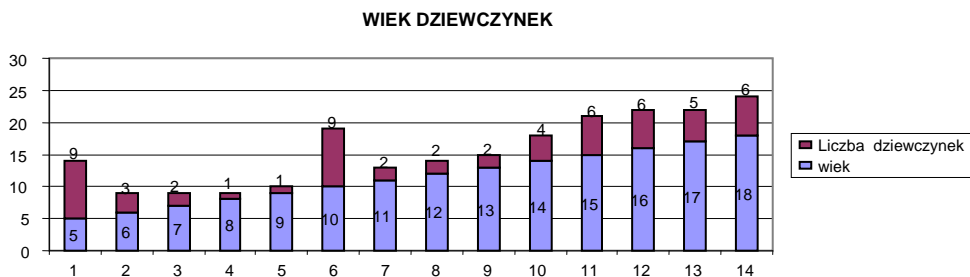


Rycina 1. Wiek rodziców

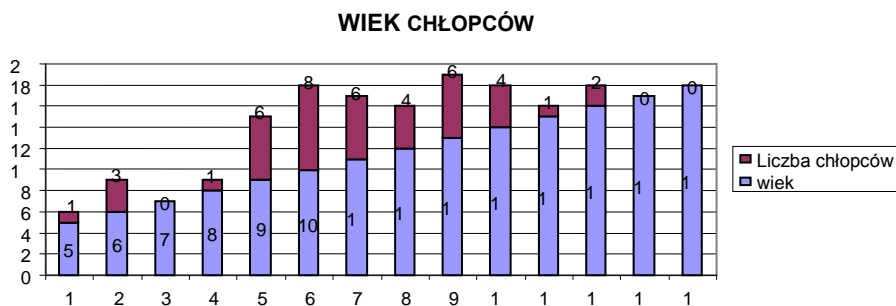
Znaczna część badanych rodziców posiadała wykształcenie średnie 43% (n=43) i wyższe – 26% (n=26). Najmniej wśród respondentów było rodziców z wykształceniem zawodowym – 19% (n=19) i podstawowym, a stanowili oni 12% (n=12) wszystkich badanych. Badani rodzice w zdecydowanej większości byli osobami pracującymi 75% (n=75). Osób bezrobotnych było 23% (n=23). Jedynie w przypadku dwojga dzieci, matki 2% (n=2) były na rencie.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 64% (n=64) respondentów mieszkało w mieście, a pozostali 36% (n=36) - na wsi.

Badaniem objęto rodziców dzieci w wieku od 5 do 18 lat (średnia wieku -11,51 lat). Dziewczynki stanowiły liczniejszą grupę - 58% (n=58), a chłopcy nieco mniejszą - 42% (n=42) część badanej populacji. Najwięcej było 5 i 10-letnich oraz 15- 18 letnich dziewcząt. Najliczniejszą grupą byli chłopcy w wieku lat 10- ciu, ale dużą także w wieku 9, 11 i 13-lat (Ryc.2 i 3).



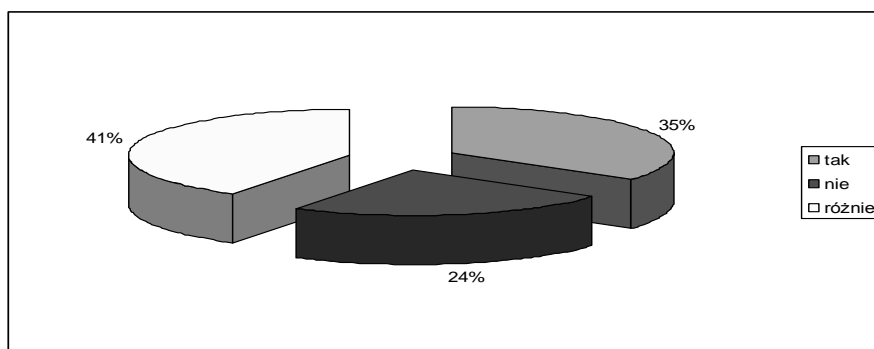
**Rycina 2. Wiek dziewczynek**



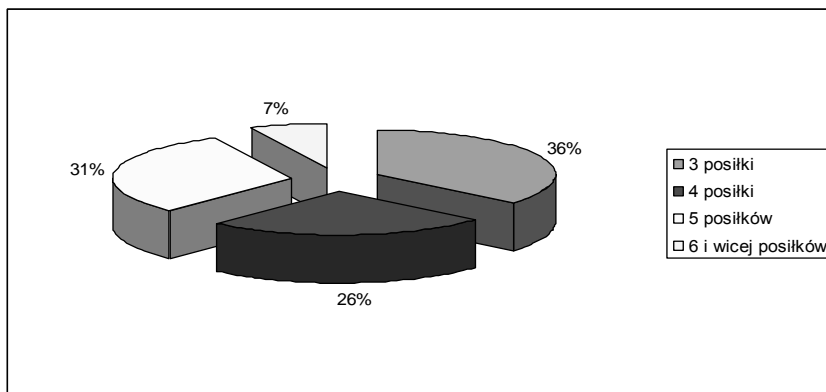
**Rycina 3. Wiek chłopców**

Prawidłowe odżywianie to nie tylko dostarczenie organizmowi wszystkich niezbędnych składników pokarmowych, ale także regularne ich spożywanie. Wśród badanej grupy nie wszyscy stosowali się do zasad zdrowego, racjonalnego odżywiania. Jedynie grupa 35% (n=35) dzieci odżywiała się regularnie (Rycina 4).

Według norm żywieniowych dzieci i młodzież w wieku szkolnym powinna spożywać pięć posiłków w ciągu dnia, tj.: śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek oraz kolację. Z uzyskanych badań wynika, że aż 36% (n=36) dzieci z całej przebadanej populacji zjadało trzy posiłki, natomiast pięć posiłków dziennie spożywało zaledwie 31% (n=31) spośród nich (Rycina 5).

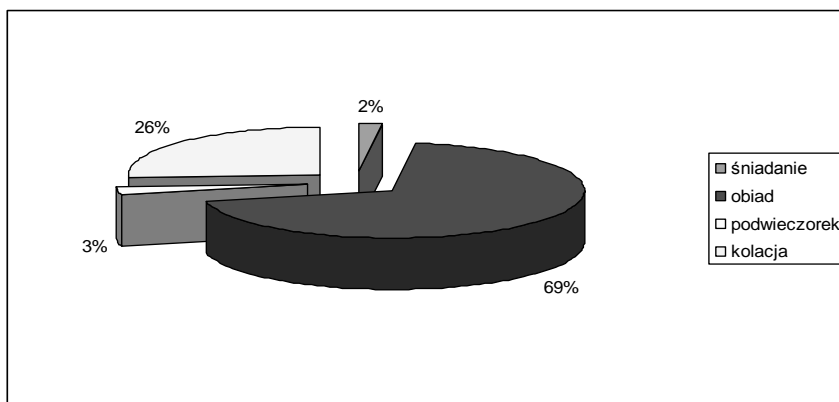


**Rycina 4. Regularność odżywiania dzieci**



**Rycina 5. Ilość posiłków spożywanych w ciągu dnia**

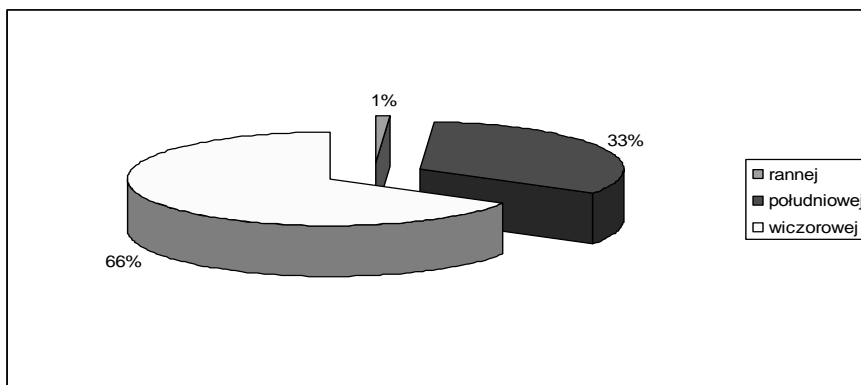
We właściwie zbilansowanej diecie istotnym jest stosowanie odpowiedniego podziału dziennej racji pokarmowej na poszczególne posiłki. Pierwsze śniadanie powinno stanowić 25% wartości energetycznej dziennej racji, II - ok. 10%, obiad ok. 30%, podwieczerek ok.10%, a kolacja 25%. Ponad połowa rodziców 69% (n=69) wskazała, że u ich dzieci obiad był najobfitszym posiłkiem w ciągu dnia, a u 26% (n=26) ankietowanych - kolacja (Ryc. 6).



**Rycina 6. Obfitość spożywanych posiłków**

Za najważniejszy posiłek w ciągu dnia uważane jest śniadanie. Dla dzieci i młodzieży, która jest w okresie wzrostu, spożywanie posiłku w porze rannej ma znaczenie, zwłaszcza że często przebywają w szkole nawet od 6 do 8 godzin. Obecnie znacznie wydłuża się czas spędzany przez dzieci i młodzież poza domem, co w pewnym sensie wymusza opuszczanie posiłków w ciągu dnia lub przenoszenie ich na późne godziny popołudniowe, czy też wieczorne. Jednakże organizm w tym czasie nie ma potrzeby wykorzystywania dostarczonej zbyt dużej dawki energii i zmienia ją w tkankę

tłuszczową. Tylko 1% (n=1) ankietowanych wskazał porę ranną jako tę, w której ich dzieci jedzą najczęściej. 33% (n=33) ankietowanych rodziców wskazała, iż najczęściej ich dzieci jadły w porze południowej, natomiast ponad połowa dzieci 66% (n=66) - wieczorem (Ryc. 7).



**Rycina 7. Pory dnia, w których dzieci jedzą najczęściej**

Drugie śniadanie jest nieodzownym elementem w prawidłowym żywieniu dzieci i młodzieży. Zdecydowana większość rodziców 51% (n=51) przygotowuje dzieciom drugie śniadanie w domu zważywszy, że rodzice znając zasady zdrowego odżywiania, mają kontrolę nad tym, co ich dzieci jedzą. W obecnym badaniu 9% (n=9) ankietowanych wskazała, że dzieci mają zapewniony posiłek w szkole lub w przedszkolu, najprawdopodobniej przygotowany według norm racjonalnego odżywiania. Natomiast 28% (n=28) rodziców dawało dzieciom pieniądze z przeznaczeniem na zakup drugiego śniadania, co może sugerować, iż w takim przypadku rodzice nie mieli kontroli nad tym, co ich dzieci jedzą i czy w ogóle przeznaczają pieniądze na posiłek. Niepokojące było także to, że 12% (n=12) dzieci w ogóle nie spożywało drugiego śniadania.

Analiza kolejnych zachowań żywieniowych dotyczyła spożywania produktów spożywczych zalecanych i przeciwwskazanych, z przyporządkowanymi tym produktom kategoriami. Dane obrazuje Tabela 1.

**Tabela 1. Częstość występowania w diecie badanych dzieci wybranych produktów spożywczych**

Częstość spożycia		Kilka razy dziennie	Raz dziennie	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Rzadziej niż raz w tygodniu
produkt						
pieczywo	jasne	62%	17%	14%	4%	3%
	ciemne	6%	13%	24%	11%	46%
Ryż kasza, makaron		0%	9%	43%	27%	21%
ziemniaki		4%	38%	46%	2%	0%

<b>owoce</b>		39%	28%	24%	5%	4%
<b>warzywa</b>		4%	31%	27%	9%	19%
<b>nabiał</b>		24%	49%	20%	5%	2%
<b>rośliny strączkowe</b>		0%	0%	6%	25%	69%
<b>ryby</b>		0%	1%	12%	31%	56%
<b>mięso</b>	<b>drobiowe</b>	1%	12%	64%	18%	5%
	<b>wieprzowe</b>	6%	13%	56%	16%	9%
	<b>wolowe</b>	0%	0%	7%	10%	83%
<b>wędliny</b>		51%	34%	15%	0%	0%
<b>frytki, chipsy, paluszki</b>		12%	14%	29%	19%	26%
<b>słodycze</b>		46%	27%	19%	6%	2%

Dzieci częściej spożywały pieczywo jasne, a aż 62% jadło je kilka razy dziennie, zaś 17% raz dziennie. W przypadku dzieci otyłych wskazane jest pieczywo ciemne, gdyż zapewnia ono uczucie sytości, reguluje pracę przewodu pokarmowego i zapobiega zaparciom. Największy odsetek rodziców- 46% twierdził, iż pieczywo ciemne dzieci spożywały rzadziej niż raz w tygodniu, 11% raz w tygodniu, natomiast 24% spożywało je kilka razy w tygodniu (Tab. 1.)

Ankietowanych rodziców zapytano, jaka jest częstość spożycia produktów zbożowych (ryż, kasza, makaron) przez ich dzieci, jednocześnie porównując je ze spożyciem ziemniaków. Zdecydowanie ziemniaki były produktem przewodnim. 38% (n=38) ankietowanych rodziców wskazała, że dzieci spożywały je codziennie, 46% (n=46) jadła ziemniaki kilka razy w tygodniu, a 4% (n=4) aż kilka razy w ciągu dnia. W przypadku produktów zbożowych, największy odsetek badanych rodziców 43% (n=43) wskazał, że dzieci jadły je kilka razy w tygodniu, a 21% (n=21) dzieci spożywało produkty zbożowe rzadziej niż raz w tygodniu (Tab. 1).

W prawidłowym żywieniu młodego organizmu znaczącą rolę odgrywają owoce i warzywa, które powinny wchodzić w skład codziennej diety, gdyż są źródłem cennych witamin i minerałów. Kilka razy dziennie spożywało owoce 39% (n=39) dzieci, raz dziennie 28% (n=28) i aż 24% (n=24) rodziców przyznało, że dzieci spożywały owoce tylko kilka razy w tygodniu. Warzywa były rzadziej spożywane przez dzieci niżeli owoce - 19% (n=19) spożywało je rzadziej niż raz w tygodniu, a 9% (n=9) tylko raz w tygodniu (Tab. 1).

Z oceny spożycia produktów mlecznych wynika, że 24% (n=24) dzieci spożywało je kilka razy dziennie, co jest zgodne z zasadą racjonalnego odżywiania. 20% (n=20) nabiał spożywało kilka razy w tygodniu (Tab. 1).

Nasiona roślin strączkowych są cennym źródłem białka, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, zawierają pożyteczny błonnik oraz węglowodany, które po ugotowaniu mają niski indeks glikemiczny. Nie należy ich jednak spożywać bez ograniczeń, można nimi zastąpić na przykład raz w tygodniu spożycie mięsa. Ponad połowa dzieci - 69% (n=69) spożywała nasiona roślin strączkowych rzadziej niż raz w tygodniu, a 25% (n=25) raz w tygodniu (Tab. 1).

Mięso jest nieodzownym elementem diety każdego dziecka. Zapytano ankietowanych rodziców o spożywanie mięsa przez dzieci, różnicując mięso drobiowe,

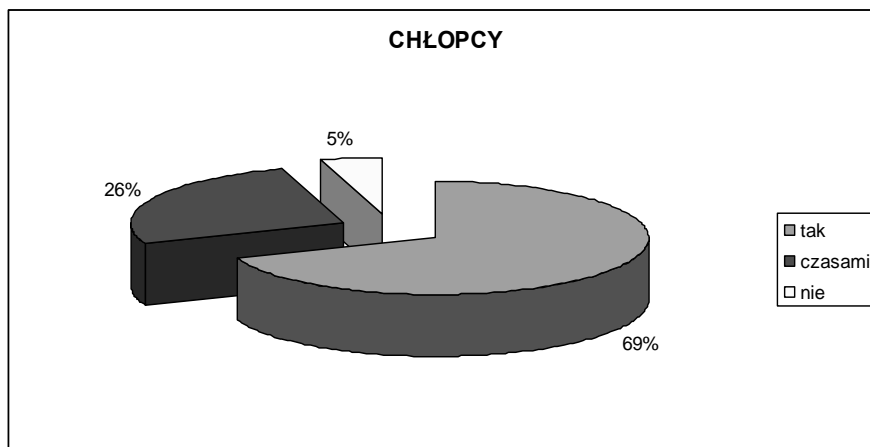
wieprzowe i wołowe. Z przeprowadzonej analizy wynika, że wśród dzieci preferowane było mięso drobiowe. Największy odsetek 64% (n=64) respondentów wskazał, że dzieci spożywały je kilka razy w tygodniu, a 18% (n=18) raz w tygodniu. Porównywalne było spożycie mięsa wieprzowego, jednak 6% (n=6) wskazało na spożycie mięsa wieprzowego kilka razy w ciągu dnia. Jeżeli chodzi o spożycie mięsa wołowego, to aż 83% (n=83) dzieci spożywało je rzadziej niż raz w tygodniu, a 7% (n=7) - kilka razy w tygodniu. Najprawdopodobniej tak rzadkie spożycie mięsa wołowego spowodowane mogło być jego zbyt wysoką ceną (Tab.1).

W przypadku spożycia wędlin, ponad połowa ankietyowanych rodziców 51% (n=51) wskazała, że dzieci spożywały je kilka razy dziennie, 34% (n=34) raz dziennie, nieliczni zaś 15% (n=15) kilka razy w tygodniu (Tab. 1).

Ryby w porównaniu z mięsem zawierają więcej składników mineralnych, są dobrym źródłem jodu i fluoru oraz źródłem pełnowartościowego białka. Polecane są zwłaszcza ryby morskie ze względu na wysoką zawartość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3. Ponad połowa dzieci - 56% (n=56) ryby spożywała rzadziej niż raz w tygodniu, 31% (n=31) raz w tygodniu i zaledwie 12% (n=12) - kilka razy w tygodniu (Tab. 1).

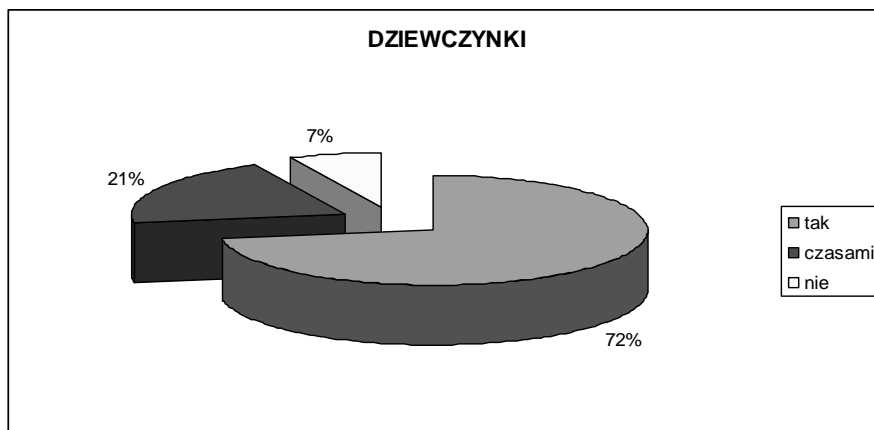
Produktami niesprzyjającymi zdrowiu w diecie dzieci i młodzieży otyłej są frytki, paluszki, chipsy oraz słodczyce, gdyż wpływają na znaczne obniżenie spożycia produktów niezbędnych dla zdrowia, zwiększają ryzyko pogłębiania istniejącej otyłości. Z uzyskanych badań wynika, że dzieci i młodzież spożywała ich zbyt duże ilości. Wśród badanych prawie połowa rodziców- 46% (n=46) wskazała, że dzieci spożywały kilkakrotnie w ciągu dnia słodczyce, natomiast 12% (n=12) - frytki, chipsy, czy też paluszki. Tylko nieliczni- 2% (n=2) podawali słodczyce, jako spożywane rzadziej niż raz w tygodniu, natomiast jedzenie frytek, chipsów, paluszków przez dzieci rzadziej niż raz w tygodniu zadeklarowało 26% (n=26) respondentów (Tab. 1).

Na pytanie, czy dzieci podjadają między posiłkami, zdecydowana większość rodziców zarówno chłopców 69% (n=69), jak i dziewcząt 71% (n=71) przyznała, że dzieci podjadały między posiłkami. Tylko nieliczni - 5% (n=5) rodziców chłopców i 7% (n=7) dziewcząt stwierdziło, że dzieci tego nie robiły (Ryc. 8 ,9).



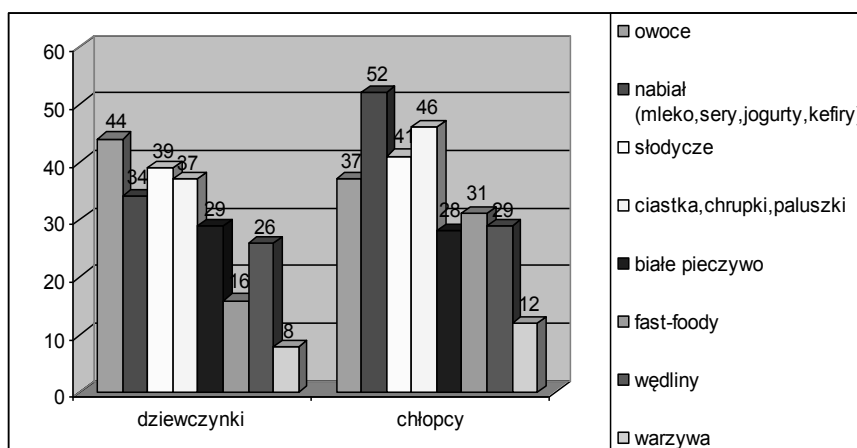
**Rycina 8. Podjadanie między posiłkami przez chłopców**





**Rycina 9. Podjadanie między posiłkami przez dziewczęta**

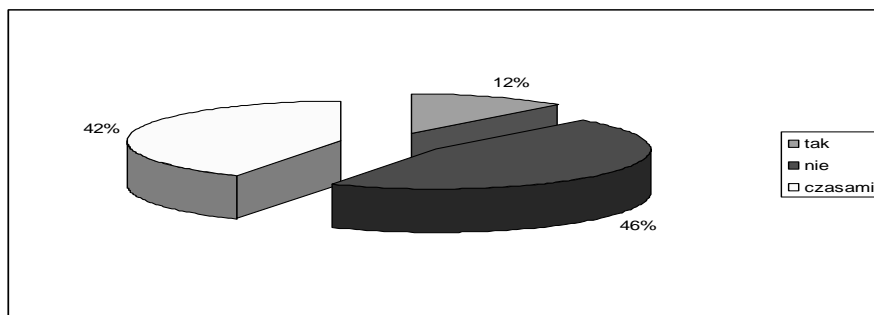
Ze względu na częstość podjadanych produktów, uwzględniając płeć dzieci, można zauważyć, że dziewczynki (n=44) najczęściej podjadały owoce, a następnie słodczyce (n=39). Najwięcej ankietowanych rodziców chłopców (n=52) podjadało najczęściej nabiał, następnie (n=46) ciastka, chrupki, paluszki, a duża grupa (n=31) - Fast-foody. Najrzadziej podjadany produktem były warzywa (n=8 rodziców dziewczynek, n=12 rodziców chłopców). Wyniki obrazuje Rycina 10.



Ankietowani mogli udzielać kilku odpowiedzi, zatem wartości nie sumują się do 100%.

**Rycina 10. Najczęściej podjadane produkty**

Ankietowanej grupie rodziców zadano pytanie, czy w nagrodę dają dzieciom słodczyce? Jak wynika z analizy prawie połowa ankietowanych 46% nie wynagradzała dzieci słodczymi. Niestety, dla 12% słodczyce były formą nagradzania dzieci (Ryc. 11).



Rycina 11. Słodczyce- formą nagradzania dzieci

Poddano analizie częstotliwość chodzenia rodziców z dziećmi do Fast-food typu MacDonald's, Pizzeria, uwzględniając status zawodowy rodziców. Z przeprowadzonych analiz wynika, że znacznie częściej do Fast-food z dziećmi chodzili rodzice pracujący. Aż 72% (n=18) ankietowanych rodziców bezrobotnych nie chodziła z dziećmi do Fast-food, natomiast rodziców pracujących nie chodzących z dziećmi do barów gastronomicznych było 25% (n=19). Szczegółowe dane przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Częstość chodzenia z dzieckiem do barów typu MacDonald's

	Odpowiedzi udzielone ogółem		W tym przez rodziców			
	N	%	Bezrobotnych		Pracujących	
			N	%	N	%
Częściej niż raz w tygodniu	4	4,0	0	0,0	4	5,0
Raz w tygodniu	7	7,0	0	0,0	7	9,0
Raz w miesiącu	16	16,0	2	8,0	14	19,0
Rzadziej niż raz w miesiącu	36	36,0	5	20,0	31	42,0
Nie chodzę	37	37,0	18	72,0	19	25,0

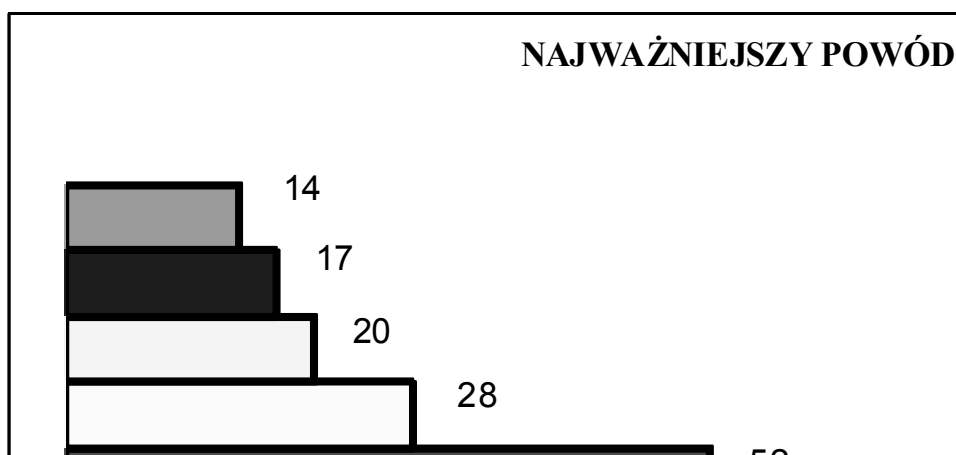
Ankietowanym zadano pytanie: czy przygotowując posiłki zwracają uwagę na ich kaloryczność, zawartość tłuszczu, białka, cukru, witamin oraz błonnika? Podczas analizy udzielonych odpowiedzi wzięto pod uwagę wykształcenie respondentów. Przeprowadzona analiza wykazała, że 38% (n=38) ankietowanych nie zwracała uwagi na wartości odżywcze produktów podczas przygotowywania posiłków. Biorąc pod uwagę wykształcenie ankietowanych można zauważyć, że rodzice z wykształceniem wyższym w większości (54%) zwracali uwagę na wartości odżywcze sporządzanych posiłków, 42% rodziców z wykształceniem średnim czasami brało pod uwagę wartości odżywcze posiłków. Natomiast ponad połowa 69% rodziców z wykształceniem zawodowym i 67% z wykształceniem podstawowym nie zwracała uwagi na to, jaka jest kaloryczność,

zawartość tłuszczu, ile jest białka, cukru, witamin oraz błonnika w przyrządzanych posiłkach (Tab. 3).

**Tabela 3. Zwracanie uwagi na wartości odżywcze a wykształcenie rodziców**

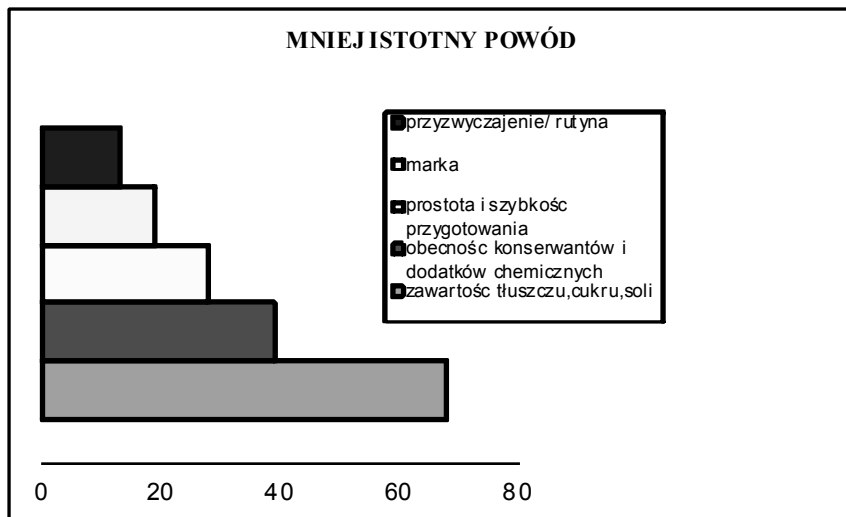
	Odpowiedzi udzielone ogółem		W tym przez rodziców z wykształceniem							
			Wyższym		Średnim		Zawodowym		Podstawowym	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Tak</b>	29	29,0	14	<b>54,0</b>	13	30,0	1	5,0	1	8,0
<b>Nie</b>	38	<b>38,0</b>	5	19,0	12	28,0	13	<b>69,0</b>	8	<b>67,0</b>
<b>Czasami</b>	33	33,0	7	27,0	18	<b>42,0</b>	5	26,0	3	25,0

Rodziców poproszono o wskazanie pobudek, jakimi kierują się przy doborze produktów żywnościowych. Najważniejszym powodem (n=76 ankietowanych) była cena produktu. W przypadku 52 osób ważna była świeżość produktów spożywczych, a 28 osób wskazało walory smakowe. Natomiast dla ponad połowy respondentów (n=68) powodem najmniej istotnym przy zakupie produktów spożywczych była zawartość w nich tłuszczu, cukru i soli. Zważywszy na fakt, że ankieta badała zachowania żywieniowe dzieci otyłych powód ten powinien być priorytetowy. Dla 39 ankietowanych osób obecność konserwantów i dodatków chemicznych w pożywieniu było również mało istotne. Szczegółowe wartości pokazuje Rycina 12, 13.



\*Ankietowani mogli udzielać kilku odpowiedzi, zatem wartości nie sumują się do 100%.

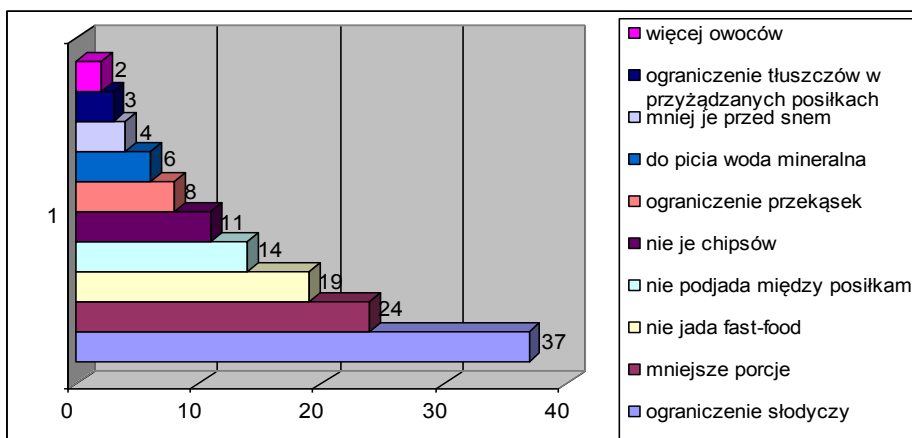
**Rycina 12. Najważniejsze powody przy zakupie żywności**



Ankietowani mogli udzielać kilku odpowiedzi, zatem wartości nie sumują się do 100%.

**Rycina 13. Powody mniej istotne przy zakupie żywności**

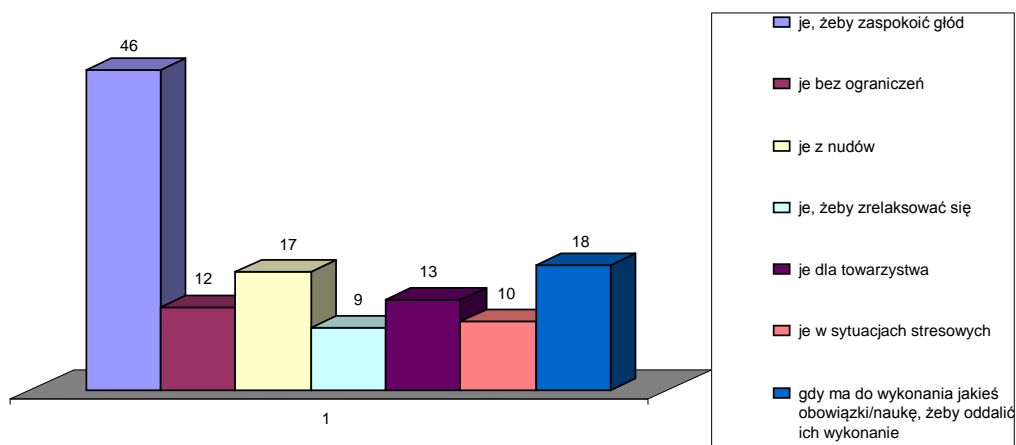
Analizując zachowania żywieniowe dzieci otyłych zapytano rodziców, czy stosują u swoich dzieci ograniczenia dietetyczne, a jeśli tak, to w jaki sposób? Wśród ankietowanych, aż 43% (n=43) nie stosowało ograniczeń dietetycznych, czasami stosowało je 23% (n=23), a zawsze - 34% (n=34). Za najczęstszy sposób ograniczeń dietetycznych rodzice wymienili: ograniczanie słodyczy (37%), dawanie dzieciom mniejszych porcji (24%), niepozwalanie by dzieci jadły Fast-food (19%). Wyniki obrazuje Ryc. 14.



Ankietowani mogli udzielać kilku odpowiedzi, zatem wartości nie sumują się do 100%.

**Rycina 14. Sposoby ograniczeń dietetycznych**

Ostatnie pytanie miało ukazać stosunek dziecka w kwestii odżywiania się. Wyszczególniono kilka stwierdzeń, rodzice zaznaczali kilka z nich ze wskazaniem na najbardziej trafne określenie. Najczęściej powtarzającym się określeniem wskazywanym przez ankietowanych było określenie, że ich dzieci jedzą w celu zaspokajania głodu (46%). Kolejnym wskazanym przez rodziców powodem (18%) było jedzenie w sytuacji, gdy dziecko ma do wykonania jakieś obowiązki/naukę, w celu oddalenia ich wykonania, a w 17% przypadkach powodem była nuda (Ryc. 15).



Ankietowani mogli udzielać kilku odpowiedzi, zatem wartości nie sumują się do 100%.

**Rycina 15. Stwierdzenia odzwierciedlające stosunek dzieci do odżywiania**

## Dyskusja

W ostatnim dwudziestoleciu obserwuje się głównie wśród dzieci i młodzieży krajów wysoko rozwiniętych wzrost zachowań sprzecznych z zachowaniami prozdrowotnymi. Do grupy niewłaściwych zachowań, oprócz alkoholizmu, narkomanii, obniżonej aktywności fizycznej są nieprawidłowe zachowania żywieniowe będące przyczyną występowania nadwagi i otyłości wśród społeczeństwa, co staje się poważnym problemem zdrowia publicznego. Wiele wskazuje na to, że otyłość u dzieci i młodzieży jest główną przyczyną późniejszego jej występowania w wieku dorosłym [14, 24]. Problem ten potwierdzony został między innymi w badaniach Marcysiak M. i wsp. [25], Babicz-Zielińskiej E. i wsp. [26], Szczerbińskiego R. i Karczewskiego [27].

Dzieci i młodzież powinna odżywiać się regularnie, a odstępy między posiłkami powinny być stałe, nie większe niż 3-4 godziny, gdyż odpowiednio zbilansowana dieta pozwala utrzymać stałe stężenie glukozy we krwi, sprawność psychofizyczną i dodatkowo zapobiega powstawaniu otyłości [24]. Regularność spożywania posiłków często okazuje się trudna w realizacji, co wynika z niesystematycznych godzin zajęć szkolnych oraz przeciążenia czasowego programów lekcyjnych i zajęć pozaszkolnych, a jeżeli czas pracy rodziców nie pozwala na zapewnienie w domu regularnych posiłków, to realizacja właściwego sposobu żywienia staje się trudna [4].

W badaniach własnych wykazano, że ankietowani tylko w 35% odżywiali się regularnie, 24% wskazało na nieregularne odżywianie, a prawie połowa 41% odżywiała się różnie, co również można traktować jako odżywianie nieregularne.

Boniecka i wsp.[24], poddając ocenie zachowania żywieniowe wybranej grupy dzieci i młodzieży zamieszkałej w Warszawie w aspekcie ryzyka rozwoju otyłości, wysunęły wnioski, że prawie połowa badanych dzieci odżywiała się nieregularnie, nie jedząc żadnego posiłku w trakcie trwających 6- 8 godzin zajęć szkolnych.

Według norm żywieniowych dzieci i młodzież w wieku szkolnym powinna spożywać pięć posiłków w ciągu dnia, a dzienna racja pokarmowa w postaci produktów spożywczych winna być odpowiednio podzielona: śniadanie 25%, II śniadanie 10%, obiad 35%, podwieczorek 10% oraz kolacja 20% [4].

Z uzyskanych badań własnych wynika, że najwięcej, bo aż 36% dzieci z całej przebadanej populacji jadła trzy posiłki dziennie. Istotnym jest, że wydłużające się przerwy pomiędzy dostawami pokarmu i brak dyscypliny w żywieniu mogły zaburzyć prawidłową regulację łaknienia, wpływając na spadek przemiany materii, co w konsekwencji sprzyjało odkładaniu się tkanki tłuszczowej [4]. Zaledwie 31% dzieci z badań własnych spożywało pięć posiłków dziennie, a 26% spożywało cztery posiłki. Wśród badanych znalazł się też niewielki odsetek (7%) dzieci, które spożywały sześć i więcej posiłków.

Podobne rezultaty uzyskali Stankiewicz i wsp. [28] w badaniach ilości spożywanych posiłków przez dzieci, gdzie około 38% dzieci i młodzieży zjadało trzy posiłki, a 55% ankietowanych zjadało więcej niż trzy posiłki dziennie.

Sawaryn i Kocjan [29] przeprowadziły badania zachowań żywieniowych u dzieci w wieku gimnazjalnym z otyłością prostą w Rzeszowie i w Baszno Dolnej, w porównaniu z badaniami własnymi stwierdziły niewielkie różnice. Zarówno w mieście, jak i na wsi dzieci spożywały najczęściej trzy posiłki w ciągu dnia (Rzeszów- 35,6%; Basznia Dolna- 38,6%) lub cztery (Rzeszów- 41,8%; Basznia Dolna- 33,7%) [29].

Plaszewska- Żywko i Jagła [30], oceniając czynniki ryzyka otyłości u 12- 13-latków, uzyskała od połowy ankietowanych dzieci odpowiedź, że spożywają trzy lub mniej posiłków w ciągu dnia.

Z dokonanej analizy Stankiewicz i wsp. [28] wynika, że spożywanie mniejszej liczby posiłków może prowadzić do powstawania nadmiaru masy ciała u dzieci i młodzieży, co łączy się z przyjmowaniem jednorazowo większej ilości kalorii.

Śniadanie uważane jest za najważniejszy posiłek w ciągu dnia, ma korzystny wpływ na łaknienie, insulinooporność oraz metabolizm energetyczny [4]. Pierwsze śniadanie po wielogodzinnej przerwie nocnej dostarcza energii i składników odżywczych, które umożliwiają podjęcie codziennej aktywności [28].

W obecnym badaniu nie analizowano dokładnie czynnika spożywania przez respondentów śniadania, jednak sprawdzano, który z posiłków jest najobfitszy oraz w której porze dnia dzieci jedzą najwięcej. Ponad połowa (69%) rodziców stwierdziła, że w przypadku ich dzieci obiad był ich najobfitszym posiłkiem w ciągu dnia, u 26% ankietowanych kolacja, zaś śniadanie wskazało tylko 2% ankietowanych. Można przypuszczać, że tak ważne śniadanie, które zapewnia dopływ substancji odżywczych do organizmu w czasie, gdy dzieci najintensywniej pracują często jest pomijane. Jest to bardzo niepokojące zjawisko, tym bardziej, iż dla dzieci i młodzieży, która jest w okresie wzrostu jedzenie pełnowartościowego śniadania ma znaczenie, zwłaszcza że często przebywają w szkole nawet od 6- 8 godzin [31].

Nicklas i wsp. [32] zauważyli w swoich badaniach, iż regularne spożywanie śniadań sprzyja utrzymaniu prawidłowej masy ciała poprzez ograniczanie konsumpcji wysokokalorycznych, bogatych w tłuszcze przekąsek.

W badaniach własnych zwraca uwagę fakt, iż ponad połowa ankietowanych (66%) najczęściej spożywała wieczorem, przy czym u 26% ankietowanych kolacja była najobfitszym posiłkiem w ciągu dnia. Najprawdopodobniej spowodowane było to znacznie wydłużonym czasem spędzonym przez dzieci oraz młodzież poza domem, co w pewnym sensie wymusza opuszczanie posiłków w ciągu dnia lub przenoszenie ich na godziny popołudniowe lub wieczorowe. W dostępnej literaturze nie znaleziono badań odnoszących się do tego tematu.

Do często wymienianych nieprawidłowości żywieniowych należy jedzenie żywności tzw. „przekąskowej” (chrupki, chipsy, orzeszki, słodycze, ciastka, produkty typu Fast-food itp.) [4]. Zaburzają one prawidłową regulację łaknienia, co przyczynia się do odkładania tłuszczu [33]. Stwierdzono, że wydłużanie przerw między posiłkami, przy zachowaniu tej samej ich wartości energetycznej również sprzyja odkładaniu się tkanki tłuszczowej, natomiast pomijanie śniadań powoduje w późniejszych godzinach rannych spadek poziomu wartości glikemii, co prowadzi do podjadania w ciągu dnia przekąsek o dużej wartości energetycznej i picia słodkich napoi, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju otyłości. Według wcześniejszych badań [34], powyższe zjawisko jest najczęściej występującą nieprawidłowością w zachowaniach żywieniowych dzieci i młodzieży otyłej.

Ponad połowa ankietowanych obecnie rodziców dzieci przyznała, że 72% dziewcząt i nieco mniej (69%) chłopców, podjadało między posiłkami. Czyniło to tylko czasami 21% dziewcząt i 26% chłopców, a jedynie 7% dziewcząt i 5% chłopców nie podjadało między posiłkami. Za najczęściej używane w tym celu produkty, w 44 przypadkach dziewczęta rodzice wskazali owoce, następnie słodycze (39 osoby). Jeżeli chodzi o chłopców to najczęściej, bo 38 rodziców, podało nabiał (jogurty, serki), następnie - ciastka, chrupki, paluszki (34 przypadki) i Fast-foody (31 przypadków). Za najrzadziej podjadane produkty uznano warzywa: 8 dziewczynek i 12 chłopców.

W pracy Płaszewskiej- Żywko i Jagły [30], ponad 45% ankietowanych przyznało, iż „przegryza” produkty typu paluszki słone, chipsy, pop-corn.

W opracowaniu Bonieckiej i wsp. [24], aż 79% dzieci codziennie coś podjadało. Autorzy sugerują, iż może to wynikać z faktu długiej nieobecności rodziców w domu, a tym samym braku kontroli nad spożywanymi przez dzieci produktami spożywczymi [24].

Podobne wyniki uzyskali Sikora i wsp.[35] stwierdzając, że 85% z poddanych przez nich badaniu ankietowanych podjadło między posiłkami, spożywając podobne produkty, głównie owoce, kanapki i chipsy.

Niektórzy autorzy prac [24, 36] zaznaczali, że to głównie chłopcy podjadali między posiłkami, czego w badaniach własnych nie potwierdzono.

Obłocińska i wsp. [34] stwierdzili, iż najczęściej pojadanie dotyczyło dzieci nie spożywających śniadań przed wyjściem do szkoły. Do powyższego przyznało się 87% młodzieży otyłej, jest to nieco większy odsetek, niżeli w pracy własnej. Produktami najczęściej pojadany były owoce, jogurty, warzywa, słodycze, chipsy oraz kanapki [36].

Zupełnie odmienne wyniki uzyskali Kołodziej i wsp.[38] badając grupę 100 otyłych dzieci, u których wszystkie badane dzieci, poza czworgiem, deklarowały, iż nie podjadają między posiłkami głównymi.

Niepokojące wydają się wyniki częstotliwości spożycia różnych produktów, szczególnie tych niezbędnych dla zdrowia, które odznaczają się wysoką wartością odżywczą, a więc wykazujące cechy prozdrowotne oraz produktów niesprzyjających zdrowiu [34, 39]. Dieta powinna być pełnowartościowa, maksymalnie urozmaicona, posiłki smaczne i atrakcyjnie podane. W każdym posiłku należy przewidzieć oraz zaplanować produkty z sześciu grup produktów spożywczych: produkty zbożowe, warzywa i owoce, mleko i produkty mleczne, mięso, drób, wędliny, ryby, jaja, tłuszcze, cukier, słodycze [4].

Z oceny spożycia produktów mlecznych w badaniach własnych wynika, że 24% ankietowanych spożywało je kilka razy dziennie i jest to zgodne z zasadą racjonalnego odżywiania. Duży odsetek dzieci, 24%, spożywał je raz dziennie. Ponadto nabiał został wskazany przez 37 ankietowanych rodziców chłopców jako produkt najczęściej podjadany.

W badaniach Bonieckiej i wsp. [24] zdecydowana większość dzieci młodszych (69%) spożywała produkty mleczne dwa razy w ciągu dnia, a 20% raz dziennie. Natomiast młodzież 70% uwzględnia produkty mleczne w codziennym jadłospisie [24].

W prawidłowym żywieniu młodego organizmu bardzo ważne są owoce i warzywa, które powinny wchodzić w skład codziennej diety (owoce 2- 3 razy w ciągu dnia, a warzywa jako dodatek do każdego posiłku), gdyż są one źródłem cennych witamin i minerałów [4].

W badaniach własnych wykazano, iż kilka razy dziennie spożywało owoce 39% ankietowanych, raz dziennie - 28% ankietowanych, aż 24% - kilka razy w tygodniu. Owoce wskazywane były także wśród produktów najczęściej podjadanych w grupie dziewcząt (44 dziewczynki).

Niepokojące wśród ankietowanych było bardzo niskie spożycie warzyw, ponieważ aż 19% spożywało je rzadziej niż raz w tygodniu, 27% kilka razy w tygodniu, 31% raz dziennie i tylko 14% kilka razy dziennie.

Obłocińska i Jadkowska [40] wykazały podobnie. Niewiele ponad jedna trzecia poddanych przez nie otyłych dzieci spożywała co najmniej raz dziennie owoce. Dziewczeta istotnie częściej niż chłopcy, spożywały owoce codziennie. Znacznie większa liczba, niż w badaniach własnych, często spożywała warzywa, łącznie 27%, z czego 23% chłopców i nieco więcej, bo 30% dziewcząt.

Ryby, zgodnie z zasadą racjonalnego żywienia winny być spożywane co najmniej dwa razy w tygodniu [24]. Ponad połowa ankietowanych (56%) spożywała ryby spożywała niż raz w tygodniu, 31% raz w tygodniu, a tylko 12% - kilka razy w tygodniu.

Znaczne różnice w wynikach uzyskała Boniecka i wsp. [24] wykazując, iż ponad połowa młodszych dzieci (63%) jadła ryby raz w tygodniu. Jednakże 55% młodzieży podobnie, jak w pracy własnej, jadło ryby rzadziej niż raz w tygodniu, a 15% nie jadło ich wcale.

Wynik Bonieckiej i wsp. [24] potwierdziły Jeżewska-Zychowicz i Łyszkowska [41], które wykazały, że 40- 56% badanych przez nie uczniów jadło ryby rzadziej niż raz w tygodniu, a 10-30% w ogóle ich nie spożywała.

Rezultaty te są tym bardziej niepokojące, iż ryby są dobrym źródłem niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3, a także źródłem pełnowartościowego białka, a w porównaniu z mięsem zawierają więcej składników mineralnych, są zalecane w profilaktyce chorób układu krążenia i ze względu na zawartość jodu w profilaktyce chorób tarczycy [24].



Mięso jest nieodzownym elementem diety każdego dziecka, ale według zaleceń specjalistów, produktów mięsnych nie powinno się spożywać częściej niż kilka razy w tygodniu [24]. Z przeprowadzonej analizy wynika, że wśród ankietowanych preferowane było mięso drobiowe. Największy odsetek (64% ankietowanych) spożywało je kilka razy w tygodniu, a 18% raz w tygodniu. 6% badanych wskazało na spożycie mięsa wieprzowego kilka razy w ciągu dnia.

Podobne wyniki swoich badań wykazała Boniecka i wsp. [24]. Wśród wymienionych gatunków mięs najczęstsze spożycie dotyczyło drobiu, a w następnej kolejności mięsa wieprzowego.

Pieczycwo ciemne, szczególnie polecane ze względu na większą zawartość składników mineralnych, witamin z grupy B i błonnika, zapewniające uczucie sytości, regulujące pracę przewodu pokarmowego, zapobiegające zaparciom, powinno być częściej spożywane niż pieczywo jasne [24, 42].

Poddani badaniu rodzice dzieci otyłych deklarowali częstsze wybieranie przez ich dzieci pieczywa jasnego - aż 62% zjadało je kilka razy dziennie, a 17% raz dziennie. Największy odsetek ankietowanych (46%) wskazał, iż pieczywo ciemne spożywa rzadziej niż raz w tygodniu, 11% raz w tygodniu, natomiast 24% spożywało - kilka razy w tygodniu.

Boniecka i wsp. [24] uzyskali w swoich badaniach odmienne informacje, gdyż ponad połowa ich badanych spożywała przynajmniej raz dziennie ciemne pieczywo. Obłocińska i Jadcowska [40] wykazały, iż jedna czwarta młodzieży otyłej, porównywalnie chłopców i dziewcząt, nigdy nie spożywała ciemnego pieczywa, a codziennie, - 15% ankietowanych dzieci.

Niestety, w badaniach własnych nie znalazły się dzieci codziennie spożywające ciemne pieczywo.

Na uwagę zasługują produkty niesprzyjające zdrowiu w diecie dzieci i młodzieży otyłej, takie jak frytki, paluszki chipsy oraz słodczyce, które znacząco wpływają na obniżenie spożycia produktów niezbędnych dla zdrowia, zwiększając ryzyko nadwagi i otyłości [40].

Z uzyskanych badań własnych wynika, że dzieci i młodzież spożywają zbyt duże ich ilości. Wśród badanych prawie połowa (46%) spożywała kilkakrotnie w ciągu dnia słodczyce, a 27% konsumowało je raz dziennie.

Istotne różnice w sięganiu po słodczyce wykazała Obłocińska i Jadcowska [40], u których w badaniach tylko 15% młodzieży otyłej jadło je co najmniej jeden raz dziennie.

Podobnie u Wojnarowskiej i Mazur [43], gdzie 40% młodzieży szkolnej, co najmniej raz dziennie spożywało słodczyce.

W badaniach Kołodziej i wsp.[38] wykazano, iż słodczyce były głównym rodzajem produktów podjadanych przez młodsze dzieci.

Bawa i wsp. [14] stwierdzili, że aż 32% dzieci spożywało słodczyce typu cukierki, lizaki, gummy do żucia, a 19% czekolady, ciastka z kremem, batony oraz lody.

Niestety, fakt spożywania przez otyłe dzieci słodczych i niewłaściwych przekąsek potwierdzają również badania własne dowodzące, że 12% ankietowanych kilka razy w ciągu dnia sięgało po frytki, chipsy lub paluszki, a 14% pojadało je raz dziennie.

Restauracje szybkiej obsługi stały się dla dzieci i młodzieży atrakcyjnym miejscem spotkań. Elementem zachęcającym do korzystania z ofert są liczne promocje, jak również organizowane okazjonalne przyjęcia popularne wśród dzieci z młodszej grupy wiekowej. Rodzice często wspierają tego typu zachowania żywieniowe. Niestety,

żywność oferowana w restauracjach typu Fast-food obfituje w nasycone kwasy tłuszczowe, charakteryzujące się wysoką zawartością soli i cukru, a małą zawartością witamin, składników mineralnych oraz błonnika pokarmowego [24, 44, 45]. Ponadto badania epidemiologiczne wykazują, że posiłki spożywane w barach szybkiej obsługi zawierają więcej cukrów prostych i tłuszczu, aniżeli posiłki przygotowane i konsumowane w domu [14].

W objętej badaniem grupie poddano analizie częstotliwość chodzenia rodziców z dziećmi do Fast-food typu MacDonald's, Pizza, uwzględniając status zawodowy ww opiekunów. Z przeprowadzonych analiz wynika, że mały odsetek dzieci uczęszczał do barów. Tylko 4% korzystało z tego typu usług częściej niż raz w tygodniu, 7% raz w tygodniu, 16% raz w miesiącu, a 36% konsumowało w barach rzadziej niż raz w miesiącu. Ponadto znacznie częściej do Fast-food z dziećmi chodzili rodzice pracujący.

W badaniach własnych poddano analizie jakość przygotowywanych przez rodziców posiłków, biorąc pod uwagę przede wszystkim ich kaloryczność, zawartość tłuszczu, białka, cukru, witamin oraz błonnika. Duża grupa respondentów (38%) nie zwracała uwagi na wartości odżywcze posiłków. Biorąc pod uwagę wykształcenie ankietowanych, to ponad połowa z wykształceniem wyższym (54%) zwracała uwagę na wartości odżywcze sporządzanych posiłków, a największy odsetek (42%) z wykształceniem średnim - tylko czasami.

Kolejnym elementem poddanym analizie była motywacja, jaką kierowali się rodzice dzieci otyłych przy zakupie żywności, a w tym, co stanowiło najważniejszy i najmniej istotny powód doboru produktów. Analizując uzyskany w toku badań materiał należy wskazać, że najistotniejszym argumentem warunkującym zakup danego produktu, w większości (76%) przypadków była jego cena, a kolejno jego świeżość (52%). Niepokojące jest, że dla 68 ankietowanych osób powodem najmniej istotnym była zawartość tłuszczu, cukru i soli. Zważywszy na to, że ankietą badała populację dzieci otyłych, ten powód powinien być jednym z najważniejszych.

Według Pariskovej [45] wyższy poziom wykształcenia rodziców wpływa na lepszy i zdrowszy dobór pokarmów w diecie. W badaniach własnych brało udział tylko 26% rodziców z wykształceniem wyższym, w związku z czym można przypuszczać, że błędna jakościowo dieta może wynikać z niedostatecznej wiedzy rodziców.

Jednym z elementów racjonalnej modyfikacji diety u osób otyłych i z nadwagą, celem zmniejszenia masy ciała jest wprowadzanie różnego typu ograniczeń. Ograniczenia takie deklarowane były również w poddanej badaniu grupie, przy czym 34 rodziców dzieci otyłych twierdziło, że w przypadku ich dzieci wspomniane ograniczenia dotyczyły: spożycia słodczy, eliminacji z diety żywności typu Fast-food oraz zmniejszenia objętości porcji żywieniowych.

Podobnie Obłocińska i Jadkowska [36] prowadząc badania wykazały, że młodzież otyła podejmująca racjonalne działania w celu modyfikacji masy ciała, najczęściej wymieniała ograniczenie spożycia słodczy, mniejsze ilości jedzenia, mniej tłuszczu w pożywieniu oraz zwiększona ilość owoców w diecie.

Analizie poddano także stosunek respondentów do odżywiania się. Wśród powodów spożywania posiłków przez dzieci, ankietowani rodzice wskazywali, że ich dziecko je w celu zaspokajania głodu, następnie, że dziecko je, gdy ma do wykonania jakiejś obowiązki/naukę, w celu oddalenia ich wykonania, gdy się nudzi lub w sytuacjach stresowych.

Również Czajka i wsp. [43], prowadząc badania psychologiczne w grupie dzieci z nadwagą i otyłością, zwrócili uwagę na zbieżność czasową sytuacji stresowych z szybkim przyrostem masy ciała wśród badanych dzieci. Podobnie Mazur [46] w

uzyskanych wynikach dowiódł, że dzieci otyłe w sytuacjach stresowych zwiększają objętość posiłków, jak również ich liczbę. Często uprzywilejowanym mechanizmem obronnym w rodzinach obciążonych otyłością, łagodzącym napięcie bywa jedzenie.

## Wnioski

1. W poddanej badaniu grupie w większości przypadków (65%) stwierdzono nieprawidłowy model żywienia, przejawiający się w nieregularności spożywania posiłków, wydłużaniu przerw między nimi bądź ich skracaniu, rzadkim spożywaniu warzyw, ciemnego pieczywa, mięsa wołowego i ryb, a u ponad połowy ankietyowanych posiłek wieczorny był najobfitszym posiłkiem w ciągu dnia
2. Ponad 2/3 objętych badaniem dzieci (71% dziewcząt i 69% chłopców) podjadało między posiłkami, przy czym często były to produkty o wysokiej wartości energetycznej obfitujące w cukry proste oraz tłuszcze
3. Ponad połowa (54%) rodziców preferowała nagradzanie dzieci słodyczami.
4. Większość (72% bezrobotnych i 25% pracujących) rodziców nie chodziła z dziećmi do barów gastronomicznych typu Fast-food, co jednak nie oznaczała, że dzieci nie korzystają z tego typu żywności.
5. Ponad połowa rodziców z wykształceniem wyższym (54%) zwracała uwagę na wartość odżywczą produktów, z których przygotowują posiłki, natomiast większość rodziców z wykształceniem podstawowym (67%) i zawodowym (69%) nie brała powyższego pod uwagę.
6. 76% badanych rodziców dzieci otyłych, dobierając produkty żywnościowe, kierowało się ich ceną, nie zwracając uwagi na zawartość tłuszczu, cukru i soli.
7. Duża grupa rodziców (34%) stosowała ograniczenia dietetyczne najczęściej zmniejszając spożycie słodyczy, a także zmniejszając porcje posiłków.
8. Powodem zwiększania ilości posiłków przez dzieci i młodzież były, według rodziców, stres, chęć oddalenia wykonania obowiązków oraz nuda.

## Piśmiennictwo

1. Jeżewska- Zychowicz M.: Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Wyd. SGGW, Warszawa, 2004, 5, 7-11.
2. Socha J., Stolarczyk A., Socha P.: Zachowania żywieniowe - od genetyki do środowiska społeczno- kulturowego. Now. Ped., 2002, 3, 212-217.
3. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Warszawa, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007, 17-74.
4. Krawczyński M.: Żywnienie dzieci w zdrowiu i chorobie. Wyd.Help- Med. s.c., Kraków, 2008, 31-179.
5. Taveras E.M., Rifas-Shimon S.L., Berkel C.S.: Family dinner and adolescent overweight. *Obes. Res.*, 2005, 13, 900-906.
6. Żuchelkowska K., Wojciechowska K.: Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych. Wyd. Margrafen, Bydgoszcz, 2000, 152-171.
7. James P.T., Leach R., Kalamara E.: The worldwide obesity epidemic. *Obes. Rev.*, 2001, 9, 228-233.
8. Wang Y., Beydoun MA.: The obesity epidemic in the United States- gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta- regression analysis. *Epidemiol. Rev.*, 2007, 29, 6-28.

9. Lobstein T., Frelut ML.: Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes. Rev.*, 2003, 4, 195-200.
10. Larson N.I., Story M.: The pandemic of obesity among children and adolescents: what actions are needed to reverse current trends? *J. Adol. Health*, 2007, 41, 21-522.
11. Poirer P., Eckel R.H.: Obesity and cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 2002; 4: 448-456.
12. Baker JL., Olsen LW., Sorenson T.: Childhood body mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N. Engl. J. Med.*, 2007, 357, 2329-2337.
13. Baur LA., O'Connor J.: Special considerations in childhood and adolescent obesity. *Clinics in Dermatology*, 2004, 22, 338-344.
14. Bawa S., Weker H., Vučković A.: Preferencje pokarmowe i nawyki żywieniowe dzieci z nadwagą i otyłością prostą w wieku 2- 7 lat. *Ann. UMCS- Polonia*, 2003, supl. 13, 69- 74.
15. Kowalska-Duplaga K.: Wybrane zalecenia dotyczące żywienia niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym. *Med. Prakt. Pediatr.*, 1999, 6, 35-43.
16. Wang Y., Beydoun MA., Liang L., Cabellero B., Kumanyika SK. Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity*, 2008, 16, 2323-2330.
17. Stark O., Atkins E., Wolff O.H., Douglas J.W.B.: Longitudinal study of obesity in the national survey of health and development. *BMJ*, 1981, 283, 13-17.
18. Komosińska K., Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne związane z żywieniem u młodzieży szkolnej w Polsce w latach 1990-1998. *Żyw. Człow. Metab.*, 2001, 28, 17-30.
19. Oblacińska A., Jodkowska M.: Sposób żywienia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w Polsce – badania ankietowe. *Med. Wiek. Rozwoj.*, 2000, 3, supl. 1, 53-64.
20. Jeżewska-Zychowicz M.: Nieprawidłowe zachowania żywieniowe młodzieży w wieku 13-15 lat i ich uwarunkowania na przykładzie zwyczaju pojadania między posiłkami. [w:] *Wybrane problemy nauki o żywieniu człowieka u progu XXI wieku*. Brzozowska A., Gutkowska K. (red.) Wyd. SGGW, Warszawa, 2004, 272-278.
21. Tounian P. (red): *Otyłość u dzieci*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008, 13-21, 30-38, 58-59.
22. Welle S., Forbes G.B., Statt M.: Energy expenditure under free – living conditions in normal weight and overweight women. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1992, 55, 14-21.
23. Jabrocka A., Motyka M., Kieć-Wilk B.: Otyłość i cukrzyca. *Czynniki Ryzyka*, 2001, 1- 2, 10-30.
24. Boniecka I., Michota- Katulska E., Ukleja A., Czerwonogrodzka A., Kowalczyk E., Szczygłowska A. Zachowania żywieniowe wybranej grupy dzieci w wieku szkolnym w aspekcie zagrożenia otyłością. *Przegl. Lek.*, 2009, 66, 49-51.
25. Marcysiak M., Zagroba M., Ostrowska B., Wiśniewska E., Marcysiak M, Skotnicka-Klonowicz G.: Aktywność fizyczna a zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży powiatu ciechanowskiego. *Probl. Pielęg.*, 2010, 2, 176-183.
26. Babicz-Zielińska E., Nazarewicz R., Schlegel-Zawadzka M.: Postrzeganie własnej sylwetki a możliwości występowania zaburzeń w odżywianiu w grupie nastolatków. *Żyw. Człow. Metab.*, 2002, 29, supl.: 366-370.

27. Szczerbiński R., Karczewski J.: Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w powiecie sokólskim. *Żyw. Człow. Metab.*, 2007, 34, 3-4, 878-884.
28. Stankiewicz M., Pieszko M., Śliwińska A. i wsp.: Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi- wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2010, 2, 59- 66
29. Sawaryn D., Kocjan E.: Otyłość prosta u dzieci w wieku gimnazjalnym w świetle przeprowadzonych badań w mieście Rzeszowie i w Baszni Dolnej. *Now. Ped.*, 2010, 1, 2-14.
30. Płaszewska- Żywko L., Jagła J.: Wstępna ocena czynników ryzyka otyłości u 12-13- latków. *Ann. UMCS - Polonia*, 2005, supl. 16, 378- 383.
31. Kowalska A.: Zwyczaje żywieniowe dzieci i młodzieży szkolnej na przykładzie województwa dolnośląskiego. *Stowarzyszenie ekonomistów rolnictwa i agrobiznesu. Roczn. Nauk.*, 2005, 3, 87-91.
32. Niclas T.A., Baranowsky T., Cullen K.W. i wsp.: Eating patterns, dietar quality and obesity. *J. Am. Coll. Nutr.*, 2001, 6, 599-608.
33. Gronowska- Senger A.: Współczesne problemy żywienia dzieci szkolnych w Polsce. *Żywność. Nauka, Technologia, Jakość*, 2001,38 supl. 3, 23-30.
34. Czech A., Grela E.: Zwyczaje żywieniowe i częstotliwość spożywania produktów odżywczych wśród studentów uczelni lubelskich. *Żyw. Człow. Metab.*, 2003, 30, 81-85.
35. Sikora E., Leszczyńska T., Szymański P.: Share of fast food products in diet ary behaviour of young people. *Pol. J. Food Nutr. Sci.*, 2007, 3,373- 380.
36. Szczerbiński R., Karczewski J.: Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w powiecie sokólskim. *Żyw. Człow. Metab.* 2007, 34, 878-884.
37. Czerwińska D., Gulińska E.: Podstawy żywienia człowieka. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Spółka Akcyjna. Warszawa, 2005, 8-10, 149-152.
38. Kołodziej K., Piaseczna-Piotrowska A., Strzelczyk J.: Uwarunkowania środowiskowe oraz rodzinne występowania otyłości u dzieci. *Pol. Merkuriusz Lek.*, 2010, 28, 195-198
39. Cieślak E., Filipiak- Florkiewicz A., Topolska K.: Częstotliwość spożywania wybranych grup produktów spożywczych oraz stan odżywienia młodzieży gimnazjalnej. *Żyw. Człow. Metab.*, 2007, 34, , 846-851.
40. Oblacińska A., Jadcowska M. (red.): Otyłość u polskich nastolatków epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Wyd. Ezdorat, Warszawa, 2007,54-84.
41. Jeżewska-Zychowicz M., Łyszkowska D.: Ocena wybranych zachowań żywieniowych młodzieży w wieku 13-15 lat i ich uwarunkowań na przykładzie środowiska miejskiego. *Żyw. Człow. i Metab.*, 2003, 30, 572-577.
42. Kołhajtis- Dołowy A., Matysiuk E., Boniecka I.: Zwyczaje żywieniowe wybranej grupy dzieci 11- 12- letnich z Białegostoku. *Żywność, Technologia, Jakość*, 2007, 6, 335-342.
43. Czajka I., Rymkiewicz- Kluczyńska B., Pyrzak B.: Psychologiczne aspekty otyłości u dzieci. *Medipress Ped.*, 1999, 5, 22-27.
44. Suliga E.: Spożycie produktów typu Fast- ford oraz słodczy i słodzonych napojów gazowanych wśród uczniów szkół średnich. *Żyw. Człow. Metab.*, 2002, 29, 156-163.

45. Jeżewska- Zychowicz M.: Czynniki warunkujące współczesne zachowania żywieniowe w opinii kobiet. *Żyw. Człow. Metab.*, 1998, 25, 379-390.
46. Mazur A.: Dynamika i czynniki ryzyka występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku szkolnym. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2009, 90-95.



**Kowalewska Beata<sup>1,2</sup>, Ocelewska Iwona Bożena<sup>2</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>1</sup>, Klimaszewska Krystyna<sup>1</sup>, Rolka Hanna<sup>1,2</sup>, Jankowiak Barbara<sup>1,2</sup>, Kondzior Dorota Joanna<sup>1</sup>, Ortman Elżbieta Beata<sup>2</sup>**

## **Zachowania żywieniowe a powstawanie otyłości u dzieci**

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Żywność i sposób jej spożywania jest trwałym elementem w historii rozwoju ludzkości stanowiąc swoisty środek umożliwiający człowiekowi przetrwanie i rozwój. W przebiegu rozwoju człowiek wytworzył różnorodne wzory zachowania dotyczące żywności i jej spożywania, poprzez ich stosowanie zaspokajał nie tylko głód, lecz wiele innych potrzeb. Różnorodność pożywienia, jego ilość, sposób oraz miejsca spożywania zmieniały się wraz z przemianami środowiska fizycznego i społecznego, w którym egzystował człowiek. Szereg elementów tych środowisk w różnym stopniu w poszczególnych okresach rozwoju ludzkości przyczyniły się do trawestacji w sferze żywieniowej [1].

### **Pojęcie i istota zachowań żywieniowych**

Zachowaniem nazywa się każdą reakcję lub ogół reakcji organizmu na bodźce środowiskowe w odniesieniu do tego środowiska. We wszystkich definicjach zachowań podkreślany jest jednak związek zachowań z potrzebami i środkami służącymi ich zaspokojeniu. Najogólniej, zachowanie jest szeregiem działań i czynności mających na celu zaspokojenie potrzeb człowieka [2].

Zachowania żywieniowe należą do kategorii zachowań zdrowotnych i konsumpcyjnych. Na te ostatnie składają się czynności, działania oraz sposoby postępowania, które zostają pobudzone przez odczucie potrzeby, jej uświadamianie, zdefiniowanie, kwalifikację i przyznawanie jej praw do zaspokojenia lub zdyskwalifikowania, jako niemożliwej do zaspokojenia z przyczyn ekonomicznych, społecznych bądź innych [2, 3].

Przez zachowania żywieniowe rozumiemy sposób postępowania zmierzający do zdobycia pożywienia. Proces ten jest skomplikowany, uwarunkowany genetycznie, a wpływają na niego czynniki środowiskowe, uwarunkowania kulturowe oraz zasób wiedzy [2, 3].

W sferze żywieniowej w całym zbiorze działań i sposobów postępowania można wyróżnić kilka, różniących się pod względem swojej specyfiki, typów zachowań żywieniowych: nawyki żywieniowe, zwyczaje żywieniowe oraz obyczaje żywieniowe [1].

**Nawyki żywieniowe** (przyzwyczajenia) są to charakterystyczne i powtarzające się zachowania realizowane pod wpływem potrzeby dostarczenia składników odżywczych, a także zapewnienia społecznych i emocjonalnych celów [1]. Należy traktować je jako nabytą zdolność tzw. dyspozycję do określonego zachowania,



kształtowane w procesie wielokrotnego powtarzania tych samych czynności według wyuczonego wcześniej wzoru. W formowaniu nawyków znaczącą rolę odgrywa utrwalenie pewnych pożądanych zachowań, a eliminowanie niewłaściwych. Nałóg jest złą formą nawyku, ze względu na jego szkodliwość dla zdrowia. Pojęcie to używane jest najczęściej w przypadku alkoholu, nikotyny bądź narkotyków, ale również może być stosowane w odniesieniu do niektórych produktów żywnościowych [1].

**Zwyczaje żywieniowe** są terminem wprowadzonym do literatury żywieniowej przez Margaret Mead, określającym jako zgodny z kulturą zestaw zachowań odnoszący się do preferencji żywienia przez osoby indywidualne wychowane w danej kulturze, są to wzory zachowań w określonej sytuacji przyjęte w danej społeczności, wpływają one na wybór, ilość, miejsce i sposób spożywania pokarmu [1].

**Obyczaje żywieniowe**, to pojęcie bardzo zbliżone do zwyczajów żywieniowych, będące zgodnym z kulturą zestawem zachowań odnoszących się do żywienia, charakterystyczne dla sytuacji ważnych, doniosłych z punktu widzenia danego społeczeństwa. Obyczaje żywieniowe podlegają kontroli społecznej, a niedostosowanie się do nich może wywołać krytykę ze strony otoczenia społecznego [1, 2].

### Czynniki genetyczno- metaboliczne, a zachowania żywieniowe

Utrzymanie bilansu energetycznego, tzn. równowagi między podażą a wydatkiem energii, jest warunkiem koniecznym dla przetrwania organizmów żywych [4]. Odżywianie człowieka regulowane jest przez złożoną funkcję OUN, zlokalizowanego w obrębie podwzgórza, które jest centrum regulacyjnym homeostazą organizmu. Sprawuje ono neuroendokrynologiczną kontrolę równowagi energetycznej przy pomocy skomplikowanej homeostatycznej ścieżki, która obejmuje trzy ramiona [5, 6]. Pierwsze ramię składa się z sygnałów doprowadzających do OUN. Podwzgórze brzuszno-środkowe składa się z jądra brzuszno-przyśrodkowego i łukowatego, posiada neurony z receptorami hormonalnymi przyjmującymi sygnały obwodowe. Wyróżnić należy receptor leptynowy - informujący o stanie tkanki tłuszczowej oraz rezerwach energetycznych ustroju, insuliny - przekazujący informacje o stanie metabolizmu całego organizmu, grelinowy - dotyczący uczucia głodu oraz peptydu YY<sub>3-36</sub> informującego o sytości [5, 6]. Na drugie ramię składają się neurony drugorzędowe, przenoszące sygnały hormonalne do jądra przykomorowego PVN (*paraventricular nucleus*) i obszaru bocznego podwzgórza. Sygnały te mogą być anoreksygeniczne (hamujące apetyt), bądź oreksygeniczne (pobudzające apetyt). W jądrze przykomorowym następuje konsolidacja tych sygnałów, a w następstwie modyfikacja sygnału w celu dostarczenia energii lub jej wydatkowania [6, 7]. Trzecie ramię składa się z sygnałów odprowadzających i przemieszczających się drogą przez autonomiczny system nerwowy zarówno sympatyczny, jak i parasympatyczny, a częścią obydwu ścieżek jest insulina [6- 8].

OUN kształtuje m.in. głód, apetyt oraz sytość. Apetyt jest regulowany wielkością posiłków, ich częstotliwością, składem i smakiem. Na łaknienie w największym stopniu wpływają neurotransmitery, głównie monoaminy, tj. serotonina zmniejszająca apetyt na węglowodany, dopamina, regulująca łaknienie poprzez hamujący wpływ na przyjmowanie tłuszczów oraz noradrenalina - zwiększająca apetyt na węglowodany [9, 10]. Ciało migdałowe i układ limbiczny oddziałuje na motywację reakcji pokarmowych, zmienia potrzebę przyjmowania pokarmu w odpowiednie zachowanie i związane z nim stany emocjonalne. Reakcje ze strony ośrodka głodu i sytości są ściśle powiązane ze stymulacją układu adrenergicznego i cholinergicznego. Pobudzenie

ośrodka sytości wywołuje brak łaknienia, zmiany metaboliczne w wątrobie - glikogenolizę, uwalnianie glukozy do krwi, przy pobudzeniu układu adrenergicznego i uwalniania adrenaliny z rdzenia nadnerczy, a także glukagonu z trzustki. Podczas drażnienia ośrodka głodu nasila się apetyt, dochodzi do wzmożonego wychwytu glukozy przez komórki wątrobowe oraz do pobudzenia glikogenezy przez stymulację nerwu błędnego i wydzielenie insuliny [11, 12]. Podwzgórze otrzymuje informacje o zapasach energetycznych organizmu za pośrednictwem krążących cząsteczek wydzielanych przez tkanki obwodowe, przetwarza je wpływając na łaknienie w taki sposób, aby rezerwy energetyczne pozostały w niezmienionej ilości [3, 4].

W organizmie najważniejszymi hormonami informującymi o stanie rezerw energetycznych są: leptyna, insulina i grelina, wydzielane przez tkanki obwodowe [4].

**Leptyna** - „czynn timer sytości”- jest produktem genu *Obese*, odpowiedzialnym za otyłość, a zlokalizowanym u człowieka na 7 chromosomie. Gen ten został wykryty w 1994 roku przez grupę Jeffrey’a Fridmanna z Uniwersytetu Rockefellera w Nowym Jorku [13, 14].

Leptyna jest produkowana wyłącznie przez komórki tkanki tłuszczowej, a jej synteza i stężenie w surowicy są proporcjonalne do ilości tkanki tłuszczowej. Leptyna informuje o stanie zapasów energetycznych ustroju poprzez neurony jądra łukowatego, współdziała w regulacji spożycia pokarmów z kilkoma peptydami: neuropeptydem Y (NPY), cholecystokininą (CCK), hormonem melanocytotropowym (MCH) itd. Najważniejszym ogniwem w regulacji apetytu jest sprzężenie zwrotne między leptyną i NPY: wzrost stężenia leptyny zmniejsza wytwarzanie NPY w podwzgórze, natomiast wzrost stężenia NPY zwiększa jej wydzielanie [3, 4, 15, 16]. Leptyna wchodzi również w interakcje z układem hormonalnym, obniża stężenie insuliny i glukozy we krwi. Katecholaminy i androgeny obniżają poziom leptyny, natomiast insulina i kortykosteroidy zwiększają go [15, 17, 18].

**Insulina**, podobnie jak leptyna, ma działanie zmniejszające apetyt, jednak mniej nasilone. Obecność wielu receptorów mózgowych dla insuliny, głównie w neuronach jądra łukowatego wrażliwych na leptynę, wskazuje na współdziałanie tych dwóch hormonów. Stężenie osoczowe insuliny i leptyny odzwierciedlają stan rezerw energetycznych pozwalając na regulację łaknienia w długim okresie. Równolegle OUN otrzymuje sygnały z narządów obwodowych, co umożliwia regulację łaknienia w krótkim okresie (rytm i częstotliwość posiłków) [4].

**Grelina** jest odkrytym niedawno hormonem peptydowym, wytwarzanym przez ścianę żołądka, wydzielanym, gdy konieczne jest zwiększenie metabolicznej wydajności organizmu, spełnia funkcję krótkoterminowego sygnału sytości i jednym z hormonów dostarczających owych informacji. U człowieka jej wydzielanie zwiększa się na czczo i jest hamowane przez posiłek. Informuje o rozpoczęciu i zakończeniu posiłku. Działa na te same neurony podwzgórze, co leptyna, za pomocą swoistego receptora GHSR (*growth hormone secretagogue receptor*). Działa jednak antagonistycznie do leptyny odnośnie do wydzielania podwzgórzowych hormonów regulujących apetyt [4, 8].

Reasumując - leptyna hamuje, a grelina pobudza apetyt [4, 8].

Osoby otyłe zarówno chore na cukrzycę typu 2, jak i bez cukrzycy, różnią się od osób nieotyłych hiperinsulinemią, hiperleptynemią oraz mniejszym stężeniem NPY w surowicy, a także zaburzeniami zależności fizjologicznych zachodzących pomiędzy wydzielaniem leptyny, insuliny i NPY. Redukcja masy ciała o ponad 10% wywiera „normalizujący” wpływ na stężenie ww. hormonów u osób otyłych [20, 48].

Regulacja energetyczna organizmu podlega wpływom genetycznym oraz środowiskowym. Predyspozycja do nadwagi i otyłości, skutki diety różne u różnych

osób mogą wskazywać na istnienie indywidualnego mechanizmu kontroli masy ciała. Regulacje odpowiedzialne za kontrolę poboru pokarmu wpływają na poczucie głodu i sytości zarówno pod względem ilości, jak i jakości, a także częstości przyjmowania posiłków. Każde zaburzenie organiczne lub czynnościowe tych ośrodków może zmienić zachowanie się człowieka w zakresie nawyków żywieniowych, co w konsekwencji może być przyczyną rozwoju otyłości [10, 18, 21, 26].

### **Czynniki środowiskowo- kulturowe a zachowania żywieniowe**

Kultura żywieniowa obejmuje ogół zachowań człowieka występujących w czasie zaspokajania jego potrzeb żywieniowych, a także szereg wartości materialnych i niematerialnych, dzięki którym potrzeby te są zaspokajane. Zachowanie człowieka pozostaje we wzajemnych relacjach ze środowiskiem, które go otacza, jego stanem wiedzy i doświadczeniem. Każdy człowiek jest członkiem określonej społeczności, charakteryzującej się swoistą kulturą oraz poziomem ekonomicznym, ale jednocześnie wyróżnia się spośród pozostałych członków tejże społeczności, np. wiekiem, płcią, czy też potrzebami [1].

Człowiek żyjąc w społeczeństwie w znacznym stopniu ulega jego wpływowi [1, 2]. Każda grupa społeczna dąży do zachowania odrębności i nieidentyfikowania się z drugą, np. młodzież nie chce utożsamiać się z dorosłymi, czego przykładem może być spożywanie przez młodzież potraw w restauracji typu Fast-food, podczas gdy dorośli wybierają lokale gastronomiczne o wyższym standardzie [16].

Znaczącą rolę na kształtowanie się zachowań człowieka w zakresie alimentacji odgrywają czynniki wewnętrzne, które można uporządkować w następujący sposób:

- odżywianie w okresie prenatalnym, cechy środowiska wewnętrznego matki;
- sposób żywienia w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa;
- wyuczone zachowania alimentacyjne - wpływy rodzinne, kulturowo - społeczne;
- warunki cywilizacyjne - dostępność pożywienia, zmniejszenie zapotrzebowania na pracę mięśniową [20].

Zachowania żywieniowe są kształtowane przez zdolność odczuwania smaku, zapachu, wyglądu pożywienia itd. W odczuwaniu smaku dużą rolę odgrywają receptory smakowe jamy ustnej. Rozróżniamy cztery smaki podstawowe: słodki, słony, kwaśny i gorzki. Z badań wynika [3], iż smak pokarmów spożywanych przez kobietę ciężarną przenika do płynu owodniowego, który połyka płód i już w życiu łonowym uczy się on doznań smakowych. Pokarm kobiecy zawiera kombinacje smaków charakterystycznych dla spożywanych pokarmów. Karmione naturalnie niemowlę wyczuwa te smaki, reagując na nie zmiennością swojego zachowania. Wszystkie niemowlęta preferują smak słodki, nie akceptując gorzkiego. Wczesne doznania smakowe związane ze smakiem mleka matki, jak również pierwsze pokarmy rozszerzające dietę malucha, mogą dzięki przyzwyczajeniu wywrzeć wpływ na przyszłą chęć spożywania pokarmu przez dziecko o tych samych walorach smakowych. Ma to ogromne praktyczne znaczenie, wskazuje bowiem na rolę urozmaicenia smakowego w kształtowaniu i akceptacji nowych posiłków stałych w czasie rozszerzania diety [3].

Kształtowanie osobowości, czyli przekazywanie wartości, norm oraz wzorów kulturowych rozpoczyna się od najmłodszych lat życia człowieka. Rodzice najdłużej przebywają z dzieckiem, stąd ich wpływ na jego nawyki żywieniowe jest bardzo istotny [22, 23].

Rozwój przemysłu, postęp techniczny oraz nowoczesne środki transportu ostatnich dziesięcioleci stworzyły idealne warunki do rozwoju otyłości. Zmienił się sposób odżywiania. Obserwuje się zmiany nawyków żywieniowych polegające na zwiększeniu kaloryczności posiłków i ich wielkości, co jest związane z większą dostępnością pożywienia, nawykiem częstego podjadania, wzrostem spożycia słodkich napojów, a także posiłków z barów szybkiej obsługi, zanikiem regularnego rytmu posiłków oraz mniejszym spożyciem owoców i warzyw [4, 24].

Nawyki żywieniowe, sposoby przyrządzania i spożywania posiłków, kupowania i oferowania specyficznych produktów żywnościowych kształtują się, a następnie utrwalają w domach rodzinnych [25- 28]. Na zachowania dzieci i młodzieży pozytywnie wpływa częstotliwość posiłków spożywanych wspólnie z rodziną. Dziecko uczy się właściwego zachowania przy stole, wyrabiając bardzo istotny nawyk regularnych pór posiłków, w związku z tym powinno być włączane do różnych prostych czynności związanych z przygotowaniem posiłków w celu zaciekawienia ich pożywieniem. Najważniejsza jest jedna zasada, o której zawsze należy pamiętać, iż nie należy zmuszać dziecka do jedzenia. Jest to częsty błąd popełniany przez rodziców i opiekunów [25, 26, 27, 28].

Żywność należy do najważniejszych czynników środowiska wpływających na rozwój fizyczny, stan zdrowia i samopoczucie dziecka, a wady w sposobie żywienia ukształtowane w dzieciństwie wpływają niekorzystnie na prawidłowy rozwój fizyczny i stan odżywienia. Nawyki żywieniowe kształtują się do 10. roku życia, potem mogą być modyfikowane, ale raz ukształtowane źle nawyki bardzo trudno jest potem zmienić. Rodzice są najważniejszym ogniwem procesu edukacji, ponieważ w rodzinie ma miejsce tzw. socjalizacja pierwotna. Rodzina wpływa na zachowania żywieniowe dziecka w dwojaki sposób, bezpośrednio poprzez dostarczanie określonej żywności i pośrednio poprzez transmisję postaw wobec żywności oraz kształtowania preferencji żywnościowych [29]. W procesie wychowania dziecka ma miejsce przekaz norm, uczenie zachowań, przy czym ich efektywność jest większa, gdy dziecko identyfikuje się z zachowaniami rodziców [30].

Człowiek nie istnieje sam, potrzebuje akceptacji oraz przynależności do grupy rówieśniczej, toteż w swoich okresach życia poszukuje towarzystwa i kontaktów z ludźmi. Dzielenie posiłków przy wspólnym stole jest jednym ze sposobów nawiązywania kontaktów międzyludzkich z określoną grupą społeczną a żywność stała się środkiem do wyrażania gościnności, spełnia swoje społeczne funkcje, ponieważ sam fakt wspólnego spożywania określa stopień znajomości i akceptacji [22].

### **Zapotrzebowanie energetyczne zdrowego dziecka i nastolatka**

Prawidłowe żywienie decyduje o harmonijnym rozwoju i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego. Obecnie uznawane jest za jeden z najważniejszych czynników kształtujących prawidłowy stan zdrowia, rozwój psychiczny i motoryczny oraz mającym duży wpływ na jakość życia, zdolność uczenia się oraz dobre samopoczucie człowieka. Prawidłowe żywienie dziecka to nie tylko zaspokojenie głodu, ale również dostarczenie odpowiedniej ilości składników energetycznych i budulcowych oraz konieczność dostosowania rodzaju pożywienia do potrzeb rosnącego organizmu [31, 32].

Racjonalne żywienie to systematyczne dostarczenie organizmowi składników odżywczych, w tym także wody, niezbędnych we wszystkich procesach życiowych, w odpowiednich ilościach i porcjach [33].

Spożywane składniki pokarmowe w procesie trawienia i wchłaniania dostarczane są do organizmu, następnie przez krwioobieg do każdej jego komórki, a w wyniku przemian biochemicznych z powyższych produktów uzyskiwana jest energia, konieczna do utrzymania stałej temperatury ciała oraz prawidłowego funkcjonowania organizmu [31].

Składniki odżywcze to substancje, które po wchłonięciu do organizmu są wykorzystywane jako źródło energii [33].

W pożywieniu znajdują się następujące składniki odżywcze: białka, tłuszcze, węglowodany, składniki mineralne, witaminy, woda, kwasy organiczne [32].

Składniki odżywcze pełnią w organizmie następujące role:

- budulcową - zaopatrują organizm w składniki potrzebne do budowy i odbudowy komórek i tkanek (białka, składniki mineralne)
- energetyczną - dostarczenie składników potrzebnych do wytworzenia energii (węglowodany, tłuszcze)
- regulacyjną - dostarczenie składników regulujących (składniki mineralne, witaminy) [32, 33].

W reakcjach spalania składników pokarmowych w ludzkim organizmie otrzymać można ok. 17 kJ (4 kcal) z rozkładu 1g węglowodanów i 1g białek oraz 39 kJ (9 kcal) z rozkładu 1g tłuszczu. Na dobowy wydatek energetyczny składa się podstawowa przemiana materii oraz energia wydatkowana na wzrost, rozwój i pracę fizyczną. Podstawowa przemiana materii (PMP) jest to najniższy wydatek energetyczny konieczny do podtrzymania podstawowych funkcji życia w optymalnych warunkach bytowych [34].

Wartość PMP zależy od:

- wieku - najwyższa wartość osiągnięta jest w pierwszych 2 latach życia, co związane jest z intensywnym rozwojem tkanek, w kolejnych latach ulega obniżeniu, a w okresie dojrzewania wzrasta. Od 21. r.ż. PMP spada o 2% na każde 10 lat życia.
- wysokości i masy ciała, gdzie osoby wyższe mają wyższą PMP
- płci - różnice te wynikają z różnego składu ciała mężczyzn i kobiet. U kobiet większa zawartość tkanki tłuszczowej powoduje, że jej potrzeby energetyczne są mniejsze niżeli u mężczyzn. Różnice zapotrzebowania energetycznego pojawiają się około 10. r.ż., wynika to głównie z różnego tempa rozwoju i dojrzewania obu płci. Znaczący wzrost PMP obserwuje się u kobiet będących w drugiej połowie ciąży i w czasie laktacji.
- klimatu - w klimacie umiarkowanym i zimnym PMP jest wyższe niżeli w klimacie gorącym (konieczność utrzymania stałej temperatury).
- hormonów - hormony tarczycy i aminy ketacholowe mogą podwyższać PMP (nadczynność tarczycy może prowadzić do wzrostu, adrenalina odpowiada za nagły wzrost PMP).
- stanów zapalnych w organizmie - podwyższone PMP z powodu podwyższonej ciepłoty ciała i zmian hormonalnych.
- ośrodkowego układu nerwowego - stany napięcia zwiększają PMP [31].

Zapotrzebowanie na składniki odżywcze u dzieci zależy od wieku, płci, aktywności fizycznej, a także od czynników genetycznych i środowiskowych. Zapotrzebowanie to określa się jako ilości składników odżywczych i energii potrzebnych do podtrzymania czynności życiowych i aktywności organizmu w danym okresie życia [4].

Dla zdrowych, urodzonych o czasie niemowląt najwłaściwszą metodą żywienia jest karmienie naturalne, czyli karmienie piersią. Jest to najlepszy sposób na pokrycie zapotrzebowania dietetycznego najmłodszych dzieci. Żadne mieszanki modyfikowane, mleko zwierzęce nie zastąpi mleka matki. W kwestii tej zarówno Polacy, jak również światowi pediatrzy zalecają przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka karmienie wyłącznie piersią [27, 35]. Zgodnie z zaleceniami WHO karmienie wyłącznie piersią przez pierwsze pół roku życia warunkuje jego optymalny wzrost oraz prawidłowy rozwój [36]. Wiele badań przeprowadzonych dotychczas sugeruje korzystny wpływ karmienia naturalnego na zapobieganie nadwadze i otyłości w życiu późniejszym [34].

Zapotrzebowanie energetyczne w okresie wzrostu jest znaczne, zwłaszcza w pierwszym roku życia. Masa urodzeniowa podwaja się w ciągu 3- 4 miesięcy, a potraja w końcu 1. roku życia. Wydatek energetyczny zwiększa się podczas 1. roku życia, na co wpływa wydłużony czas czuwania i zwiększona aktywność fizyczna. Ilość energii zmagazynowana w tkankach zmniejsza się, a spowodowane jest to stopniowym zwolnieniem tempa wzrastania [35].

Przez pierwsze tygodnie życia należy karmić dziecko 8- 12x/dobę, chociaż powinno to być podyktowane życzeniem noworodka [35, 37, 38]. Należy zwracać uwagę na takie zachowania dziecka, które mogą świadczyć o chęci jedzenia (wzmószona czujność i aktywność, poruszanie ustami, wierzganie). Płacz alarmujący rodziców jest ostatecznym sygnałem głodu. Wskazane jest kontynuowanie karmienia piersią do końca 1. roku życia. Nie ma wyznaczonego limitu dla karmienia naturalnego. Nie istnieją dane wskazujące, by karmienie piersią do 3. roku życia miało negatywny wpływ na rozwój dziecka, jak również nie stwierdzono korzystnego wpływu naturalnego karmienia powyżej 1. r.ż. [35, 37, 38].

Spożycie węglowodanów powinno pokrywać 50-55% RDA (*recommended daily allowances*) [4]. Najważniejszym węglowodanem w pierwszych miesiącach życia jest laktoza. Później powoli wprowadza się inne cukry proste, a następnie cukry złożone. Spożycie tłuszczów zapewnia pokrycie dziennego zapotrzebowania na energię w 40-50%. W okresie wzrostu nie tylko dostarczają one energii, ale również wielonienasyconych kwasów tłuszczowych potrzebnych do budowy błon komórkowych i do syntezy eikozanoidów. Spożycie białka powinno uzupełniać jego straty, pokryć podstawowe zapotrzebowanie, dostarczać azotu niezbędnego w procesie wzrostu oraz zwiększaniu się masy mięśniowej. Zalecane spożycie wynosi 1,3g/kg masy ciała/dobę w 1. miesiącu życia, 0,56g/kg mc/dobę do 3. miesiąca życia, 0,3g/kg mc/dobę do 6. miesiąca życia, w następnych miesiącach 0,1g/kg mc/dobę. Białko nie powinno dostarczać więcej niż 12% RDA energii i nie należy go traktować jako źródło energii [4].

W okresie poniemowlęcym zmniejsza się zapotrzebowanie energetyczne dziecka. Zmianie ulega również tempo wzrostu [28]. Szybkość wzrastania jest w miarę stała i wynosi około 6 cm oraz 1,8 kg/1 rż. W wieku poniemowlęcym tylko 2-3% energii całkowitej dostarczanej organizmowi jest wydatkowana na wzrost, a 50% na aktywność fizyczną, co wynika z faktu, że potrzeby żywieniowe dziecka w tym wieku zależą od jego aktywności fizycznej. Mniej pożywienia potrzebują dzieci spokojniejsze, a więcej dzieci ruchliwe. W wieku 1- 3 lat zmienia się sposób jedzenia. Dziecko staje się samodzielne, samo je i często decyduje, co będzie jadło. Apetyt dziecka bywa zmienny. Jadłospis po skończeniu 1. rż. winien być urozmaicony, jednak wprowadzanie nowych produktów powinno być stopniowe, zawsze należy jednak kierować się apetytem dziecka oraz aktywnością ruchową. Jadłospis powinien składać się z 3- 5 posiłków

dziennie. Należy unikać jedzenia między posiłkami oraz spożywania przekąsek typu batoniki, cukierki, lizaki, chipsy itp. [28].

Dzieci w wieku przedszkolnym powinny zjadać trzy podstawowe posiłki, z których każdy zaspokoi 25-30% dziennej wartości energetycznej oraz dwa posiłki uzupełniające dostarczające 10-15% energii. U dziecka w tym wieku ważne jest wyrabianie prawidłowych nawyków związanych z jedzeniem [4, 27, 28]. Zapotrzebowanie ilościowe regulowane jest indywidualnie i w dużym stopniu zależy od nawyków żywieniowych, apetytu, stopnia aktywności fizycznej, płci i fazy rozwoju [31].

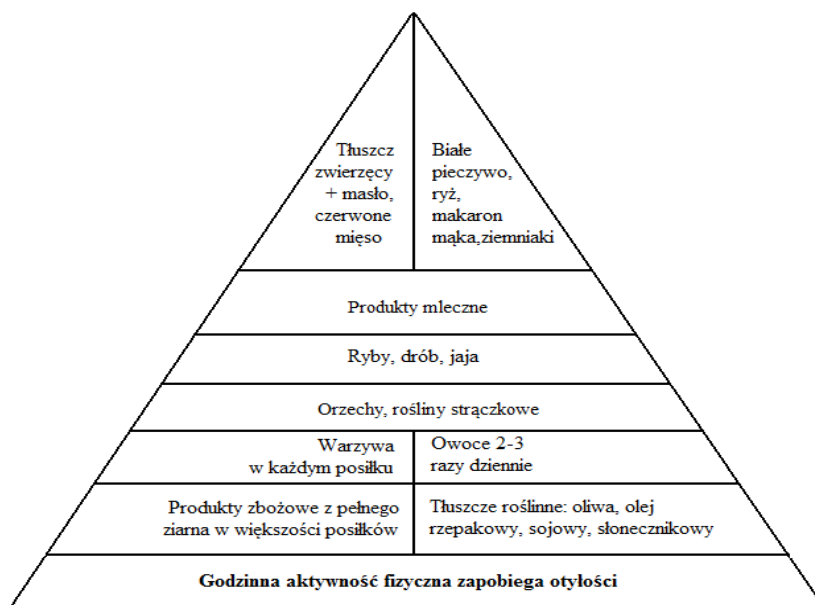
Wydatek energetyczny podwaja się między 2. a 10. rokiem życia, a powyżej 5.-6. roku życia jest proporcjonalny do aktywności fizycznej dziecka. W związku z tym należy dostosować normy spożycia do aktywności. Zazwyczaj dziecko samo reguluje ilość spożywanego pokarmu, w zależności od swojej aktywności ruchowej, niemniej jednak ulega wpływom otoczenia.

Kolejnym etapem rozwoju dziecka jest wiek szkolny. Dziecko zmienia swój styl życia i sposób żywienia. Coraz częściej zdarzają się posiłki poza domem, często bez możliwości ich kontroli. W okresie dojrzewania masa dziecka podwaja się, a podczas skoku wzrostowego okresu pokwitania koszt energetyczny wzrastania odpowiada zaledwie 5% całkowitego zapotrzebowania energetycznego [4]. W tym okresie należąca racja energetyczna jest różna u chłopców i dziewcząt, zależna od aktywności ruchowej. Konieczna jest dieta zbilansowana, czyli zabezpieczenie w pożywieniu wszystkich niezbędnych składników odżywczych. Ten przedział wiekowy, to jeszcze okres kontynuacji budowy masy kostnej, dlatego też racjonalne żywienie może decydować o stanie zdrowia w późniejszym wieku [31].

Podstawą prawidłowego odżywiania dzieci i młodzieży jest tzw. piramida zdrowia (Ryc. 1), a jednym z założeń tego odżywiania jest spożywanie produktów ze wszystkich grup żywieniowych lecz w różnych ilościach [31, 39].

Aby dieta była w pełni racjonalna należy do przedstawionej piramidy dodać 4 zasady „u” racjonalnego odżywiania przedstawione przez Bergera [27, 31]:

- Urozmaicenie - każdy posiłek winien zawierać szeroki asortyment produktów spożywczych, a jedzenie powinno być smaczne,
- Umiar - nieprzejadanie się, częstsze posiłki w mniejszych objętościach,
- Unikanie - ograniczenie spożycia dużych ilości cukrów prostych, tłuszczów zwierzęcych i soli,
- Uregulowanie - należy dążyć by posiłki były o tych samych porach, a ich liczba była stała w ciągu dnia.



Rycina 1. Piramida żywienia i zdrowego stylu życia[31]

### Nawyki żywieniowe dziecka otyłego

Otyłość jest to patologiczne nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w organizmie, przekraczające jego fizjologiczne potrzeby oraz możliwości adaptacyjne. W ostatnich latach w wysoko rozwiniętych państwach, również w Polsce, obserwuje się stały wzrost osób otyłych. Problem ten dotyczy zarówno dzieci, jak i młodzieży. W wielu krajach otyłość przybrała problem epidemii, stało się to problemem zdrowia publicznego i jest przyczyną zmian chorobowych. Dzieciństwo i dojrzewanie są okresem krytycznym w rozwoju otyłości, co ma swoje konsekwencje w wieku dorosłym [40, 41, 42].

Szacuje się [44-46], iż czynniki żywieniowe w 20-40% wpływają na powstawanie otyłości wśród dzieci. W związku z tym, należy dokładnie poznać nawyki w zakresie żywienia otyłych dzieci, aby móc korygować błędy dietetyczne, które przyczyniają się do przybierania wagi oraz zapobiegać dalszemu tyciu [4]. Prawidłowe żywienie polega na dostarczeniu organizmowi wszelkich niezbędnych składników pokarmowych w odpowiednich ilościach i proporcjach regularnie rozłożonych w ciągu dnia [46].

### Aspekt ilościowy diety

Nabywanie otyłości traktowane jest najczęściej jako skutek nieprawidłowego odżywiania. Zasadniczą rolę w patogenezie otyłości ma nieprawidłowy styl życia, w którym zmniejszonej aktywności fizycznej towarzyszy nadmierna podaż energii w pożywieniu, czego skutkiem jest nagromadzenie tkanki tłuszczowej w ciele ponad przyjęte normy. O ilości zmagazynowanej w organizmie energii, a więc o ilości tkanki tłuszczowej decyduje tzw. bilans energetyczny ustroju [9, 10].



Całkowity dobowy wydatek energetyczny dzieci otyłych jest większy niż u ich zdrowych rówieśników, co jest wynikiem ich większej masy ciała. Spożycie składników dostarczających energii w przypadku tych dzieci także powinno być wyższe. Niektórzy autorzy [4, 47], na podstawie własnych badań obejmujących dzieci z otyłością olbrzymią wykazali, że spożycie przez nich składników pokarmowych przekroczyło normy odpowiednie dla ich wieku i płci, co korelowało pomiędzy nadmiernym spożyciem składników dostarczających energii. Powyższe dowodzi, zdaniem badaczy, że im większa nadwaga tym większe spożycie [4, 47].

U osób otyłych ze stałą masą ciała podwyższonemu całkowitemu wydatkowi energetycznemu towarzyszy zwykle spoczynkowy wydatek energetyczny podobny do wydatku osób o prawidłowej masie ciała, toteż rozwój otyłości przy dodatnim bilansie energetycznym wymaga dłuższego okresu czasu [39].

Niektóre dzieci mogą dobrowolnie ograniczać spożywanie składników dostarczających energii w zalecanych ilościach dla ich wieku, jak również poniżej zalecanych ilości, mimo to nie będą traciły na wadze [4]. Będzie występowała u nich nadwaga przy należytej ilości spożywanych pokarmów. Ograniczenie podaży energii powoduje adaptacyjne zmniejszenie podstawowej przemiany materii, a przy jednoczesnej zmianie wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym, bilans energetyczny nie będzie ujemny mimo ograniczenia spożycia pokarmów [4].

#### **Aspekt jakościowy diety**

Rozkład posiłków otyłych dzieci w ciągu dnia dostosowany jest do ich zwiększonego zapotrzebowania energetycznego [4]. W celu jego pokrycia większość dzieci podjada między posiłkami. Zazwyczaj otyłe dzieci przyjmują z pożywieniem więcej energii w drugiej połowie dnia, niż w pierwszej. Trudno jest określić ile energii zostaje dostarczone, ponieważ dzieci podjadają automatycznie, gdyż ich poprzednie posiłki nie zaspokajają w pełni głodu. Obserwuje się zależność: ilość energii dostarczonej między posiłkami jest tym większa, im mniej dziecko spożyło na śniadanie i obiad. Dzieci w ten sposób rekompensują niedobór energii powstały w pierwszej połowie dnia. W drugiej połowie dnia są mniej aktywne fizycznie, a wydajność energetyczna posiłku staje się wyższa, co powoduje zmagazynowanie większej ilości energii [4].

Dieta otyłych dzieci jest bogatsza w tłuszcze, a uboższa w węglowodany [4, 10]. Produkty bogato tłuszczowe mają wysokie walory smakowe. Udowodniono, że wysoki procentowy udział tłuszczu sprzyja jego gromadzeniu w postaci tkanki tłuszczowej, ponieważ organizm efektywniej przyswaja tłuszcz znajdujący się w pokarmie niżeli węglowodany. W związku z tym dieta wysokotłuszczowa przekraczająca ich zapotrzebowanie predysponuje przyrostowi masy ciała [4, 10].

Dieta otyłych dzieci bogata jest w tłuszcze i cukry proste, natomiast udział w diecie węglowodanów złożonych i błonnika jest mniejszy [4]. Nadmierne spożywanie słodkich napojów gazowanych przez otyłe dzieci jest częste. Jest to przyjemna i szybka metoda pokrycia zwiększonego zapotrzebowania energetycznego, jednakże sprzyja powstawaniu i utrzymywaniu się nadwagi [4].

#### **Podsumowanie**

Racjonalny sposób żywienia zaspokaja podstawowe potrzeby biologiczne, społeczne i psychiczne człowieka, umożliwiając mu utrzymanie zaprogramowanego genetycznie rozwoju psychicznego i fizycznego [46]. Prawidłowe żywienie dziecka jest niezbędne do utrzymania przez niego dobrego stanu zdrowia, polega na całkowitym

pokryciu zapotrzebowania organizmu w energię oraz wszelkie składniki pokarmowe w odpowiednich ilościach i proporcjach [3, 31]. Kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych od najwcześniejszych lat życia pozwala dziecku prawidłowo się rozwijać i zachować zdrowie w przyszłości. Częste spożywanie posiłków wspólnie z rodziną pozytywnie wpływa na zachowania socjalne dzieci i młodzieży. Dzieci uczą się obserwując swoich rodziców, co jest najwłaściwszą formą kształtowania się przyszłych postaw u dziecka [31, 25, 26]. Dzieciństwo to okres w życiu człowieka, w którym formują się jego postawy determinujące aktualne i przyszłe zachowania dotyczące żywienia. Utrwalone wówczas przyzwyczajenia i nawyki decydują o jego późniejszym stylu życia [48].

Otyłość jest jednym z najbardziej powszechnych stanów chorobowych w rozwiniętych społeczeństwach. W ostatnich kilkudziesięciu latach obserwuje się stałe narastanie liczby otyłych osób w wieku dorosłym. Problem ten dotyczy również dzieci i młodzież [8-10]. Występująca wśród młodocianych nadwaga i otyłość stały się epidemią zarówno Północnej Ameryki, jak i całego świata, stanowiąc poważny problem zdrowotny krajów rozwiniętych gospodarczo [49, 50]. Badania epidemiologiczne wskazują, że otyłość predysponuje do szeregu powikłań mogących mieć wpływ na jakość i długość życia [51].

Nabywanie otyłości traktowane jest najczęściej jako skutek niewłaściwego odżywiania się. Zasadniczą rolę w patogenezie otyłości odgrywa nieprawidłowy styl życia, w którym zmniejszonej aktywności fizycznej towarzyszy nadmierna podaż energii zawartej w produktach bogatotłuszczowych i bogatowęglanowych, co w konsekwencji prowadzi do nadmiernego przyrostu tkanki tłuszczowej [9, 10].

## Piśmiennictwo

- 1 Jeżewska- Zychowicz M.: Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Wyd. SGGW, Warszawa, 2004, 5, 7-11.
- 2 Pilska M., Jeżewska- Zychowicz M.: Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia. Wyd. SGGW, Warszawa, 2008, 17, 20-25: 43-46.
- 3 Socha J., Stolarczyk A., Socha P.: Zachowania żywieniowe - od genetyki do środowiska społeczno- kulturowego. Nowa Pediatria., 2002, 3, 212-217.
- 4 Tounian P.: Otyłość u dzieci. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008, 13-21, 30-38, 58-59.
- 5 Mietus - Snyder M.L., Lustig R.H.: Childhood obesity: adrift in the „limbic triangle“. Ann. Rev. Med., 2008, 59, 147-162.
- 6 Lustig R.H.: Childhood obesity: behavioral aberration or biochemical drive? Reinterpreting the First Law of Thermodynamics. Nat. Clin. Pract. Endocrinol. Metab., 2006, 2, 447-458.
- 7 Balthasar N., Dalgaard L.T., LEE C.E., Yu J., et al.: Divergence of melanocortin pathways in the control of food intake and energy expenditure. Cell., 2005, 4, 493-505.
- 8 Woods S.C., D'Alessio D.A.: Central control of body weight and appetite. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2008, 93, 37-50.
- 9 Baur L.A., O'Connor J.: Special considerations in childhood and adolescent obesity. Cilin. Dermatol., 2004, 22, 338-344.
- 10 Bawa S., Weker H., Vućković A.: Preferencje pokarmowe i nawyki żywieniowe dzieci z nadwagą i otyłością prostą w wieku 2- 7 lat. Ann. UMCS - Polonia, 2003, supl. 13, 69-74.

- 11 Baranowska B.: Zaburzenia neuroendokryne w otyłości pierwotnej. *Post. Nauk Med.*, 1994, 7, 72-76.
- 12 Konturek S.: *Fizjologia człowieka T.IV. Część szczegółowa: Neurofizjologia.* Wyd. UJ, Kraków, 1998, 6, 270-277.
- 13 Zhang Y., Proenca R., Maffei M. et al.: Positional cloning of the Mouse obese gene and its human homologue. *Nature*, 1994, 372, 425- 431.
- 14 Klish W. J.: Otyłość w dzieciństwie. *Pediatr. Dypł.*, 1999, 3, 35-38.
- 15 Boniecka I., Michota- Katulska E., Ukleja A., Czerwonogrodzka A., Kowalczyk E., Szczygłowska A. Zachowania żywieniowe wybranej grupy dzieci w wieku szkolnym w aspekcie zagrożenia otyłością. *Przegl. Lek.*, 2009, 66, 49-51.
- 16 Stephens T., Basinski M., Bristow P.K. et al.: The role of neuropeptide Y in the antiobesity action of the obese gene product. *Nature*, 1995, 377, 530-532.
- 17 Wabittsh M., Bo-Jensen P., Blum W.F. et al.: Insulin and cortisol promote leptin production in celytred human fat cells., *Diabetes*, 1996, 45, 1435-1438.
- 18 Figlewicz D.P., Benoit S.C.: Insulin, leptin, and food Reward: update 2008 *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.*, 2009, 296, 9-19.
- 19 Inui A., Asakawa A., Bowers C.Y., Mantovani G., Laviano A., Meguid M.M.: Ghrelin, appetite and gastric motility: the emerging role of the stomach as an endocrine organ. *FESEB J*, 2004, 18, 439-456. .
- 20 Franek E.: Postępy patofizjologii otyłości i jej głównych klinicznych skojarzeń. *Med. Metabol.*, 2001, 1, 41-52.
- 21 Camfield L.A., Smith F.J., Rosenbaum M., Hirsch J. Human eating: evidence for a physiological basis using a modified paradigm. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 1996, 20, 133-137.
- 22 Pilska M., Jeżewska- Zychowicz M.: *Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia.* Wyd. SGGW, Warszawa, 2008, 17, 20-25, 43-46.
- 23 Whitaker RC.: Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N. Engl. J. Med.*, 1997, 337, 869-873.
- 24 Story M., Neumark- Sztajner D., French SA.: Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J, Am. Diet. Assoc.*, 2002, 102, 40-51.
- 25 Eisenberg M.E., Olsen R.E., Neumark- Sztajner D., Story M., Bearinger L.H.: Correlation between family meals and psychosocial well - being among adolescents. *Arch. Pediatr.*, 2004, 158, 792-796.
- 26 Taveras E.M., Rifas-Shimon S.L., Berkel C.S.: Family dinner and adolescent overweight. *Obes Res.*, 2005, 13, 900-906.
- 27 Stolarezyk A.: *Żywnie dzieci zdrowych [w:] Żywnie dzieci zdrowych i chorych,* Socha J. (red.). Wyd. PZWL, Warszawa, 1998, 74-104.
- 28 Kopczyńska-Hanuszko L.: *Żywnie dzieci powyżej 1. roku życia.* Warszawa, Nutricia Polska, 2005, 6-18.
- 29 Wagner N., Meusel D., Hóger Ch. et. al.: Health promotion in kindergarten children: an assessment of evaluated projects in Germany. *J. Public. Heath.*, 2005, 13, 291-295.
- 30 Jeżewska-Zychowicz M.: *Zachowania żywieniowe konsumentów, a proces edukacji żywieniowej.* Wyd. SGGW, Warszawa, 1996, 7-16.
- 31 Krawczyński M.: *Żywnie dzieci w zdrowiu i chorobie.* Wyd. Help-Med. s.c., Kraków, 2008, 31-179.

- 32 Flis K., Konaszewska W.: Podstawy żywienia człowieka. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna. Warszawa, 1986, 7-12.
- 33 Czerwińska D., Gulińska E.: Podstawy żywienia człowieka. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna. Warszawa, 2005, 8-10, 149-152.
- 34 Mikiel-Kostyra K.: Karmienie piersią warunkiem zdrowia dziecka. *Med. Wieku Roz.*, 2000; supl. 1, 3: 7-114.
- 35 Książek J., Rudzka-Kańtoch Z., Weker H.: Model żywienia niemowląt karmionych piersią i schemat żywienia niemowląt, które nie są karmione piersią. *Med. Prakt. Pediatr.*, 2002; 2: 39-42.
- 36 Weker H., Barańska M., Dyląg H.: Żywność niemowląt w drugim półroczu życia w teorii i praktyce. *Ped. Pol.*, 2006; 10: 724-729.
- 37 Gartner L. M., Morton J., Lawrence R.A., et al.: American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 2005; 115: 496-506.
- 38 Aldous M.B.: Wybrane zalecenia dotyczące żywienia niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym. *Med. Prakt. Pediatr.*, 2000; 3: 19-31.
- 39 Jabrocka A., Motyka M., Kieć-Wilk B.: Otyłość i cukrzyca. Czynniki Ryzyka, 2001, 1- 2, 10-30,
- 40 Kowalska-Dupłaga K.: Wybrane zalecenia dotyczące żywienia niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym. *Med. Prakt. Pediatr.*, 1999, 6, 35-43,
- 41 Wang Y., Beydoun MA., Liang L., et al.: Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity*, 2008, 16, 2323-2330.
- 42 Stark O., Atkins E., Wolff OH., Douglas JWB.: Longitudinal study of obesity i the national syrvey of heath and development. *BMJ*, 1981, 283, 13-17.
- 43 Komosińska K., Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne związane z żywieniem u młodzieży szkolnej w Polsce w latach 1990-1998. *Żyw. Człow. Metab.*, 2001, 28, 17-30.
- 44 Oblacińska A., Jodkowska M.: Sposób żywienia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w Polsce – badania ankietowe. *Med. Wieku Rozwoj.*, 2000, supl. 1, 3, 53-64.
- 45 Jeżewska-Zychowicz M.: Nieprawidłowe zachowania żywieniowe młodzieży w wieku 13-15 lat i ich uwarunkowania na przykładzie zwyczaju pojadania między posiłkami. [w:] Brzozowska A., Gutkowska K. (red.) *Wybrane problemy nauki o żywieniu człowieka u progu XXI wieku*. Wyd. SGGW Warszawa, 2004, 272-278.
- 46 Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007, 17-74.
- 47 Welle S., Forbes G.B., Statt M.: Energy expenditure under free – living conditions in normal weight and overweight women. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1992, 55, 14-21.
- 48 Żuchelkowska K., Wojciechowska K.: *Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych*. Wyd. Margrafen, Bydgoszcz, 2000, 152-171.
- 49 Larson N.I., Story M.: The pandemic of obesity among children and adolescents: what actions are needed to reverse current trends? *J. Adolesc. Health.*, 2007, 41, 521-522.
- 50 Poirer P., Eckel R.H.: Obesity and cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 2002, 4, 448-456.

- 51 Baker J.L., Olsen L.W., Sorenson T.: Childhood body mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N. Engl. J. Med.*, 2007, 357, 2329-2337.

Barańska Agnieszka <sup>1</sup>, Skórzyńska Hanna <sup>2</sup>, Pacian Anna <sup>2</sup>, Siwczyńska Dorota <sup>1</sup>,  
Bojakowska Urszula <sup>3</sup>, Gil Ewelina <sup>1</sup>

## Wpływ mass mediów na stosowanie diet redukujących masę ciała wśród młodzieży

<sup>1</sup> SKN przy Katedrze Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

<sup>2</sup> Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

<sup>3</sup> SKN przy Samodzielnej Pracowni Epidemiologii UM Lublin

### Wstęp

Okres dojrzewania, zwany inaczej adolescencją jest bardzo ważnym, a zarazem trudnym etapem w życiu każdego człowieka. Sam termin *adolescencja* wywodzi się z łacińskiego *adolescere* i oznacza dosłownie wzrastanie ku dojrzałości.

Adolescencja jest pewnego rodzaju okresem przejściowym między dzieciństwem a dorosłością. Najczęściej rozpoczyna się procesem dojrzewania płciowego, ale jednostka może wejść w okres dorastania, nie dojrzewając płciowo i vice versa [44].

Główne zadania adolescencji Orwid i Pietruszewska [33] formułują następująco, jako:

- zakończenie procesu separacji/indywidualizacji rozpoczętego w pierwszym roku życia;
- określenie własnej szeroko pojmowanej tożsamości: ustalenie tożsamości psychologicznej, psychoseksualnej, interakcyjnej, społecznej, ustalenie własnego systemu wartości i określenie własnych celów życiowych.

W okresie dojrzewania człowiek uzyskuje dwie bardzo ważne, z punktu widzenia dalszego rozwoju, zdolności. Po pierwsze zdolność do dawania nowego życia, a po drugie zdolność do samodzielnego kształtowania własnego życia. Każda z wymienionych zdolności przypada na różny wiek, w ten sposób okres adolescencji można podzielić na dwie fazy: wczesną adolescencję i późną adolescencję [32].

W literaturze polskiej z zakresu psychologii rozwojowej Łapińska oraz Żebrowska wyróżniły dwie fazy dojrzewania. Pierwszą z nich nazwały wiekiem dorastania, drugą natomiast wiekiem młodzieńczym [59]. W procesie dojrzewania jednostka potrzebuje oddźwięku z zewnątrz, tak by jej opinie na temat własnej osoby znalazły odzwierciedlenie w tym, jak ją postrzegają inni. Niezwykle silna jest potrzeba aprobaty, uznania, akceptacji przez grupę [25]. Podłożem problemów behawioralnych, które osiągają szczytowe nasilenie u nastolatków, takich jak: przestępczość, nadużywanie substancji psychoaktywnych, celowe samouszkodzenia, jądłowstręt psychiczny często są nierozwiązane naturalne trudności i problemy, pojawiające się w tym okresie życia [17].

Szczególnie zaburzenia odżywiania stanowią poważne ryzyko zdrowotne dla młodych kobiet, gdyż upośledzają w znacznym stopniu ich zdrowie i funkcjonowanie psychospołeczne [26]. Konsekwencje wynikające z nieprawidłowego odżywiania się mogą być niebezpieczne zarówno z punktu widzenia medycznego, jak i psychologicznego oraz społecznego. Problem medyczny związany jest z wyniszczeniem somatycznym organizmu, groźnym dla życia pacjenta, a pomoc polega na uczeniu prawidłowych nawyków żywieniowych. Problemy psychologiczne i społeczne kobiet z zaburzeniami odżywiania wiążą się natomiast z zaburzonym, nierealistycznym obrazem siebie i własnego ciała [26].

Dojrzewająca młodzież ma trudności z prawidłową (adekwatną do rzeczywistości) samooceną masy ciała. Występują tu różnice w zależności od płci. Chłopcy mają skłonność do określania swojej masy ciała jako zbyt małej, ponieważ oceniają ją przez pryzmat „męskości”, czyli cech przydatnych do aktywności fizycznej i sprawnego działania. W tym okresie synonimem męskości i siły są dla chłopców duże rozmiary ciała (duża masa mięśni) i wysoka sprawność fizyczna. Natomiast dorastające dziewczęta twierdzą zazwyczaj, że mają nadmiar masy ciała, oceniają je porównując się do ogólnie obowiązującego „ideału” kobiecości, czyli szczupłej sylwetki [23]. Nastolatka może uważać się za otyłą i ciężką w porównaniu z widywanymi w telewizji znanymi pięknościami. Charakterystyczne jest, że w przeciwieństwie do kobiet starszych, dojrzewające dziewczęta oceniają każdą część swojego ciała oddzielnie, drobiazgowo analizując wymiary i kształt swoich piersi, wymiary ud, pośladków, bioder i brzucha [2].

Postrzeżenie własnej masy ciała, jako zbyt dużej, staje się przyczyną niekontrolowanego stosowania różnorodnych diet lub przeświadczenia o konieczności ich stosowania. Sprzeczność z oczekiwaniami kulturowymi (obowiązujący „ideał”), a także rodziców i rówieśników powoduje, że pojawia się obsesja na punkcie kontrolowania swojej masy ciała [23].

Słowo „dieta” oznacza specjalny sposób żywienia, uwzględniający ilość i jakość spożywanego pokarmu. Jest modyfikacją racjonalnego sposobu żywienia ludzi zdrowych. Modyfikacja ta polega na ograniczeniu, bądź zwiększeniu jednego lub kilku składników w dziennej racji pokarmowej i uwzględnieniu szczegółowych zaleceń dotyczących stosowanych technik kulinarnych [4]. Nazwy diet wywodzą się najczęściej od nazw jednostek chorobowych, nazw narządów (np. dieta cukrzycowa, dieta wątrobowa) [3].

Diety niekonwencjonalne są intensywnie propagowane w środkach masowego przekazu [53]. Każdego roku pojawiają się kolejne „cudowne” diety, wspaniałe pastylki, „wiarygodne” zdjęcia zrobione przed kuracją odchudzającą i wkrótce po niej. Pisma kobiece zawierają opisy nowych diet niemal w każdym numerze [8]. We wszystkich ocenianych przez specjalistów dietach odnotowano niedostateczną zawartość produktów będących źródłem węglowodanów złożonych oraz niewystarczające ilości wapnia. W 5 dietach wartość kaloryczna nie przekraczała 1000 kcal dziennie [50]. Diety niekonwencjonalne mają na ogół niewiele wspólnego z zasadami racjonalnego żywienia, a ich bezkrytyczne stosowanie przez dłuższy czas może doprowadzić do wielu zaburzeń i odchyłeń w stanie zdrowia [53]. Według danych krajowych, od 12% do 21% dziewcząt w wieku dojrzewania odchudza się, w tym część z nich wielokrotnie [51]. Prawidłowe żywienie u osób młodych ma szczególne znaczenie. Wpływa ono na procesy rozrodcze, właściwy stan fizyczny i psychiczny [30].

## Material i metody

W badaniu metodę stanowił sondaż diagnostyczny. Badania prowadzone przy pomocy tej metody pozwalają na poznanie cech zbiorowości w krótkim czasie. Technika badawcza to ankietywanie. W badaniu narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który zawierał pytania zamknięte, otwarte i półotwarte. Wszelkie obliczenia statystyczne zostały wykonane przy pomocy programu S. Statistica.v 8.0. Celem badań było zebranie informacji na temat wpływu mass mediów na posiadania szczupłej sylwetki poprzez stosowanie diet redukujących masę ciała przez młodzież.

## Wyniki

### Stosowanie diety redukującej masę ciała

Na zadane pytanie dotyczące stosowania diety redukującej masę ciała 65% dziewcząt potwierdziło jej stosowanie, a 35% zaprzeczyło. Z przeprowadzonych badań wynika, że spośród wszystkich badanych (120 uczennic) 78 stosowało bądź jest w trakcie stosowania diety odchudzającej. Z przeprowadzonych badań wynika, że znacznie ponad połowa ankietowanych o masie ciała mieszczącej się w normie stosuje bądź stosowała dietę odchudzającą (69%). 80% uczennic z nadwagą stosuje dietę redukującą masę ciała. Natomiast z niedowagą 35% dziewcząt przyznaje się do stosowania diety. Stwierdza się istotną zależność pomiędzy stosowaniem diety a klasyfikacją BMI. ( $\chi^2$  Pearsona: 7,91789,  $df=2$ ,  $p=,019086$ ; Tabela1).

**Tabela 1. Stosowanie diety a klasyfikacja BMI**

Stosowanie diety	KLASYFIKACJA BMI				
		Norma	Nadwaga	Niedowaga	Razem
<b>Tak</b>	Liczba	68	4	6	<b>78</b>
	%	69,39%	80,00%	35,29%	65,00%
<b>Nie</b>	Liczba	30	1	11	<b>42</b>
	%	30,61%	20,00%	64,71%	35,00%
<b>Ogół</b>	Liczba	98	5	17	120
	%	81,67%	4,17%	14,17%	
Chi <sup>2</sup> Pearsona: 7,91789, $df=2$ , $p=,019086$					

### Preferencje nastolatek: być szczupłą czy być zdrową?

Na pytanie: „Co jest dla Ciebie ważniejsze: bycie szczupłą czy zdrową?” zdecydowana większość badanych opowiedziała, że zdrową (65,3%). Dla 34,6% ankietowanych bardziej liczy się bycie szczupłą. Ankietowane, dla których bardziej liczy się szczupła sylwetka ciała od zdrowia biorą pod uwagę możliwości wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych stosowaniem restrykcyjnych diet.

**Tabela 2. Preferencje nastolatek: być chudą czy być zdrową?**

Być chudą czy być zdrową		Rodzaj szkoły		Razem
		Liceum	Gimnazjum	
<b>Chudą</b>	Liczba	10	17	<b>27</b>
	%	25,00%	44,74%	34,62%



<b>Zdrową</b>	Liczba	30	21	<b>51</b>
	%	75,00%	55,26%	65,38%
Ogół	Liczba	40	38	78
	%	51,28%	48,72%	

Zarówno dla gimnazjalistek, jak i licealistek częściej ważniejsze jest bycie zdrową, aniżeli szczupłą. Jednak na uwagę zasługuje fakt, że dziewczęta chodzące do liceum w większym stopniu są o tym przekonane (75%) niż gimnazjalistki 55%. Dla młodszych dziewcząt odwrotnie, bardziej liczy się wygląd (45%) niż zdrowie (25%) (Tabela 2).

### Sylwetka ciała a sukces życiowy kobiet wg nastolatek

Na zadane pytanie: „Czy uważasz, że kobieta sukcesu musi być zgrabna i szczupła?” 23% badanych odpowiedziało, że zawsze sukces wiąże się z wizerunkiem. 38,4% badanych odpowiedziało, że często tak musi być i tyle samo osób (38,4%) odpowiedziało, że figura ciała nie ma wpływu na odniesienie sukcesu życiowego przez kobietę. Na uwagę zasługuje fakt, że młodsze dziewczęta (uczennice gimnazjum) częściej uważają, że aby osiągnąć sukces kobiety powinny być szczupłe (36,8%). W liceum takiego zdania jest tylko 10%. Zatem, stwierdza się istotną zależność pomiędzy opiniami na temat możliwości osiągnięcia sukcesu dzięki szczupłej figurze ciała a rodzajem szkoły i jednocześnie wiekiem ankietowanych. Wraz z wiekiem pojawia się świadomość, że sukces nie zależy od wyglądu (Chi<sup>2</sup> Pearsona: 8,17632, df=2, p=,016773; Tabela 3).

**Tabela 3. Sylwetka ciała a sukces życiowy kobiet wg nastolatek**

Kobieta sukcesu zgrabna i szczupła?		Rodzaj szkoły		Razem
		Liceum	Gimnazjum	
<b>Zawsze</b>	Liczba	4	14	<b>18</b>
	%	10,00%	36,84%	23,08%
<b>Często</b>	Liczba	17	13	<b>30</b>
	%	42,50%	34,21%	38,46%
<b>Nie ma to znaczenia</b>	Liczba	19	11	<b>30</b>
	%	47,50%	28,95%	38,46%
Ogół	Liczba	40	38	78
	%	51,28%	48,72%	
Chi <sup>2</sup> Pearsona: 8,17632, df=2, p=,016773				

### Powody przejścia na dietę

Na postawione pytanie: „jakie były powody przejścia na dietę?” młodzież wskazywała najczęściej jako główną przyczynę niezadowolenie z wyglądu (68% odpowiedzi). Drugim najczęstszym powodem była chęć posiadania idealnej figury (47%). Moda dyktująca posiadanie szczupłej sylwetki ciała była kolejnym czynnikiem (36%). Wpływ miało także wyśmiewanie przez innych ludzi (13%). Rzadziej zachętą do

odchudzania była reklama środka odchudzającego (9%) i względy zdrowotne (1%) (Tabela 4).

**Tabela 4. Powody przejścia na dietę**

Powody diety		Rodzaj szkoły		Razem
		Liceum	Gimnazjum	
Niezadowolenie z wyglądu	Liczba	30	23	<b>53</b>
	%	75,00%	60,53%	67,95%
Docinki i wyśmiewanie przez innych	Liczba	5	5	<b>10</b>
	%	12,50%	13,16%	12,82%
Moda na szczupłą sylwetkę	Liczba	12	16	<b>28</b>
	%	30,00%	42,11%	35,90%
Posiadanie idealnej figury	Liczba	18	19	<b>37</b>
	%	45,00%	50,00%	47,44%
Reklama środka odchudzającego	Liczba	3	4	<b>7</b>
	%	7,50%	10,53%	8,97%
Kłopoty ze zdrowiem	Liczba	1	0	<b>1</b>
	%	2,50%	0,00%	1,28%
Ogółem	Liczba	69	67	136

#### Źródła informacji o stosowanej diecie

Na postawione pytanie: „skąd dowiedziałas się o diecie?” uczennice wskazały, że wiedzę zdobywały łącznie z różnych źródeł. Jako główne źródło wskazywały swoich znajomych (46% spośród wszystkich odpowiedzi). Kolejnym dominującym źródłem był Internet (40%). Nieliczna grupa informację uzyskała z gazet (12%) i telewizji (6%). 9% badanych o konkretnej diecie dowiedziało się od dietetyka. 1% ankietowanych uczennic same opracowały sobie dietę redukującą masę ciała. Informacje o diecie zarówno wśród gimnazjalistek, jak i licealistek w podobnych proporcjach pochodzą z tych samych źródeł (Tabela 5)

**Tabela 5. Źródła informacji o stosowanej diecie**

Źródła informacji o stosowanej diecie		Rodzaj szkoły		Razem
		Liceum	Gimnazjum	
Z Internetu	Liczba	13	18	<b>31</b>
	%	32,50%	47,37%	39,74%
Z telewizji	Liczba	3	2	<b>5</b>
	%	7,50%	5,26%	6,41%
Z gazet	Liczba	4	5	<b>9</b>
	%	10,00%	13,16%	11,54%
Od znajomych	Liczba	17	19	<b>36</b>
	%	42,50%	50,00%	46,15%
Od dietetyka	Liczba	3	0	<b>3</b>
	%	7,50%	2,63%	8,97%
Wymyśliłam sama	Liczba	1	0	<b>1</b>
	%	2,50%	0,00%	1,28%
Ogółem	Liczba	41	44	85

### Wpływ mediów na decyzję nastolatków o odchudzaniu

Z przeprowadzonych badań wynika, że na decyzję o rozpoczęciu stosowania diety w ponad 70% nie ma wpływu wizerunek gwiazd show biznesu. Natomiast ok. 30% badanych uczennic przyznaje się, że wzorując się na osobach medialnych rozpoczynały stosowanie diety. Nie stwierdza się istotnej zależności pomiędzy wpływem wizerunku osób medialnych na decyzję o zastosowaniu diety odchudzającej i rodzajem szkoły do której uczęszczają ankietowane. ( $\chi^2$  Pearsona: 11,6412,  $df=13$ ,  $p=,557263$ ).

### Wiarygodność diet lansowanych w mass mediach

Na zadane pytanie: „Czy uważasz, że diety ukazywane w mass mediach są wiarygodne i pozwalają zrzucić zbędne kilogramy?” 23% dziewcząt odpowiedziało twierdząco, a 43,5% zaprzeczyło. 33,2% natomiast nie ma zdania czy przedstawiane w środkach masowego przekazu diety pozwalają schudnąć. Nie stwierdza się istotnej zależności pomiędzy wiekiem badanych a subiektywnym odczuciem co do wiarygodności diet. ( $\chi^2$  Pearsona: 12,6975,  $df=10$ ,  $p=,241099$ ). Na uwagę zasługują fakt, niewielkiego wzrostu przekonania co do małej skuteczności diet ukazywanych w mass mediach wraz z wiekiem. Interesująca jest również sytuacja pokazująca, iż wraz z wiekiem uczennice nie mają pojęcia czy diety te są wiarygodne.

### Skąd pochodzi potrzeba upowszechniania wzorca szczupłej sylwetki ciała?

Na postawione pytanie skąd badane czerpią wzorzec szczupłej sylwetki 38,4% odpowiedziało, że z potrzeby podobań się innym, 32% przyznało się że pochodzi on z telewizji, a 21,7% z gazet. 20,5% uczennic chce naśladować gwiazdy show biznesu. 15,3% przyznało, że lansują szczupłość podobnie jak ich rówieśniczki (tab. 6).

**Tabela 6. Skąd pochodzi upowszechnianie wzorca szczupłości ciała?**

Skąd pochodzi upowszechnianie wzorca szczupłości?		Razem
<b>Z telewizji</b>	Liczba	<b>25</b>
	%	32,05%
<b>Z gazet</b>	Liczba	<b>17</b>
	%	21,79%
<b>Z potrzeby podobań się innym</b>	Liczba	<b>30</b>
	%	38,46%
<b>Z naśladowania rówieśniczek</b>	Liczba	<b>12</b>
	%	15,38%
<b>Z naśladowania gwiazd show biznesu</b>	Liczba	<b>16</b>
	%	20,51%
<b>Ogół</b>	Liczba	100

Młodzież w większości jest świadoma faktu zależności zdrowia i jakości życia od prawidłowego sposobu odżywiania. 84% badanych zdaje sobie z tego sprawę, a mimo posiadanej wiedzy blisko połowa przyznaje, że nie odżywia się prawidłowo. Zmiany biologiczne zachodzące w okresie dojrzewania wywołują niezadowolenie u znacznej większości dziewcząt. Głównym powodem jest przyrost masy ich ciała. Tylko 17% badanych dziewcząt w pełni akceptuje własny wizerunek. Młodzież odchudza się nieracjonalnie i często niepotrzebnie. Dziewczęta rzadko stosują

konkretne rodzaje modnych diet; najczęściej ograniczały ilość spożywanego jedzenia, stosowały głodówki. Dla zwiększenia efektów stosowanej kuracji odchudzającej wszystkie badane prowadziły aktywność fizyczną. Chętnie też stosowały inne metody przyspieszające proces utraty masy ciała, takie jak środki przeczyszczające, zmniejszające łaknienie czy prowokowanie wymiotów.

Konsekwencją wynikającą z prowadzonej diety był wzrost napięcia emocjonalnego u odchudzających się dziewcząt. Występowały także objawy chorobowe: zwiększona senność, osłabienie, zawroty głowy, łamliwość paznokci, wypadanie włosów, anemia oraz zaburzenia miesiączkowania świadczące o stanach niedoborowych w organizmie młodych dziewcząt. Stosowanie kuracji odchudzającej jest wynikiem chęci posiadania idealnej sylwetki, która ma zapewnić szczęście, dobre samopoczucie i sukces. Problemy zdrowia i choroby związane z niewłaściwym odżywianiem są mniej istotne dla nastolatek, co może wynikać z braku działań edukacyjnych. Edukacja powinna być nastawiona na kształtowanie prawidłowych nawyków i stylów żywieniowych, które gwarantowałyby długotrwałe efekty zdrowotne i pomagałyby w utrzymaniu prawidłowej masy ciała.

## Dyskusja

Media są dobrym narzędziem propagandy. Poprzez właściwy dobór informacji, ich kolejność oraz czas (w przypadku prasy-długość tekstu) poświęcony na przekazanie konkretnych wiadomości można oddziaływać na wiedzę i postrzeganie informacji przez odbiorców [20]. Przemiany mody zależne są od dominującej aktualnie kultury i kształtujących ją ideałów społecznych [39]. Od zarania dziejów za nieodzowny atrybut urody kobiecej uważano młodość. Nie mniej ważna była tusza młodej panny- być grubą oznaczało być modną. Obowiązujący wówczas kanon piękności wskazywał na tuszę kobiety, jako element jej atrakcyjności [8]. Z nastaniem kolejnych epok zaczęły pojawiać się nowe trendy i szczupła sylwetka stała się synonimem lekkości i zyskała na znaczeniu. Według Jablow [15] od lat sześćdziesiątych wzorem kobiety idealnej stały się panie szczupłe, wiotkie, z płaskim brzuchem, które miały realizować się zawodowo i pełnić role społeczne na równi z mężczyznami. Zaczęły więc dbać o swoje wykształcenie, robiły karierę, dbały o sylwetkę.

Poczucie zdrowia jest coraz częściej brane pod uwagę jako czynnik kształtujący indywidualne kariery czy modyfikator szans i osiągnięć życiowych, zaś stosowanie prawidłowej diety jest jednym z najważniejszych elementów prozdrowotnego stylu życia [57].

Wyróżnia się zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne) oraz zagrażające zdrowiu (antyzdrowotne, negatywne). Zachowania zdrowotne kształtują się od wczesnego dzieciństwa w procesie socjalizacji pod wpływem różnych czynników: w domu, szkole, grupie rówieśników, pod wpływem reklamy, informacji, środków masowego przekazu [34].

Treści kultury popularnej rozpowszechnione przez środki masowego przekazu wchodzi już właściwie w każdą dziedzinę. Propagują one określone zwyczaje, wzorce, modele do naśladowania [25]. W społeczeństwie, w którym media utrwalają slogany w stylu: „być szczupłą = być ważną = być szczęśliwą”, coraz więcej nastolatek próbuje realizować to hasło poprzez nadmierne odchudzanie [19].

Ludzie żyjący w krajach wysoko rozwiniętych poddawani są już od wielu lat działaniu magii sugestywnych reklam telewizyjnych. Po obejrzeniu tych przekazów

nasuwa się wniosek, że aby osiągnąć sukces, niezbędny jest piękny wygląd [8]. Wymagana szczupłość z roku na rok jeszcze bardziej szczupleje. Odchodzi wzorzec kobiety idealnej noszącej ubrania z metką rozmiaru 38, dawno także za kanon piękna przestała uchodzić kobieta legitymująca się rozmiarem 36. Obecnie króluje rozmiar 34, chociaż coraz liczniej pojawiają się sygnały o końcu panowania takiego wzoru na korzyść rozmiaru „dziecięcego” 32 [64].

Niebagatelny jest wpływ społeczny kształtujący nowe postawy. Jest to przekaz informacyjny (osoby przysłuchują się opiniom innych w celu wyrobienia własnej opinii) oraz normatywny (osoby zachowują się tak, jak nakazują normy społeczne w celu uzyskania aprobaty innych). Informacyjny wpływ społeczny może służyć do nauczania się, jakie ciało jest aktualnie uważane za atrakcyjne [41]. Negatywne oddziaływania mediów wiążą się z tzw. zjawiskami „idola i gwiazdy” mediów. Ich ryzykowne zachowania zdrowotne nagłaśniane przez środki masowego przekazu, mają bardzo duży wpływ na osobowość odbiorców, szczególnie młodych [54].

Dieta stanowi najważniejszy czynnik prawidłowego rozwoju. Wszelkie nieprawidłowości w zakresie sposobu żywienia nastolatków odbijają się na ich stanie zdrowia, rozwoju fizyczno-umysłowym, zdolności uczenia się, aktywności ruchowej, samopoczuciu i stanie emocjonalnym [27]. Strach przed otyłością może zrodzić niewłaściwe metody odżywiania się lub wyzwolić nawyk naprzemiennego objadania się i przeczyszczania zwłaszcza, że w tym okresie są ku temu sprzyjające psychologiczne uwarunkowania [27].

W II połowie XX wieku poglądy dotyczące sposobu odżywiania zaczęły ulegać zmianie. Szczupła sylwetka stała się symbolem nie tylko piękna, ale także zdrowia. Zarówno medycyna, jak i środki masowego przekazu twierdzą z pełnym przekonaniem, że tłuszcz jest zbędny i szkodliwy [15.] W mediach pojawiło się wiele diet, propagowano żywność o niskiej zawartości tłuszczu, cholesterolu i węglowodanów. Nastąpił gwałtowny rozwój „przemysłu” związanego z zachęcaniem ludzi do dbania o swoją figurę. Wielki wpływ na nasze myślenie i obyczaje w dziedzinie odchudzania i kontroli wagi ma ideał estetyczny lansowany na co dzień przez świat mediów i reklamy. Każdy, kto bezkrytycznie dąży do tych ideałów uzależniając poczucie własnej wartości wyłącznie od kształtów swojego ciała, łatwo ulega modnym trendom zapominając, że moda na odchudzanie opiera się na trzech horrendalnych błędach:

1. Przekonaniu, że każdy człowiek może mieć idealną figurę, jeśli tylko bardzo tego chce.
2. Przekonaniu, że sylwetkę można dowolnie formować - za pomocą diety, ruchu i dyscypliny.
3. Przekonaniu, że ludzie odbiegający od tego ideału są sami sobie winni [38].

Media, a szczególnie Internet i prasa kolorowa na ogromną skalę rozpowszechniły wszelkiego rodzaju diety odchudzające. Właściwie każda gazeta dla kobiet posiada rubrykę, w której znajdują się informacje, jak zredukować masę ciała, jak piękniej i szczuplej wyglądać latem. Według ich autorów ściśle podporządkowanie się zasadom żywienia w określonej propozycji, przyniesie bardzo szybko widoczne efekty. Przyjmując, że rzeczywiście może tak być, należy zastanowić się: na ile dieta odchudzająca odbiega od racjonalnego sposobu żywienia, jaki ma wpływ na nasze zdrowie oraz jakie może mieć konsekwencje [17]. Mass media kreując kult szczupłości wpływają na poglądy młodzieży dotyczące wyglądu zewnętrznego człowieka i jego roli w życiu. Zwłaszcza młode dziewczęta w początkowej fazie dojrzewania bezkrytycznie dążą do osiągnięcia idealnego wzorca. Upatrują sukcesu, szczęścia w idealnym

wyglądzie i szczupłej sylwetce, nawet kosztem zdrowia. Panująca w mediach moda na upowszechnianie wzorca szczupłej sylwetki ma wpływ na stosowanie diet odchudzających wśród młodzieży.

## Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J.W.: Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2002.
2. Abraham S., Llewelyn-Jones D.: Bulimia i anoreksja: zaburzenia odżywiania. Prószyński i S-ka, Warszawa, 1999.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000.
4. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
5. Cierpiałkowska L.: Oblicza współczesnych uzależnień. Wyd. Naukowe UAM, Poznań, 2006.
6. Cieślik E., Filipiak-Florkiewicz A., Tłałka A.: Poziom wiedzy młodzieży na temat chorób powstających na tle wadliwego żywienia. Bromatol. Chem. Toksykol., 2004, 37, 23-29.
7. Czarnocińska J., Wądołowska L.: Preferencje pokarmowe dziewcząt a zagrożenia zdrowotne. Bromatol. Chem. Toksykol., 2004, 37, 87-92.
8. Dalecka M.: Wszystko o odchudzaniu nastolatków. Wyd. Astrum, Wrocław, 2001.
9. Filipiak-Florkiewicz A., Cieślik E.: Zwyczaje żywieniowe uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Krakowie. Bromatol. Chem. Toksykol., 2004, 37 suppl., 17-22.
10. Frankfrt-Nachmias C., Nachmias D.: Metody badawcze w naukach społecznych, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań, 2001.
11. Gawęcki J., Hryniewiecki L.: Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1998.
12. Gerting H., Przysławski J.: Bromatologia. Zarys nauki o żywieniu. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
13. Goodman R., Scott S.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2000.
14. Hasik J., Gawęcki J.: Żywienie człowieka zdrowego i chorego. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2000.
15. Jabłow M.: Anoreksja, bulimia, otyłość. GWP, Gdańsk, 2000.
16. Jarosz M.: Suplementy diety a zdrowie. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008.
17. Jost H.: Droga do wymarzonej wagi: jak uniknąć pułapki diety. Wyd. Sic!, Warszawa, 1995.
18. Józefik B.: Anoreksja i bulimia psychiczna. Collegium Medicum UJ, Kraków, 1996.
19. Kashack E.: Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne. GWP, Gdańsk, 2001.
20. Kleszczewska E., Masłowska J.: Propagowanie zdrowego modelu życia przez środki masowego przekazu a zagrożenia związane ze stosowaniem diet na przykładzie studentów Wyższej Szkoły Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku oraz Państwowego Uniwersytetu im. Janki Kupały w Grodnie. Ginekol. Prakt., 2008, 16, 32-35.
21. Kolanowski W.: Żywność poprawiająca samopoczucie. Żywność, żywienie,

- prawo a zdrowie., 2000, 2, 115-120.
22. Komorowska H.: Metody badań empirycznych w glottodydaktyce. Impuls, Kraków, 2000.
  23. Koło H., Woynarowska B.: Samoocena masy ciała i odchudzanie się młodzieży w okresie dojrzewania. Prz. Pediatr., 2004, 34, 196-201.
  24. Kotarbiński T.: Traktat o dobrej robocie. Wyd. PWN, Łódź, 1957.
  25. Kotlarska-Michalska A.: Wizerunki ról rodzinnych. Wyd. Naukowe UAM, Poznań, 2007.
  26. Latański M., Skórzyńska H., Pacian A.: Wiek a zaburzenia odżywiania u kobiet. Zdr. Publ., 2004, 114, 141-144.
  27. Łepecka-Klusek C., Dońska K.: Reklama a zachowania żywieniowe młodzieży w okresie pokwitania. Zdr. Publ., 2003, 113, 144-147.
  28. Łukasiewicz J.: Z zagadnień logiki i filozofii. PWN, Warszawa, 1961.
  29. Łobocki M.: Metody i techniki badań pedagogicznych. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2003.
  30. Markiewicz R., Charkiewicz W.J.: Wartość odżywcza diet studentów Akademii Medycznej w Białymstoku. Żyw. Człow., 2007, 34, 691-696.
  31. Nitsch-Osuch A., Kędzierska M.: Nawyki żywieniowe młodzieży w wieku gimnazjalnym- co nastolatki jedzą w szkole? Fam. Med. Prim. Care Rev., 2009, 11, 433-436.
  32. Obuchowska I.: Adolescencja, Tom II. PWN, Warszawa, 2000.
  33. Orwid M., Pietruszewski K.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Collegium Medicum UJ, Kraków, 1993.
  34. Pietryka-Michałowska E., Wdowiak L.: Zachowania zdrowotne studentów akademii medycznej. Zdr. Publ., 2004, 114, 326-330.
  35. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B.: Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. Pol. Merkuriusz Lek., 2008, 24, 472-476.
  36. Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Wyd. „Żak”, Warszawa, 2001.
  37. Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Wyd. Żak, Warszawa, 1995.
  38. Samitz G.: Program wellness. Wyd. Sic!, Warszawa, 1995.
  39. Sapir E.: Moda. Wyd. UMCS, Lublin, 1995.
  40. Sułek A.: Ogród metodologii socjologicznej. Scholar, Warszawa, 2002.
  41. Sheridan C., Radmacher S.: Health psychology. Challenging the biomedical model. John Wiley & Sons Inc, Wiley, 1998.
  42. Shuman H.: Artifacts are In the mind of beholder. Am Soc., 1972, 17, 1.
  43. Socha K., Borawska M., Markiewicz R.: Ocena sposobu odżywiania studentek Wyższej Szkoły Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku. Bromatol. Chem. Toksykol., 2009, 42, 704-708.
  44. Sperling A.P.: Psychologia. Wyd. Zysk i S –KA, Poznań, 1995.
  45. Szczerek A.S.: Potrafię zeszczupłeć. Agencja Wydawnicza "Comes", Warszawa, 1994.
  46. Szotowa W., Wachnik Z., Weker H.: Żywność dzieci zdrowych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1997.
  47. Tokarski J.: Słownik wyrazów obcych. Warszawa, 1980.
  48. Turlejska H.: Rola Żywności w życiu człowieka. Żywność, żywienie, prawo a zdrowie, 2000, 2, 218-225.
  49. Uramowska- Żyto: Zachowania żywieniowe i edukacja żywieniowa z perspektywy socjologicznej [w:] Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna. Rocznik II,

- 1995, 5-6, 59.
50. Wawrzyniak A., Hamułka J., Kiełek K.: Ocena diet odchudzających publikowanych w prasie. *Żyw. Człow.*, 2007, 34, 841-845.
  51. Wądołowska L., Słowińska M., Cichon R.: Diety odchudzające a stan odżywienia, spożycie energii i aktywność fizyczna młodzieży. *Now. Lek.*, 2002, 71, 34-39.
  52. Winiarska-Mieczan A., Walkiewicz M.: Ocena wartości odżywczej diet promowanych przez prasę kobiecą. *Żyw. Człow.*, 2008, 35, 301-313.
  53. Włoszczak-Szubda A., Jarosz M., Horoch A.: Rola mediów w promocji zdrowia. *Zdr. Publ.*, 2007, 117, 480-484.
  54. Wyka J., Żechałko-Czajkowska A.: Wiedza Żywnościowa, styl życia i spożycie grup produktów przez studentów I roku Akademii Rolniczej we Wrocławiu. *Rocz. Państ. Zakł. Hig.*, 2006, 57, 381-388.
  55. Zarzeczna-Baran M., Wojdak-Haasa E.: Zachowania zdrowotne studentów Akademii Medycznej w Gdańsku- sposób odżywiania. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2008, 89, 146-150.
  56. Ziemska M.: Rodzina i dziecko. Wyd. PWN, Warszawa, 1986.
  57. Żebrowska M.: Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży. PWN, Warszawa, 1982.
  58. Żegnałek K.: Metody i techniki stosowane w badaniach pedagogicznych. Warszawa, 2008.





# PROBLEMY WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny





**Tokarczyk Kornelia, Mazur Katarzyna Paulina**

## **Zalecenia dla turystów wyjeżdżających na tereny Australii i Wysp Południowego Pacyfiku**

Studenckie Koło Naukowe Tropik, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wstęp**

Australia i Wyspy Południowego Pacyfiku to obszary półkuli południowej obejmujące przede wszystkim strefę klimatów zwrotnikowych i równikowych. Reprezentują one różnorodne warunki klimatyczne. Znajdują się tu tropikalne lasy monsunowe, sawanny, pustynie, stepy, wysokie góry, a także miejsca będące pod wpływem działania czynnych wulkanów, gejzerów i gorących źródeł.

Swoje zamorskie terytoria posiadają tu państwa: Francja, Wielka Brytania oraz Stany Zjednoczone. Obszar ten zamieszkuje ponad 34 mln ludzi rozproszonych na powierzchni ponad 8,5 mln km<sup>2</sup>. Najbardziej zaludnionym miastem jest Dżakarta (9,5 mln mieszkańców). Gęstość zaludnienia jest bardzo nierównomierna. Walutą Australii i Wysp Południowego Pacyfiku są dolary [1].

Australia ma dobrze rozwinięty przemysł turystyczny i system opieki zdrowotnej. Praktycznie wolna jest od lokalnych ognisk zagrażających życiu turystów, jednak warto przedsięwziąć pewne środki ostrożności, szczególnie gdy podróżujemy na tereny wiejskie i mało zamieszkałe. W tej pracy skupimy się głównie na kwestii zdrowia i bezpieczeństwa osób podróżujących: szczepieniach, zagrożeniach związanych z fauną, chorobach tam występujących oraz ich zapobieganiu [2].

Australia posiada trzy główne obszary klimatyczne: chłodne, mokre zimy i gorące, suche lata na południowym wybrzeżu, gdzie znajduje się większość mieszkańców; suche zimy i gorące, mokre lato na północy; jałowe regiony centralnej Australii z rzadkimi silnymi opadami i powodzią. Ma to wpływ na różną aktywność komarów, które są przyczyną przenoszenia wielu chorób na ludzi, w zależności od pory roku i szerokości geograficznej. Oczywiście jest, że w porach najbardziej deszczowych i wilgotnych cykl życiowy komara ulega aktywacji i jego populacja rośnie. Na południu Australii zakażenie wirusami związanymi z insektami jest największe od listopada do stycznia, a na północy od grudnia do maja [3].

### **Szczepienia**

Jedyną szczepionką obowiązkową dla wszystkich podróżujących jest żółta gorączka. Choroba ta jednak nie stanowi zagrożenia na terenie Australii i Wysp Południowego Pacyfiku. W przypadku podróży do tych rejonów możemy zaszczepić się jedynie szczepieniami zalecanymi, nierefundowanymi [1,4].

Szczepienia zalecane przy wyjazdach zagranicznych (u osób z prawidłowo zrealizowanym kalendarzem szczepień):

**WZW A:** Fidżi, Guam, Kiribati, Nauru, Niue, Nowa Kaledonia, Papua-Nowa Gwinea, Polinezja Francuska, Samoa, Vanuatu, Wyspy Salomona, Wyspy Cooka, Wyspy Marshalla, Wallis i Futuna, Mariany Północne

**WZW B:** Fidżi, Australia, Guam, Kiribati, Nauru, Niue, Nowa Kaledonia, Nowa Zelandia, Papua-Nowa Gwinea, Polinezja Francuska, Samoa, Vanuatu, Wyspy Salomona, Wyspy Cooka, Wyspy Marshalla, Wallis i Futuna, Mariany Północne

**Dur brzuszny:** Fidżi, Guam, Kiribati, Nauru, Niue, Nowa Kaledonia, Papua-Nowa Gwinea, Polinezja Francuska, Samoa, Vanuatu, Wyspy Salomona, Wyspy Cooka, Wyspy Marshalla, Wallis i Futuna, Mariany Północne

**Japońskie zapalenie mózgu** (podczas dłuższego pobytu, szczególnie na terenach wiejskich i z niskim standardem higienicznym): Australia, Guam, Papua-Nowa Gwinea, Mariany Północnej [5-20].

### Zatrucia pokarmowe

Osoby podróżujące na tereny Australii i Wysp Południowego Pacyfiku powinny uważać na to, co jedzą i piją, by uniknąć biegunki podróżnych, choć generalnie zachowany jest tu wysoki standard żywności. Na wystąpienie biegunki duży wpływ ma status socjoekonomiczny obszaru, a co za tym idzie - standard sanitarno-higieniczny, do którego się udajemy. Większe ryzyko biegunki wystąpi więc nie w dużych miastach Australii, lecz na obszarach niezamieszkałych, regionach wiejskich kontynentu australijskiego oraz szeregu wysp Południowego Pacyfiku. Należy unikać ryb z rafy (zwykle mięsożernych), które mogą powodować zatrucie toksynami morskimi-ciguaterę. Spożycie wody generalnie jest bezpieczne. Podróżując po terenach wiejskich i oddalonych powinno się pić tylko wodę butelkowaną. Nie należy pić bezpośrednio ze strumieni i rzek, woda powinna być przegotowana lub inaczej oczyszczona przed konsumpcją [2].

Niekiedy biegunki mają charakter epidemiczny, zwłaszcza kiedy szerzą się drogą wodnopochodną, do których należą epidemie cholery, salmonellozy. W 2009 i 2010 roku zanotowano po raz pierwszy w historii wybuch epidemii cholery na wybrzeżach Papui-Nowej Gwinei- 5039 zachorowań i 79 zgonów. Liczby te różniły się w poszczególnych częściach wyspy, w związku z różnymi praktykami pogrzebowymi, dostępnością wody, higieną rąk. Ze względu na utrudnione dotarcie do niektórych stron dotkniętych epidemią (jedynie poprzez samoloty i łódki), dokładne zliczenie liczby chorych nie było możliwe [21].

Szczepionka przeciwko cholercie nie jest zalecana. Choroba ta stanowi dla turystów niskie ryzyko infekcji [22].

### Malaria

Najwięcej przypadków tej choroby odnotowuje się na południe od Sahary. Malaria na terenie Australii i Wysp Południowego Pacyfiku występuje głównie w Nowej Gwinei, na Wyspach Salomona i Vanuatu. Jest to najczęstsza choroba, na jaką zapada ludzkość, obok HIV/AIDS i gruźlicy. Na zachorowanie najbardziej narażone są małe dzieci i kobiety w ciąży. Zimnica jest chorobą przenoszoną przez 4 gatunki zarodźców: *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium ovale*. Najczęstszą przyczyną zachorowania jest *Plasmodium falciparum* i *Plasmodium vivax* (80-95%). Ich cykle rozwojowe zależne są między innymi od temperatury. Przy niskich

temperaturach cykl życiowy pasożyta ulega zahamowaniu. Do rozwoju komara konieczne jest środowisko wodne, w którym składane są jaja, rozwijają się i żyją larwy.

Cykl życiowy zarodźca malarii składa się z części płciowej (sporogonia – zachodzi w organizmie samicy komara i trwa średnio od 9 do 21 dni) i bezpłciowej (schizogonia – ma miejsce w ciele człowieka). Pasożyt przenoszony jest na człowieka podczas ssania krwi przez komary (samice około 70 gatunków) i wnika do erytrocytów oraz hepatocytów. W przypadku *Plasmodium ovale* i *Plasmodium vivax* występuje postać uspiona zarodźca malarii tzw. hipnozoity. Mogą się one uaktywnić po tygodniach, a nawet latach od zarażenia. Ponowne ukłucia człowieka przez samice komara i zassanie przez nią mikro- i makrogametocytów umożliwia dokończenie cyklu pasożyta w organizmie owada.

Malaria dzieli się na okres bezobjawowy (schizogonia wątrobowa i pierwszy cykl krwinkowy), po którym następuje okres objawowy. Napad malarii dzieli się na trzy charakterystyczne fazy występujące najczęściej w stałych odstępach czasowych (co 48 lub 72 godziny):

1. faza zimna – uczucie zimna, dreszcze;
2. faza gorąca – gorączka często powyżej 40 stopni Celsjusza, uczucie gorąca, suchość skóry i błon śluzowych, zaburzenia świadomości, śpiączka, bóle brzucha związane z powiększeniem śledziony;
3. faza ustępowania objawów – gwałtowne obniżenie temperatury ze zlewnymi potami;

Inne objawy są mniej specyficzne i zaliczamy do nich zaburzenia przewodzenia pokarmowego (nudności, biegunka, wymioty, nieżyt żołądkowo-jelitowy), hiperbilirubinemia, niedokrwistość, małopłytkowość, złe samopoczucie, splątanie.

Zarażenie *Plasmodium falciparum* wiąże się z nieregularnością napadów, ciężkimi powikłaniami i największą śmiertelnością wynoszącą 15-20%.

Rozpoznanie malarii opiera się na wykazaniu obecności pasożyta w preparacie krwi wykonanym metodą grubej kropli i zabarwionym odczynnikiem Giemsy. Ważne jest powtarzanie badania kilkakrotnie w ciągu dnia przez 3 dni, co ma związek z dobowym cyklem *Plasmodium* [23].

## **Wirusowe zapalenie wątroby (WZW)**

W Australii i Wyspach Południowego Pacyfiku najczęściej występującym typem wirusowego zapalenia wątroby jest typ B. Każdego roku około 4,5 mln Australijczyków podróżuje za granicę. Częstym miejscem wypraw jest południowo-wschodnia i wschodnia Azja, która jest miejscem wysokiej liczby zachorowań na WZW typu B. Oszacowano, że 30 – 50% podróżujących Australijczyków zachoruje albo ulegnie urazowi w czasie podróży. Dlatego przebywając w krajach Oceanii trzeba zdawać sobie sprawę z możliwego zakażenia wirusem zapalenia wątroby. Niosące ryzyko zachowania to między innymi: piercing, tatuaże, akupunktura, stosunki płciowe bez zabezpieczenia, stosowanie dożylnych narkotyków, a także zabiegi wykonywane w szpitalu i u stomatologa. Aż 49% podróżujących będzie miało kontakt z przynajmniej jednym z czynników ryzyka.

Choroba wątroby spowodowana zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B stanowi globalnie olbrzymi problem. Na całym świecie liczbę nosicieli szacuje się na 350 mln. Ocenia się, że wirus HBV zakażył ponad 2 mld obecnie żyjących ludzi w którymś momencie ich życia. 75% wszystkich przewlekłych nosicieli żyje w Azji i na obrzeżach zachodniej części Pacyfiku. U około 90% dzieci zarażonych w pierwszym roku życia rozwiną się przewlekłe powikłania WZW typu B. W przybliżeniu 600 tys. ludzi umiera każdego roku z powodu powikłań WZW typu B. U zarażonej osoby wirus HBV jest

obecny we wszystkich płynach ustrojowych (poza kałem), dlatego zarażenie następuje nie tylko przez krew, ale i poprzez nasienie, ślinę, pot, łzy, mleko. HBV jest odpornym wirusem, który może przetrwać skrajne warunki temperatury i wilgotności. Wirus ten jest nawet do 100 razy bardziej zakaźny niż wirus HIV.

Czynnikiem zakaźnym WZW typu B jest dwuniciowy DNA z grupy hepadnawirusów. Okres wylegania trwa od 4 do 26 tygodni (średnio 2 miesiące). Stan nosicielstwa występuje u około 1% zakażonych. Przejścia w piorunujące zapalenie wątroby prowadzącej do ostrej niewydolności wątroby ze zmianami martwiczymi występuje w mniej niż 1% przypadków zachorowań. Natomiast przewlekłe zapalenie wątroby pojawia się u 5-10% zakażonych. W przypadku WZW typu B istnieje ryzyko wystąpienia u chorego raka wątrobowokomórkowego.

Objawy WZW typu B obejmują: osłabienie, żółtaczkę (zażółcenie powłok skórnych), ciemny mocz, nudności, wymioty, bóle brzucha.

Prewencja WZW typu B obejmuje szczepionkę podawaną dzieciom i dorosłym. Jest ona bezpieczna i w 95% chroni przed zachorowaniem na wirusowe zapalenie wątroby typu B.

Według danych WHO od 1982 roku na świecie zużyto ponad miliard dawek tej szczepionki. W 1992 roku tylko w 31 krajach istniało powszechne szczepienie dzieci na WZW typu B, natomiast w 2006 roku obowiązek ten istniał już w 164 państwach. Dzięki programom szczepień zanotowano znaczący spadek liczby zachorowań dzieci z około 12% do wartości poniżej 1% [24,25,26].

## **Filariozy**

Problem filariozy na terenach Południowego Pacyfiku raczej można zaliczyć do minionych. Światowy Program Eliminacji Filariozy został uruchomiony w 1999 roku pod patronatem WHO i przyczynił się do wprowadzenia na masową skalę dystrybucji leków (MDA - masowa dystrybucja leków), co umożliwiło ogólnodostępne leczenie filariozy wśród milionów ludzi. W krajach, takich jak: Wyspy Cooka, Kiribati, Niue, Tonga, Vanuatu udało się osiągnąć bezpieczny progowy poziom występowania microfilaremii. Specjalnie dostosowane interwencje były potrzebne na Marshall, Kaledonia, Palau, Wallis i Futuna, które miały zapadalność poniżej 1% na poziomie krajowym, ale wysoki procent na niektórych wyspach. Papua Nowa Gwinea stanowi szczególne wyzwanie. Program eliminacji filariozy połączony z eliminacją malarii jest priorytetem dla WHO. Równie istotna jest opieka nad tymi, którzy już zachorowali i cierpią na szpecące konsekwencje choroby. W 2009 roku taka opieka została wprowadzona w Fidżi, lecz inne kraje wymagają interwencji [27].

Region Południowego Pacyfiku można uważać za podatny na filariozę z kilku powodów. Istnieją dane mówiące o tym, że zdarzały się ponowne wybuchy epidemii po ustaniu zachorowań i wycofaniu w związku z tym masowego leczenia. Również wektor zakażenia-Aedes polynesiensis jest aktywny za dnia i może rozmnażać się w kryjówkach krabów, czyniąc metody jego kontroli nieskutecznymi. Liczne migracje mieszkańców wysp mogą przyczyniać się do występowania choroby na terenach, gdzie nie wprowadzono masowej dystrybucji leków. Wreszcie, badania mające na celu ustalić, czy zagrożenie ustało, jest utrudnione ze względu na niejednorodny rozkład występowania infekcji, który może różnić się nawet pomiędzy sąsiednimi miastami. Liczba zachorowań w grupie obserwowanej nie musi odzwierciedlać więc liczby zachorowań w całej populacji [28].

## **Trachoma (Jaglica)**

Trachoma jest zaraźliwą infekcją oka, którą powoduje bakteria *Chlamydia trachomatis*. Nawracające infekcje mogą prowadzić do blizn na powiekach i zrastanie się rzęs, a w konsekwencji do ślepoty. Australia jest jedynym rozwiniętym krajem na świecie, gdzie trachoma nadal istnieje. Obejmuje ludność Aborygenów, wyspy cieśniny Torresa, Australię Południową i Zachodnią. Szczególnie narażone są dzieci. Jaglicą można się zarazić poprzez kontakt bakterii z okiem. Bezpośrednio (np. podczas gier dzieci) poprzez palce, przedmioty codziennego użytku, muchy lądujące na twarzy dziecka. Niezwykle ważne jest więc zachowanie higieny, szczególnie czystości twarzy i okolic oczu [29].

## **Zagrożenia w wodzie i na łądzie**

### 1. Schistosomatoza i leptospiroza

Nieludzka odmiana Schistosomozy jest szeroko rozpowszechniona na północnym wybrzeżu Australii. Infekcja następuje przez penetrację przez skórę, podczas brodzenia lub pływania w wodzie. Może powodować Cerkariowe Zapalenie Skóry, choć poważniejsze odmiany tej choroby, jak gorączka Katayama raczej nie występuje przy zakażeniu nieludzką odmianą schistosomozy.

Podczas spływów przez górskie rzeki trzeba pamiętać o tym, że wybuchy epidemii leptospirozy miały miejsce w Australii i należy unikać picia wody bezpośrednio ze strumienia. Należy zakryć rany i otarcia, przez które mogą dostać się mikroorganizmy powodujące leptospirozę [2].

### 2. Krokodyle

Na terenie Australii możemy spotkać krokodyla słonowodnego - *Crocodylus porosus*. Jest to ogromny gad podobny do aligatora, choć bardziej od niego niebezpieczny. Odnotowuje się głębokie rany i przypadki śmiertelne po ataku. Można ich jednak unikać. Obszary zamieszkałe przez krokodyle są często oznakowane, na co turyści powinni zwracać uwagę i szukać miejsc do pływania odpowiednio oznakowanych [2].

### 3. Poparzenia

Kolejne zagrożenie stanowią: meduzy Kostkowce (widziane z góry są kwadratowe), ośmiornica *Hapalochlaena* (pokryta charakterystycznymi niebieskimi obwódkami), stożki. Aby zapobiec poparzeniu, nurkując czy pływając nie należy dotykać zwierząt, a nawet skał, gdyż mogą się nimi okazać zakamuflowane zwierzęta jadowite. Chodząc zaś po plaży należy uważać, by bosą nogą nie nadepnąć na wyschnięte szczątki zwierząt wodnych [2].

Pierwsza pomoc po zaatakowaniu przez morskie zwierzęta powinna być uzależniona od stanu osoby poszkodowanej. Przede wszystkim należy wyjść na brzeg, w razie konieczności stosować zabiegi resuscytacyjne. Krwawienia, o ile nie zagraża życiu, nie należy tamować, gdyż pomaga to w pozbyciu się jadu z organizmu. Tkwiące w ranie kolce należy usunąć delikatnie używając gumowych rękawiczek. Ranę można przemyć wodą morską, następnie polewać gorącą wodą kilkanaście do kilkudziesięciu minut, aż do ustąpienia dolegliwości bólowych. Stosuje się także rozgrzane roztwory kwasów. Ranę należy zawsze zdezynfekować, pokryć opatrunkiem. Zawsze w przypadku kontaktu z jadowitym zwierzęciem wodnym konieczna jest wizyta u lekarza [30].

### 4. Rekiny

W latach 1996-2000 zanotowano na terenie Australii 6 ofiar śmiertelnych i 12 rannych. Rekiny występują niemal w każdym stanie Australii. Należy pływać w miejscach strzeżonych, postępować zgodnie z instrukcjami ratowników [2].



## 5. Jadowite węże

W Australii każdego roku 5 tys. ludzi umiera od ukąszeń jadowitych węży. O wprowadzeniu jadu świadczy ból w miejscu ukąszenia, obrzęk, zaczerwienienie. Toksyna prowadzi do zaburzeń oddychania, niedowładu mięśni, ślinotoku, nudności, omdleń, krwawienia z nosa, dróg moczowych, oraz zatrzymania moczu.

Na tym terenie występuje wiele gatunków jadowitych węży: Nibykobra południowa, Tajpan (zwany najbardziej jadowitym wężem świata), Mulga, Zdradnica śmiertcionośna, Czarny wąż czerwonoobruchy, Wąż tygrysi. Generalnie unikają one ludzi, choć możemy być ugryzieni niechcący stając na wężu lub wchodząc na jego terytorium godowe [2].

Po ukąszeniu należy: założyć na kończynę opaskę uciskową powyżej rany, co opóźni rozprzestrzenianie się jadu i zwiększy jego wypływ z rany. Nie wolno nacinać skóry ani odsysać krwi. Opaskę należy zdejmować co 10-20 min. na 1-2. min przez 2h. Na miejsce zranienia nałożyć jałowy opatrunek, kończynę unieruchomić. Pacjent powinien unikać zbędnych ruchów. Jak najszybciej należy udać się do punktu medycznego, aby podać surowicę. Bardzo ważna jest identyfikacja węża, więc gdy to możliwe, warto go zabrać ze sobą [31].

### 1. Pająki

Pająki są małe, więc mogą ugryźć bez świadomości poszkodowanego, dlatego szczególnie ważna jest czujność. Występują tu takie odmiany, jak: *Latrodectus Hassetti* (kuzyn czarnej wdowy), ptasznik australijski, Podkopnik. Pająki spotykane są również na terenach miejskich: nowa południowa Walia i wschodnie wybrzeże [2].

## 7. Roztocza i kleszcze

Występujący w północno-wschodniej Australii dur zaroślowy (gorączka rzeczna) – objawia się gorączką, wysypką oraz charakterystycznymi strupami. Może być spowodowany ugryzieniem przez niedojrzałe roztocza lub pchły zainfekowane *Rickettsia tsutsugamushi* (*Orientia tsutsugamushi*). Osoby spacerujące w zaroślach powinny nosić odzież zakrywającą nogi, używać repelentów oraz impregnować ubranie. Jeśli w miejscu ukłucia przez kleszcza po 24-48 h pojawiła się zmiana trzeba zgłosić się do lekarza [2].

Powszechnie znany jest przypadek słynnego Łowcy Krokodyli – Steve’a Irwina. W 2006 roku został on śmiertelnie zraniony przez płaszczkę, w czasie kręcenia jednego ze swoich dokumentów. Steve został ugodzony w pierś przez kolec płaszczki, co doprowadziło do licznych wewnętrznych obrażeń i zgonu [32].

## **Wirusy**

Wiele wirusów występujących na terenach Australii i Wysp Południowego Pacyfiku jest spotykanych w innych częściach globu. Artykuł ten skupi się na tych, które najbardziej dotyczą turystów. W związku z ekspansją turystyki przygodowej powinni oni być świadomi ryzyka zakażenia australijskimi wirusami, które mogą wywoływać szereg chorób.

Najliczniejsze są wirusy z rodzaju alphawirusów, szczególnie wirus rzeki Ross i Barman Forest Virus. Powodują one głównie bóle stawów, z lub bez gorączki i wysypki. Groźniejsze wirusy są rzadziej spotykane. Należą do nich: wirus zapalenia mózgu doliny Murray, wirus Kunjin. Ponadto wirus dengi pojawia się okresowo w północnej części stanu Queensland, a ostatnio japońskie zapalenie mózgu na wyspach cieśniny Torresa i na cyplu północnego Queensland.

W znacznie mniejszym stopniu zagrożeniem są wirusy przenoszone przez nietoperze, jak wirus wścieklizny, czy wirus Hendra [3].

## Denga

Stosunkowo nowym zagrożeniem jest dramatycznie rozprzestrzeniający się na nowe terytoria wirus dengi. Choroba ta występuje bowiem szczególnie na terenach miejskich, gdzie nieodpowiednio przechowywana żywność i problem utylizacji odpadów sprzyja rozmnażaniu się komarów. Urbanizacja prowadzi więc do zwiększenia liczby komarów - wektorów zakażenia, a co za tym idzie - zagrożenia wybuchu dengi [33]. Z pewnością znaczenie ma też wzrost podróży międzynarodowych - szczególnie dotyczących obszarów endemicznego występowania dengi, takich jak sąsiadujących z Australią krajów południowo-wschodniej Azji [3].

Chorobą można zakazić się wyłącznie poprzez ukłucie komara, szczególnie z gatunku *Aedes aegypti*. Sporadycznie notowany jest udział małp.

Wirus dengi należy do grupy flavivirusów, podobnie jak wirus żółtej gorączki. Wobec niej wykazuje odporność krzyżową, dlatego też zachorowania na dengę i żółtą febrę nie występują w biotopie równoległe, w przeciwieństwie do typów wirusa dengi, w przypadku których teoretycznie można zachorować na wszystkie typy. Obecnie nie ma szczepionki zapobiegającej zakażeniu [34].

Kilka lat po dużej epidemii dengi w 1998 r. Państwa Członkowskie na Zachodnim Pacyfiku zanotowały zwiększoną liczbę przypadków zachorowań. W latach 2001-2002 zanotowano 100 000 przypadków, a w latach 2007- aż 200 000. W 2009 roku takie kraje, jak: Samoa Amerykańskie, wyspy Cooka, Polinezja Francuska, Nowa Kaledonia zarejestrowały wysokie wskaźniki częstości występowania przypadków dengi [35]. Za tereny endemiczne gorączki Denga uznaje się obszar północnej Australii w stanie Queensland [36].

Odrodzenie się dengi jest znaczącym światowym problemem zdrowotnym. W związku ze wzrostem liczby i gatunków wektorów region stał się podatny na ponowne pojawienie się epidemii. *Aedes aegypti* najbardziej rozpowszechniony jest w stanie Queensland, jednak coraz większym problemem są inne wektory zakażenia, na przykład *Aedes albopictus*, który szerzy dengę na wyspach cieśniny Torresa. W związku z prognozowanymi zmianami klimatycznymi denga przywidyuje się rozszerzać w kierunku południowym, choćby na Nową Południową Walię [37].

Denga jest więc jedną z tych chorób, która powinna być rozważana w diagnostyce różnicowej gorączki u osób powracających z Australii i Wysp Południowego Pacyfiku, szczególnie podczas zanotowanej epidemii. Podejrzenia powinny wzbudzić: wysoka gorączka (40 ° C), której towarzyszą dwa z następujących objawów: silny ból głowy, ból za oczami, ból mięśni i stawów, nudności, wymioty, obrzęk węzłów chłonnych lub wysypka. Objawy zwykle trwają 2-7 dni, po 4-10 dniowej inkubacji wirusa [38].

Ponowne zarażenie innym typem wirusa dengi może skutkować wyjątkowo groźną postacią choroby- gorączką krwotoczną denga i zespołem wstrząsowym-DHF/DSS. Prowadzi ona ostatecznie do krwawień do jam ciała z objawami wstrząsu, utratą przytomności, a nawet śmierci [34]. Po ponad stuletniej przerwie na terenie Australii pojawiły się ponownie przypadki śmiertelne w związku z DHF/DSS. Z tego właśnie powodu turyści, którzy chorowali już na dengę powinni unikać podróży na tereny występowania wirusa [3,37].

## Wirus rzeki Ross (Ross River Virus, Ross River Fever, RRF)

Jest to najczęściej spotykana endemiczna choroba Australii i Wysp Południowego Pacyfiku spowodowana wirusem z rodziny alphawirusów. Pierwsza

wzmianka o pojawieniu się zapalenia stawów, prawdopodobnie w wyniku zakażenia Wirusem Rzeki Ross, został opisany we wschodniej Australii i Nowej Gwinei na przełomie XIX i XX wieku. RRF został po raz pierwszy zidentyfikowany w organizmie komara w 1966r. i połączony z występowaniem epidemii zapalenia stawów. Opisano trzy genotypy tego wirusa, jednak to Genotyp 2 jest odpowiedzialny za większość zachorowań. Gatunki komarów związane z RRF to, przede wszystkim, *Aedes vigilax* i *Aedes camptorhynchus*. Wirus nie jest przenoszony z człowieka na człowieka. Rocznie liczba zakażeń wynosi od 2000 do 8000.

Ross River Fever poza ludźmi dotyka także inne ssaki (głównie torbacze, a także bardzo rzadko - konie, psy, świnię). Zakażenie może pojawić się w każdym wieku (głównie 25-44 rok życia), w zależności od ekspozycji, chociaż rzadkością jest jej występowanie u dzieci. Okres inkubacji w organizmie zarażonej osoby trwa od 3 do 21 dni. Większość zakażeń RRF przebiega bezobjawowo. Pojawiające się symptomy to zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zmęczenie, bóle mięśni, niska gorączka. Po kilku dniach może pojawić się także wysypka. Najbardziej charakterystycznym objawem jest symetryczna sztywność i obrzęk głównie małych stawów kończyn dolnych i górnych (80-90% zakażonych). Mogą wystąpić także stany zapalne ścięgien oraz długotrwałe bóle głowy. Ostre zapalne objawy stawowe pojawiają się poprzez uwalnianie mediatorów zapalnych z zakażonych monocytów/makrofagów. Powrót do zdrowia trwa do miesiąca. Ciężkie dolegliwości stawowe utrzymują się dłużej u 1/10 zakażonych. Całkowity powrót do zdrowia może trwać nawet miesiące, lata. Rzadkim powikłaniem jest zapalenie kłębuszków nerkowych. Zapalenie stawów ustępuje nie pozostawiając trwałego uszczerbku na zdrowiu. Nie zostało udowodnione powodowanie zapalenia mózgu przez RRF. Przebiecie choroby uodparnia na dany typ genomu wirusa.

Diagnostyka opiera się na wykryciu swoistych przeciwciał klasy IgM lub IgG. Ponadto we krwi obserwuje się podniesiony CRP oraz brak obecnego RF przy zajęciu stawów (czynnika reumatoidalnego pozwalającego na różnicowanie z reumatyzmem).

### **Barmah Forest Virus (BFV) i Sindbis Virus**

Wirusy przenoszone przez komary. Objawy kliniczne są podobne do RRF. W przebiegu BFV wysypka trwa zwykle dłużej, natomiast zmiany w stawach mają lżejszy przebieg. Od 25 do 30% chorych zdiagnozowanych z Wirusem Rzeki Ross, w rzeczywistości zostało zakażonych BFV. *Sindbis Virus* to alphawirus spotykany również w innych częściach świata (między innymi w USA, Skandynawii, Afryce). Za przenoszenie wirusa na ludzi odpowiedzialne są kręgowce, zwłaszcza ptaki [3].

### **Zapalenie mózgu doliny Murray (Murray Valley Encephalitis Virus, MVEV)**

Choroba wirusowa przenoszona przez komary z gatunku *Culex annulirostris* wywoływana przez Flavovirusa. Jej pierwsze odnotowanie łączone jest ze wzmiankami zapalenia mózgu na wschodnim wybrzeżu Australii na początku XX wieku. W latach 50. i 70. wystąpiły dwa wybuchy epidemii MVEV. Miejscem o największej liczbie zachorowań pozostaje Kununurra w regionie Kimberley (północno-zachodnia Australia) i północna Tanzania. Wirus związany jest z komarami z gatunku *Culex annulirostris*, wędrownymi ptakami wodnymi, a także niektórymi torbaczkami i ssakami. Choroba ta dotyczy rejonów z silnymi opadami deszczu lub powodzią. Okres inkubacji wirusa trwa do 4 tygodni. Wiele zachorowań przebiega bezobjawowo, niespecyficycznie lub jedynie z gorączką, co

utrudnia dokładne ocenienie skali występowania MVEV. Oszacowano, że rocznie choruje od 1000 do 1500 osób. Wirus nie może być transmitowany z człowieka na człowieka [39].

Zapalenie mózgu doliny Murray u dzieci i objawia się nagłym początkiem z wysoką gorączką i drgawkami, natomiast u dorosłych gorączką, bólem głowy i zmianami nastroju. Porażenie nerwów czaszkowych, sztywność mięśni, drżenia są objawami zajęcia istoty szarej mózgu przez flavowirusy. Zmiany dotyczą także rdzenia kręgowego, a te zachodzące na terenie ośrodkowego układu nerwowego mogą być zaobserwowane na rezonansie magnetycznych i/lub tomografii komputerowej. Część pacjentów rozwija ciężki przebieg, charakteryzujący się niewydolnością oddechową, zaburzeniami świadomości i paralizem wiotkim u dzieci. Śmiertelność wynosi 20%, natomiast połowa osób, które przebyły MVEV doznaje trwałych uszkodzeń neurologicznych.

Prewencja dotyczy głównie stosowania moskitier, środków odstrasżających komary i odpowiedniego ubioru.

### **Wirus zachodniego Nilu- Kunjin**

Po raz pierwszy wykryty w północnym Queenisland, ale jest rozproszony wzdłuż północnej Tanzanii i zachodniej Australii. Wykazuje enzootyczne cykle podobne do tych MVEV.

Wirus Kunjin był na początku uważany za odrębny gatunek, ale ostatecznie został sklasyfikowany razem z wirusem zachodniego Nilu. Ten jednak nie powoduje śmierci ptaków i koni, a przebieg u ludzi jest łagodniejszy.

Może powodować zapalenie mózgu. Potwierdzonych zostało 10 przypadków bez zapalenia mózgu z gorączką lub bez. Większość infekcji jest asymptomatyczna lub powoduje bardzo łagodne niespecyficzne objawy. Zakażenie to należy wziąć pod uwagę we wszystkich przypadkach wystąpienia objawów neurologicznych nabytych w Australii.

### **Japońskie zapalenie mózgu**

Rozpowszechnione jest w Azji, włączając bezpośrednich sąsiadów północnej Australii. Pomimo, że do niedawna Australia była wolna od tej choroby, przypadki kliniczne były zgłaszane na wyspach cieśniny Torresa (między Australią a Nową Gwineą) w 1995. okazało się być endemiczne. Po wprowadzeniu w konsekwencji programu szczepionek, przeniesienia świń, kontroli komarów zgłoszony został tylko jeden dalszy przypadek na wyspach w 1998 roku. Również w tym roku miał miejsce śmiertelny przypadek w stanie Queenisland, prawdopodobnie po rozprzestrzenieniu przez wiatr zakażonych komarów. Ponownie choroba ta pojawiała się tam kilkakrotnie, lecz nie ma dowodu występowania tam enzootycznego ogniska. Ryzyko jednak pozostaje, szczególnie że Australijczycy chętnie odwiedzają kraje endemicznego występowania japońskiego zapalenia mózgu.

### **Koko Bera**

Pierwszy raz został wyizolowany w północnej Queenisland, Nowej Południowej Walii, Victorii, Wschodniej i Zachodniej Australii. W przeciwieństwie do innych flavivirusów, ten zostaje stwierdzony powszechnie w południowych regionach umiarkowanych, jak i na północ od Australii

Infekcje człowieka bardzo rzadkie, objawiają się gorączką bólem mięśni, stawów.

## **Bunyaviruses**

Wykazano sporadyczne infekcje człowieka wirusami Gan Gan i Trubanam bunya.

## **Wirusy przenoszone przez nietoperze**

Henra po raz pierwszy została wykryta w 1994, gdy okazał się on czynnikiem etiologicznym odpowiedzialnym za wybuch ciężkiej choroby układu oddechowego u koni wyścigowych, który doprowadził również do dwóch infekcji u ludzi na przedmieściach Brisbane.

Okazało się, że jest przenoszony przez nietoperze owocowe, choć w zakażeniu pośredniczyć mogą konie. Mechanizm transmisji z nietoperza na konia jest nieznanym

Australia jest uważana za wolną od wścieklizny, jednak stosunkowo nowym problemem (od 1996) okazał się wirus wścieklizny przenoszony przez nietoperze-wszystkie owocowe i co najmniej jeden owadożerny. Ryzyko dla turystów jest jednak znikome. W prewencji ważne jest unikanie kontaktu z nietoperzami żywymi oraz tymi, które umarły w ciągu 4 godzin. Szczepionki dotyczą raczej pracowników przyrody i weterynarzy. Po ugryzieniu lub zadrapaniu należy umyć dokładnie ranę i zgłosić się do lekarza, który poda szczepionkę i przeciwciała. Gdy jest to możliwe, warto złapać nietoperza, by wysłać go do Australian Animals Health Laboratory w Gelong, Victoria.

## **Podejście do podróżnika, który wraca z Australii z podejrzeniem zakażenia arbowirusem.**

Jeśli po powrocie z Australii turysta będzie gorączkował powinien zasięgnąć porady lekarza. Wylęganie wirusów jest stosunkowo krótkie i turyści doznają objawów w ciągu 1-2 tyg., a prawie zawsze w ciągu miesiąca od zarażenia. Do głównych syndromów należą: zapalenie stawów z gorączką lub bez, wysypką. Ważne są informacje z którego dokładnie kraju wrócił turysta, region, czynności, pora roku, ekspozycja na komary, dzikie i domowe plectwo, zwierzęta gospodarskie. Innymi czynnikami ryzyka są: kontakty seksualne, narkotyki dożyłne.

Osoby z gorączką, wysypką, bólem stawów po powrocie z Queenisland mogą być podejrzewane o zachorowanie na Ross River Fever, Barman Forest Virus, Dengę, Wirus Kunjin, Leptospirozę, Riketsje.

A jeśli te same objawy wystąpiły po powrocie z północno-zachodniej Australii, to można podejrzewać jedynie RRV, BFV, ewentualnie wirus Kunjin.

## **Zapobieganie i leczenie zakażenia alphawirusami**

Choć ryzyko jest bardzo niskie warto zapoznać turystów ze środkami zapobiegawczymi. Nie istnieją szczepionki przeciw alphawirusom.

W profilaktyce ważne jest kształtowanie świadomości ludności narażonej na zachorowanie na choroby przenoszone przez komary. Uchwycenie pierwszych objawów i szybka interwencja lekarska jest bardzo istotna w ich leczeniu. Stosowanie moskitier jest najtańszą i jak dotąd najskuteczniejszą metodą ochrony przed zarażeniem osób narażonych. Substancje odstraszające komary, jasne ubranie zakrywające jak największą powierzchnię ciała i ograniczenie aktywności w godzinach wieczornych również odgrywa

istotną rolę w przeciwdziałaniu zarażeniu. Najlepsze repelenty zawierają DEET lub picaridin. Stężenie DEET 30-50% daje ochronę na kilka godzin. Picaridin-7-15 % wymaga częstszej aplikacji. Preparaty z DEET nie są zalecane dla dzieci poniżej 2. miesiąca życia.

W Australii są na bieżąco monitorowane warunki środowiskowe, liczba i gatunki komarów. Te informacje są potrzebne do tworzenia komunikatów ostrzegających i doradztwa w zakresie indywidualnego ryzyka. Należy ich bezwzględnie przestrzegać.

## Podsumowanie

Podróż na tereny Australii i Wyp Południowego Pacyfiku nie stanowi większego zagrożenia, chociaż ważne jest, aby przedsięwziąć odpowiednie środki ostrożności. Większość chorób przenoszonych jest przez komary, dlatego tak istotna jest prewencja przed ukąszeniem. Tereny są zamieszkane przez liczne zwierzęta zagrażające naszemu życiu i zdrowiu. Powinniśmy być szczególnie wyczuleni na wszystkie niepokojące nas objawy, pojawiające się zarówno w czasie pobytu za granicą jak i po powrocie do kraju [3].

W razie wszelkich wątpliwości warto jest udać się do miejscowego lekarza (GP) i zachować paragon, aby otrzymać zwrot pieniędzy z ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarze znają często inne języki niż angielski, a w głównej sieci telefonicznej istnieje usługa tłumacząca ponad 15 języków. W większych miastach działają poradnie dla podróżnych („travel clinics”), a mieszkańcy chętnie udzielą nam wszelkich informacji o opiece medycznej. Ogólnie tereny te zaliczają się do wysoko rozwiniętych, choć podróż na tereny wiejskie i mniej zamieszkałe powinny wzbudzić naszą szczególną uwagę [2].

## Piśmiennictwo

1. Dąbrowiecki Z.: Geografia chorób zakaźnych.[w:] Zarys medycyny tropikalnej. Olszański R., Morawiec B., Dąbrowiecki Z., Korzeniewski K. (red). Pol. Wyd. Medycyny Techniki Hiperbarycznej, Gdynia, 2006, 45-46.
2. Shaw M.M.T., Leggat P.A..Country profile: Travelling to Australia. Travel. Med. Infect. Dis., 2003, 1,126-133.
3. Smith D.W, Spears D.J et al: The viruses of Australia and risk to tourism. Travel. Med. Infect. Dis, 2011, 9, 113-125.
4. Morawiec B, Jerzemowski J. Szczepienia ochronne [w:] Zarys medycyny tropikalnej. Olszański R., Morawiec B., Dąbrowiecki Z, Korzeniewski K. (red). Pol. Wyd. Medycyny i Techniki Hiperbarycznej, Gdynia, 2006,51.
5. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.8146784&ReportID=936843&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
6. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.362591&ReportID=939138&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
7. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.4813806&ReportID=936697&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
8. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=9.717959E-02&ReportID=936698&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
9. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.7839777&ReportID=936699&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.

10. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.1795618&ReportID=936701&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
11. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.284588&ReportID=939139&ReportType=3&nav=personal-travellerBrak>, data pobrania: 22.02.2012.
12. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.8503076&ReportID=939140&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
13. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.1166498&ReportID=936705&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
14. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.83659&ReportID=936707&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
15. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.2886164&ReportID=936709&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
16. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.8974268&ReportID=936711&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
17. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=9.104556E-02&ReportID=936713&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012
18. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=0.8284418&ReportID=936714&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
19. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=4.388064E-02&ReportID=936720&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012
20. <http://www.traveldoctor.com.au/travelreport.asp?UnqID=6.376284E-02&ReportID=936723&ReportType=3&nav=personal-traveller>, data pobrania: 22.02.2012.
21. <http://www.who.int/cholera/countries/PapuaNewGuineaCountryProfile2010.pdf>, data pobrania: 22.02.2012
22. [http://www.mdtravelhealth.com/destinations/oceania/papua\\_new\\_guinea.php](http://www.mdtravelhealth.com/destinations/oceania/papua_new_guinea.php), data pobrania: 22.02.2012.
23. Morawiec B. Malaria [w:] Zarys medycyny tropikalnej. Olszański R., Morawiec B., Dąbrowiecki Z., Korzeniewski K. (red). Pol. Wyd. Medycyny i Techniki Hiperbarycznej, Gdynia, 2006, 111-120.
24. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/bb8db737e2af84b8ca2571780015701e/B45717BA3C781964CA25723600050EE4?opendocument>, data pobrania: 22.02.2012
25. Crawford JM.: Wątroba i drogi żółciowe [w:] Robbins Patologia. Kumar V, Cotran SR, Robbins SL (red). Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, 2003, 688-689.
26. Leggat P.A., Zwar N.A et al.: Hepatitis B risks and immunisation coverage amongst Australians travelling to Southeast Asia and East Asia. *Travel. Med. Infect. Dis.* 2009, 7, 344-349.
27. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500722\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500722_eng.pdf) 73-74, r, data pobrania: 22.02.2012.
28. Huppertz C., Durrheim D., et al. Eliminating lymphatic filariasis-the surveillance challenge. *Trop. Med. Int. Health.* 2008,13, 292-294.
29. <http://www.vision2020australia.org.au/news-events-news.cfm?id=1837&t=/trachoma-in-australia-new-findings/>, data pobrania: 22.02.2012.
30. Siermontowski P., Olszański R., Tyblewski R.: Zwierzęta bezkręgow wód tropikalnych niebezpieczne dla człowieka [w:] Problemy zdrowotne w tropiku. Olszański R. (red). Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej Wojskowego Instytutu Medycznego, Warszawa, 2009, 87-88.

31. Kurczewski R.: Niebezpieczne gady w tropiku [w:] Medycyna i higiena tropikalna. Kotłowski A. (red). Międzywydziałowy Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdynia, 2006, 1184-1186.
32. <http://www.time.com/time/world/article/0,8599,1531446,00.html>, data pobrania: 22.02.2012.
33. WHO, Dengue [w:] Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases: first WHO report on neglected tropical diseases. Geneva, 2010, 41.
34. Konarski M. Wirusowe gorączki krwotoczne [w:] Problemy zdrowotne w tropiku. Olszański R. (red). Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej Wojskowego Instytutu Medycznego, Warszawa, 2000, 210-212.
35. [http://www.wpro.who.int/health\\_topics/dengue/](http://www.wpro.who.int/health_topics/dengue/), data pobrania: 22.02.2012.
36. <http://www.pis.gov.pl/?dep=869>, data pobrania: 22.02.2012.
37. Leggat PA.: Dengue in northern Queensland, Australia: Risk from travellers or risk to travelers? *Trav. Med. Infec. Dis.*, 2009, 5, 194-195.
38. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>, data pobrania: 22.02.2012.
39. [http://www.health.nsw.gov.au/factsheets/infectious/murray\\_valley\\_enceph.html](http://www.health.nsw.gov.au/factsheets/infectious/murray_valley_enceph.html), data pobrania: 22.02.2012.





**Paszek Teresa<sup>1</sup>, Bralewska Dorota<sup>2</sup>, Sienkiewicz Zofia<sup>1</sup>**

## **Wiedza kobiet z zakresu menopauzy**

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Instytut „Pomnik” Centrum – Zdrowia Dziecka w Warszawie

### **Wstęp**

Klimakterium nie jest już tematem tabu. 18 października jest obchodzony jako Światowy Dzień Menopauzy i Andropauzy (przekwitanie mężczyzn) [2]. „Zygmunt Freud wiązał utratę zdolności reprodukcji z uczuciem żalu i melancholii” [7]. Kobiety, które wierzą w mit, że menopauza jest końcem kobiecości i początkiem szybkiego wkraczania w starość, zaczynają tracić swoją witalność i atrakcyjność. Wyglądają i czują się staro [7]. Dojrzewamy przez całe życie na poziomie fizycznym, psychicznym i duchowym. Ciągłe zdobywamy nowe doświadczenia i uczymy się. Dojrzałość polega na umiejętności wyciągania wniosków z dotychczasowych doświadczeń i bycia sobą. Od nas zależy, czy w okresie menopauzy będziemy dojrzałe, czy dojrzewające [6]. Jak powiadają, myślami tworzymy świat wokół nas. Piękne myśli to piękne życie. Należy przypomnieć sobie, co kiedyś sprawiało nam przyjemność, a z czego trzeba było zrezygnować będąc matkami czy budując karierę. Takie spotkanie ze sobą wymaga odwagi; bo trzeba przyjąć prawdę o sobie [6].

Menopauza nie jest chorobą, lecz konsekwencją niedoboru żeńskich hormonów płciowych: estrogenu i progesteronu. W okresie okołomenopauzalnym jajniki zaczynają produkować mniejszą ilość hormonów płciowych [2, 11]. W pierwszym etapie około 45.-47 roku życia mamy niedobór progesteronu, gdzie mogą wydłużać się cykle miesięczkowe, obfite krwawienia, zaostrzone objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego, zanika owulacja.

Później, około 48.-50. roku życia zmniejsza się produkcja estrogenów odpowiedzialnych za wystąpienie tzw. objawów wypadowych. Wówczas pojawiają się uderzenia gorąca, zlewne poty, kołatanie serca, drażliwość, kłopoty ze snem, trudności w koncentracji lub brak miesiączki [4].

W literaturze podkreśla się coraz częściej rolę estrogenu jako modulatora stanu psychicznego kobiet. Szacuje się, że w Polsce około 19,1% kobiet w wieku 45-55 lat cierpi na zaburzenia depresji i podlegają hospitalizacji [8].

Każda kobieta, bez względu na wiek, powinna poddać się okresowej kontroli lekarskiej w celu oceny swojego stanu zdrowia. Nie tylko z powodu nasilania się objawów wypadowych, podjętej decyzji o rozpoczęciu hormonalnej terapii zastępczej, ale w celu uzyskania wsparcia psychologicznego. Od lat stwierdza się pozytywny związek między zastosowaniem hormonalnej terapii a polepszeniem jakości życia. Zagrożenia w czasie stosowania hormonalnej terapii są skupione głównie na gruczoł sutkowy i błonę śluzową macicy [13]. Promowanie zdrowia i doradztwo zdrowotne powinno być priorytetem w ochronie zdrowia. Wczesne wykrycie zmian chorobowych

mogą uratować życie, pomóc uciec od bólu, cierpienia i tragedii rodzinnej. Szybkie rozpoczęcie leczenia ma szczególne znaczenie w przypadku wystąpienia chorób nowotworowych [12].

Medycyna zna już przyczyny i potrafi diagnozować wiele towarzyszących menopauzie chorób, dlatego trzeba zaufać lekarzowi, dbać o zdrowy styl życia i wykonywać badania profilaktyczne [5].

Klimakterium jest problemem cywilizacyjnym i wiąże się ze stałym starzeniem się społeczeństwa. Wśród Polek menopauza występuje około 50. roku życia i nie wiąże się z czynnikami socjoekonomicznymi, stosowaniem antykoncepcji hormonalnej [8].

## **Cel pracy**

Celem pracy jest próba oceny wiedzy kobiet z zakresu menopauzy i jej zastosowanie w codziennym życiu

W analizie materiału badawczego poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Jaka jest wiedza kobiet z zakresu menopauzy?
- Jakie metody leczenia stosują kobiety w okresie menopauzy?
- Jaki jest stosunek kobiet do leczenia hormonalnego?

## **Material i metody**

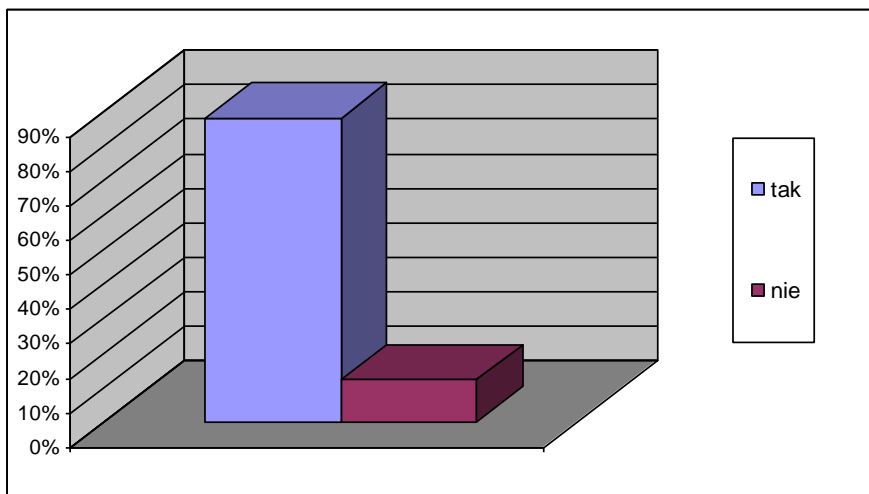
Badania zostały przeprowadzone w marcu i kwietniu 2009 roku wśród 100 losowo wybranych kobiet z Warszawy i ich okolic.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który zawierał 15 pytań i składał się z trzech części. Badania przeprowadzono anonimowo i dobrowolnie. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej testu Fishera, a wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy standardowym poziomie istotności  $\alpha < 0,05$ .

## **Wyniki**

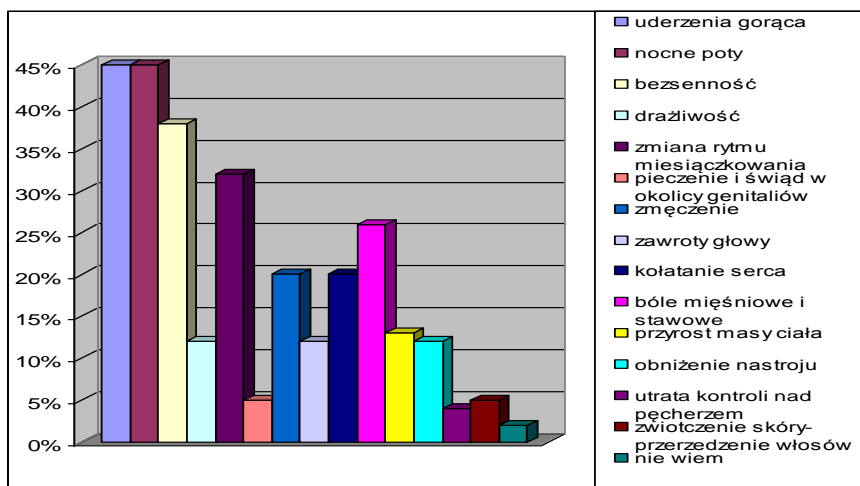
Badane osoby to kobiety. Wiek badanych waha się w przedziale od 45 – 56 lat i powyżej. Najwięcej kobiet jest w przedziale wiekowym 51– 55 lat - 74%, w przedziale 45 – 50 lat – 12%, powyżej 56 lat – 14%, Zameężnych – 46 %, stanu wolnego – 28%, wdowy -10%, kobiety rozwiedzione – 16%. Wykształcenie zawodowe posiada 38%, wykształcenie średnie – 28%, wykształcenie wyższe - 10%, Na wsi mieszka 32%, w małym mieście – 28%, w dużym mieście – 40%. 54% badanych ma zatrudnienie, 47% - nie pracuje. 13% badanych ma bardzo dobrą sytuację materialną, 16% - dobrą, 42% - przeciętną, 29% - złą.

Znaczenie terminu menopauza odnosi się wyłącznie do konkretnego momentu, kiedy u kobiety wystąpiła ostatnia miesiączka, czyli lata przed i po ostatniej menstruacji (11).



**Rycina1. Znajomość definicji menopauzy**

88% badanych uważa, że zna definicję menopauzy, 12% nie wie, czym jest menopauza (Rycina 1). Brak estrogenu powoduje bardzo duże i różnorodne objawy, ponieważ występuje on w różnych organach naszego ciała w postaci receptorów [11].

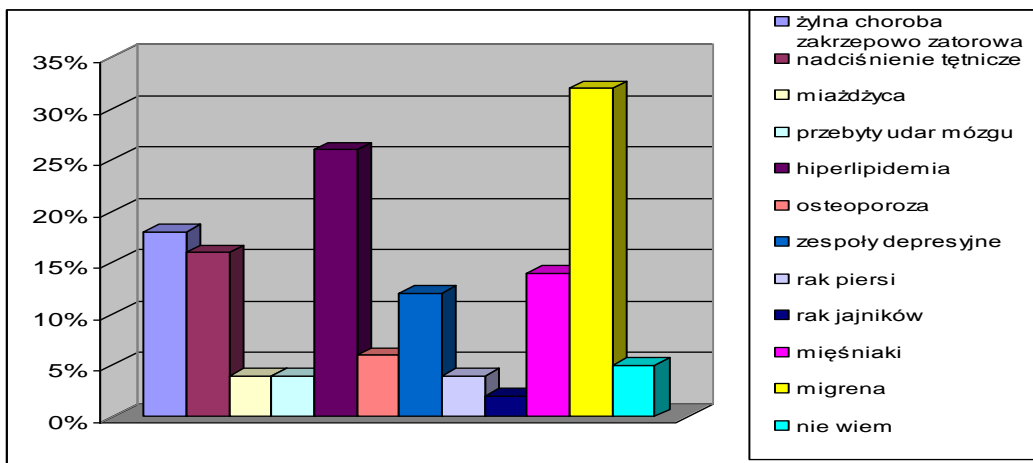


**Rycina2. Objawy menopauzy**

U 45% badanych najczęstszymi objawami menopauzy są uderzenia gorąca i nocne poty, u 38% - bezsenność, u 32% - zmiana rytmu miesiączkowania, u 26% - bóle mięśniowe i stawowe. U jednakowej liczby badanych, po 20% występuje zmęczenie i kołatanie serca. Skłonność do przyrostu masy ciała ma 13%, jednakowa liczba badanych, po 12% ma obniżenie nastroju i drażliwość, u 5% badanych występuje

zwiotczenie skóry i przerzedzenie włosów, u 4% - utrata kontroli nad pęcherzem, 2% badanych nie wie, jakie występują objawy menopauzy (Rycina 2).

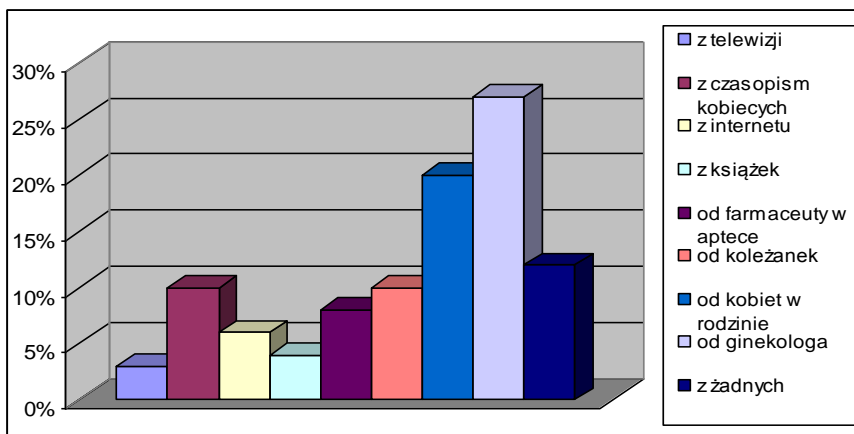
We współczesnym świecie mało kobiet wierzy we wczesne wykrycie i rozpoznanie współistniejących chorób [12].



**Rycina3. Choroby przewlekłe występujące w okresie menopauzy**

W okresie menopauzy u 32% badanych występuje migrena, u 26% - hiperlipidemia, u 18% - żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, u 16% - nadciśnienie tętnicze, u 14% - mięśniaki, u 12% - zespół depresyjny, u 6% osteoporoza. Jednakowa liczba badanych, po 4% wskazuje na pojawienie się miażdżycy, przebycie udaru mózgu i raka piersi. U 5% badanych nie wystąpiły choroby przewlekłe. Badane miały prawo wyboru kilku odpowiedzi (Rycina 3).

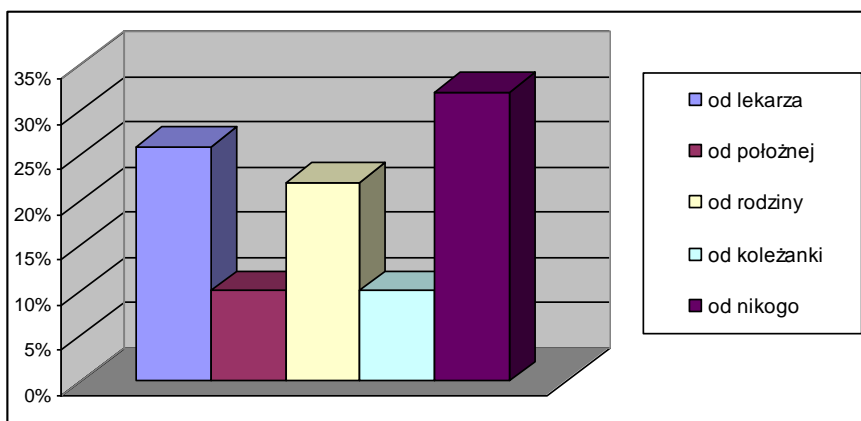
Kobiety będące w okresie menopauzy należy uświadamiać nie tylko w ośrodkach zdrowia, ale poprzez audycje telewizyjne, artykuły w czasopiśmie [12].



**Rycina 4. Źródła informacji o menopauzie**

27% badanych informacje o menopauzie uzyskało od ginekologa, 20% - od kobiet w rodzinie, 12% badanych nie znalazło żadnych informacji. Jednakowa liczba kobiet, po 10% znalazła je w czasopiśmie kobiecych i u koleżanek. 8% - od farmaceuty w aptece, 6% - z Internetu, 4% - z książek medycznych i 3% - z telewizji (Rycina 4).

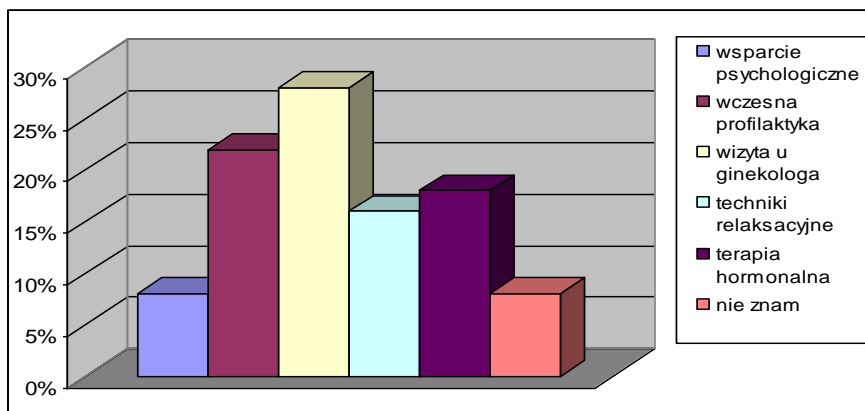
Chociaż otwarta postawa wobec problemu menopauzy powinna być normą, wiele kobiet spotyka się z konserwatywnymi poglądami traktującymi menopauzę.



Rycina 5. Źródła wsparcia

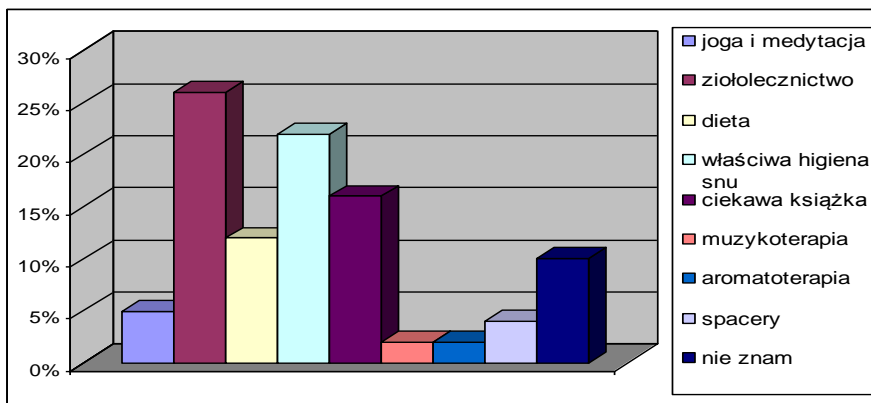
32% badanych nie otrzymało wsparcia, 26% badanych otrzymało wsparcie od lekarza, 22% - od rodziny, jednakowa liczba badanych kobiet, po 10%, otrzymała wsparcie od położnej i od koleżanek (Rycina 5).

Wiedza na temat menopauzy jest podstawą do uzyskania kontroli nad przebiegiem menopauzy. Nie zawsze może dojść do całkowitego wyleczenia, ale na pewno pozwoli osiągnąć większą skuteczność w pokonywaniu trudności [1].



Rycina 6. Metody radzenia w menopauzie

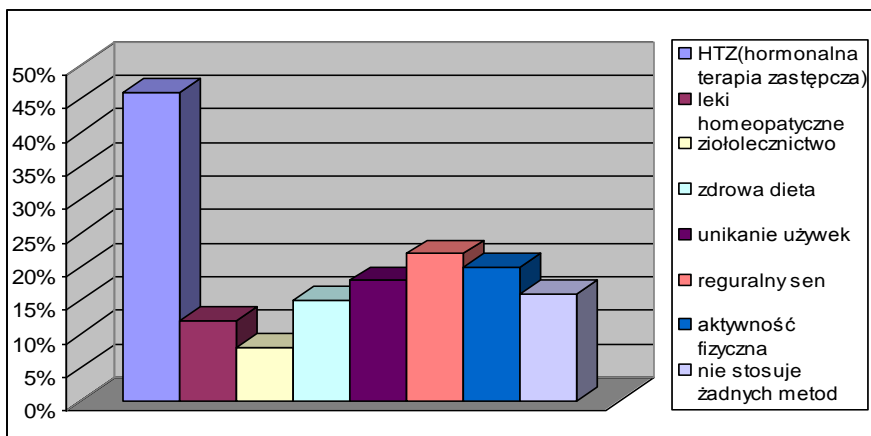
28% badanych zgłasza potrzebę wizyty u ginekologa, 22% badanych jest za wczesną profilaktyką, 18% - za zastosowaniem terapii hormonalnej, 16% - za wspomaganiami technikami relaksacyjnymi. Pozostała liczba kobiet, po 8%, wskazuje na wsparcie psychologiczne i nie ma wystarczającej wiedzy na temat nowoczesnego podejścia do menopauzy (Rycina 6). Opanowanie różnych technik relaksacyjnych daje pewną władzę nad własnym ciałem, a sama świadomość sprawowania takiej kontroli korzystnie wpływa na psychiczne samopoczucie [1].



**Rycina 7. Techniki relaksacyjne stosowane w okresie menopauzy**

26% badanych stosuje ziołolecznictwo, 22% właściwą higienę snu, 16% preferuje ciekawą książkę, 12% stosuje odpowiednią dietę, 10% nie zna żadnych technik relaksacyjnych. Natomiast 5% stosuje jogę i medytację, 4% spacer. Muzykoterapię i aromatoterapię po 2% (Rycina 7).

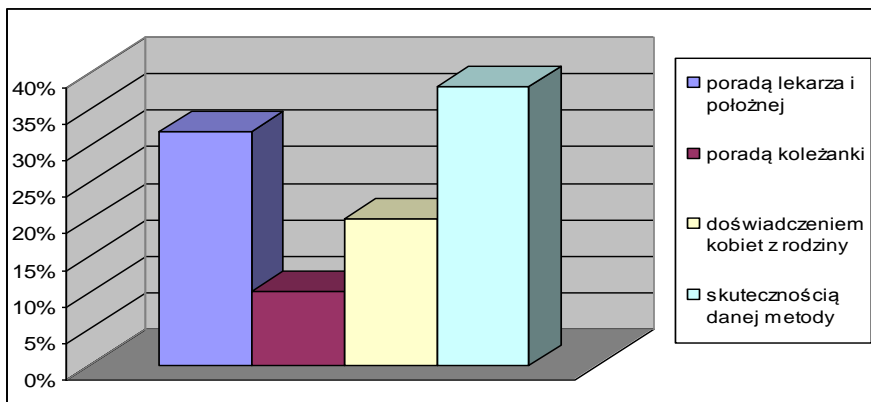
Po wprowadzeniu zaproponowanych metod należy koniecznie zastanowić się nad własnym podejściem do menopauzy [1].



**Rycina 8. Metody terapeutyczne w okresie menopauzy**

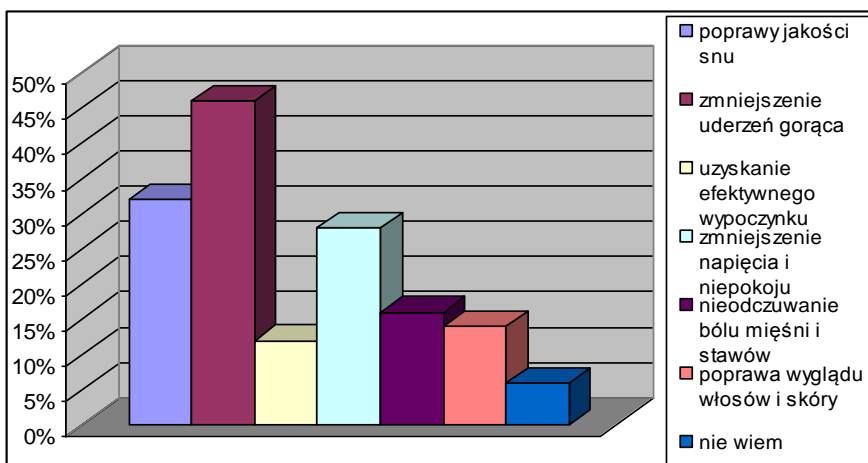
46% badanych stosuje hormonalną terapię zastępczą, 22% - regularny sen, 20% - aktywność fizyczną, 18% - unika używek, 16% badanych nie stosuje żadnych metod. 15% kobiet stosuje zdrową dietę, 12% - leki homeopatyczne, 8% - ziołolecznictwo (Rycina 8).

Wybranie dla siebie odpowiedniej metody ma na celu poprawę jakości życia kobiety w tym ciężkim dla niej okresie życia.



**Rycina 9. Kryteria doboru metod zmniejszających dolegliwości okresu menopauzy**

38% kobiet kierowało się skutecznością danej metody, 32% poradą lekarza i położnej, 20% doświadczeniem kobiet z rodziny, 10% poradą koleżanki (Rycina 9). Jeżeli kobiety zdołają wyrzec się nierealnych oczekiwań co do przebiegu hormonalnej terapii zastępczej i jej jakości, osiągną znaczny postęp w poprawieniu jakości swojego życia [1].

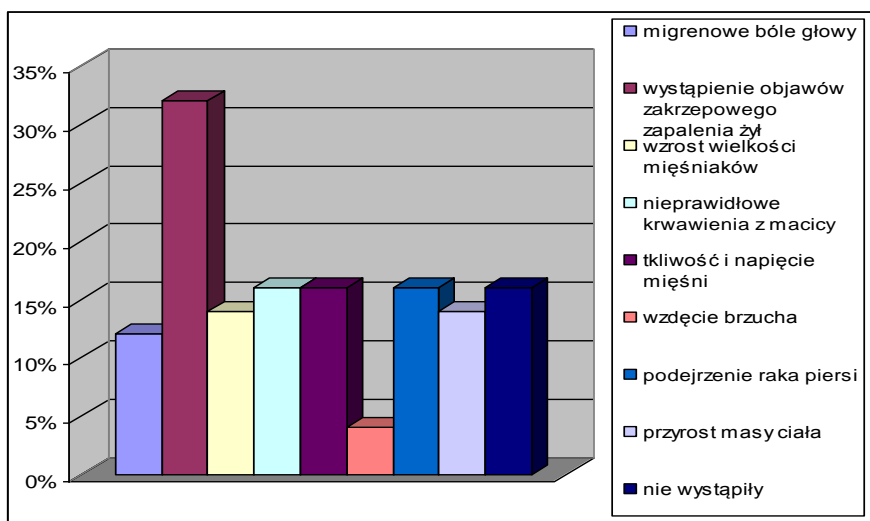


**Rycina 10. Oczekiwane rezultaty przy zastosowaniu hormonalnej terapii zastępczej**



Przy zastosowaniu hormonalnej terapii zastępczej 46% badanych oczekuje zmniejszenia uderzeń gorąca, 32% - poprawy jakości snu, 28% - zmniejszenia napięcia i niepokoju, 16% - zmniejszenia bólu mięśni i stawów, 14% - poprawy wyglądu włosów i skóry, 12% - efektywnego wypoczynku, 6% badanych nie zna możliwych rezultatów hormonalnej terapii zastępczej (Rycina10).

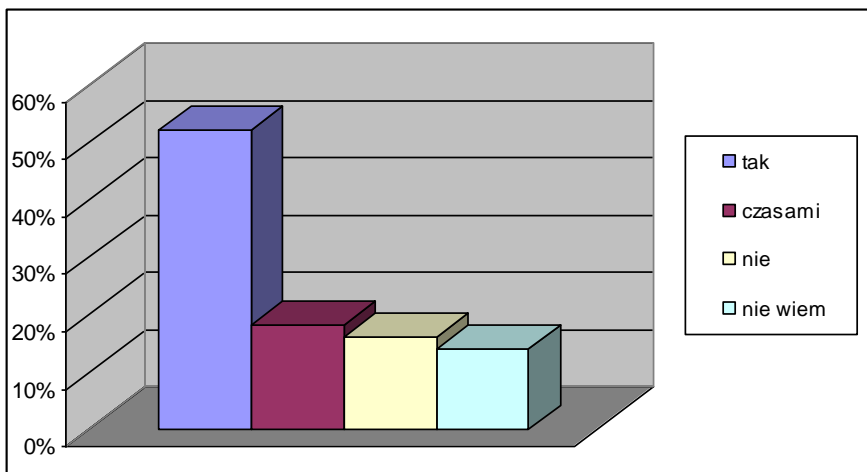
Objawy uboczne wymieniane są jako główny powód niskiego stopnia akceptacji terapii hormonalnej. Badane miały prawo wyboru kilku odpowiedzi.



**Rycina11. Objawy uboczne związane ze stosowaniem hormonalnej terapii**

Dla 32% badanych najczęstszym objawem jest wystąpienie zakrzepowego zapalenia żył. Jednakowa liczba badanych, po 16%, wskazuje na wystąpienie: nieprawidłowego krwawienia z macicy, tkliwość i napięcie mięśni, podejrzenie raka piersi. 16% badanych nie zaobserwowało objawów ubocznych. U jednakowej liczby badanych, po 14%, wystąpił wzrost wielkości mięśniaków i przyrost wagi ciała, u 12% - migrenowe bóle głowy, u 4% -wzdęcie brzucha (Rycina 11).

Hormonalna terapia zastępcza jest skuteczna w eliminowaniu większości objawów wypadowych występujących w okresie menopauzy.



**Rycina12. Skuteczność stosowania hormonalnej terapii zastępczej**

52% badanych potwierdza skuteczność hormonalnej terapii zastępczej, 18% kobiet uznaje, że jest ona czasami skuteczna, 16% badanych potwierdza brak skuteczności hormonalnej terapii zastępczej (Rycina 12).

## Dyskusja

Większość kobiet podchodzi do problemu menopauzy z niepokojem, ponieważ nie mają wiedzy w tym zakresie. Niektóre kobiety bez kłopotów przystosowują się do menopauzy i potrafią radzić sobie z tym problemem.

Kobieta nie powinna dopuścić, aby menopauza negatywnie zdominowała lata wieku średniego (nasze życie). Przede wszystkim trzeba zrozumieć, na czym menopauza polega i jak racjonalnie wykorzystać dla swojego dobra to wszystko, co jest do zaoferowania w tej dziedzinie. Warto uświadomić sobie, jaka jest wiedza kobiet z zakresu menopauzy i jej zastosowanie w codziennym życiu.

Wiek, w którym kobieta doświadcza menopauzy, ma bardzo duże znaczenie dla jej zdrowia. Wystąpienie menopauzy w młodym wieku powoduje szybkie starzenie się organizmu, zwiększa ryzyko udaru, osteoporozy, chorób sercowo-naczyniowych. Natomiast u kobiet w starszym wieku pojawienie się menopauzy zagraża rozwojowi raka piersi i przerostu błony śluzowej macicy [3].

W badaniach własnych zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety dane dotyczące wiedzy z zakresu menopauzy. W dostępnej literaturze występują podobne badania przeprowadzone w latach 2006 i 2007 [13,14]. Podjęto więc próbę porównania badań własnych z ich wynikami.

W badaniach o zbliżonej tematyce z zakresu menopauzy wiek badanych kobiet wahał się w przedziale od 45-56 lat i powyżej [13, 14]. W badaniach własnych przedział wiekowy ankietowanych kobiet był zbliżony.

W dostępnych badaniach z 2006 roku (14) 100% kobiet mieszka w dużym mieście, z czego zdecydowana większość (78%) to kobiety z wykształceniem wyższym, a z wykształceniem podstawowym i zasadniczym - 22%

Z badań własnych wynika, że 40% kobiet mieszka w dużym mieście, z czego zdecydowana większość (20%) posiada wykształcenie wyższe, 16% - wykształcenie

średnie, zaś 4% - wykształcenie zawodowe. W badanej grupie 28% ankietowanych zamieszkuje małe miasto, wykształcenie wyższe posiada zaledwie 4%, wykształcenie średnie 14%, a wykształcenie zawodowe 10%. Na wsi zamieszkuje 32% badanych kobiet, gdzie jednakowa liczba kobiet, po 4%, posiadają wykształcenie wyższe i średnie, zaś przeważająca liczba kobiet (24%) zaledwie wykształcenie zawodowe.

Z badań przeprowadzonych w 2006 roku [14] wynika, że 78% ankietowanych kobiet z przeważającym wykształceniem wyższym posiada wiedzę na temat pojęcia terminu menopauza.

Z badań własnych wynika, że 40% osób zamieszkujących w dużym mieście, 24% w małym mieście oraz 24% mieszkających na wsi zna pojęcie terminu menopauza. Z analizy statystycznej wynika, że w grupie kobiet z wykształceniem wyższym odsetek osób deklarujących znajomość terminu menopauzy wyniósł 100%. Był on porównywalny ( $p=0,497$ ) z odsetkiem kobiet w grupie z wykształceniem średnim, gdzie wyniósł on 94,1%. Najniższy procentowo - 73,7% udział kobiet znających termin menopauzy obserwowany był w grupie z wykształceniem zawodowym. W porównaniu do kobiet z wykształceniem wyższym i średnim różnica ta była istotna statystycznie (odpowiednio  $p=0,004$  i  $p=0,027$ ). Odsetek kobiet deklaruujących znajomość terminu menopauzy wśród zamieszkujących obszary wiejskie i małe miasta był porównywalny. Wynosił odpowiednio 75,0% i 85,7% ( $p=0,345$ ). Natomiast wśród kobiet z dużych miast kształtował się na poziomie 100% i był istotnie statystycznie wyższy w porównaniu z dwiema poprzednimi grupami (odpowiednio  $p=0,001$  i  $p=0,025$ ).

Analogiczną dysproporcję można zaobserwować w odniesieniu do osób z wykształceniem wyższym w zależności od miejsca zamieszkania. Deklarację taką złożyło 12,5% kobiet mieszkających na wsi i 14,3% kobiet mieszkających w małych miastach ( $p=0,567$ ). Wśród kobiet mieszkających w dużych miastach odsetek ten wyniósł 50%. Różnica ta była istotna statystycznie na poziomie  $p=0,001$  i  $p=0,004$ .

Objawy menopauzy są bardzo różnorodne i nie zawsze wiązane są z wiekiem. Stanowią, bowiem bezpośredni lub pośredni efekt niedoboru estrogenów.

Z badań wykonanych w 2007 roku [13] wynika, że najczęściej występującymi objawami okresu menopauzy są: uderzenia gorąca 85%, nocne poty 67%, kołatanie serca 57%, bóle stawów 38%, drażliwość 68%, suchość skóry 38%.

W badaniach własnych najczęściej rozpoznawanymi objawami menopauzy były: uderzenia gorąca i nocne poty - 45%, bezsenność - 38%, zmiana rytmu miesiączkowania - 32%, kołatanie serca - 22%, skłonność do przyrostu masy ciała i drażliwość po 13%, suchość i zwiótnienie skóry - 5%. Można więc uznać, że znajomość objawów okresu przekwitania w obu badanych grupach jest podobna.

Wystąpienie objawów wypadowych, bezsenność pozbawia kobietę energii, pogarsza samopoczucie, nasila depresję, poczucie zagubienia i powoduje zmiany nastroju. U kobiet w okresie menopauzy o wiele bardziej nasilają się objawy natury emocjonalnej niż przemiany natury fizjologicznej [11].

Analizując wiedzę kobiet z zakresu współistniejących chorób w okresie menopauzy, w badaniach własnych 32% respondentek wskazało na często występujące migreny, 26% - na hiperlipidemie, 18% - żylną chorobę zakrzepowo-zatorową, 16% - nadciśnienie tętnicze. O fakcie wystąpienia mięśniaków, zespołu depresyjnego i osteoporozy informuje pozostała część ankietowanych.

W badaniach przeprowadzonych w 2007 roku [13] ankietowane kobiety wskazują na wystąpienie: osteoporozy 49%, chorób serca i naczyń 40%. Jednakowa liczba kobiet 32% wskazuje na otyłość i nietrzymanie moczu, 30% zwyrodnienie kręgosłupa, 3% cukrzyce [13].

Jak wynika z przeprowadzonej analizy badań występują znaczne różnice z zakresu wiedzy współistniejących chorób w okresie przekwitania. Mało kobiet wierzy we wczesne wykrycie i rozpoznanie objawów chorobowych. Jest to duży problem ekonomiczny i społeczny [12].

Dodatkowo, w badaniach własnych poddano analizie źródła informacji na temat menopauzy. Większość ankietowanych - 27% uzyskała informacje od ginekologa, 20% - od kobiet w rodzinie, 12% badanych nie znalazło żadnej informacji, 10% - z czasopism kobiecych i od koleżanek, 8% - od farmaceuty, 6% - z Internetu. Kobiety w okresie przekwitania coraz bardziej poszukują informacji na temat przebiegu menopauzy i jej leczenia [8]. Kobiety cierpiące z powodu różnych dolegliwości okresu menopauzy potrzebują wsparcia i podtrzymania na duchu przez inne kobiety, a także pomocy ze strony lekarzy w korygowaniu ewentualnych błędów [1].

W badaniach własnych 32% kobiet nie otrzymuje wsparcia od nikogo, 26% otrzymuje je od lekarza, zaś 22% od rodziny.

Analiza wiedzy dotyczącej metod radzenia kobiet w okresie menopauzy wykazała, że 28% kobiet zgłasza potrzebę wizyty u lekarza ginekologa, 22% jest za wczesną profilaktyką, 18% za stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej, 15% za technikami relaksacyjnymi, wsparcia psychologicznego oczekuje 8%, a 8% nie ma wystarczającej wiedzy. Prowadzenie profilaktyki zdrowotnej powinno być intensywne i oddziaływać na całe społeczeństwo [12].

Wiele kobiet, oprócz zastosowania środków farmakologicznych, wskazuje potrzebę zastosowania w swoim życiu technik relaksacyjnych. Do najczęściej stosowanych należą: ziołolecznictwo - 26%, właściwa higiena snu - 22%, ponadto preferują zdrową dietę i ciekawą książkę.

Ziołolecznictwo jest idealną alternatywą dla kobiet, które nie mogą stosować hormonalnej terapii zastępczej. Istnieje również wiele dodatkowych metod terapeutycznych stosowanych w okresie menopauzy. Do najczęściej stosowanych metod przez badane kobiety należą: hormonalna terapia zastępcza - 46%, regularny sen - 22% oraz aktywność fizyczna - 20%. Regularny wysiłek fizyczny zastępuje wiele niezdrowych nałogów (palenie papierosów, alkohol) i zmniejsza objawy wypadowe.

Analizie badań własnych poddano kryteria wyboru odpowiedniej metody na zmniejszenie dolegliwości okresu menopauzy. 38% badanych wybierając odpowiednią metodę kierowało się jej skutecznością, 32% - poradą lekarza i położnej oraz doświadczeniem kobiet z rodziny. Postępowanie takie ma na celu poprawę jakości życia kobiet. Powodem rozpoczęcia leczenia hormonalną terapią były bardzo uciążliwe objawy wypadowe oraz słaba wiedza na jej temat.

Hormonalna terapia zastępcza podlega szybkim zmianom. Duża ilość produktów pojawia się na rynku i coraz więcej badań jest przeprowadzanych w celu ustalenia ryzyka i korzyści, jakie ze sobą niesie. Kobiety, podejmując decyzję o zastosowaniu hormonalnej terapii zastępczej, nabierają zaufania i wierzą w oferowaną im terapię [7].

W przeprowadzonych badaniach własnych 46% kobiet spodziewa się zmniejszenia uderzeń gorąca, 32% badanych oczekuje poprawy jakości snu, 28% - zmniejszenia napięcia i niepokoju, dla pozostałych ogromne znaczenie ma zmniejszenie bólu mięśni i stawów oraz poprawa wyglądu włosów i skóry.

Pomimo wielu korzyści płynących z zastosowania hormonalnej terapii zastępczej wiele kobiet wskazuje na wystąpienie objawów ubocznych związanych z terapią. W analizie badań własnych najczęściej występującym objawem ubocznym, podczas leczenia hormonalną terapią zastępczą, jest zakrzepowe zapalenie żył - 32%.

Jednakowa liczba badanych, po 16%, wskazuje na wystąpienie: nieprawidłowego krwawienia z macicy, tkliwość i napięcie mięśni, podejrzenie raka piersi. Pozostała część ma przyrost masy ciała, migrenowe bóle głowy oraz wzrost wielkości mięśniaków.

Brak wiedzy na temat działania hormonalnej terapii, lęk przed nowotworami i tyciem, koszty związane z leczeniem są głównymi powodami rezygnacji z terapii. Żadna z kobiet rezygnująca z hormonalnej terapii zastępczej nie podjęła ponownego leczenia [13].

W badaniach własnych 52% kobiet potwierdza skuteczność stosowania hormonalnej terapii zastępczej, 18 % kobiet uważa, że jest ona czasami skuteczna, zaś 16 % uznaje ją za nieskuteczną.

Celem nadrzędnym w zastosowaniu hormonalnej terapii zastępczej jest ułatwienie odzyskania kontroli nad przebiegiem menopauzy, w tak trudnym dla kobiety okresie życia.

## Wnioski

Z analizy przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

- Wiedza z zakresu menopauzy była znacznie większa u kobiet z wykształceniem wyższym.
- Najczęściej stosowanymi metodami leczenia w okresie menopauzy są: hormonalna terapia zastępcza, regularny sen, aktywność fizyczna, unikanie używek, zdrowa dieta, leki homeopatyczne.
- Ponad połowa ankietowanych potwierdza skuteczność stosowania hormonalnej terapii zastępczej

## Piśmiennictwo

1. Catalano E.M.: Bezsennosc, jak zasnąć, spać i wypocząć. GWP, 2001.
2. Jaworska A.: Menopauza start w nowe życie. Kobieta i życie, 2009, 5, 7.
3. Kaczmarek M.: Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. Przgl. Menopauz., 2007, 2, 30.
4. Kołakowska I.: Menopauza wcześniej niż myślisz. Oliwia, 2008, 9.
5. Lewiński A.: Menopauza bez tajemnic. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2006.
6. Pobiedziska J.: Szansa na nowe życie. Zwierciadło, 2008, 7.
7. Preeti A.: Menopauza mity i rzeczywistość. Oficyna Wyd. Arboretum, 2004.
8. Reroń A., Huras H.: Psychologiczne aspekty okresu około menopauzalnego. Przgl. Ginekol. Pol., 2005, 5, 33-36.
9. Stanosz S., Sieje K., Blecharczyk-Zalewska B.: Rola wczesnej hormonalnej terapii zastępczej w profilaktyce osteoporozy u kobiet w okresie około menopauzalnym. Ginekol. Prakt., 1999, 28-35.
10. Stoppard M.: Menopauza. Praktyczny poradnik dla każdej kobiety jak zachować dobre samopoczucie i zdrowie. Wyd. Real Press, Warszawa, 1995.
11. Wells R.: Menopauza środek życia. Oficyna Wyd. Vacatio, Warszawa, 1998.
12. Woźniak I.: Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych. Probl. Pielęg., 2008, 16, 136-143
13. Wyderka M., Zdziennicki A., Byalek T.: Poziom wiedzy wybranych grup kobiet na temat okresu przekwitania. Przgl. Menopauz., 2007, 6, 64.
14. Wyderka M., Zdziennicki A.: Poziom wiedzy wybranych grup mieszkank Łodzi na temat okresu Przekwitania. Przgl. Menopauz., 2006, 5, 27.

**Maciuk Małgorzata**

## **Bóle kręgosłupa -przyczyny, objawy, diagnostyka, leczenie**

Biała Podlaska Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Oddział Ortopedyczno-Urazowy z pododdziałem Rehabilitacji

Choroby i dolegliwości układu mięśniowo szkieletowego, w szczególności kręgosłupa, są tak powszechne, że stanowią jeden z głównych problemów społecznych, medycznych i ekonomicznych i zaliczane są do chorób cywilizacyjnych [1].

Szacuje się, iż 44% Polaków odczuwa dolegliwości bólowe kręgosłupa, które są powodem przedłużającej się absencji chorobowej w pracy i mają wpływ na obniżenie jej jakości [2].

Kręgosłup człowieka pełni trzy podstawowe funkcje: przenosi obciążenia, zapewnia ruch oraz chroni rdzeń kręgowy [3]. Pełni także funkcję stabilizacyjną i podporową, ruchową i odruchową [4].

Ze względu na fakt, iż kręgosłup stanowi całość czynnościową, wszystkie jego patologie powinny być rozpatrywane kompleksowo, wraz z wtórnymi dysfunkcjami zlokalizowanymi często w innych narządach ruchu [5].

Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego są skutkiem wieloletniego, najczęściej równoczesnego oddziaływania środowiska pracy, czynników związanych z aktualnością oraz cech indywidualnych takich jak wiek, płeć, budowa ciała, sprawność fizyczna oraz podatność na stres [1]. Powstają głównie z powodu przeciążeń, jakim kręgosłup jest poddawany podczas czynności zawodowych oraz czynności dnia codziennego [6].

W tym miejscu warto podkreślić, iż wykonywanie zawodów o podwyższonym stopniu ryzyka, prowadzi do powstania zespołów przeciążeniowych, zaburzeń czynności oraz zmian morfologicznych w obrębie struktur narządu ruchu [6]. W związku z tym, w literaturze przedmiotu [7] postawiono pytanie, czy słuszne jest stwierdzenie, że przyjęcie przez pierwotnego człowieka postawy pionowej przyczyniło się w dużej mierze do pojawienia się różnych nieprawidłowości anatomicznych w obrębie kręgosłupa oraz zmian o charakterze zwyrodnieniowym i związanych z nimi dolegliwościami bólowymi?

Wśród grup zawodowych, najbardziej narażonych na ryzyko rozwoju tych schorzeń, znajdują się pracownicy sektorów opieki zdrowotnej, głównie pracownicy szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych [1], w tym pielęgniarki [6], stając się główną przyczyną absencji w pracy w tej grupie zawodowej [8].

Osoba cierpiąca na bóle kręgosłupa szuka pomocy w likwidacji bólu, kierując się w tym celu do lekarza i/lub fizjoterapeuty. Niestety pielęgniarki w początkowych okresach choroby z reguły decydują się na samoleczenie, najczęściej stosując leki przeciwbólowe [2].

W związku z tym, w epidemiologicznej ocenie problemu, fakt pojawienia się zaburzeń związanych z bólami kręgosłupa u pielęgniarek nie jest uwzględniany, mimo iż często prowadzą do niekorzystnych zmian w życiu osobistym i zawodowym. Schorzenia

te, nie są także ujęte w obowiązującym wykazie chorób zawodowych i zostały zaliczone do kategorii chorób parazawodowych białego personelu. Niestety ma to przykre konsekwencje prawne, ponieważ jest przedmiotem sporów sądowych, uznania bądź nie uznania ostrego zespołu bólowego kręgosłupa u pielęgniarek za wypadek przy pracy [9].

Warto przypomnieć, iż praca zawodowa pielęgniarek należy do jednej z najtrudniejszych i najbardziej odpowiedzialnych [6]. Stale także obserwuje się coraz większe zainteresowanie problemem obciążenia pielęgniarek pracą zawodową, dzięki czemu temat przyczyn i skutków dolegliwości bólowych narządu ruchu, w tej grupie zawodowej, jest coraz bardziej znany [10]. Zespoły bólowe kręgosłupa (zbc) najczęściej zlokalizowane są w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa na wysokości L4-L5, L5-S1 oraz w części szyjnej kręgosłupa na wysokości C5-C6, C6-C7. Częstość ich występowania w populacji pielęgniarek oscyluje w granicach 75%, zaś dla odcinka szyjnego w granicach 60%. Ilość nowych przypadków stale rośnie [8].

### Najczęstsze przyczyny bólów kręgosłupa

W opinii Nowakowskiego [8], najczęstsze przyczyny dolegliwości bólowych kręgosłupa obejmują:

- **uszkodzenia kręgosłupa wymagające szybkiej interwencji:** złamania, guzy przerzutowe i pierwotne, osteoporoza, choroby infekcyjne, tętniak rozwarstwiający aorty
- **uszkodzenia kręgosłupa bez destrukcji kości z towarzyszącym deficytem neurologicznym:** zespół ogona końskiego, radikulopatie, neuropatie obwodowe i miejscowe- uciskowe
- **uciskowe uszkodzenia struktur nerwowych:** stenozy kanału kręgowego, kręgozmyk, przepuklina krążka międzykręgowego
- **choroby reumatoidalne:** ZZSK, RZS, dna moczanowa, idiopatyczne rozrosty kości
- **uszkodzenia struktur bólowych kręgosłupa:** krążka międzykręgowego, stawów międzykręgowych, tkanki kostnej i okostnej, mięśni przykręgowych i ścięgien
- **zespoły bólowe wywołane czynnikami mechanicznymi:** zespoły bólowe mięśni, nieprawidłowości postawy i chodu
- **czynniki psychosocjalne:** depresja, lęk, somatyzacja
- **zaburzenia związane z nadwrażliwością nerwowo- mięśniową:** fibromialgia, zespół mięśniowo- powięziowy
- **bóle o nieznanej etiologii** [8].

Należy zwrócić uwagę na przypadki łączące się obecnością tzw. „czerwonych flag”- „czerwonych świateł” (*red flags*), to jest z wypadkiem komunikacyjnym, z przebytym, silnym urazem okolicy kręgosłupa, podejrzeniem bądź nawrotem choroby nowotworowej, z dreszczami, gorączką, z nagłą utratą masy ciała, z brakiem apetytu, silnymi bólami nocnymi oraz deficytami neurologicznymi [8].

**Tabela 1. Poważne przyczyny zespołów bólowych kręgosłupa, tak zwane „czerwone światło”, będące wskazaniem do szybkiej diagnostyki radiologicznej [11].**

Proces patologiczny	Historia choroby	Objawy kliniczne
Nowotwór	Wiek >50 lat Nowotwór w wywiadzie Niewyjaśnione zmniejszenie masy ciała	Objawy neurologiczne Powiększenie węzłów chłonnych
Złamanie kompresyjne	Wiek>50lat(>70r.ż.). bardziej specyficzne Znaczący uraz Osteoporoza	
Infekcja	Stosowanie steroidów Gorączka lub dreszcze Przebyta ostatnio infekcja skóry lub dróg moczowych Immunosupresja Dożylnie stosowanie leków	Gorączka(>38 <sup>0</sup> C) Bolesność wzdłuż wyrostków kolczystych kręgosłupa

**Czynniki psychologiczne i środowiskowe w powstawaniu zespołu bólów kręgosłupa**

Organizm ludzki ma zdolność kumulowania skutków czynników negatywnych przekazywanych przez psychikę. Jednym z takich akumulatorów, który zbiera negatywne reakcje, jest układ mięśniowy. Często prowadzi to do przewlekłego napięcia niektórych grup mięśni [4]. Zjawisko wywoływania określonych, niekorzystnych reakcji w narządzie ruchu, w wyniku zadziałania czynników przekazywanych poprzez psychikę człowieka, nazywa się psychogennością narządów ruchu. W literaturze przedmiotu [4] podkreśla się, iż *Układ mięśniowy jest układem, który w sposób wręcz teatralny reaguje na stres*. Przyczyny tych zaburzeń są wielorakie. Istotny jest fakt, iż ostatnio do czynników ryzyka zalicza się nie tylko przeciążenia fizyczne, anomalie anatomiczne, ostre bądź przewlekłe urazy, ale także psychospołeczne stresory [7]. Obciążenia psychiczne wynikają ze specyfiki pracy pielęgniarek, wśród ludzi chorych, cierpiących, obarczających pielęgniarki dużą odpowiedzialnością za zdrowie i życie [6].

Aktualne warunki społeczno-ekonomiczne, z istniejącym bezrobociem, niepewnością utrzymania zatrudnienia, rosnącymi wymaganiami, koniecznością stałego doksztalcania się, są niewątpliwie czynnikami stresorodnymi. Mogą one wywoływać zaburzenia natury psychogennej (np. nerwice, stany depresyjne), jak również wpływać na sprawność narządu ruchu. Stres może podwyższyć percepcję objawów, ale może również być bezpośrednią przyczyną zwiększenia napięcia mięśniowego, co sprzyja powstawaniu schorzeń narządu ruchu, w tym również zespołów bólowych kręgosłupa w różnych jego odcinkach [7].

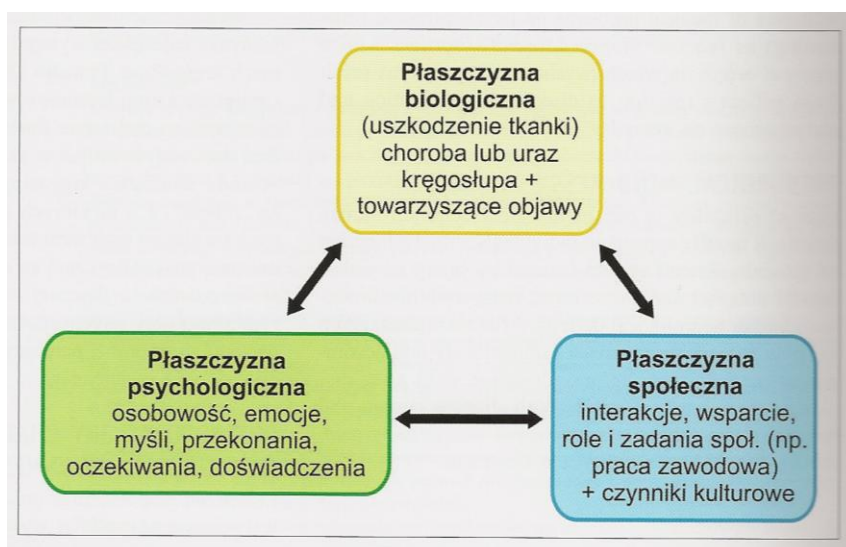
Ból nie zawsze musi być bezpośrednim i dosłownym odzwierciedleniem istniejącej patologii strukturalnej, bądź biochemicznej. Liczne prace o charakterze epidemiologicznym [7], wykazały, że psychospołeczne stresory są ważnym czynnikiem powodującym występowanie, nie tylko chorób sercowo-naczyniowych, ale również zbk. Interesujące jest to, że przyczyny te podawane są nie tylko w krajach, gdzie znane są braki kadrowe i niedoposażenie w sprzęt ułatwiający pracę, ale również m.in. w Belgii, USA, Japonii, gdzie takie problemy nie występują [10].

Niedhammer i Hautman [7] w swoich badaniach wymieniają następujące szkodliwości natury psychogennej w pracy pielęgniarki:



- niejasno zdefiniowane wymogi dotyczące pracy zawodowej
- konflikty ze współpracownikami
- poczucie braku wsparcia w środowisku
- utrata chęci do pracy
- uczucie bezradności życiowej.

Z badań przeprowadzonych, przez Burtona i wsp. [10] wśród pielęgniarek belgijskich i holenderskich, wynika iż bardzo istotne znaczenie w odczuwaniu bólu ma właśnie czynnik psychologiczny. Zdaniem autorów oznacza to, iż pozytywne nastawienie do sytuacji w pracy i niższe wskaźniki objawów depresyjnych pozwalają skuteczniej radzić sobie z bólem. Również badania przeprowadzone przez Hollingdale'a i wsp. [10], wśród angielskich i szwedzkich pielęgniarek, wykazały dodatnią korelację pomiędzy odczuwaną satysfakcją z pracy, a zgłaszanymi przez nie dolegliwościami bólowymi. Badanie te są potwierdzeniem tezy zaproponowanej przez Engela [2], który twierdzi, iż na powstanie i utrzymanie się choroby wpływa dynamiczna interakcja pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi.



**Rycina 1. Biopsychosocjalny model schorzeń kręgosłupa – dynamiczna interakcja pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi [11].**

**Czynniki środowiskowe**, czyli m.in.: sposób zagospodarowania czasu niezwiązanego z pracą zawodową, aktywność codziennego dnia, korzystanie z używek, również wywierają istotny wpływ na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Cytując za Waddel [7] „*zbk to syndrom zachodniej cywilizacji*”.

**Biomechanika bólów kręgosłupa** - istotą zespołów bólowych kręgosłupa, o etiologii przeciążeniowej, jest długotrwałe sumowanie się obciążeń statycznych i dynamicznych, przekraczających wytrzymałość fizyczną jego struktur [2]. Obciążenia te dotyczą wszystkich składowych układu ruchu tj.: mięśni i ich przyczepów, więzadeł, ścięgien, pochewek ścięgniastych, kaletek maziowych, łokotek, chrząstek, kości oraz nerwów [8]. Najcięższe i przewlekłe bóle pleców najczęściej spowodowane są zmianami w obrębie krążków międzykręgowych [13]. Ich uszkodzenia dokonują się

prawie zawsze przy jednoczesowym ucisku (przez siły napinające) i zginaniu kręgosłupa. Najłatwiej ulegają one uszkodzeniu przy podnoszeniu ciężkich przedmiotów, stawy międzykręgowe zaś przy ruchach skręcania kręgosłupa.

### Klasyfikacja bólów kręgosłupa

Według prof. Kazimierza Rapały [14] bóle kręgosłupa można sklasyfikować jako:

- **Bóle pochodzenia dyskowego** - powodowane są mechaniczną niewydolnością krążka międzykręgowego i drażnieniem zakończeń nerwowych przez produkty rozpadu polisacharydów budujących ten krążek.
- **Bóle w przebiegu zmian zwyrodnieniowych w tylnych stawach kręgosłupa i rozwijającej się niestabilności** - charakteryzują się bardzo różnorodnym obrazem klinicznym, bóle pojawiają się po rozpoczęciu aktywności, po czym się zmniejszają. Bóle, spowodowane niestabilnością, niwelowane są podczas odciążenia kręgosłupa.
- **Bóle korzeniowe** - występują w sytuacji ucisku na korzeń nerwu. Charakterystyczne jest występowanie promieniowania bólu (rwa barkowa i kulszowa) jak również zaburzenia czucia, a często nawet brak odruchów. Bardzo ważnym klinicznie objawem jest objaw Lasegue'a.
- **Bóle o charakterze chromania neurogennego** - są następstwem stenozy kanału kręgowego oraz wtórnego niedokrwienia korzeni rdzeniowych. Postępowanie lecznicze zwiększające pojemność kanału kręgowego prowadzi do poprawy ukrwienia korzeni nerwowych, a tym samym do zmniejszenia dolegliwości.
- **Bóle nowotworowe** – charakterystyczne są bóle nocne, spowodowane przekrwieniem guza przez wypełnione naczynia krwionośne i wtórne pęcznienie krążka międzykręgowego.
- **Bóle w przebiegu zapalenia** - ich przyczyną jest toksyczne działanie produktów rozpadu tkanek niszczonej przez drobnoustroje. Dolegliwości bólowe są stałe, niezależne od ułożenia ciała, każdy ruch powoduje ich nasilenie. Charakterystyczne jest podwyższenie ciepłoty ciała.
- **Bóle w przebiegu osteoporozy** - wynikają z mikrozłamań beleczek kostnych trzonów kręgowych. Bóle są najczęściej umiejscowione w obrębie tych złamań, chociaż dość często promieniują wzdłuż żeber. Rozpoznanie znacznie ułatwia stwierdzenie narastającej kifozy po okresie menopauzy oraz ustępowanie bólów przy odciążeniu kręgosłupa w łóżku.
- **Bóle psychogenne i roszczeniowe** - mogą być powodowane stanami hysterii, psychozami.
- **Bóle naczyniowe** - często występują u palaczy papierosów oraz u osób z tętniakiem aorty.

Zbk w różnych chorobach często mają podobny obraz kliniczny, w związku z tym, dokładny wywiad i badanie przedmiotowe (w tym neurologiczne), poparte badaniami dodatkowymi, pozwalają ustalić przyczynę choroby [14].

### Definicja bólu

Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (ang. *International Association for the Study of Pain - IASP*) w swojej definicji bólu z 2008 roku, uwzględnia założenia modelu biopsychospołecznego [15]. Zgodnie z tą definicją ból to: „nieprzyjemne doznanie sensoryczne i emocjonalne będące wynikiem istniejącego bądź potencjalnego

*uszkodzenia tkanek lub opisywanym w terminach takiego uszkodzenia*". Oznacza to, że doświadczenie bólowe jest zawsze subiektywne i złożone [15]. Ból wykazuje zmienność w zakresie natężenia, rozległości i okolicy w której się manifestuje. W znacznej mierze zależne jest to od trybu życia. Istotne znaczenie ma również konstytucja psychofizyczna, tj.: otyłość, zaburzenia psychiczne, typ osobowości (introvertyk, ekstrawertyk), a także czynniki genetyczne [8]. Kluczowe znaczenie w etiopatogenezie choroby przeciążeniowej odgrywają świadomie kształtowane wzory zachowań, a także sposób w jaki wykonujemy czynności dnia codziennego [8]. Ból może być odczuwany wyłącznie w jednym lub kilku odcinkach kręgosłupa, ale także może promieniować do odległych okolic, np. kończyn.

W literaturze przedmiotu [16], mówi się o trzech rodzajach promieniowania bólu, w kontekście:

1. **bólu rzutowanego** - promieniującego lub odczuwanego w innym miejscu niż źródło powstania, spowodowanego podrażnieniem zakończeń nerwowych, głębokiego, rozlanego.
2. **bólu korzeniowego** - bólu neurogennego o charakterze przeszywającym, odczuwanym na niewielkiej przestrzeni, spowodowanego uciskiem bądź stanem zapalnym.
3. **radikulopatii** - bólu neuropatycznego z zaburzeniami czucia, osłabieniem siły mięśniowej, powstającego w ogniskach uszkodzenia nerwu, który może towarzyszyć bólowi korzeniowemu lub rzutowanemu.

Bóle kręgosłupa, ze względu na czas trwania, dzieli się na ostre i przewlekłe:

- **bóle ostre kręgosłupa** trwają do 12 tygodni, powstają najczęściej w wyniku bezpośredniego urazu lub nadmiernych ruchów skrętnych, zgniatających, a nawet skłonu, który w niekorzystnych warunkach np. w wyniku nadmiernych emocji może doprowadzić do zablokowania ruchów w stawach kręgosłupa [16]. Faza ostra jest najczęściej fazą zapalno-obrzękową z bardzo silnym bólem. Osoba chora wyłącza się z aktywności zawodowej i pozazawodowej. Ostre zbk mogą ustąpić samoistnie, jednak często, przy braku odpowiedniej profilaktyki, przechodzą w przewlekłą postać o nawrotowym i napadowym charakterze [8]. W bólach kręgosłupa, szczególnie w jego ostrej postaci, stwierdza się wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych, będące swoistą reakcją obronną organizmu na ból, wymuszającą określoną pozycję ciała. Najczęściej reakcja mięśniowa dotyczy w mniejszym lub większym stopniu okolicy związanej z bólem [5]. Zastosowanie miorelaksantów w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa jest dość kontrowersyjne ze względu na ryzyko zaburzeń statyki kręgosłupa u osób, które nie są unieruchomione. Z tego powodu leki te nie są stosowane w przewlekłych bólach kręgosłupa, jak również u osób bardzo aktywnych w czasie choroby, jednakże warto podkreślić ich dodatnie działanie w procesie rehabilitacji chorego [5].
- **bóle przewlekłe kręgosłupa** trwają długo, często ponad 3 miesiące i mają charakter napadowy oraz nawrotowy [8]. W 85% przypadków są następstwem zmian zwyrodnieniowych w krążkach międzykręgowych i w stawach międzywyrostkowych [16]. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (zzsk) oraz reumatoidalne zapalenie stawów (rzs) odpowiadają również za część przypadków dolegliwości kręgosłupa. Ból może mieć charakter receptorowy lub neuropatyczny, w zależności od miejsca podrażnienia, bądź uszkodzenia. W ostatnich latach, duże znaczenie w powstawaniu bólu przewlekłego, przypisuje się

działaniu prozapalnych cytokin [16]. Cechy tego bólu to: zróżnicowany charakter i nasilenie, tkliwość uciskowa wyrostków kolczystych, ograniczenie ruchów kręgosłupa, zwłaszcza zginania i przeprostu, wzmożone napięcie mięśni zwłaszcza przykręgosłupowych, deficyty neurologiczne, parestezje (drętwienie, mrowienie, klucie), zaburzona naturalna postawa ciała – dekompensacja, czyli postawa przeciwbólowa oraz występowanie bólów głowy, zaburzenia widzenia, szumy uszne, a nawet zawroty głowy [8, 16].

#### **Postacie zespołów bólowych wg McKenziego [2]:**

- zespół zaburzeń posturalnych (*Postural syndrom*) - charakteryzuje się bólem występującym po dłuższym okresie utrzymywania nieprawidłowej pozycji (siedząca lub zgięciowa kręgosłupa),
- zespół zaburzeń funkcjonalnych (*Dysfunction syndrom*) – to wynik przede wszystkim utrwalonego nawyku nieprawidłowej postawy, przebytych urazów, zmian degeneracyjnych krążka międzykręgowego. Ból ma tu charakter przerywany, pojawia się bezpośrednio po uzyskaniu końcowego zakresu ruchomości,
- zespół zaburzeń strukturalnych (*Derangement syndrom*) – dochodzi tu do zmian ustawienia powierzchni stawowych, zaburzeń zakresu i przebiegu ruchów będących następstwem zmian zwyrodnieniowych krążka międzykręgowego. Ból występuje stale, zmienia się jego natężenie.

U pielęgniarek (zwłaszcza młodych) najczęściej występuje zespół zaburzeń posturalnych [2]. Cytując Stodolnego (2000) nie ma żadnej znaczącej korelacji pomiędzy istnieniem dolegliwości bólowych i ich natężeniem, a współistnieniem zmian zwyrodnieniowych kostnych kręgów jak i ich wielkością [4].

#### **Leczenie zespołów bólowych kręgosłupa**

Zespoły bólowe kręgosłupa, to niezwykle rozległe i wieloskładnikowe zagadnienie, w związku z tym ustalenie właściwego postępowania leczniczo-usprawniającego (kinezyterapię, zabiegi fizykoterapeutyczne z masażem oraz farmakoterapią) musi być poprzedzone prawidłową diagnozą [8].

##### **Celem terapii w zbk jest :**

- obniżenie stopnia odczuwanych dolegliwości bólowych,
- przywrócenie funkcjonalności kręgosłupa,
- poprawa sposobu poruszania się oraz postawy ciała,
- zapobieganie przykurczom i zanikom mięśniowym,
- poprawa krążenia obwodowego [8].

W procesie leczenia choroby przeciążeniowej kręgosłupa najważniejszym zadaniem jest stworzenie takiego programu rehabilitacyjnego, w którym typowe działanie lecznicze jest jedynie jednym z jego elementów, a istota programu powinna polegać na:

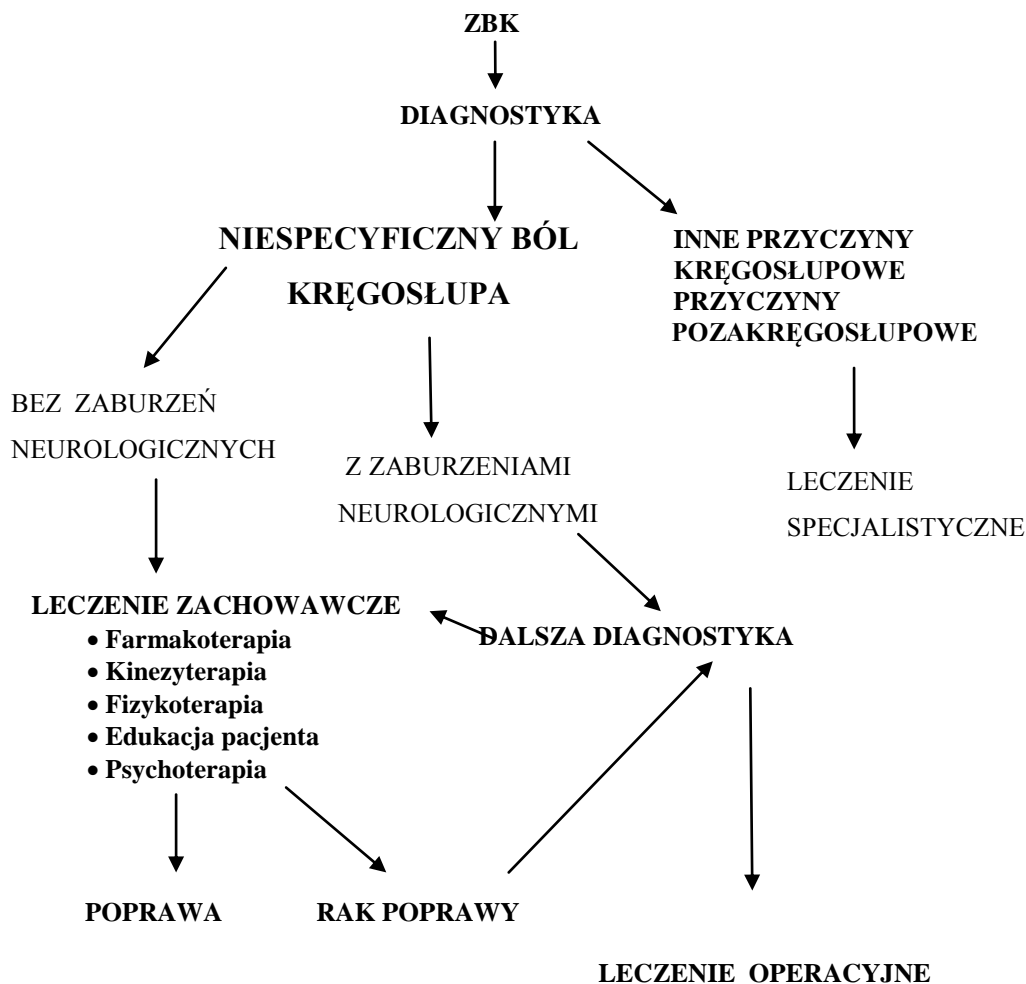
- uświadomieniu choremu przyczynowego działania przeciążeń,
- nauczanie ich unikania bądź niwelowania,
- wprowadzenie do życia chorego elementów rekonstrukcyjnych (np. stałych ćwiczeń)
- podanie wskazówek co do możliwości aktywnego życia mimo zaistniałych już skutków choroby lecz bez ich pogłębiania [4].

W leczeniu przewlekłych bólów kręgosłupa istotne jest stosowanie wielokierunkowego programu rehabilitacyjnego z elementami psychoterapii. Można dzięki temu uzyskać zmniejszenie natężenia bólu oraz poprawę jakości życia [16].

Kinezyterapia (leczenie ruchem) to istotna składowa terapii bólów kręgosłupa, przyspieszająca procesy naprawcze w układzie ruchu, zabezpieczająca przed wtórnymi zmianami w tkankach miękkich oraz poprawiająca ogólną wydolność organizmu [8].

**Tabela 2. Algorytm postępowania terapeutycznego w zespołach bólowych kręgosłupa wg Kwolka [8].**

<b>ZESPÓŁ BÓLOWY KRĘGOSŁUPA</b>	
<b>Stan ostry</b>	<b>Stan przewlekły</b>
<b>Farmakoterapia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NLPZ</li> <li>• Myorelaksanty</li> <li>• Leki sedatywne</li> <li>• Leki przeciwdepresyjne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NLPZ</li> <li>• Myorelaksanty</li> <li>• Leki sedatywne</li> <li>• Leki przeciwdepresyjne</li> </ul>
<b>Kinezyterapia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leczenie spoczynkowe</li> <li>• Ćwiczenia oddechowe</li> <li>• Ćwiczenia izometryczne</li> <li>• Metoda McKenziego</li> <li>• Terapia manualna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ćwiczenia oddechowe</li> <li>• Ćwiczenia wzmacniające mięśnie</li> <li>• Metoda McKenziego</li> <li>• Terapia manualna</li> <li>• Masaż</li> </ul>
<b>Fizykoterapia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sollux, parafina</li> <li>• Krioterapia</li> <li>• Elektroterapia(jontoforeza)</li> <li>• Laseroterapia</li> <li>• Magnetoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sollux, parafina</li> <li>• Ultradźwięki</li> <li>• Magnetoterapia</li> <li>• Laseroterapia</li> <li>• Elektroterapia</li> <li>• Krioterapia</li> <li>• Hydroterapia</li> </ul>
<b>Edukacja pacjenta</b>	
<b>Psychoterapia</b>	



Rycina 2. Algorytm diagnostyczno -terapeutyczny w zespołach bólowych kręgosłupa [3].

#### Kinezyterapia w zbk powinna:

- dopasować metody terapii do przyczyny choroby, stanu klinicznego oraz możliwości psychofizycznych pacjenta,
- pozyskać chorego do współpracy i akceptacji dla stosowanych ćwiczeń,
- przestrzegać zasad stopniowania i urozmaicenia terapii,
- nadzorować jakość oddechu w trakcie wykonywanych ćwiczeń [16].

#### Leczenie zachowawcze

Znanych jest wiele metod leczenia zachowawczego, zawsze jednak skuteczne leczenie zespołów bólowych powinno się opierać na wnikliwej diagnozie, obiektywnych metodach kontroli i oceny przebiegu terapii. Wszystkie znane elementy leczenia należy ze sobą łączyć, dostosowując je każdorazowo do konkretnego pacjenta. Rehabilitacja pacjentów z bólami kręgosłupa jest procesem kompleksowym, bardzo często łączona jest z farmakoterapią. Powinno się w niej dążyć do przywracania zakresu ruchów, wytrzymałości mięśni i właściwej reedukacji wzorców postawy oraz aktywności ruchowej pacjenta [5]

- **Technika Aleksandra** - nazywana metodą reedukacji psychofizycznej, uczy świadomego przywracania naturalności i swobody psychofizycznej organizmu. Prowadzi do eliminowania nieprawidłowych nawyków, w tym złych nawyków postawy.
- **Neuromobilizacja** - jest to zespół technik poprawiających neuromechanikę obwodowego układu nerwowego. Badania wykazują iż zabiegi neurobilizacji, skuteczniej niż fizjoterapia tradycyjna, eliminowały lub obniżały spoczynkowe, wzmożone napięcie mięśni, powstałe w reakcji na ból u chorych z przewlekłym zespołem bólowym kręgosłupa [17]. Terapia ta jest skuteczna zarówno w ostrych jak i przewlekłych bólach kręgosłupa lędźwiowego [18].
- **Metoda Robina McKenzie**, tzw. mechanoterapia oparta jest na zasadzie stosowania działań leczniczych i zapobiegawczych skierowanych przeciwie do czynnika wywołującego dolegliwości. Opiera się na autoterapii i edukacji pacjenta, co i jak należy robić, by pokonać ból i uniknąć nawrotu choroby [8]. Ma zapewnić samowystarczalność w radzeniu sobie z dolegliwościami. Leczenie zbk tą metodą polega na czynnej i biernej korekcji postawy ciała, czyli wyćwiczeniu prawidłowej funkcji mięśni antagonistycznych oraz uzmysłowieniu przyczyn zaburzeń i możliwości świadomej ich korekcji [2]. Zaletą tej metody jest prostota i możliwość aktywizacji dotkniętego zaburzeniem. Po diagnozie i zakwalifikowaniu do jednego z trzech zespołów objawowych opracowuje się indywidualny program usprawnienia i późnej profilaktyki, który wykonywany jest przez osobę cierpiącą na bóle kręgosłupa samodzielnie, czyniąc ją w znacznej mierze współodpowiedzialną za końcowy efekt terapeutyczny [9]. Celem nadrzędnym tej metody jest profilaktyka. Ostatnie doniesienia potwierdzają jej skuteczność zarówno w ostrych, jak i przewlekłych bólach kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego [5].

#### **W leczeniu zbk:**

- niezmiernie istotna jest edukacja i informacja o przyczynach i zazwyczaj pomyślnym przebiegu leczenia (lęk przed poważną przyczyną bólu jest ważnym czynnikiem chronifikacji dolegliwości)
- bardzo ważne jest utrzymanie aktywności fizycznej, jednak należy unikać czynności wywołujących ból
- pomocne są relaksacja, terapia poznawczo- behawioralna, biofeedback
- leczenie manualne
- kinezyterapia czynna, ćwiczenia izometryczne, wyciągi w osi długiej nie są wskazane w okresie zaostrzenia dolegliwości bólowych
- leczenie farmakologiczne
- często stosuje się wstrzyknięcia zewnątrzoponowe kortykosteroidów
- leczenie chirurgiczne - tylko w przypadkach postępującego deficytu neurologicznego [16].

Równowagę statyczną ogólną może poprawić lub nawet na powrót osiągnąć wyłącznie sam chory przez osobiste zaangażowanie się w proces leczniczy [19].

### **Zmiany zwyrodnieniowo- dyskopatyczne**

Najczęściej zbk są spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa w połączeniu ze zmianami degeneracyjnymi krążków międzykręgowych.

**Dyskopatie** - szacuje się, że są one przyczyną około 80% bólów kręgosłupa i zespołów korzeniowych [2]. Zmiany degeneracyjne krążków międzykręgowych występują najczęściej i najwcześniej spośród wszystkich zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa [19]. Ocenia się, że występują one u około 67% populacji po 50 roku życia, ale 2/3 z nich przebiega bezobjawowo [11].

**Jądro miążdżyste** nie ma własnego unaczynienia i unerwienia - unerwiona jest jedynie zewnętrzna jego część czyli pierścień włóknisty. Z tego powodu wstępne okresy degeneracji krążka przebiegają bezobjawowo i są niezauważalne dla chorego. Ból odczuwany jest dopiero wtedy gdy rozciągany jest pierścień włóknisty [2].

**Patogeneza zwyrodnienia krążka**, to w wielkim skrócie odwodnienie, zwłóknienie i mechaniczna niewydolność krążka. Progresja zmian postępuje z wiekiem - w połowie życia u większość chorych w obrazie radiologicznym dają się zaobserwować objawy spondylozy i zaburzenia stabilizacji kręgów. Należy pamiętać, że kręgosłup jest jednym systemem dynamicznym, ograniczenie funkcji oporowej i amortyzującej jednego z elementów w tym systemie, prowadzi automatycznie do zwiększonego obciążenia pozostałych elementów. Generuje tym samym bóle wynikające z ich względnego przeciążenia [2].

**Diagnozowanie** - we wczesnym etapie jest dość trudne. Wykonanie rezonansu magnetycznego w pozycji leżącej chorego ukazuje wysokość tarcz i otworów międzykręgowych, jako „fałszywie” prawidłowe, jednakże wykonanie tego badania w pozycji pionowej pozwala prawidłowo ocenić rzeczywiste ułożenie elementów kostnych kręgosłupa [2]. Niestety tylko nieliczne aparaty pozwalają na taką opcję i jest to technicznie trudne do wykonania.

**Dyskopatia w odcinku szyjnym kręgosłupa.** Szyjny odcinek kręgosłupa to część kręgosłupa najbardziej złożona pod względem biomechanicznym. Związane to jest ze specyficzną budową i pełnionymi funkcjami przez połączenie potyliczno- szyjne oraz kręgi szczytowy i obrotowy [12]. Kręgosłup szyjny charakteryzuje się stosunkowo dużą ruchomością w porównaniu z innymi odcinkami. Spełnia rolę amortyzatora, który w sposób płynny „wygasa” gwałtownie działające siły obciążeniowe przy wszelkiego rodzaju ruchach, przeciążeniach. Jest to możliwe dzięki segmentarnej budowie, elastycznym krążkom międzykręgowym, jak również dzięki fizjologicznej krzywiznie szyjnej [20]. Przepukliny krążka międzykręgowego w tym odcinku powodują zwykle radikulopatię szyjną [21]. Najczęstszym wzorcem bólowym jest ból promieniujący do okolicy łopatki, wzdłuż bocznej powierzchni ramienia, aż do przedramienia i ręki [22]. Może także powodować osłabienie mięśni, parestezje i ból zarówno w obrębie kończyn dolnych, jak i górnych, w zależności od lokalizacji przepukliny. Czasem dochodzi również do łagodnego osłabienia ruchów i niewielkich zmian w zakresie odruchów. Przepuklina krążka międzykręgowego na wysokości C5-C6 może prowadzić do nieprawidłowości pochodzących z korzeni nerwów rdzeniowych to jest: osłabienie czucia na kciuku i palcu wskazującym, osłabienie mięśni naramiennego i dwugłowego ramienia, brak odruchu z mięśnia dwugłowego i osłabienie mięśnia prostownika promieniowego długiego nadgarstka [22]. Przepuklina krążka międzykręgowego C6-C7 może powodować niewielkie osłabienie mięśnia trójgłowego ramienia, drętwienie



palców środkowego i wskazującego, czasem zanik odruchu ramienno- promieniowego. Przepuklina krążka międzykręgowego na wysokości C7-T1 sprzyja występowaniu uczucia zdrętwienia w zakresie przekazu unerwienia przez nerw łokciowy na palcu małym i czwartym ręki, osłabienia mięśnia trójgłowego ramienia, czasem dochodzi do zniesienia odruchu z tego mięśnia [22].

W tym miejscu warto wspomnieć, iż istnieją schorzenia mogące imitować „chorobę” krążka szyjnego, co często skutkuje niewłaściwą diagnozą, takie jak np.: guzy wewnątrz i zewnątrzrdzeniowe, guzy mózgu, zespoły bólowe kończyny górnej, zespoły pourazowe, a nawet stany zapalne gardła.

#### **Leczenie.**

- **Zachowawcze** - stosowanie kołnierza ortopedycznego, fizykoterapia z wyciągiem kręgosłupa, nadoponowe wstrzyknięcia steroidów, stosowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych (n.i.p.z.), odpoczynek (obserwuje się korzystne oddziaływanie upływającego czasu). Ta metoda leczenia jest skuteczna u około 50-60% pacjentów. W przypadku ostrej przepukliny krążka z uciskiem korzenia lub opony rdzenia należy unikać manipulacji – wstrzykiwania iniekcji sterydowych [21].
- **Operacyjne** - decyzja o leczeniu operacyjnym planowym powinna być podejmowana po około 3 miesięcznym okresie leczenia zachowawczego [22]. Inne źródła podają 8 tygodniowy okres leczenia zachowawczego, jako czas na zakończenie samoistnych procesów naprawczych krążka międzykręgowego [5]. Podjęcie tej decyzji przed upływem 3 miesięcy od początku dolegliwości może uchronić pacjenta przed skutkami wystąpienia bólu przewlekłego [5]. Za podjęciem decyzji o leczeniu w tym okresie przemawia również fakt, iż leczenie bólu w później jest dużo trudniejsze i mniej skuteczne.
- Wskazaniem do operacji w trybie pilnym (*red flags*) jest wystąpienie deficytów neurologicznych.

#### **Najczęściej stosowane metody leczenia operacyjnego**

- **Discektomia** (dyskoidektomia) -polegająca na wycięciu krążka międzykręgowego z dostępu przedniego(przednio-bocznego), zastosowanie wszczepu kostnego (często własnego) lub metalowych klatek międzytrzonowych i wykonanie usztywnienia [21]. Jest to procedura bezpieczna, z dużym prawdopodobieństwem (80-90%) ustąpienia dolegliwości [21]. Po operacji stosuje się miękki kołnierz szyjny przez około 6 tygodni [21].
- **Artroplastyka** - po wykonaniu pełnej discektomii stosowane są implanty o charakterze protez dyskowych utrzymujące ruchomość danego segmentu. Stosowana jest szczególnie u ludzi młodych. W ostatnich latach w tego rodzaju operacji stosuje się technikę endoskopową znacznie minimalizującą zakres interwencji chirurgicznej [5].

W opinii Zarzyckiego [12] *leczenie operacyjne dyskopatii szyjnej, zapoczątkowane przez Clowarda, upowszechniło się. W Polsce znaczny rozwój spondyloimplantologii datuje się od czasu wejścia Polski do UE. Rozwój polskiej chirurgii kręgosłupa nastąpił szczególnie w ciągu ostatnich 15 lat. Współpraca ortopedów, chirurgów, neurochirurgów i bioinżynierów, w ramach Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa, zaskutkowała nowymi metodami operacyjnymi i udoskonalonymi implantami stabilizującymi kręgosłup* [12].

**Zespoły bólowe odcinka piersiowego** najczęściej współistnieją z dysfunkcjami bardziej ruchomych szyjnych i lędźwiowych segmentów kręgosłupa. Najczęściej

spotykana pierwotna patologia kręgosłupa piersiowego to pogłębiona kifoza piersiowa wtórna do przebytej (często bezobjawowo) choroby Scheuermanna. Może być przyczyną nawracających, ostrych, segmentarnych neuralgii międzyżebrowych [5]. Te nierzadko stają się przyczyną pilnie podejmowanej diagnostyki kardiologicznej.

**Dyskopatia w odcinku lędźwiowym kręgosłupa** - przepuklina lędźwiowego krążka międzykręgowego (plkm) jest jedną z najczęstszych przyczyn bólu i powikłań neurologicznych w przebiegu choroby zwyrodnieniowej [22]. Może powstać w każdej fazie okresu zwyrodnieniowego. Choroba dyskowa jest najczęstszą przyczyną bólów kręgosłupa lędźwiowego w populacji osób w wieku produkcyjnym. Schorzeniu towarzyszy ból, zwykle rozpoczynający się w okolicy krzyżowej, następnie promieniujący do okolicy krzyżowo-biodrowej i do pośladków. Ból w kończynie dolnej jest przeważnie większy, niż w okolicy lędźwiowej i zwykle nasila się podczas długotrwałego siedzenia np. w samochodzie. Charakterystycznie zmniejsza się po przyjęciu pozycji pionowej bądź położeniu chorego [22]. Chorzy skarżą się na nasilenie bólu kończyny dolnej podczas kichania, przeciągania się, czy kaszlu. Często dochodzi do przeczulicy pokrywającej się z obszarem unerwienia czuciowego oraz do powstania rwy kulszowej, ta jednak w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego [22]. Postępowanie chirurgiczne jest wskazane w zespole ogona końskiego (zaburzenia funkcji pęcherza moczowego i jelita grubego) lub jeżeli ból korzeniowy trwa dłużej niż 6-12 tygodni. Bardzo istotne jest potwierdzenie poziomu przepukliny badaniami obrazowymi (KT lub MR) [14]. Czasem wykonywana jest dyskografia - podanie środka cieniującego do przestrzeni międzytrzonowej pod kontrolą fluoroskopii [22]. Bardzo dobre efekty, w leczeniu operacyjnym dyskogennych bólów kręgosłupa, uzyskuje się stosując stabilizatory międzykolumnowe. Stabilizacja międzywyrostkowa należy do grupy stabilizacji dynamicznych, które pozwalają na pewien zakres ruchu na operowanym poziomie. Metoda ta sprawdza się doskonale również w leczeniu operacyjnym: zespołów przeciążenia stawów międzykręgowych, stenoz, chromania neurogennego, zespołów bólowych kręgosłupa związanych z chorobami stawów międzykręgowych, a nawet niewielkiego stopnia niestabilności. Pierwszy implant międzykolumnowy zastosowano śródoperacyjnie w Europie w 1986 roku [23]. Wyniki leczenia operacyjnego u chorych z zespołami bólowo- korzeniowymi w przebiegu plkm są porównywalne i niezależne od stopnia rozwoju zmian zwyrodnieniowo- wytwórczych [23].

### **Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów międzykręgowych**

Częstość występowania zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa zwiększa się wraz z wiekiem [19]. Występują one u połowy populacji po 55 roku życia, zaś po 65 roku życia stwierdza się je praktycznie u wszystkich osób. Mogą być następstwem zmian strukturalnych.

**Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa można podzielić na trzy następujące po sobie okresy:**

1. **Okres dysfunkcji** z mało charakterystycznymi bólami kręgosłupa, występuje dehydratacja, jest to wczesny etap zwyrodnienia krążka międzykręgowego.
2. **Okres destabilizacji** z objawami przeciążenia kręgow i patologiczną ruchomością, dochodzi do podwichnięć kręgow, osteofityzy i sklerotyzacji płytek granicznych trzonów kręgowych i powierzchni stawów międzywyrostkowych
3. **Okres restabilizacji** z rozbudową zmian wytwórczych i znacznym ograniczeniem zakresu ruchów kręgosłupa [23].

Zmiany chorobowe mogą dotyczyć:

- połączeń międzytrzonowych
- stawów pomiędzy wyrostkami stawowymi
- stawów znajdujących się na tylnobocznych powierzchniach trzonów kręgow C4- C7 (Luschki)
- wyrostków koleczystych (choroba Baastrupa - charakteryzuje się wytwarzaniem stawów rzekomych międzywyrostkowych)
- więzadeł z ich skostnieniem (choroba Forestiere- Rotes de Querol) [18].

W literaturze przedmiotu [6] podkreśla się, iż w trzeciej dekadzie życia człowieka dochodzi do zaburzeń stabilizacji kręgow, przez co zwiększa się ich ruchomość we wszystkich płaszczyznach. To z kolei prowadzi do niezborności stawów międzykręgowych, zwężenia światła kanału kręgowego i otworów międzykręgowych oraz ciasnoty objawiającej się uciskiem korzeni nerwowych. Zmiany zwyrodnieniowe umiejscawiają się w najbardziej ruchomych odcinkach kręgosłupa na poziomach C8-Th1 oraz L5-S1 [5]. Mogą być spowodowane:

1. niefizjologicznymi obciążeniami statyczno-dynamicznymi, długotrwałym, nadmiernym uciskiem na ograniczone odcinki kręgow, nadmierną lordozą bądź kifoza, wadami ustawienia miednicy oraz długotrwałą pracą w niefizjologicznych pozycjach
2. uszkodzeniami pourazowymi (złamania trzonów, wyrostków stawowych, łuków kręgow, a także uszkodzenia krążka międzykręgowego)
3. wadami wrodzonymi
4. zmianami pozapalnymi
5. zaburzeniami hormonalnymi predysponującymi kręgosłup do większej podatności na uszkodzenia (menopauza, leczenie preparatami hormonalnymi, akromegalia), zaburzeniami odżywczymi (krzywica, osteomalacja) [18].

Objawy zależnie są od miejsca wystąpienia zmian chorobowych:

1. bóle nasilają się po wysiłku, po czym pojawiają się przy każdym ruchu, a następnie nawet w spoczynku
2. bóle spowodowane uciskiem korzeni nerwowych, często imitują objawy dusznicy bolesnej
3. wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych często wymuszające określoną pozycję ciała, z czasem może prowadzić do zaników mięśniowych
4. zaniki mięśni [18].

#### **Leczenie**

Najważniejsze jest działanie profilaktyczne i jeżeli to możliwe to należy unikać nadmiernych przeciążeń kręgosłupa. Stosuje się: fizykoterapię (diatermia, diadynamik, termoterapia), kinezyterapię (ćwiczenia wzmacniające mięśnie grzbietu i brzucha), farmakoterapię (środki przeciwzapalne, przeciwbólowe podawane ogólnie i miejscowo) oraz gorsety ortopedyczne stabilizujące wybrany odcinek kręgosłupa [18]. Pamiętać jednak należy, iż długotrwałe stosowanie stabilizatorów zewnętrznych może prowadzić do osłabienia mięśni grzbietu. Zespoły bólowe kręgosłupa na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa, według obowiązującego prawa, nie są chorobami zawodowymi [9]. W sytuacji, gdy zespół bólowy kręgosłupa wystąpi nagle, po raz pierwszy podczas wykonywania czynności zawodowych, może być rozpatrywany jako wypadek przy pracy.

#### **Diagnostyka obrazowa zespołów bólowych kręgosłupa**

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż ustalenie charakteru bólu oraz odcinka kręgosłupa, który powinien zostać zobrazowany ma kluczowe znaczenie dla właściwego zastosowania technik obrazowych [11].

**Radiologia klasyczna** - Typowe zdjęcie rentgenowskie wykonane w swobodnej pozycji stojącej nadal znajduje zastosowanie, jako wyjściowe badanie u chorych z bólami kręgosłupa. Zmiany zwyrodnieniowe widoczne są w radiologii klasycznej już we wczesnym stadium rozwoju choroby. Niektóre patologie kręgosłupa są widoczne jedynie w pozycji stojącej np. przemieszczenie trzonów, dyskopatie. W przypadku dyskopatii - radiologia klasyczna uwidacznia jedynie pośrednie ich cechy i to dopiero w umiarkowanym stadium procesu zwyrodnieniowego krążka. Domeną radiologii klasycznej są badania czynnościowe kręgosłupa, niezastąpione w dokumentowaniu cech niestabilności sąsiadujących ze sobą kręgow. Rtg jest badaniem najbardziej dostępnym, najtańszym, a zatem najczęściej stosowanym [11].

**Tomografia komputerowa** - Badanie TK (wielorządowe) wnosi znacznie więcej informacji o budowie struktur kostnych oraz otaczających tkankach miękkich i naczyniach krwionośnych niż klasyczne zdjęcie rtg [11]. Doskonale uwidacznia zwyrodnieniowe zmiany kostne w każdym stadium schorzenia, diagnozuje przyczyny kręgozmyku, niezastąpiona jest w ocenie wad rozwojowych kręgosłupa, np. bloków i zniekształceń kręgow. W przypadku dyskopatii – uwidacznia tylko jej pośrednie cechy, z wyjątkiem odcinka lędźwiowego i górnej części odcinka szyjnego gdzie materiał przepuklinowy jest stosunkowo dobrze widoczny [5].

**Rezonans magnetyczny** - Rezonans magnetyczny dobrze uwidacznia tkanki miękkie takie jak: rdzeń kręgowy, korzenie nerwowe, opony, krążki międzykręgowe, mięśnie, więzadła, wysięk w stawach międzykręgowych, tkankę tłuszczową, blizny łącznotkankowe, a nawet ziarninę zapalną [11]. W przypadku zmian zwyrodnieniowych to jedyne, dotychczas, badanie umożliwiające ocenę uszkodzeń chrząstek stawowych w obrębie kręgosłupa [5]. W przypadku dyskopatii - jest badaniem referencyjnym, jedynym pokazującym budowę krążka międzykręgowego oraz wszystkie fazy choroby zwyrodnieniowej poszczególnych jego części. Od około 10 lat w badaniach dyskopatii stosowane jest tzw. stand-up MRI (najbardziej zaleca się badanie w pozycji największego bólu). Jednak takie badania możliwe są jedynie w niektórych aparatach otwartych niskopoloowych [5]. Badanie RM jest najbardziej specyficznym, obrazowym badaniem wykrywającym zmiany nowotworowe struktur kostnych oraz nowotwory umiejscowione wewnątrz i zewnątrz kanału kręgowego. W przypadku podejrzenia wtórnych zmian nowotworowych badanie wykonuje się z podaniem środka kontrastowego [5]. Zespoły bólowe kręgosłupa stanowią interdyscyplinarny problem diagnostyczny i terapeutyczny. Zagadnienia te leżą bowiem w kręgu zainteresowań lekarzy rodzinnych, ortopedów, reumatologów, radiologów, psychiatrów, fizjoterapeutów manualnych, neurologów i neurochirurgów.

Choroba przeciążeniowa, według Stodolnego, to jedno z tych schorzeń człowieka, nad którym ciąży swoiste fatum powtarzających się nawrotów i zaostrzeń, schorzenie masowe, a przyczynowy „wirus” to warunki życia współczesnej cywilizacji [4]. W związku z tym profilaktyka choroby przeciążeniowej oraz zapobieganie jej nawrotom stała się koniecznością ekonomiczną, w której ochrona osobistego stanu zdrowia to inwestycja, a opieka medyczna to bardzo kosztowny towar [4].

## Piśmiennictwo

1. Jarosiewicz G.: Jak chronić układ mięśniowo- szkieletowy podczas pracy. Poradnik dla pracowników służby zdrowia, PIP, Główny Inspektorat Pracy, Warszawa, 2010.
2. Kosińska M., Kułagowska E., Winkler T., Zięba J., Plinta R., Kokosz M., Niebrój L.: Wymuszone pozycje ciała w pracy pielęgniarskiej, *Ann. UMCS Sect. D*, 2003, 7, 28, 76-80.
3. Baranowska A., Baranowski B.: Ocena lordozy szyjnej u pacjentów z usztywnieniem międzytrzonowym z użyciem sztywnych wszczepów krążków międzykręgowych. *Chir. Narządów Ruchu Ortop. Pol.*, 2007, 72, 89-93.
4. Stodolny J.: Choroba przeciążeniowa kręgosłupa – epidemia naszych czasów, Wyd. ZL „Natura, Kielce, 2000.
5. Koszewski W.: Bóle kręgosłupa i ich leczenie. Wyd. Med. Termedia, Poznań , 2010
6. Leszczyńska A., Daniszewska B., Dudek K. i wsp.: Wpływ ergonomii pracy pielęgniarek na występowanie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa, *Kwart.Ortop.*, 2008, 2, 210-218.
7. Langauer - Lewowicka H.: „Uwarunkowania psychospołeczne zespołów bólowych kręgosłupa, *Med. Środ.*, 2007, 10, 17-19.
8. Bilski B.: Higiena pracy w pielęgniarstwie- wybrane zagadnienia, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2009, 141-156, 233-252, 118-139, 157-174.
9. Marcinkowski J. T., Klimberg A.: „Zespoły bólowe kręgosłupa wśród pielęgniarek jako problem wypadków przy pracy, II Podlaska Międzynarodowa Konferencja Naukowo- Szkoleniowa „XXI wiek – Nowe Wyzwania Pielęgniarstwa” Białystok 17-20. 05. 2001 rok.
10. Kosińska M., Niebrój L.: Ergonomia w opiece zdrowotnej, ŚAM, Katowice, 2003.
11. Hendrich B., Bładowska J., Sasiadek M.: „Znaczenie badań obrazowych w diagnostyce nieurazowych zespołów bólowych kręgosłupa, *Pol. Przegl. Neurol.*, 2010, 6, 92-100.
12. Tęsiorski M., Zarzycki D., Lipik E. i wsp.: Zespoleńia potyliczno – szyjne przy pomocy implantów typu kotwice w patologjach pogranicza czaszkowo-kręgosłupowego. *The Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Research*, 2009, 4, 28-34.
13. Szwałkiewicz E.: „Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Przewodnik dla pielęgniarek. Wyd, Med. Urban & Partner, Wrocław, 2000, 1-10
14. Rapała K.: „Zespoły bólowe kręgosłupa. Zagadnienia wybrane. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2004.
15. Kołtąj M., Dobrogowski J.: Psychospołeczne czynniki ryzyka mogą stanowić przeszkodę w skutecznym operacyjnym leczeniu kręgosłupa, *The Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Research*, 2009, 4, 170-179.
16. Wordliczek J., Dobrowolski J.: Leczenie bólu, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008.
17. Dwornik M., Kujawa J., Białoszewski D. i wsp.: Elektromiograficzna i kliniczna ocena skuteczności neuromobilizacji u chorych z zespołami bólowymi części lędźwiowo- krzyżowej kręgosłupa, *Ortop. Traum. Reh.*, 2007, 11, 164-174.
18. Gaździk T.Sz.: Ortopedia i Traumatologia, Wydanie III uaktualnione i rozszerzone, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008.

19. Karczewski K.J.: Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa, Wyd, Czelej, Lublin, 2002, 263-290, 250-252.
20. Baranowska A., Baranowski B.: Ocena lordozy szyjnej u pacjentów z usztywnieniem międzytrzonowym z użyciem sztywnych wszczepów krążków międzykręgowych. Chir. Narządów Ruchu Ortop. Pol., 2007, 72, 89-93.
21. Nowakowski A., Kubaszewski Ł., Kaczmarczyk J.: Leczenie zespołów bólowych związanych z przepukliną krążka międzykręgowego w części szyjnej kręgosłupa. Chir. Narządów Ruchu Ortop. Pol., 2007, 72, 85-88.
22. Brown D.E., Neuman R.D.: Sekrety Ortopedii- wydanie polskie pod redakcją Dziąka A., Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2006.
23. Styczyński T., Pyskło B., Gasik R.: Badania nad wpływem procesu zwyrodnieniowego kręgosłupa o różnym stopniu zaawansowania na wyniki leczenia chirurgicznego dyskopatii lędźwiowej z zespołem korzeniowym, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, 2007, 9, 591-598.
24. Paczkowski D., Harat M., Kiliński B.: Analiza wskazań i powikłań stabilizacji międzykoleczystej, The Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Research, 2009, 4, 98-105.



Klimaszewska Krystyna<sup>1</sup>, Jórzak Marcin, Kowalewska Beata<sup>1, 2</sup>, Rolka Hanna<sup>1,2</sup>, Kondzior Dorota<sup>1</sup>, Kowalczyk Krystyna<sup>1</sup>, Jankowiak Barbara<sup>1, 2</sup>, Baranowska Anna<sup>1</sup>, Krajewska –Kułak Elżbieta<sup>1</sup>

## Ocena poziomu wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat choroby wieńcowej serca

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

<sup>2</sup> Instytut Medyczny PWSliP w Łomży

### Wstęp

Choroby układu krążenia są główną przyczyną umieralności, inwalidztwa i hospitalizacji zarówno w Polsce, jak i na świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia, najpoważniejszym czynnikiem jest choroba niedokrwienna serca, zwana popularnie wieńcówką. Jedną z głównych przyczyn zachorowalności w naszym kraju były przeobrażenia społeczno - ekonomiczne. Spowodowały one stres, który rozpowszechnił palenie papierosów, picie alkoholu i wiele innych niekorzystnych dla zdrowia zachowań. Tendencja ta, choć malejąca, nie wprowadza w nas zadowolenia. Nadal umieralność na choroby układu sercowo- naczyniowego jest ogromna. W ciągu ostatnich kilku lat zwiększyła się dostępność nowoczesnego inwazyjnego leczenia kardiologicznego. Pacjent z ostrym zawałem serca znacznie szybciej trafia do wyspecjalizowanego ośrodka, gdzie ma zapewnioną nowoczesną terapię inwazyjną [1].

### Choroba wieńcowa

Choroba wieńcowa jest to zespół objawów i zaburzeń czynności mięśnia sercowego powstałych wskutek zwężenia tętniczych naczyń wieńcowych. W następstwie tego serce może nie otrzymywać wystarczającej ilości krwi, stan niedostatecznego dostarczania krwi nazywa się niedokrwieniem; stąd określenie *choroba niedokrwienna serca*, które jest synonimem choroby wieńcowej. Sytuacją, w której bardzo często dochodzi do zmniejszonego dostarczania krwi jest niedokrwienie powstające w następstwie zwiększonego wysiłku fizycznego. Przemijające niedokrwienie może wywołać ból w klatce piersiowej, który nosi nazwę bólu dławicowego, którego charakterystyczną cechą jest zanikanie w czasie spoczynku. W Polsce używa się także określeń: *ostra niewydolność wieńcowa*, *dławica piersiowa*, *dusznica bolesna*, a także terminu z języka łacińskiego *angina pectoris*. Gdy dochodzi do znacznego zmniejszenia dopływu krwi do mięśnia sercowego i mamy do czynienia z martwicą włókien mięśniowych poza miejscem zwężenia, wówczas stan ten określa się *zawałem mięśnia sercowego*, w którym termin *zawał* odnosi się do martwicy komórek mięśniowych. W literaturze i potocznie stan ten określa się również *atakami serca* [2].

Choroba wieńcowa przejawia się silnymi bólami, którym towarzyszy lęk. Dolegliwości bólowe umiejscawiają się w klatce piersiowej, najczęściej po lewej stronie i mają charakter gniczenia, ściskania, pieczenia, drapania, wrażenia ogromnego ciężaru



na klatce piersiowej. Ból promieniuje do szyi, dolnej szczęki, ramion, nadgarstków w których czuć ucisk [3].

Ból występuje najczęściej podczas wysiłku, czy w trakcie chodzenia. Może wywołać go stres, bądź wstrząs psychiczny [4].

### **Przyczyny i czynniki ryzyka choroby wieńcowej**

Termin *czynniki ryzyka* oznacza pewne cechy, których wystąpienie zwiększa szanse pojawienia się choroby wieńcowej. W rozumieniu tego pojęcia powinno się raczej mówić o *ryzyku współistniejącym*, chyba że istnieje pewność co do związku przyczynowego między tym czynnikiem a chorobą. Na przykład, biała obwódka wokół rogówki, która występuje u osób młodych współistnieje z częstszym pojawianiem się choroby wieńcowej, lecz nikt nie odważy się uznać tego za przyczynę choroby wieńcowej, ani nie będzie oczekiwał, że po usunięciu tej zmiany zapobiegnie ryzyku zachorowania [5].

#### **Przyczyny i czynniki ryzyka, a na które mamy wpływ**

- Palenie papierosów
- Nadciśnienie tętnicze
- Wysoki poziom cholesterolu
- Nadwaga i otyłość
- Stres
- Brak ruchu i ćwiczeń fizycznych
- Cukrzyca [6, 7].

#### **Przyczyny i czynniki ryzyka, na które nie mamy wpływu**

- Płeć
- Czynniki genetyczne
- Wiek [2, 8]

### **Leczenie choroby wieńcowej**

Leczenie przyczynowe - na początek stosuje się prewencję pierwotną, która polega na oszacowaniu ryzyka wystąpienia choroby, jeżeli szanse na wystąpienie choroby są duże wtedy należy wyeliminować czynniki ryzyka lub rozpocząć leczenie.

Prewencja wtórna - jako druga metoda, czyli zwalnianie progresji istniejącej choroby wieńcowej poprzez:

- Zakaz palenia tytoniu,
- Optymalne leczenie hiperlipoproteinemii, cukrzycy i nadciśnienia tętniczego,
- Normalizację masy ciała, wyeliminowanie niekorzystnych bodźców
- Zastosowanie diety ubogocholesterolowej, ubogotłuszczowej i bogatowłóknikowej
- Ćwiczenia fizyczne (regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej o około 50%)
- Stosowanie kwasu foliowego i witaminy B6 może normalizować podwyższone stężenie homocysteiny
- Spożywanie alkoholu, a szczególnie czerwonego wina w umiarkowanej ilości, czyli około 15g/dobę zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej

Leczenie objawowe - Stabilną dławicę piersiową leczy się ambulatoryjnie, natomiast każda postać duszniczy bolesnej niestabilnej jest bezwzględnym wskazaniem do pilnej hospitalizacji, ze względu na duże zagrożenie wystąpieniem zawału serca [9].

#### Farmakoterapia

Rewaskularyzacja - której celem jest poprawa komfortu życia chorych poprzez zmniejszenie objawów duszniczy bolesnej, zminimalizowanie ryzyka zawału serca, a także zmniejszenie uciążliwości i poprawa rokowania choroby wieńcowej. Rewaskularyzacja polega na poszerzeniu i udroźnieniu zwężonego naczynia krwionośnego, a jej celem jest przywrócenie prawidłowego krążenia w świetle naczynia [8].

#### Przezkórna wewnątrznacyniowa angioplastyka wieńcowa

Standardowa metoda polegająca na rozszerzeniu miejsca zwężenia balonikiem wprowadzonym przy pomocy cewnika. Balon napełniany jest płynem pod wysokim ciśnieniem, co powoduje zwiększenie średnicy tętnicy w miejscu zwężenia. Restenoza, czyli nawrót zwężenia następuje u 30-40% chorych w ciągu 6 miesięcy od wykonania PTCA.

Metodą kojarzoną z „balonikowaniem” jest wszczepienie stentów, czyli metalowych rozpórek naczyniowych. Stenty są powlekane rapamycyną, czyli lekiem o działaniu antyproliferacyjnym i w znacznym stopniu zmniejszają ryzyko wystąpienia restenozy.

Innymi metodami, w których używa się cewnika wprowadzanego do tętnicy wieńcowej, lecz mają ograniczone wskazania i znaczenie są:

- Angioplastyka rotacyjna,
- Angioplastyka za pomocą lasera,
- Bezpośrednia aterektomia wieńcowa (DCA),
- Koronaroplastyka ultrasonograficzna,
- Ultrasonograficzna tromboliza wieńcowa,
- Wewnątrzwieńcowa trombektomia aspiracyjna, która polega na wessaniu zakrzepu z tętnicy wieńcowej chorego ze świeżym zawałem serca [10].

#### Operacyjna rewaskularyzacja naczyń wieńcowych

Klasycznymi metodami operacyjnymi z zastosowaniem torakotomii, zatrzymaniem serca i podłączeniem do krążenia pozaustrojowego są:

- Pomost żylny aortalno- wieńcowy,
- Ominięcie zwężenia tętnicy wieńcowej za pomocą pomostu z tętnicy piersiowej wewnętrznej, określanej jako bypassy,
- Bypass z tętnicy promieniowej [9].

Jednym z ostatecznych sposobów leczenia jest przeszczep serca, który stosuje się u osób z chorobą wieńcową w schyłkowym okresie niewydolności i krążenia, bądź też sklasyfikowani w IV stopniu w skali NYHA [10].

## **Rokowanie**

Lokalizacja zwężenia naczyń i ich liczba pozwala procentowo określić śmiertelność chorych, u których nie dokonano rewaskularyzacji. I tak u pacjentów z chorobą jednego naczynia śmiertelność wynosi 3-4%, z chorobą dwóch naczyń 6-8%, z

chorobą trzech naczyń 10-13%, natomiast przy zwężeniu głównego pnia lewej tętnicy wieńcowej śmiertelność wynosi ponad 30%.

Wraz ze zwiększeniem częstości i natężenia napadów dławicy piersiowej zwiększa się ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego.

Rokowanie pogarsza się przez narastającą niewydolność lewokomorową i występowanie komorowych zaburzeń rytmu serca, a także przez niestosowanie się do zaleceń, które mają na celu zminimalizowanie ryzyka miażdżycy [11].

## **Profilaktyka choroby wieńcowej**

### Dieta

Logicznym posunięciem wydaje się zalecenie, żeby każdy stosował dietę utrzymującą małe stężenia cholesterolu we krwi. Szczegółne można to odnieść do osób młodych, które nie mają jeszcze niekorzystnych przyzwyczajeń żywieniowych, jednak nigdy nie jest za późno, by zapoczątkować stosowanie diety. Prostim zaleceniem jest po prostu unikanie pokarmów zawierających dużą ilość tłuszczów nasyconych, czyli zwierzęcych i soli, a zastąpienie ich potrawami zawierającymi znaczne ilości nie ulegających strawieniu włókien błonnika oraz tłuszczami jedno- i wielonasyconymi [12, 13].

### Palenie papierosów

Zaprzestanie palenia w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej. Szkodliwe jest także tak zwane „bierne palenie”, czyli wdychanie dymu z papierosów przez osoby niepalące. Porzucenie palenia może być trudne i w tym momencie ogromną rolę odgrywają ludzie z najbliższego otoczenia, czyli z domu i pracy. Można także zgłaszać się do specjalnych klinik pomagających zerwać z nałogiem [14].

### Podwyższenie ciśnienia tętniczego

Nadciśnienie w pierwszej fazie leczy się bez zastosowania środków farmakologicznych. Na początek stosuje się dietę odchudzającą, ogranicza się spożywanie alkoholu i soli. Jeżeli te czynności nie przynoszą efektu, wówczas zaleca się włączenie leków: moczopędnych; blokujących kanał wapniowy; beta-blokerów, blokerów konwertazy angiotensyny [34].

### Aktywność fizyczna

Uważa się, że regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych wpływa korzystnie na ludzki organizm. Wystarczy trzy razy w tygodniu poświęcić 20 do 30 minut na szybki spacer, bieg, pływanie bądź jazdę na rowerze, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej [15].

### Stres

Zdrowy rozsądek radzi unikania sytuacji, w których doznajemy niepotrzebnych, szkodliwych emocji, a nie potrafimy sobie z nimi poradzić. Istnieje wiele sposobów, którymi można zwalczyć stres. Część osób uczy się z biegiem czasu, jak rozpoznawać sytuacje i czynniki stresowe i opracowuje różne sposoby radzenia sobie z nimi albo samemu, albo z pomocą najbliższego otoczenia, rodziny i znajomych. Aktywność fizyczna i przeróżne techniki relaksacyjne mogą w znacznym stopniu zredukować następstwa działania stresu [15].

## Cele pracy

- Zbadanie znajomości czynników ryzyka choroby wieńcowej wśród społeczeństwa województwa podlaskiego.
- Ocena stanu wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat profilaktyki choroby niedokrwiennej serca.

## Material i metodyka

W przeprowadzonych badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z użyciem specjalnie skonstruowanej ankiety.

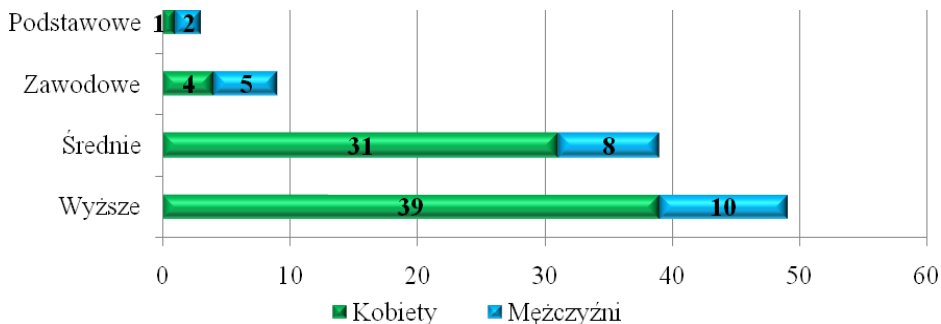
Badaną grupę stanowiło stu mieszkańców województwa podlaskiego w wieku od <20 do 60 lat.

## Wyniki badań

Badaniu zostało poddana grupa 100 osób w przedziale wiekowym 18-60 lat. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w przedziale wiekowym 21-40 lat, stanowili oni 55% ogółu badanych oraz 41-60 - stanowili oni 43% badanych.

Najbardziej liczną grupą były kobiety w przedziale wiekowym 41- 60 lat (77%), jak również w przedziale wiekowym 21 – 40 lat (78%).

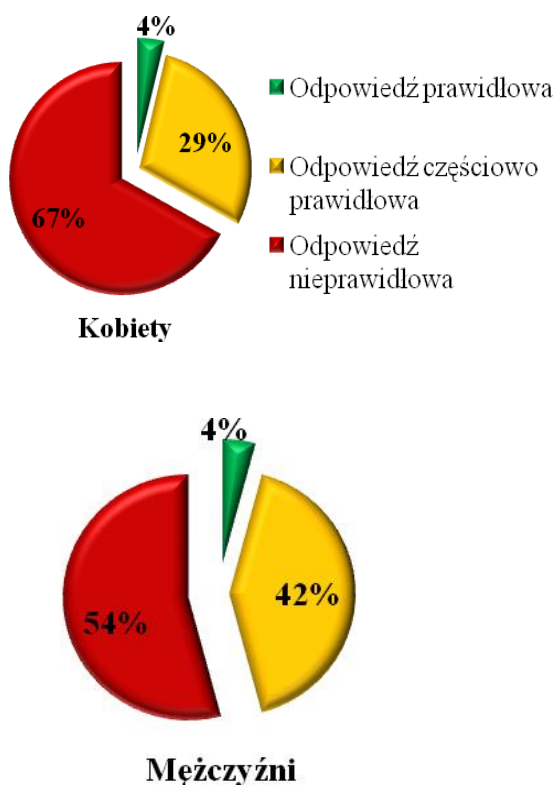
Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym - 49%. Wykształcenie średnie posiadało 39% badanych. Mniejszość stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym, odpowiednio 9% i 3% (ryc. 1).



Rycina 1. Wykształcenie respondentów

Badając stan wiedzy kobiet i mężczyzn, lepiej wypada płęć żeńska, której 9% swój stan wiedzy określa jako bardzo dobry, przy zaledwie 4% mężczyzn. Jako dobry stan wiedzy także lepiej wypadają kobiety, które w 43% zaznaczyły tę właśnie odpowiedź przy zaledwie 17% mężczyzn. Panowie częściej, bo w 46% oznaczali swój stan wiedzy jako średni, także spory odsetek, bo 33% pań zaznaczało tę odpowiedź. Mężczyźni częściej opowiadali się za tym, że ich stan wiedzy jest niski i stanowili oni 29%, przy 12% kobiet. Obie grupy badanych w podobnym stopniu wyznały, że nie posiadają wiedzy na temat choroby wieńcowej i było to 3% u pań i 4% u panów.

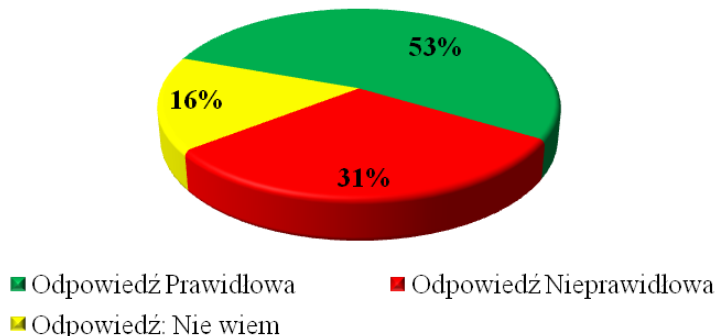
Grupa badanych została zapytana czym, ich zdaniem, jest choroba wieńcowa. Mając do wyboru sześć możliwych odpowiedzi zaledwie 3% ankietowanych odpowiedziało prawidłowo, zaznaczając dwie prawidłowe odpowiedzi. Biorąc pod uwagę podział na kobiety i mężczyzn proporcje rozkładają się po równo, gdyż zarówno panie, jak i panowie z 4% skutecznością wskazali dwie prawidłowe odpowiedzi. Dokładne dane ilustruje ryc. 2.



**Rycina 2. Pana/Pani zdaniem choroba wieńcowa to:...**

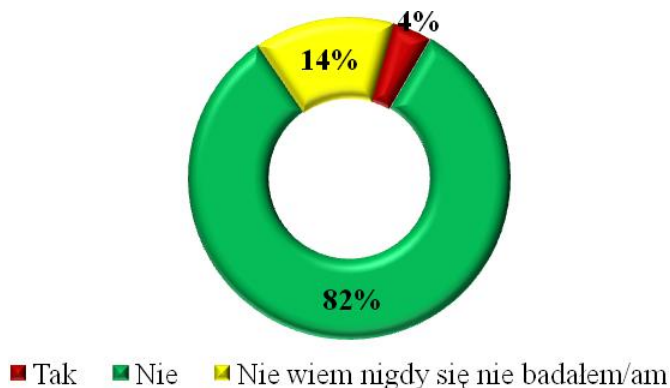
Kolejnym pytaniem, na które odpowiadali ankietowani było wskazanie różnicy między cholesterolem LDL a HDL. Wśród wszystkich respondentów 31% wskazało nieprawidłową odpowiedź.

Ponad połowa ankietowanych, a dokładniej 53% odpowiedziało na to pytanie prawidłowo, czyli, że: HDL to dobry cholesterol i jego wysoka wartość obniża ryzyko choroby wieńcowej, natomiast LDL to zły cholesterol i jego wysoka wartość zwiększa ryzyko choroby wieńcowej (ryc. 3).



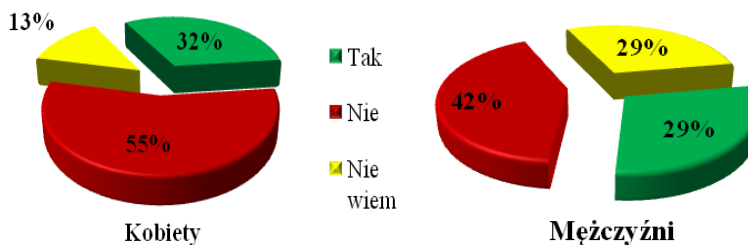
**Rycina 3. Jaka jest różnica między cholesterolem LDL a HDL?**

Spośród wszystkich ankietowanych 4% choruje na chorobę wieńcową, 14% nie zna swojego stanu zdrowia, gdyż nigdy nie badało się pod tym kątem. 85% ankietowanych jest przekonanych o tym, że są zdrowi (ryc. 4).



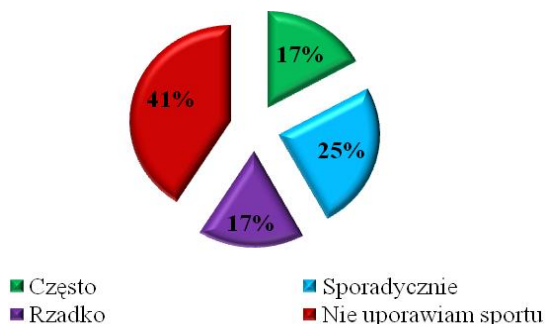
**Rycina 4. Czy choruje Pan/Pani na chorobę wieńcową?**

W podziale na grupy kobiety w 32% odpowiadały, że wśród ich najbliższych znajdują się osoby z chorobą wieńcową, mężczyźni odpowiedzieli podobnie i w ich przypadku wynosiło to 29%. 13% kobiet nie interesowało się, czy w ich otoczeniu są osoby z tą jednostką chorobową, jednak mężczyźni wykazali się większą niewiedzą w tej kwestii i było ich 29%. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn zdecydowana większość stwierdziła, że nie znają osób z chorobą wieńcową, było to odpowiednio 55% kobiet i 42% mężczyzn (ryc.5).



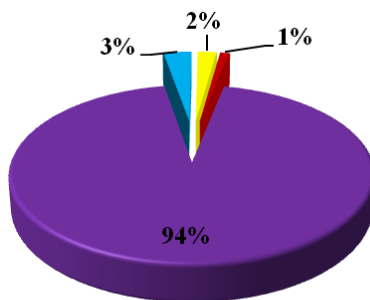
**Rycina 5. Czy wśród Pana/Pani rodziny, bądź znajomych jest osoba, która ma chorobę wieńcową?**

Na pytanie, jakie czynniki zwiększają ryzyko choroby wieńcowej respondenci mieli do wyboru 12 propozycji. Otyłość wskazało 91% ankietowanych, palenie papierosów 73%, złą dietę 72%, brak aktywności fizycznej 66%, stres 59%, nadmierne spożywanie alkoholu 56%, nadciśnienie tętnicze 51%, cukrzycę 46%, hi percholesterolemię 46%, wiek 32%, nieprzeprowadzanie regularnych badań lekarskich 21% i niedowagę 12%. Wśród badanych 3% choruje na cukrzycę, 6% na astmę, 10% na nadciśnienie tętnicze, natomiast 81% ankietowanych nie choruje na żadną z wyżej wymienionych chorób. Respondenci na pytanie, jak często uprawiają sport odpowiedzieli następująco: częstą aktywność fizyczną wykazuje 17% osób, sporadycznie sport uprawia 25% badanych, rzadką aktywność fizyczną wykazuje 17%. Niestety, największą grupę osób stanowią ludzie, którzy nie uprawiają żadnego sportu i takiej odpowiedzi udzieliło 41% ankietowanych (ryc. 6).



**Rycina 6. Jak często uprawia Pan/Pani sport?**

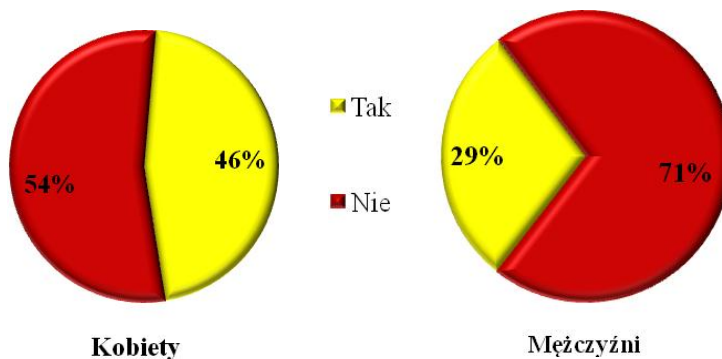
Większość badanych – 94% nie stosują żadnej diety, 1% stosuje dietę proteinową, 3% dietę cukrzycową, natomiast 2% zdecydowało się na dietę odchudzającą, co obrazuje rycina 7.



■ Cukrzycową ■ Odchudającą ■ Proteinową ■ Nie stosuję żadnej diety

**Rycina 7. Czy stosuje Pan/Pani dietę? Jeżeli tak, to jaką?**

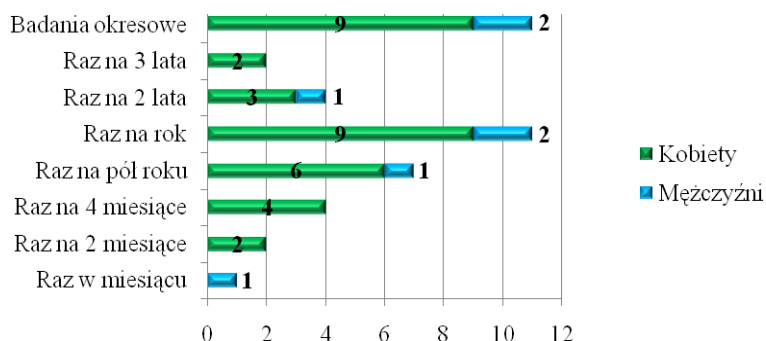
Spośród wszystkich ankietowanych 58% osób nie przeprowadza regularnych badań, natomiast 42% bada się regularnie. Badając poszczególne grupy można wywnioskować, że znacznie częściej badają się kobiety, które w 46% odpowiedziały, że przeprowadzają regularne badania, podczas gdy odsetek mężczyzn przeprowadzających badania wynosi 29%. Panie w większości nie badają się pod tym kątem – 54%, ale jeszcze gorzej sytuacja wygląda u panów, wśród których aż 71% nie przeprowadza regularnych badań. Wyniki przedstawia rycina 8.



**Rycina 8. Czy bada się Pan/Pani regularnie? Podział na kobiety i mężczyzn**

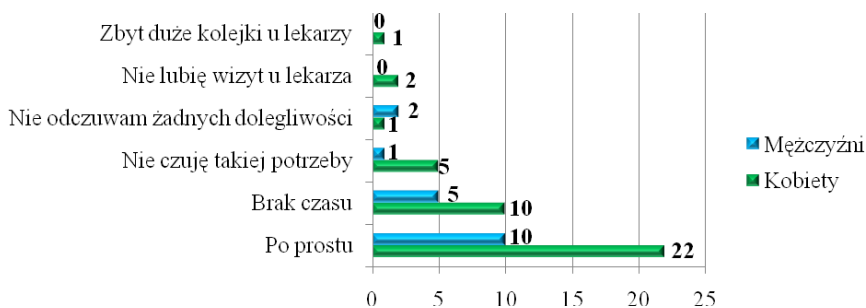
Osoby, które badają swój stan zdrowia robią to w różnych odstępach czasu. Najwięcej osób przeprowadza badania okresowe (11), także 11 osób bada się raz na rok, 7 osób bada się raz na pół roku, 4 osoby badają się raz na dwa lata, 4 kobiety badają się raz na cztery miesiące, nie ma w tym gronie mężczyzn, 2 kobiety badają się raz na trzy lata, 2 kobiety raz na dwa miesiące i 1 mężczyzna bada się raz w miesiącu. Dane przedstawia rycina 9.





**Rycina 9. Jak często przeprowadza Pan/Pani badania?**

Ankietowani, którzy nie przeprowadzają badań podzielili się na sześć grup. Najwięcej, bo 32 osoby stwierdziły, że nie mają wytłumaczenia i po prostu się nie badają, 15 osób odpowiedziało, że nie ma czasu na przeprowadzanie badań, 6 osób nie odczuwa potrzeby chodzenia do lekarza, 3 osoby nie badają się, ponieważ nie odczuwają żadnych dolegliwości, 2 kobiety nie lubią wizyt u lekarza i 1 kobieta uważa, że u lekarza są zbyt duże kolejki. Dane przedstawiono graficznie na rycinie 10.



**Rycina 10. Dlaczego nie przeprowadza Pan/Pani badań kontrolnych?**

## Dyskusja

Istnieją czynniki ryzyka, które sprzyjają rozwojowi choroby wieńcowej, na które nie mamy wpływu (zaawansowany wiek, obciążenia genetyczne, płeć), a także te, które można w skuteczny sposób modyfikować, co doprowadzi do zmniejszenia ryzyka rozwoju choroby.

W badaniach własnych ankietowani, wskazując czynniki ryzyka choroby wieńcowej, najczęściej wymieniali otyłość. Zaskakująco mało osób -73% odpowiedziało, że czynnikiem ryzyka „wieńcówki” jest palenie papierosów, gdyż wedle powszechnej opinii wydawało się, że ludzie właśnie nadużywanie nikotyny podają za główną przyczyną chorób serca. Niewiele mniej ankietowanych -72% uznało złą dietę za jeden z głównych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, 66% respondentów

opowiedziało się za tym, że jest to brak aktywności fizycznej, natomiast 59% ankietowanych stwierdziło, że jest to stres.

W badaniach wykonanych na terenie województwa jeleniogórskiego, w którym uczestniczyli studenci Wydziału Technicznego (WT) i Wydziału Przyrodniczego (WP), 6,2% studentów WT i 6,7% WP odpowiedziało, że czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej jest nadciśnienie tętnicze. Mniej osób wskazało za taki czynnik miażdżycę tętnic, takiej odpowiedzi udzieliło 2,1% na WT i 5,7% na WP, cukrzycę wskazało 4,1% na WT i taka sama liczba na WP. Częściej wymieniane były odpowiedzi: nadwaga/otyłość, brak aktywności fizycznej. Na opcję palenia papierosów wskazało 11,3% na WT i 10,8% na WP. Jako jeden z czynników ryzyka 10,3% WT i 12,4% WP wytypowało nadużywanie alkoholu [5].

Badania przeprowadzone w maju 2008 roku w Wojewódzkim Ośrodku Pracy w Lublinie pokazały, że niespełna 80% ankietowanych uważa za główny czynnik ryzyka choroby wieńcowej nadwagę i otyłość. Na drugim miejscu respondenci wytypowali brak aktywności fizycznej, takiej odpowiedzi udzieliło prawie 61% badanych. Ponad połowa badanych – 55% jako taki czynnik wskazało nadciśnienie tętnicze i palenie papierosów [16].

Z przeprowadzonych badań wynika, że 10% ankietowanych choruje na nadciśnienie tętnicze. U 81% respondentów nie wykryto tej dolegliwości.

Badania w Lublinie wskazały, że zaledwie 18% ankietowanych zna prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego, choć aż 81% wskazało na pojedynczy parametr graniczny optymalnej wartości ciśnienia – 120/80 mm Hg [16].

W Wieloośrodkowym Badaniu Stanu Zdrowia (WOBASZ), które przeprowadzono w Polsce w latach 2003-2005 zaobserwowano, że zaburzenia lipidowe występują u około 70% dorosłych Polaków [17, 18]. Niezmiernie ważny wpływ na zmniejszenie ryzyka choroby wieńcowej ma poziom cholesterolu [19, 20].

Jak powszechnie wiadomo, kolejnym ważnym elementem profilaktyki choroby niedokrwiennej serca jest regularna, właściwa aktywność fizyczna. Siedzący tryb życia i brak ruchu prawie dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że 38% mężczyzn opowiedziało się za częstym uprawianiem sportu, natomiast zdecydowanie mniej, bo tylko 11% kobiet udzieliło takiej odpowiedzi. Sporadycznie sport uprawia więcej kobiet – 21%, lecz mężczyźni nie wypadają wiele gorzej, gdyż 21% z nich udzieliło takiej samej odpowiedzi.

W jeleniogórskich badaniach ankietowani zostali zapytani o czas poświęcany na aktywność fizyczną. Na tak sformułowane pytanie 2,5% osób z Wydziału Technicznego i 5% z Wydziału Przyrodniczego odpowiedziało, że spędza tygodniowo więcej niż 14 godzin wykonując różne formy aktywności fizycznej. Nieco więcej respondentów odpowiedziało, że jest to czas od 10 do 13 godzin tygodniowo, było to odpowiednio 10% studentów z WT i 7,5% z WP [5].

Istotny wpływ na wczesne wyłapanie nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym są w miarę regularnie przeprowadzane badania lekarskie, natomiast biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych badań można wywnioskować, że więcej niż połowa, a dokładniej 58% społeczeństwa nie robi tego z różnych powodów, przy 42% liczbie osób badających się regularnie. Biorąc pod uwagę podział na kobiety i mężczyzn zdecydowanie lepiej wypadają panie, spośród których 46% bada się regularnie, podczas gdy odsetek ten u panów wynosił zaledwie 28%.

## Wnioski

Przeprowadzone badania na temat oceny wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Ludzie oceniają swój stan wiedzy na poziomie średnim, bądź dobrym, co nie do końca potwierdziły kolejne zadawane w ankiecie pytania.
2. Ankietowani w nieznacznej większości (53%) potrafili wskazać różnicę między cholesterolem HDL a LDL.
3. Jedynie 4% posiada schorzenie w postaci choroby wieńcowej, lecz 14% nie ma o tym pojęcia, gdyż nie badało się pod tym kątem.
4. Respondenci potrafią w większości wskazać czynniki sprzyjające rozwojowi choroby wieńcowej.
5. Zdecydowana większość respondentów (95%) jako osobę odpowiednią do udzielania informacji na temat choroby wieńcowej wskazuje lekarza.

## Piśmiennictwo

1. Jackson G.: Zdrowe Serce, Przewodnik Pacjenta. Książka i Wiedza, Warszawa, 2004, 18-21, 30.
2. Thomas R.: Lecz się naturalnie. Choroba wieńcowa: twój przewodnik po uzupełniających metodach leczenia, terapiach alternatywnych, leczeniu konwencjonalnym. Eremic, Warszawa, 2000, 1-58.
3. Wielka Encyklopedia Polonica, 2000, 435.
4. Górski J.: Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2001, 159-160.
5. Uchmanowicz J., Jankowska B., Panaszka B.: Czynniki ryzyka chorób układu sercowo- naczyniowego. Akademia Medyczna im Piastów Śląskich. Wrocław, 2010, 200-217.
6. Michajlik A., Bartnikowska E.: Chroń Serce przed chorobą wieńcową i zawałem. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2001, 14-18, 148-155.
7. Gersha B.: Co radzi lekarz. Choroby serca. Świat Książki, Warszawa 2006, 32-33, 197-215.
8. Sukiennik A.: Rewaskularyzacja w niewydolności serca. Choroby Serca i Naczyń, 2005, 2, 33-41.
9. Szczęch R., Narkiewicz K.: Leczenie nefarmakologiczne. Choroby Serca i Naczyń, 2007, 4, 151-158.
10. Herold G.: Medycyna Wewnętrzna, Repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 262-284.
11. Kaliciński A.: Serce i Ty. Medyk, Warszawa, 1999, 87-91, 122-125, 132-135.
12. Bugajska J., Jędryka-Góral A., Konarska M.: Występowanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca a praca zawodowa. Bezpieczeństwo Pracy, 2006, 4, 4-17.
13. Szymańska P.: Skuteczne obniżanie stężenia cholesterolu. Analiza skutków działań i zaniechań w Polsce. Nowe możliwości terapii zaburzeń lipidowych. Kardiolog. Pol., 2006, supl. 4, 64-66.
14. O'Connor S., Baker T.: Kardiologia praktyczna. Via medica, Gdańsk, 2001, 1-21.
15. Pieniżek M.: Poziom wiadomości o czynnikach ryzyka a zachowania prozdrowotne pacjentów z zawałem mięśnia sercowego. Ann. UMCS - Polonia, 2000, 55, supl. VII, 41, 201-202.

16. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A.: Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących. *Probl. Pielęg.*, 2009, 17, 321-327.
17. Narkiewicz K.: Nadciśnienie tętnicze i migotanie przedsionków – profilaktyka. *Chor. Serca i Naczyń*, 2009, 6, 109-113.
18. Bożek A., Frycz J., Krajewska J., Brewczyński P.Z.: Monitorowanie wartości szczytowego przepływu wydechowego (PEF) u pacjentów ze stabilną astmą oskrzelową i z towarzyszącymi objawami choroby niedokrwiennej serca. *Alerg. Astma Immun.*, 2003, 8, 51-56.
19. Jaxa-Chamiec T.: Prewencja wtórna schorzeń sercowo-naczyniowych jako stały element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. *Post. Nauk Med.*, 2008, 10, 677-697.
20. Dolegacz-Bączkowska A.: Potencjalny związek pomiędzy chorobą przyzębia, a hiperlipidemią – na podstawie piśmiennictwa. *Nowa Stom.*, 2005, 1, 50-52.



**Sobocińska Agnieszka<sup>1</sup>, Bachórzewska-Gajewska Hanna<sup>2,3</sup>, Krynicki Romuald<sup>1,4</sup>, Karwowski Maciej<sup>1</sup>, Wróblewska Krystyna<sup>1,4</sup>, Chilińska Joanna<sup>1,4</sup>, Jaszewski Marian<sup>1</sup>, Bajno Jan<sup>1</sup>**

## **Ostry zespół wieńcowy u chorych w podeszłym wieku Doniesienie wstępne**

1 Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

2. Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

3. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

4 Instytut Medycyny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

### **Wstęp**

Osoby starsze stanowią coraz liczniejszą grupę społeczeństwa, a zdarzenia sercowo-naczyniowe stają się główną przyczyną ich zgonu. Badania epidemiologiczne wskazują, że zapadalność na choroby układu sercowo-naczyniowego, a zwłaszcza na chorobę niedokrwienną serca (ChNS) systematycznie wzrasta wraz z wiekiem, dotycząc około 80-90% populacji w wieku 80-90 lat [1].

Podeszły wiek wiąże się ze wzrostem liczby chorób współistniejących, odmiennymi objawami, przebiegiem i liczbą powikłań towarzyszących ostrym zespołom wieńcowym. Na skutek systematycznego wzrastania oczekiwanej długości życia, szczególnie u kobiet, ich odsetek z różnymi postaciami klinicznymi choroby niedokrwiennej serca stale się powiększa [2].

### **Cel pracy**

Celem pracy była ocena wybranych czynników ryzyka oraz rokowania szpitalnego w ostrych zespołach wieńcowych w grupie pacjentów w wieku  $\geq$  80 lat z uwzględnieniem płci.

### **Material i metody**

W roku 2011 w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży leczono inwazyjnie 439 pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW), spośród których 16% stanowiły osoby w wieku 80 lat i więcej. Wszystkim pacjentom, poza badaniem podmiotowym i przedmiotowym, wykonano 12-odprowadzeniowy zapis elektrokardiograficzny oraz badanie echokardiograficzne serca. Oznaczono troponinę I (punkt odcięcia dla zawału m. sercowego 0,90), przed koronarografią, a także w I i II dobie po koronarografii. Z grupy objętej badaniem sześciu chorych (9%) zmarło.

### **Wyniki**

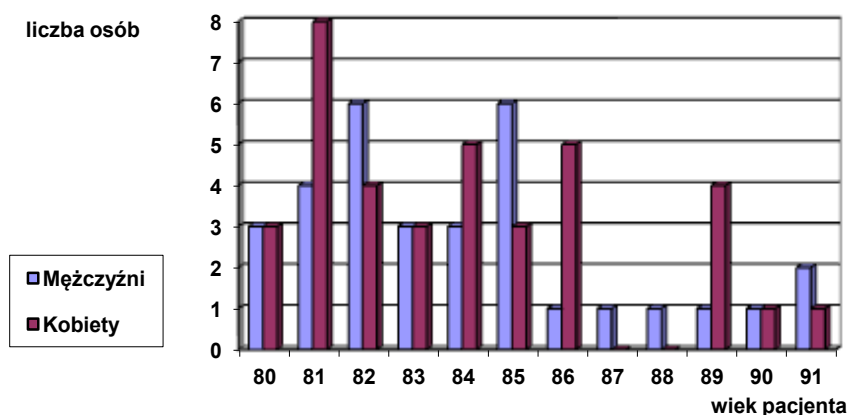
#### Charakterystyka badanej grupy

Do badania zakwalifikowano 69 pacjentów w wieku 80 lat i więcej. U 27 chorych stwierdzono zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST – STEMI (*ang. ST elevation myocardial infarction*). Również u 27 chorych rozpoznano zawał serca bez uniesienia odcinka ST – NSTEMI (*ang. non-ST elevation myocardial infarction*), a w pozostałych 15 przypadkach powodem przyjęcia i wykonania koronarografii była niestabilna choroba wieńcowa – UA (*ang. unstable angina*) - Tabela 1.

**Tabela 1. Wskazania do koronarografii**

Wskazanie do koronarografii	Populacja		80 lat i więcej	
	N	%	N	%
zawał z uniesieniem ST	150	34	27	40
zawał bez uniesienia ST	145	33	27	40
niestabilna choroba wieńcowa	144	33	15	21
<b>Razem</b>	<b>439</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>16</b>

W analizowanej grupie wiekowej 80 lat i więcej 54% pacjentów stanowiły kobiety, a 46% mężczyźni. Średnia wieku wynosiła 84 lata.



**Rycina 1. Rozkład wieku pacjentów z uwzględnieniem płci**

Wskazania do wykonania koronarografii i kwalifikacja do leczenia (zachowawczego, PCI, CABG)

Zawał z uniesieniem ST i bez uniesienia ST rozpoznano u 80% pacjentów, u pozostałych 20% rozpoznano niestabilną chorobę wieńcową. W grupie kobiet częstość zawału z uniesieniem ST i bez uniesienia ST wynosiła 84%, a wśród mężczyzn 72% (Tabela 2).

**Tabela 2. Wskazania do koronarografii**

Wskazanie do koronarografii	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
zawał z uniesieniem ST	12	38	15	41	27	40
zawał bez uniesienia ST	11	34	16	43	27	40
niestabilna choroba wieńcowa	9	28	6	16	15	20
<b>Razem</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

Pacjenci po koronarografii zostali zakwalifikowani do trzech metod leczenia: PCI (75%), CABG (15%) i leczenie zachowawcze (10%) – Tabela 3. Kwalifikacja ta przebiegała odmiennie dla obu płci. Wśród kobiet do leczenia metodą PCI zakwalifikowano 73%, a do CABG – 22%. Tylko 5% badanych osób płci żeńskiej zostało zakwalifikowanych do leczenia zachowawczego. W grupie mężczyzn do leczenia metodą PCI zakwalifikowano 78%, do CABG 6%. Natomiast 3-krotnie więcej pacjentów płci męskiej niż żeńskiej zostało zakwalifikowanych do leczenia zachowawczego (16%).

**Tabela 3. Kwalifikacja do leczenia po koronarografii**

Kwalifikacja do leczenia po koronarografii	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
PCI	25	78	27	73	52	75
CABG	2	6	8	22	10	15
Zachowawcze	5	16	2	5	7	10
<b>Razem</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

#### Analiza wartości troponiny I

W trakcie leczenia dokonano pomiaru wartości troponiny I w trzech punktach terapii: przed koronarografią oraz w II i III dobie po koronarografii (odpowiednio: Troponina I, II i III). U mężczyzn z zawałem z uniesieniem ST średnie stężenie troponiny wynosiło odpowiednio: Troponina I – 28,36 (ng/ml); Troponina II – 58,39; Troponina III – 27,36. W grupie kobiet z rozpoznaniem zawału z uniesieniem ST wartości średnie wynosiły: Troponina I – 26,07; Troponina II – 82,86; Troponina III – 39,42. Wyższe wartości troponiny u kobiet stwierdzono w II i III pomiarze. W przypadku zawału bez uniesienia ST: dla mężczyzn - Troponina I – 9,59; Troponina II – 31,52; Troponina III – 9,91, a dla kobiet - Troponina I – 34,42; Troponina II – 29,12; Troponina III – 17,22 ng/ml.

Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznej pomiędzy płcią pacjenta a wartością troponin.

#### Nasilenie zmian w tętnicach wieńcowych

Chorobę wieńcową jednonaczyniową stwierdzono u 22% badanych, dwunaczyniową (38%) i trójnaczyniową (40%). Zaobserwowano prawie dwukrotnie mniejszą liczbę chorych ze schorzeniem jednonaczyniowym (16%) wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami (28%), jednakże różnice te nie były istotne statystycznie (Tabela 4).



**Tabela 4. Nasilenie zmian w tętnicach wieńcowych**

Rodzaj choroby wieńcowej	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Jednonaczyniowa	9	28	6	16	15	22
Dwunaczyniowa	11	34	15	41	26	38
Trójnaczyniowa	12	38	16	43	28	40
<b>Razem</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

Tabela 5 przedstawia dane dotyczące zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej. Dla mężczyzn, u których wystąpił zawał z uniesieniem ST tętnicą poszerzoną była GPZ (62%), a następnie PTW (23%) i GO (15%). U kobiet stwierdzono dwie tętnice odpowiedzialne za zawał PTW i GPZ (obie po 47%), zaś GO najrzadziej (6%). Rozkład naczyń odpowiedzialnych za zawał NSTEMI był podobny u obu płci.

**Tabela 5. Naczynia wieńcowe poddane przezskórnej interwencji wieńcowej**

Zmienna	Zawał z uniesieniem ST		Zawał bez uniesienia ST		Niestabilna choroba wieńcowa	
	M	K	M	K	M	K
<b>PCI</b>						
PTW	23%	47%	45%	43%	40%	0%
GO	15%	6%	18%	7%	40%	67%
GPZ	62%	47%	37%	43%	20%	33%
GM	0%	0%	0%	7%	0%	0%

#### Frakcja wyrzutowa lewej komory (EF) w zależności od rozpoznania

Średnia wartość frakcji wyrzutowej lewej komory (EF) w badanej grupie wynosiła 44% (min. 20%, max. 60%).

U mężczyzn z zawałem STEMI średnia wartość EF wynosiła 44%, natomiast u kobiet 39%. W zawałe NSTEMI u mężczyzn średnia wartość EF wynosiła 45%, u kobiet 48%. W przypadku niestabilnej choroby wieńcowej u mężczyzn, średnia wartość EF wynosiła 43%, a u kobiet 50%. Obserwowane różnice nie były istotne statystycznie.

#### Dostęp naczyniowy zastosowany podczas koronarografii i ew. PCI

W analizowanej grupie chorych, czyli 80 lat i więcej zabieg koronarografii najczęściej był wykonywany poprzez dostęp udowy (72%), a u pozostałych pacjentów – dostęp promieniowy (28%).

#### Długość hospitalizacji

Średnia długość hospitalizacji pacjentów wynosiła 7 dni. Nie stwierdzono zależności pomiędzy płcią a długością hospitalizacji.

#### Analiza zgonów

U 6 chorych, z badanej 69-osobowej grupy (9%), ostry zespół wieńcowy zakończył się zgonem (Tabela 6). W 100% były to kobiety w wieku 81-89 lat (śr. wieku: 84 lata), charakteryzowały się wyższymi stężeniami troponiny I oraz różniły się od pozostałych chorych stopniem upośledzenia kurczliwości lewej komory (EF 20-30%) –

współczynnik Pearsona  $r(X,Y)=-0,59$ ,  $t=-5,97$ ,  $p<0,001$ . Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy płcią a zgonem pacjenta (współczynnik Pearsona  $r(X,Y)=0,29$ ,  $t=2,45$ ,  $p=0,02$ ).

Wartości średnie troponiny pacjentek zmarłych wynosiły: Troponina I – 42, Troponina II – 100, Troponina III – 85 ng/ml.

U wszystkich pacjentek, które zmarły, zawał powikłany był wstrząsem kardiogennym. Tylko w jednym przypadku w leczeniu nie zastosowano IABP z powodu niedomykalności zastawki aortalnej.

**Tabela 6. Analiza zgonów**

<b>Wskazanie do koronarografii</b>		
Zawał z uniesieniem ST	5	83%
Zawał bez uniesienia ST	1	17%
<b>Kwalifikacja po koronarografii</b>		
PCI	6	100%
<b>Zabieg z dostępu</b>		
Udowego	6	100%
<b>Wartość EF%</b>		
20%	4	67%
30%	2	33%
<b>Tętnica PTCA</b>		
PTW	4	67%
GPZ	2	33%
<b>TIMI przed</b>		
0	5	83%
1	0	0%
2	1	17%
3	0	0%
<b>TIMI po</b>		
0	0	0%
1	2	33%
2	3	50%
3	1	17%

## Dyskusja

W codziennej praktyce lekarskiej coraz większy odsetek chorych leczonych z powodu ostrego zespołu wieńcowego (ACS, *acute coronary syndrome*) to osoby w podeszłym wieku. Wiek podeszły niesie ze sobą bardziej zaawansowane zmiany w układzie krążenia oraz więcej chorób współistniejących, które mogą istotnie wpływać na rokowanie w czasie ACS i po nim. Te różnice oraz obawa przed powikłaniami, mogącymi towarzyszyć leczeniu inwazyjnemu, mogą istotnie wpłynąć na decyzje dotyczące strategii postępowania w ACS [3].

W przeprowadzonym badaniu poddaliśmy analizie 69 (16%) chorych powyżej 80. roku życia z grupy 439 pacjentów przyjętych do naszego oddziału, z powodu ostrego

zespołu wieńcowego. Badanym wykonano koronarografię, a u większości z nich jednocześnie koronaroplastykę, tj. u 52 z 69 chorych. Postępowanie takie poparte jest licznymi doniesieniami, w których stwierdzono istotne, nawet 30% zmniejszenie śmiertelności chorych po 80. r.ż. poddanych koronaroplastyce [4,5] oraz zmniejszenie liczby powikłań [6]. Z 63 pacjentów, którzy przeżyli ostry zespół wieńcowy, 7 chorych (w tym 2 kobiety), na podstawie całości obrazu klinicznego, zakwalifikowano do dalszego leczenia zachowawczego, natomiast pozostałych 10 chorych (w tym 8 kobiet) skierowano do leczenia operacyjnego choroby wieńcowej (CABG). Według danych opublikowanych przez Halona w grupie osób w wieku 70–79 lat niespełna 44% chorych z ACS jest poddawanych koronarografii, a powyżej 80. roku życia liczba ta jeszcze maleje do niespełna 30% [7]. W Polsce odsetek chorych w podeszłym wieku kwalifikowanych do leczenia inwazyjnego maleje z wiekiem [8].

Analiza umiejscowienia zwężeń naczyń wieńcowych na podstawie wykonanych koronarografii wskazuje, że w badanej grupie STEMI najczęstszą tętnicą odpowiedzialną za zawał była gałąź przednia zstępująca, zaś zmiana odpowiedzialna za niestabilność blaszki miażdżycowej (UA) umiejscowiona była w gałęzi okalającej. Zwraca uwagę brak zmian w prawej tętnicy wieńcowej u kobiet z niestabilną chorobą wieńcową. Zaobserwowano prawie dwukrotnie mniej przypadków choroby jednolaczyniowej wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami.

Niewydolność serca w ostrym zespole wieńcowym jest uznanym czynnikiem ryzyka zgonu [9]. Rozległość martwicy i wynikające z niej nasilenie dysfunkcji skurczowej lewej komory to podstawowy czynnik decydujący o rokowaniu po zawał serca zarówno wczesnym, jak i późnym. O wielkości martwicy mięśnia sercowego decyduje wiele czynników, takich jak rodzaj naczynia wieńcowego, obszar jego unaczynienia i poziom, na którym doszło do okluzji [10]. Echokardiograficzna ocena czynności lewej komory umożliwia monitorowanie pozawałowej dysfunkcji skurczowej serca. W naszym badaniu liczba chorych z istotnym uszkodzeniem serca ( $EF < 40\%$ ) w zawałach z uniesieniem ST była podobna u obu płci.

Analizie poddano wybór dostępu naczyniowego, z jakiego została wykonana koronarografia i ew. PCI. Ocenia się, że duże powikłania krwotoczne u chorych z ACS są związane z podwyższonym ryzykiem zgonu i powtórnych incydentów niedokrwiennych. Występują one u ok. 5% osób leczonych interwencyjnie, z czego większość dotyczy miejsca wkłucia i założenia koszulki naczyniowej [11]. Dostęp z tętnicy promieniowej, która ze względu na bardziej powierzchowny przebieg w porównaniu z tętnicą udową jest łatwiejsza do uciśnięcia, może sprzyjać zmniejszeniu częstości powikłań krwotocznych. Pośród całej grupy pacjentów leczonych w naszym oddziale zdecydowanie przeważał dostęp naczyniowy z tętnicy udowej - u 50 chorych, natomiast u 19 zastosowano dostęp promieniowy. Ograniczeniami w zastosowaniu dostępu promieniowego są: nieprawidłowy wynik testu Alena, ryzyko skurczu lub zamknięcia tętnicy promieniowej, trudności przy manewrowaniu cewnikami, kręty pień ramienno-głowy, brak możliwości użycia cewników o wymiarze większym niż 7 F oraz wzmożona ruchomość cewników zależna od czynności oddechowej [12]. W badaniu RIVAL przeprowadzonym w 2011 roku wśród 7021 pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi – niestabilną dusznicą bolesną lub zawałem mięśnia sercowego (STEMI i NSTEMI) ze 158 szpitali w 32 krajach nie wykazano istotnych różnic pomiędzy wynikami leczenia z dostępu promieniowego i udowego, przy uwzględnieniu śmiertelności, występowania zawału serca, udaru mózgu i krwawień niezwiązanych z dostępem naczyniowym w ciągu 30 dni od zabiegu (3,7% dla dostępu promieniowego vs 4% dla dostępu udowego) [13].

U 6 chorych, z badanej 69-osobowej grupy, ostry zespół wieńcowy zakończył się zgonem. Były to kobiety w wieku 81-89 lat (śr. 84 lata), charakteryzowały się wyższymi stężeniami troponiny I oraz różniły się istotnie od pozostałych chorych stopniem upośledzenia kurczliwości lewej komory (EF 20-30%). U 4 pacjentek koronarografia ujawniła zamknięcie prawej tętnicy wieńcowej (PTW), natomiast w dwóch przypadkach – gałęzi przedniej zstępującej (GPZ). U wszystkich pacjentek, które zmarły, zawał powikłany był wstrząsem kardiogenym. Szansę na stabilizację hemodynamiczną chorego stwarza kontrapulsacja wewnątrzaoortalna (IABP). Wiele obserwacji klinicznych wskazuje na skuteczność tej formy terapii. Zastosowanie IABP należy więc rozważyć w każdym przypadku wstrząsu kardiogenego, szczególnie gdy nie uzyskuje się pozytywnej odpowiedzi na standardową kurację farmakologiczną [14]. U naszych zmarłych pacjentek, tylko w jednym przypadku nie zastosowano IABP z powodu niedomykalności zastawki aortalnej. Istotnych informacji dostarcza też analiza skuteczności zabiegowej pierwotnej angioplastyki mierzona przepływem TIMI (*Thrombolysis in Myocardial Infarction*) po PCI. Przepływ TIMI 3 rzadziej udaje się uzyskać u kobiet, a jednocześnie u kobiet częściej nie udaje się udrożnić naczynia [15]. U naszych zmarłych kobiet tylko w jednym przypadku uzyskano przepływ TIMI 3 po PCI.

STEMI dotyczący ściany przedniej rokuje gorzej [16], co potwierdzono w badaniu GUSTO-I [17] w latach 90-tych ubiegłego wieku oraz w badaniach obecnej dekady [18]. Milicent i wsp. [19] w badaniu obejmującym 74 389 chorych (30% kobiet) z zawałem serca wykazali, że nawet jeśli kobiety ze STEMI byłyby leczone tak samo jak mężczyźni, to i tak pozostaje istotna statystycznie różnica na niekorzyść kobiet. Autorzy uważają, że płeć żeńska wiąże się z wyższą śmiertelnością w zawałe serca, a także wyniki PCI są gorsze u kobiet (mniejsza skuteczność, więcej powikłań). U istotnie większej grupy kobiet STEMI wikła się obrzękiem płuc lub wstrząsem kardiogenym.

#### Implikacje praktyczne:

1. W grupie pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, aż 16% to pacjenci w wieku 80 lat i powyżej.
2. Zawał serca STEMI i NSTEMI występuje jednakowo często w grupie pacjentów w wieku  $\Rightarrow$  80 lat i stanowią najczęstszą postać OZW.
3. W badanej grupie chorych ponad  $\frac{3}{4}$  mężczyzn i kobiet miało wykonaną PCI, zwraca uwagę wyższy odsetek kobiet kwalifikowanych do leczenia CABG, natomiast mężczyzn do leczenia zachowawczego.
4. Rokowanie w grupie starszych kobiet było gorsze niż w grupie mężczyzn.

#### \*Ograniczenie badania

Badanie miało charakter retrospektywny, jednośrodkowy a mała badana grupa nie pozwalała na pełną ocenę.

#### **Piśmiennictwo**

1. Halon D.A., Adawi S., Dobrecky-Mery I., Lewis B.S.: Importance of increasing age on the presentation and outcome of acute coronary syndromes in elderly patients. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004, 43, 346–352.
2. Stramba-Badiale M., Fox KM., Priori SG., et al.: Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart J.*, 2006, 27, 994-1005.

3. Buchta P., Frycz-Kurek A., Poloński L.: Wyniki leczenia ostrych zespołów wieńcowych u chorych w podeszłym wieku. *Choroby Serca i Naczyń*, 2009, 6, 123–130.
4. Hirakawa Y., Masuda Y., Kuzuya M., et al.: Effect of emergency percutaneous coronary intervention on in-hospital mortality of very elderly (80+years of age) patients with acute myocardial infarction. *Int. Heart J.*, 2006, 47, 663.
5. Sakai K., Nakagawa Y., Kimura I., et al.: Comparison of results of coronary angioplasty for acute myocardial infarction in patients >75 years of age versus patients <75 years of age. *Am. J. Cardiol.*, 2002, 89, 797.
6. Tjerrild S.B., Jakobsen A.M., Poulsen T.S., et al.: Coronary angioplasty and coronary artery bypass surgery in older patients. Incidence, complications and mortality, 1999-2003. *Ugeskr Laeger.*, 2006, 9, 3521.
7. Halon D.A., Adawi S., Dobrecky-Mery I., Lewis B.S.: Importance of increasing age on the presentation and outcome of acute coronary syndromes in elderly patients. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2004, 43, 346–352.
8. Poloński L., Gąsior M., Gierlotka M. i wsp.: Ogólnopolski Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowego PL-ACS: sprawozdanie z realizacji programu. Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze, 2006.
9. Woon V.C., Lim K.H.: Acute myocardial infarction in the elderly – the differences compared with the young. *Singapore Med. J.*, 2003, 44, 414.
10. McNamara R.F., Carleen E., Moss A.J.: Estimating left ventricular ejection fraction after myocardial infarction by various clinical parameters. *Am. J. Cardiol.* 1988, 62, 192–196.
11. Sosnowski C.: Badanie RIVAL. Porównanie dostępu naczyniowych: udowego i promieniowego u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi. *Kardiologia Polska*, 2011, 69, 1201–1202.
12. Chodór P., Krupa H., Kalarus Z.: Diagnostyczne i lecznicze zastosowanie cewnikowania serca z dostępu przez nakłucie tętnicy promieniowej – doświadczenia własne. *Folia Kardiol.*, 2006, 13, 189-194.
13. Jolly SS., Yusuf S., Cairns J., et al.: Radial versus femoral access for coronary angiography and intervention in patients with acute coronary syndromes (RIVAL): a randomised, parallel group, multicentre trial. *Lancet*, 2011, 307, 1409–1420.
14. Barron H.V., Every N.R., Parsons L.S., et al.: The use of intraortic balloon counterpulsation in patients with cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction: data from the National Registry of Myocardial Infarction 2. *Am. Heart J.*, 2001, 141, 933-939.
15. Stone G.W., Cox D., Garcia E., et al.: Normal flow (TIMI-3) before mechanical reperfusion therapy is an independent determinant of survival in acute myocardial infarction: analysis from the primary angioplasty in myocardial infarction trials. *Circulation*, 2001, 104, 636-641.
16. Van de Werf F., Bax J., Betriu A., et al.: Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart J.*, 2008, 29, 2909-45.
17. Lee K.L., Woodlief L.H., Topol E.J., et al.: Predictors of 30-day mortality in the era of reperfusion for acute myocardial infarction. Results from an international trial of 41,021 patients. GUSTO- I Investigators. *Circulation*, 1995, 91, 1659-68.
18. Gadsboll N., Hoiland-Carlsen P.F., Badsberg J.H., et al.: Left ventricular volumes in the recovery phase after myocardial infarction: relation to infarct location, left

- ventricular function and one-year cardiac mortality. *Eur. Heart. J.*, 1990, 11, 791-799.
19. Milicent C., Darmont B., Durand-Zaleski J., Steg PG.: Gender differences in hospital mortality and use of percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction. *Circulation*, 2007, 116, 833–839.



**Kowalewska Beata<sup>1,2</sup>, Święcińska Wiesława<sup>2</sup>, Klimaszewska Krystyna<sup>1,2</sup>,  
Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>1</sup>, Jankowiak Barbara<sup>1,2</sup>, Rolka Hanna<sup>1,2</sup>, Ortman  
Elżbieta Beata<sup>2</sup>, Kowalczyk Krystyna<sup>1</sup>**

## **Czynniki ryzyka, objawy i metody leczenia żylaków podudzi**

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

### **Wprowadzenie**

Choroby żył, stanowiące wielki problem medyczny przełomu tysiącleci, przez wiele lat, czy nawet wieków, traktowane były marginalnie. Znaczenie chorób żył docenione zostało dopiero w ostatnich latach, kiedy to przeprowadzono większe badania epidemiologiczne dotyczące występowania, przebiegu oraz czynników ryzyka tej grupy schorzeń, które wykazały, iż częstość chorób związanych z układem żylnym jest zdecydowanie niższa w krajach rozwijających się [1], co może świadczyć o ściślejszej zależności między sposobem życia ludzi a chorobami żył [2].

Można z całą pewnością stwierdzić, iż liczby dotyczące częstości chorób żył są raczej zaniżone. Szacuje się [2], iż chorobowość dla wszystkich typów zmian żylakowych w Europie Zachodniej określa się na 45% w wypadku mężczyzn i 50% w przypadku kobiet, natomiast zaledwie 0,1% u kobiet żyjących w wioskach Nowej Gwinei. Częstość żylaków kończyn dolnych wzrasta wraz z wiekiem i w grupie chorych 60.-70.-letnich obejmuje 30-60% badanych [2].

W Polsce według różnych danych żylaki kończyn dolnych występują w podobnym odsetku, jak w Europie i Stanach Zjednoczonych [3].

### **Etiopatogeneza żylaków podudzi**

Żylakiem (łac. *Varia* – rozszerzona żyła) określa się trwałe rozszerzenie i wydłużenie odcinka żyły, z towarzyszącą niewydolnością zastawek, a także zaburzeniem przepływu [4], zaś przewlekłą niewydolnością żylną - wszelkie stany przebiegające z utrudnieniem odpływu krwi żyłnej i podwyższeniem spoczynkowego ciśnienia w naczyniach żylnych [5], co przedstawiono na Ryc. 1.





**Ryc. 1. Żylaki kończyn dolnych [6]**

Żylaki kończyn dolnych dotyczą żył powierzchniowych, nadpowięziowej żyły odpiszczelowej i odstrzałkowej, a także ich odgałęzień [7]. Z punktu widzenia hemodynamiki przewlekła niewydolność żylna prowadzi do zastojów krwi żylnych, wywołując dodatkowo sprzężenie zwrotne i powstanie błędnego koła zaburzeń początkowo makro- oraz mikrokrążenia żylnego. Refluks żylny, pierwotny spowodowany obniżonym napięciem ściany żylnych i wtórny, spowodowany zakrzepicą żylną, przemieszcza się od żył większego kalibru do tych o mniejszym przekroju. Niewydolność żylna, powierzchowna i głęboka jest najczęściej spowodowana uszkodzeniem zastawek żył, powodującym zarzucenie krwi żylnych z układu żył głębokich do sieci żył powierzchniowych, a w konsekwencji ich rozszerzenie i niewydolność. Nadciśnienie żylnych wynikające z ograniczenia przepływu lub/i refluksu żylnego prowadzi do zaburzeń mikrokrążenia żylnego i odpowiada za bardzo złożony obraz kliniczny tego schorzenia, od zmian czysto kosmetycznych, do stwardnienia skóry, olbrzymich, powodujących unieruchomienie owrzodzeń z martwicą tkanki tłuszczowej i przebarwieniami, i nawet trwałego inwalidztwa [5].

Przewlekła niewydolność żylna może mieć przyczyny wrodzone (powstałe w okresie embrionalnym jako wady genetyczne i związane z aplazją lub hipoplazją żył), pierwotne (o nieznanym czynniku etiologicznym i znanych czynnikach predysponujących: płeć, wiek, ciąża, otyłość, zaburzenia hormonalne, rodzinne Występowanie choroby, długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej bądź siedzącej, ekspozycja na ciepło, skłonność do zaparć, zaliczamy do niej większość żylaków) i wtórne (związane ze znanym czynnikiem chorobotwórczym, np. zakrzepicą) [8].

Skłonność do żylaków nie musi oznaczać, iż na pewno będziemy na nie chorować, a to, czy i jak się ewentualnie rozwiną, zależy od różnych okoliczności, w tym głównie od trybu życia. Ponadto wiek, czy skazy rodzinne (wrodzone) są równie ważne, jak przebyte operacje, wypadki, czy choroby, wymagające dłuższego leżenia w łóżku i wiele innych czynników. Większość wyników współczesnych prac badawczych sugeruje, iż żylaki są spowodowane procesami metabolicznymi i degeneracyjnymi w ścianach naczyń. Tłumaczone są one jako adaptacja do ustawicznego stałego nadwyrężenia i naciągania naczyń w przebiegu zastojów. Czynnikiem przyczynowym ciśnienia, jakiemu poddawane są żyły, jest niewątpliwie wyprostowana pozycja człowieka, co zwiększa ciśnienie wewnątrznaczyniowe [9].

Zaawansowany wiek jest najważniejszym czynnikiem ryzyka w zaburzeniach żylnych, a naturalny proces starzenia musi obejmować także naczynia. Żylaki i ich powikłania są bezwzględnie bardziej powszechne u ludzi w wieku 70 lat niż u 30-latków. Tym niemniej interesująca jest proporcja w grupie poniżej 55. roku życia z dużymi zmianami żylnymi, która w stosunku do całej populacji jest około 2,5 razy większa niż w grupie starszej. Poświadcza to, iż mimo znacznej zależności wiekowej, choroba żylna nie jest problemem ograniczonym tylko do starszych mężczyzn i kobiet [7].

Jeśli dochodzi do urazu żył i/lub tkanek, substancje (czynniki) powodujące krzepnięcie są uwalniane do krwi i to może prowadzić do zakrzepicy [4]. Dodatkowo przedłużone leżenie w łóżku zwalnia prędkości przepływu krwi w żyłach kończyn dolnych, co także sprzyja jej rozwojowi. W większości przypadków ryzyka zakrzepicy, towarzyszącego operacjom i urazom można uniknąć, stosując środki profilaktyczne, takie jak ucisk, ćwiczenia i leki [4].

Powszechnie uważa się [11], iż otyłość jest cechą predysponującą do rozwoju żylaków. Żylaki występują rzadziej w populacji krajów rozwijających się, gdzie dieta jest bardziej masywna i zawiera więcej włókien, niż w krajach wysoko rozwiniętych. Wiele nowych badań naukowych wskazuje, iż stany patologiczne jelita grubego korelują z zaburzeniami żylnymi, a nieodpowiednią dietę uważa się za jeden z czynników ryzyka. Prowadzi zazwyczaj do otyłości, która sprzyja powstawaniu zakrzepicy, w wyniku niekorzystnego wpływu na układ sercowo-naczyniowy i hemodynamikę. Poza tym otyłość sprzyja ograniczeniu wysiłku fizycznego, przez co staje się hamulcem powrotu żylnego z kończyn dolnych. Mało aktywna czynność mięśniowa podczas stania, czy siedzenia oznacza jednoczesną redukcję działania „pompy łydkowej” – czynnika transportu bardzo ważnego w powrocie żylnym. Tłumaczy to, dlaczego ludzie, którzy długo stoją bądź siedzą podczas pracy, są szczególnie skłonni do zaburzeń żylaków [10]. Ponadto czynnikiem sprzyjającym powstaniu żylaków są zaparcia, w wyniku których dochodzi do powtarzającego się wzrostu ciśnienia wewnątrzbrzusznego w czasie parcia oraz ucisku wypełnionego jelita na żyły biodrowe, co ostatecznie prowadzi do rozwoju żylaków [11].

W dużych badaniach kliniczno-kontrolnych potwierdzono, iż żylaki występują znacznie częściej u kobiet z nadwagą, zaś u mężczyzn związek z nadwagą wykazały jedynie teleangiektazje i żylaki typu siatkowego, lecz nie żylaki pni żylnych [11].

**Do innych czynników predysponujących do wystąpienia żylaków zalicza się:**

- tabletki antykoncepcyjne
- wysoki wzrost
- zaburzenia statyki stopy (np. płaskostopie)
- palenie
- przynależność do klasy społecznej: według badania z Tubingen osoby z niższych klas społeczno-ekonomicznych częściej cierpią na choroby żył. Zależność ta może być związana z rodzajem działalności zawodowej (praca w pozycji stojącej, dźwiganie ciężarów, praca w wysokiej temperaturze) [12].

## **Podział żylaków**

Dzięki szybkiemu rozwojowi metod diagnozowania możliwa jest dokładna klasyfikacja przewlekłej niewydolności kończyn dolnych. Standardy klasyfikowania chorób żył powstały w 1988 roku, ujednocijając sposób przedstawiania rozpoznań i rezultatów leczenia. Postęp wiedzy na temat chorób żył wymusił jednak konieczność poszerzenia definicji, tak żeby uwzględniała wiele aspektów, m.in. objawy kliniczne, etiologię, anatomię i patofizjologię [13].

### **Podział ze względu na przyczyny**

Żylaki można podzielić na dwie grupy w zależności od ich etiologii: żylakowatość pierwotna (samoistna) i wtórna (żylakowatość pozakrzepowa i żylakowatość spowodowana wrodzonymi przetokami tętniczo-żylnymi) [14].

Żylaki pierwotne rozwijają się samoistnie, zaś ich przyczynami są skłonności genetyczne współistniejące z czynnikami ryzyka, takimi jak: styl życia, praca z długotrwałą pozycją stojącą, wielokrotne ciążę itp. [15].

Żylaki wtórne to takie, które powstają w następstwie przebytych bądź istniejących stanów chorobowych, powodujących permanentny zastój krwi w układzie żylnym. Najczęstszą przyczyną są przebyte zapalenia żył głębokich, po których powstaje zespół pozakrzepowy charakteryzujący się nie tylko wtórnymi żylakami, ale również obrzękami i zmianami troficznymi skóry, przewlekłymi owrzodzeniami zazwyczaj w okolicach kostek przyśrodkowych [16].

### **Podział ze względu na położenie**

Żylaki z uwagi na położenie dzieli się na: żylaki pniowe, żylaki siatkowe i teleangiektazje, które z kolei dzieli się na: samoistne (brak żyły odżywczej), wtórne (brak żyły odżywczej, powstają w wyniku stłuczenia bądź urazu jatrogennego), związane z niewydolnym naczyniem zaopatrującym bądź żylakiem oraz izolowane (obecne naczynie zaopatrujące bez objawów niewydolności żylny i towarzyszących żylaków) [4].

Żylaki siatkowe mają niewielką średnicę (2-4 mm), znajdują się w tkance podskórnej, zaś ich układ przypomina sieć rybacką. Zazwyczaj występują w okolicach dołów podkolanowych, bądź na powierzchniach bocznych kończyn dolnych. Często mają układ drzewkowatych, jak teleangiektazje (wygląd korony sosny). Konsekwencje hemodynamiczne i objawy kliniczne związane z obecnością żylaków siatkowych są zamienne, jednakże zazwyczaj nie są nasilone [12].

Żyłki głównych pni żylnych występują zazwyczaj jednostronnie i dotyczą żyły odpiszczelowej, bądź obu żył równocześnie. Żyły te, w okolicach ujęć, zazwyczaj są niewydolne i takich objawów należy zawsze poszukiwać w badaniu przedmiotowym. Wyróżnia się dwa typy żylaków żył odpiszczelowej i odstrzałkowej.

Żylak może być umiejscowiony w okolicy ujścia naczynia (żylak ostialny). W takiej sytuacji zastój krwi w końcowym odcinku naczynia powoduje stopniowe występujące poszerzenie się pni żyły odpiszczelowej. U niektórych chorych z kolei rozwija się odcinkowe nieprawidłowości żył odpiszczelowej i odstrzałkowej, przy czym okolica ujścia jest wydolna. Istotą jest wówczas choroba ściany naczynia o mniej pomyślnym przebiegu – po zabiegu korekcji niewydolnych odcinków żył choroba żylakowa nadal postępuje. Zasięg zmian żylakowych, jak również miejsca ich

zaopatrywania można ocenić wyłącznie na podstawie wyników badania przedmiotowego i badań dodatkowych [12].

Teleangiektazje (wenulektazje) to drobne naczynia w skórze, na tyle poszerzone, że wywołują wrażenie defektu kosmetycznego. Najczęstszym kształtem tych zmian jest promienista struktura, przypominająca gwiazdę bądź gałązkę drzewa, czasami jest to równoległa forma grzebieniasta bądź ma kształt nieokreślony. Kolor powyższych zmian jest najczęściej niebieski, sporadycznie mieszany, rzadko czerwony. Jest to istotne z punktu widzenia terapeutycznego. Teleangiektazje to zmiany żyłne, żylnno-tętnicze bądź tętnicze, sklasyfikowane w układzie CEAP (klasyfikacja umożliwiająca klasyfikację objawów klinicznych - C, etiologii - E, lokalizacji anatomicznej - A i przyczyn patofizjologicznych -P przewlekłej niewydolności żyłnej, a także określić liczbowo stopień zaawansowania choroby) po obrzękach, a przed żylakami. Ich pojawienie się jest wtórne do układu powierzchniowego, a patofizjologia wynika z refluksu, pochodzącego zarówno z układu powierzchownego, łączącego, jak i głębokiego [17,18].

### **Objawy i rozpoznanie żylaków podudzi**

W początkowym okresie choroby żylaki mogą nie powodować żadnych dolegliwości, a chorzy zgłaszają się do lekarza jedynie ze względów kosmetycznych.

Pierwsze objawy subiektywne to:

- uczucie ciężkości nóg;
- umiejscowiony, często okresowy ból nad zmienioną żyłą;
- tępe bóle kończyn dolnych po dłuższym staniu lub siedzeniu;
- uczucie ciepła i zastój żylny nad zmianami żylakowymi;
- obrzęki nóg pod koniec dnia (najbardziej widoczne w okolicy kostek);
- uczucie "niespokojnych nóg", nocne skurcze mięśni łydek;
- problemy psychologiczne i socjologiczne z powodu wyglądu nóg (przy dużych zmianach) [19].

Żylaki kończyn dolnych wpływają na jakość życia (*QOL, quality of life*). Stanowią nie tylko problem kosmetyczny, ale również oddziałują na aktywność fizyczną. W badaniu San Diego [20] pajęczki żyłne i żylaki mają istotny związek z punktacją uzyskaną w czasie oceniającej sprawność fizyczną w skali QOL SF36.

Obrzęki nóg powstają na skutek działania 4 głównych mechanizmów:

- wzrostu ciśnienia krwi w układzie żylnym;
- zwiększenia przepuszczalności kapilar z przeciekaniem wody i białka o wysokiej gęstości molekularnej;
- zmniejszenia drenażu limfatycznego;
- redukcja osoczonego stężenia białek związanego z proteinurią.

Obrzęk kończyny dolnej może być jedno- bądź obustronny. W celu zróżnicowania różnych jego rodzajów, należy przeprowadzić badanie przedmiotowe i dokonać oceny diagnostycznej [21].

Uczucie niespokojnych nóg i kurcze nocne pojawiają się najczęściej w drugiej połowie nocy. Mogą także wystąpić podczas długiego przebywania w pozycji siedzącej i wiązać się z niedotlenieniem warstwy środkowej ściany naczynia. Jednakże główną ich przyczyną są zaburzenia hematoreologiczne. Bardzo częstymi zjawiskami wystę-

pującymi u osób z chorobami żył są także: zwiększona lepkość erytrocytów, a także nadmierna skłonność do agregacji [22].

W zaawansowanym stadium choroby na nogach widoczne są sznury i sploty żyłne o węzowatym kształcie, często z balonowatymi uwypukleniami. Są one miękkie, niebolesne, a stopień ich wypełnienia zależy od ułożenia kończyny. Później w okolicy kostek pojawiają się zmiany skórne, takie jak przebarwienia, wypryski, stwardnienia, a obrzęki obejmują także łydkę i nie ustępują po nocnym wypoczynku. Wielkość widocznych zmian nie musi być związana z nasileniem dolegliwości, a chorzy z niewielkimi zmianami zgłaszają często więcej skarg, niż chorzy z rozległymi żylakami [23].

Zmiany żylakowe są procesem postępującym wskutek narastającej niewydolności żył powierzchownych, przesywających i w końcu głębokich. W miarę upływu czasu występują coraz liczniejsze powikłania, z których najczęstszym jest zapalenie zakrzepowe żylaków i żył powierzchownych. Inne powikłania to: krwawienia, wybroczyny podskórne, przewlekłe zapalenia skóry i tkanki podskórnej, owrzodzenia [23].

Diagnozowanie zawsze należy rozpoczynać od dokładnego zebrania wywiadu chorobowego. Badanie przedmiotowe powinno najpierw odbywać się na stojąco, a następnie w pozycji leżącej. Wstępna ocena powinna kończyć się określeniem zmienionych żylakowo naczyń, a także obszarów, na których one się znajdują. Następnym etapem badania jest określenie jakości zaburzeń czynnościowych i estetycznych, ocena ryzyka powstania powikłań, jak również na koniec określenie odpowiedniego planu postępowania terapeutycznego, który musi być także akceptowany przez chorego [23].

W **wywiadzie** zwracamy uwagę na dolegliwości zgłaszane przez pacjenta, a także okoliczności prowadzące do ich powstania. Istotnym elementem w ocenie objawów jest ich przebieg, okres występowania i związek z innymi schorzeniami. Należy pytać chorego m.in. o przebyte zapalenie układu żył głębokich i powierzchownych, zabiegi chirurgiczne, urazy kończyn, zwłaszcza leczone długotrwałym unieruchomieniem, ciężce, rodzaj wykonywanego zawodu, obciążenia rodzinne związane z chorobami żył [24].

Po badaniu podmiotowym przeprowadza się **badanie przedmiotowe**, czyli oglądanie chorego od pasa w dół, zwracając szczególną uwagę na:

- widoczne poszerzenie głównych pni żylnych i żylaków, zwłaszcza jeśli występują w obrębie podbrzusza bądź pachwiny, co może świadczyć o niedrożności układu biodrowego;
- przebarwienie skóry;
- zmiany troficzne w postaci tkanki podskórnej w obrębie goleni, zmiany uczuleniowe o typie egzemy bądź liszaju oraz owrzodzenia;
- obrzęki, których rozmiary porównujemy przy każdym badaniu [25].

Najistotniejszym celem **postępowania diagnostycznego** w przewlekłej chorobie żylnych kończyn dolnych jest wyjaśnienie, czy objawy przedmiotowe zgłaszane przez pacjenta rzeczywiście zależą od choroby układu żylnego, czy są one spowodowane innymi przyczynami, np. chorobami układu tętniczego, nerwowego, stanami zapalnymi, czy też chorobami metabolicznymi. Badanie przedmiotowe w większości przypadków wystarcza, aby ocenić objawy podmiotowe. Powszechnie stosowana klasyfikacja CEAP (*Clinical-Etiological-Anatomical-Pathophysiological*), mimo niedoskonałości, pozwala

na dość rzetelne określenie obrazu chorobowego w powiązaniu z objawami klinicznymi [26].

Niemniej przydatne i pewne w diagnostyce żylaków są badania ultrasonograficzne.

**Do dyspozycji badającego są z reguły dwie metody:**

- badanie dopplerowskie (tzw. „ślepy doppler”);
- badanie techniką duplex Doppler (podwójnego obrazowania) [26].

Badanie za pomocą „ślepego dopplera” jest proste dla doświadczonego klinicysty i pozwala głównie na ocenę drożności układu żylnego oraz jakościową ocenę refluksu w układzie powierzchownym [26].

**Metodą duplex Doppler można i powinno się oceniać:** anatomiczny układ powierzchowny, żyły odpiszczelową i odstrzałkową oraz ewentualnie żyły dodatkowe, drożność żył powierzchownych (dopplerowskie badanie przepływu metodą kodowania kolorem i duplex Doppler), drożność żył głębokich, wydolność zastawek - refluks żylny obejmujący jego stopień (czas) zaawansowania, a także poziom niewydolności oraz drożność żył miednicy (zwłaszcza po przebytych operacjach, radioterapii, w zespołach uciskowych itp.) [27].

Szczególną uwagę należy zwrócić na połączenie odpiszczelowo-udowej wydolności zastawek w tym obszarze, jak również lokalizację ujęcia żyły odstrzałkowej u pacjentów z żylakami w jej dorzeczu, a u osób z zaawansowaną chorobą żylną należy dokładnie określić lokalizację perforatorów [26].

Niewydolność zastawek żylnych można wykryć, wykonując próbę Valsalwy [26]. W trakcie jej przeprowadzania dochodzi do zwiększenia ciśnienia w obrębie jamy brzusznej i przemieszczania się krwi żylną do naczyń położonych obwodowo. Wydolne zastawki uniemożliwiają wsteczny kierunek przepływu, zaś w przypadku ich nieprawidłowego funkcjonowania obserwuje się tzw. refluks żylny, czyli cofanie się krwi w kierunku dystalnym [26].

Nowoczesne aparaty ultrasonograficzne umożliwiają dynamiczną obserwację ruchów zastawek żylnych. W wielu pracach wykazano dużą korelację między nasileniem niewydolności zastawek żylnych (mierzonym na podstawie wyżej wymienionych metod), a stopniem zaawansowania klinicznego przewlekłej choroby żylną. U pacjentów z CVD (przewlekłymi zaburzeniami żylnymi) i owrzodzeniami podudzi należy koniecznie zlokalizować i ocenić perforatory. W trakcie badania metodą duplex Doppler można również obserwować refluks z układu głębokiego do powierzchownego [26].

Badanie metodą VCT (flebografii tomokomputerowej) wykonuje się często przed zabiegiem operacyjnym [28].

## **Leczenie żylaków**

Najskuteczniejszą metodą leczenia zaawansowanej choroby żylną kończyn dolnych jest leczenie operacyjne. W objawowym okresie choroby kompresoterapia, farmakoterapia i fizjoterapia mogą zaś pełnić funkcję służebną w stosunku do leczenia operacyjnego zarówno przed, w trakcie, jak i po nim. Najlepiej jest w ogóle nie dopuścić do rozwoju choroby i jej objawów. Teoretycznie jest to możliwe, jednakże w praktyce bardzo trudne do wykonania. W związku z tym ciągle przypominanie o konieczności stosowania profilaktyki jest bardzo pożyteczne. Każda z wymienionych metod ma samodzielnie ogromną wartość, jednakże ich umiejętna kombinacja daje jakościowo

jeszcze większą skuteczność zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu oraz w utrwaleniu jej efektów [29].

### **Leczenie farmakologiczne i uciskowe**

Wraz z rozwojem metod badania układu żylnego, dzięki którym można coraz lepiej poznać fizjologię i patologię odpływu żylnego, również na poziomie mikrokrążenia, systematycznie wzbogacała się wiedza na temat mechanizmu działania niektórych leków. Nie zanotowano jednakże rewolucyjnych odkryć w tej dziedzinie farmakoterapii, które dorównywałyby osiągnięciom z innych specjalności medycyny [30].

Leki stosowane w przewlekłych zaburzeniach żylnych nazywamy lekami flebotropowymi. Powodują one zmniejszenie dolegliwości ze strony układu żylnego, a także zwykle wykazują działanie przeciwobrzękowe. Stosowane są jako ważny element terapii skojarzonej z leczeniem uciskowym, chirurgią bądź skleroterapią [10]. Stanowią uzupełnienie terapii przewlekłych zaburzeń żylnych. Nie zastępują leczenia uciskowego, modyfikacji stylu życia i zachowań prozdrowotnych, sprzyjających zmniejszeniu dolegliwości ze strony układu żylnego oraz skleroterapii, czy leczenia operacyjnego [29].

Generalnie stosowanie leków flebotropowych jest bezpieczne. Działania niepożądane występują jedynie u około 5% leczonych i nie są zwykle nasilone. Najczęściej spotykane są zaburzenia żołądkowo-jelitowe, takie jak: bóle brzucha, uczucie pełności, nudności, rzadziej wymioty. Do drugiej grupy objawów należą skórne reakcje uczuleniowe [29].

Wykorzystanie terapii uciskowej stanowi główną metodę w leczeniu przewlekłej niewydolności żylniej. Pomimo znacznego postępu w terapii schorzeń układu żylnego kończyn dolnych terapia uciskowa jest wykorzystywana nadal z uwagi na jej prostotę, skuteczność, a także stosunkowo niską cenę. Metoda ta powinna być stosowana jako pierwsza w licznych schorzeniach układu żylnego, a także jako metoda wspomagająca łącznie z innymi typami terapii [31].

Stosowany podczas terapii ucisk, może być czynny i bierny. Bierny ucisk powstaje w skutek zastosowania nieelastycznych bandaży. Podczas skurczu mięśni nierozciągliwe bandaże przeciwdziałają wzrostowi objętości kończyny, co powoduje wzrost wywieranego ucisku. Z czasie relaksacji mięśni objętość kończyny się zmniejsza i wtedy ucisk wywołany przez bandaże osiąga wartości minimalne. Z kolei podczas stosowania w terapii ucisku czynnego, uzyskiwanego dzięki zastosowaniu bandaży elastycznych, możliwe jest wywołanie ucisku zarówno podczas skurczu, jak i podczas skurczu mięśni. Ten stały ucisk może nie być tolerowany przez obłożnie chorych bądź pacjentów o ograniczonej aktywności ruchowej. Jest on także przeciwwskazany u chorych z niewydolnością tętnic. Ucisk zarówno czynny, jak i bierny, poprawia przepływ krwi w niewydolnym układzie naczyń żylnych, wykorzystując kilka mechanizmów: zwężenie światła naczyń żylnych, układu powierzchniowego, przyspiesza przepływ żylny, zmniejsza zastój w naczyniach kończyn dolnych, a także pozwala na usprawnienie przepływu krwi z układu powierzchniowego do głębokiego. Ucisk może częściowo przywrócić prawidłową czynność niewydolnych zastawek żylnych, a także stopniowo doprowadzić do cofnięcia się zmian zwyrodnieniowych naczyń żylnych i przez to zmniejszyć przepływ wsteczny krwi [31].

Pończochy uciskowe są alternatywą dla bandaży uciskowych. Z uwagi na różną długość, a także różny stopień wywołwanego ucisku mogą być stosowane w

profilaktyce zakrzepicy żył głębokich oraz zapobiegają dalszej progresji zmian żylnych [32, 33]. Stosowanie pończoch podczas ciąży zapobiega powstawaniu zmian żylakowych naczyń, które ulegają dalszej proliferacji w wyniku zwiększonego ciśnienia żylnego i zmian hormonalnych. Są także kluczowym elementem w leczeniu zapalenia żył powierzchownych i wskazane po zabiegach chirurgicznych, flebektomii ambulatoryjnej bądź zabiegach skleroterapii. Stosowanie terapii uciskowej zapobiega powstawaniu skrzeplin z następową ich rekanalizacją w obrębie leczonych naczyń. Ponadto zastosowanie tej terapii w znacznym stopniu zapobiega powstawaniu krwiałków [32, 33].

W terapii zmian naczyń żylnych lasery wykorzystywano już od lat siedemdziesiątych XX wieku. W latach dziewięćdziesiątych stworzenie laserów generujących większe długości fal, a także emitujących dłuższe impulsy, doprowadziło do poprawy skuteczności i bezpieczeństwa zabiegów oraz pozwoliło na stworzenie odrębnego działu zajmującego się wykorzystywaniem laserów w terapii zmian naczyniowych kończyn dolnych. Lasery naczyniowe opierają swoje działanie na zasadzie selektywnej fototermolizy [31].

### **Leczenie obliteracyjne**

Skleroterapia, czyli obliteracja żylaków, polega na wstrzykiwaniu do żylaków cienką igłą specjalnego preparatu, który w miejscu wstrzykiwania wywołuje zapalenie ściany żyły [34]. Żyła w tym miejscu zarasta, krew przestaje przez nią płynąć i żylak sukcesywnie zanika. Metodą tą leczy się głównie niewielkie żylaki podskórne i śródskórne, jak również teleangiektazje. Jej zaletą są dobre wyniki kosmetyczne, zaś wadami to konieczność powtarzania zabiegów w odstępach kilkutygodniowych, duży odsetek nawrotów żylaków, u około 10-15% chorych pojawienie się trwałych przebarwień skóry w miejscu podania środka obliterującego [35].

Skleroterapii nie stosuje się u chorych z zakrzepicą żył głębokich, rozległymi zakażeniami skóry, u osób, które z różnych powodów nie mogą się poruszać [36].

### **Leczenie operacyjne**

Zależnie od obecności refluksu i jego umiejscowienia oraz rozległości żylaków operacja może polegać na:

- częściowym lub całkowitym usunięciu żyły odpiszczelowej i (lub) odstrzałkowej,
- podwiązaniu żył przesywających,
- usunięciu lub obliteracji poszczególnych żylaków [9].

Każda z tych operacji może być wykonana jako jedyny zabieg. U większości chorych istnieją wskazania do przeprowadzenia wszystkich tych operacji jednocześnie (operacja radykalna).

Stripping żyły odpiszczelowej to zabieg polegający na usunięciu żyły na całej długości, za pomocą specjalnej sondy po jej wypreparowaniu w okolicy kostki na stopie i w pachwinie. Niewydolność tej żyły jest najczęstszą przyczyną żylaków pierwotnych. Bardzo istotne jest znalezienie i powiązanie wszystkich bocznic uchodzących do opuszki żyły odpiszczelowej. Z osobnych, dodatkowych cięć skórnych usuwa się poszczególne sploty żylaków. Mimo znacznej urazowości zabiegu uważa się go za stosunkowo



skuteczny. Do ważnych powikłań pooperacyjnych zalicza się: duże krwiaki, uszkodzenie nerwów czuciowych skóry podudzia, chłonnoktok. Inne wady tej metody to dość długi okres rekonwalescencji pooperacyjnej i nie najlepszy efekt kosmetyczny. Usunięcie całej żyły odpiszczelowej to także pozbycie się najlepszej naturalnej protezy, którą w przyszłości można by użyć do pomostowania tętniczego [37].

Zabiegi oszczędzające żyłę odpiszczelową, polegające na częściowym jej usunięciu, okazały się znacznie mniej urazowe, zaś odsetek nawrotów w badaniach odległych był podobny, jak w przypadkach pełnego strippingu. Podobne uwagi dotyczą zaopatrzenia żyły odstrzałkowej. Tu też zaleca się przedoperacyjną ocenę ultradźwiękową. Obecnie proponuje się usunięcie tej żyły wyłącznie w zmienionym jej fragmencie, bez wykonywania pełnego strippingu, w trakcie którego łatwo uszkodzić nerw łydkowy [35,37].

Kolejną formą leczenia operacyjnego jest kriostripping, czyli usunięcie zarówno głównych pni żył powierzchniowych, jak i żylaków za pomocą sondy zamrażającej tkanki do 80°C. Zaletą tej metody jest mniejsza urazowość, a co za tym idzie krótsza rekonwalescencja. Ta metoda ma jednakże ograniczenia w usuwaniu żylaków podudzi, ponieważ może nasilić istniejące przebarwieniowe zmiany skórne. Istotą zabiegów mikrochirurgicznych jest usuwanie żylaków przez 2-3 milimetrowe nacięcia skóry za pomocą specjalnie skonstruowanych narzędzi. Zabieg ten proponuje się z reguły chorym z niewielkimi żylakami i wydolnymi głównymi pniami żył powierzchniowych [35].

### **Podsumowanie**

Przedstawione niektóre, ale jakże istotne problemy wskazują na potrzebę poszukiwania obiektywnych, niezawodnych i wiarygodnych metod diagnostycznych potwierdzających sugestie kliniczne. Bezpośrednia ocena niezawodności badań nie jest możliwa z uwagi na brak odpowiednich metod pomiarowych. W licznych badaniach ważnym parametrem wpływającym na uzyskane wyniki jest czynnik subiektywny - zależny zarówno od pacjenta, jak i od osoby wykonującej badanie. W pierwszym przypadku przykład może stanowić badanie układu krzepnięcia zależne między innymi od diety, stosowanych leków, związku z chorobami współistniejącymi. W drugim zaś przypadku przykładem subiektywnej oceny może być badanie ultrasonograficzne czy pomiar ciśnienia żylnego zależne od dostępnej aparatury, staranności i doświadczenia badającego. Niektóre testy służą do oceny zmian morfologicznych i czynnościowych, lecz żaden z nich nie jest testem referencyjnym. Badania flebograficzne, traktowane do niedawna właśnie jako metoda referencyjna, w dużym stopniu podlegają subiektywnej ocenie. Jako badania inwazyjne wiążą się ze znaczną częstością powikłań (stany zapalne, reakcje alergiczne itp.). Obecnie wykonuje się je niezwykle rzadko, głównie w celu oceny malformacji żylnych albo oceny efektu leczenia lokalną trombolizą proksymalnej zakrzepicy żylniej [38].

### **Piśmiennictwo**

1. Bradbury A. W.: Współczesne metody leczenia przewlekłej niewydolności żylniej. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia*, 2005, 2, 129-132.

2. Zapalski S., Krasinski Z., Oszkinis G.: Epidemiologia chorób żył [w:] Ambulatoryjne leczenie chorób żył kończyn dolnych, pod red. Zapalski S., Oszkinis G., Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2001, 1-4.
3. Drażkiewicz T., Ziaja K., Zejc D.: Zarys chirurgii tętnic i żył. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2007, 102-107.
4. Kawecki P.: Badanie ultrasonograficzne żył kończyn dolnych. Wyd. Medipage, Warszawa, 2005, 25-26.
5. Miłek T., Goliszewski J., Stryga W., Wroczyńska B., Śmiertka W.: Przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych u kobiet w ciąży wg klasyfikacji CEAP. Med. Dypl., 2002, 6, 139-144.
6. Żylaki kończyn dolnych, <http://www.poradnianaczyniowa.zdrowemiasto.pl/> data pobrania : 09 luty 2012.
7. Ciostek P., Noszczyk W.: Choroby żył. Przegl. Piśmiennictwa Chirurg., 1997, 5, 139-150.
8. Liweń M., Zieliński P.: Przewlekła choroba żylna [w:] Choroby naczyń. Wybrane problemy, Chęciński P. (red.), Wyd. Med. Termedia, Poznań, 2006, 45-60.
9. Noszczyk W.: Żylaki i inne choroby żył. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 43-46.
10. Ramelet A. A.: Strategia postępowania terapeutycznego w chorobach żył: rola leków flebotropowych. Flebolifologia, 2000, 1, 4-8.
11. Fowkes F. G. R.: Chorobowość i czynniki ryzyka przewlekłej niewydolności żylniej. Choroby Żył, 2003, 2, 3-9.
12. Ramelet A. A., Monti M.: Flebologia. Przewodnik. Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2003, 55-56.
13. Polański J. A.: Przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych. Med. Dypl., 1998, 2, 17-18.
14. De Barros N.: Żylaki w okresie ciąży: epidemiologia, etiopatogeneza i czynniki ryzyka. Flebolimfologia, 2000, 8, 34-37.
15. Załoga K.: Choroby żył kończyn dolnych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1986, 16-20.
16. Krasiński Z., Kotwicka M., Oszkinis G., Dzieciuchowicz Ł., Borkiewicz P., Waśko R., Gabriel M.: Badania nad patogenezą pierwotnych żylaków kończyn dolnych. Wiad. Lek., 1997, 10/12, 275-280.
17. Rybak Z., Szyber P.: Miejsce kompresoterapii, fizykoterapii oraz farmakoterapii w profilaktyce, leczeniu i utrwaleniu efektów leczenia niewydolności żylniej kończyn dolnych. Terapia, 2000, 8, 27-30.
18. Bergan J.: Rozwój żylaków pierwotnych. Flebolimfologia, 1999, 7, 7-10.
19. Kendler M., Haas E.: Subiektywne objawy żylnie: praca pogładowa i prezentacja badania pilotowego. Flebolimfologia 2007, 2, 118-121.
20. Pitsch F.: Leczenie pacjentów z żylakami kończyn dolnych w świetle najnowszych doniesień o pierwotnej dysfunkcji zastawek żylnych. Flebolimfologia, 2005, 1, 12.
21. Pitsch F.: Korzyści ze stosowania preparatu detralex w leczeniu obrzęku wywołanego przewlekłą chorobą żylną. Flebolimfologia, 2006, 2, 11-12.
22. Pitsch F.: Zalety terapii preparatem detralex w leczeniu pacjentów z objawami przewlekłej choroby żylniej. Fleblimfologia, 2005, 2, 5.
23. Weiss R. A.: Badanie pacjenta: wywiad i badanie przedmiotowe [w:] Leczenie chorób żył kończyn dolnych, Alam M., Nguyen T. H. (red.), Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2008; 28.

24. Zieliński P., Podstawski W.: Badanie kliniczne układu żylnego kończyn dolnych [w:] Niewydolność układu żylnego kończyn dolnych, Zapalski S. (red.), Wyd. Via Medica, Gdańsk, 1999, 19.
25. Jones C. E., Walters G. K.: Żylaki kończyn dolnych. Med. Prakt. Chirurg., 2004, 4, 81-82.
26. Staszekiewicz W., Madycki G.: Czy badanie ultrasonograficzne powinno być obligatoryjne w przewlekłej chorobie żylny kończyn dolnych?. Choroby Żył, 2005, 2, 7-8.
27. Głowiczki P., Yao J. S. T.: Kliniczny Przewodnik Chorób Żył. Wytyczne Amerykańskiego Forum Żylnego. Wyd. a-Medica Press, Bielsko Biała, 2003, 187-191.
28. Uhl J. F., Gillot C., Verdeille S., Martin-Bouyer Y., Mugel T.: Trójwymiarowa flebografia tomokomputerowa: nowa obiecująca metoda w diagnostyce układu żylnego. Flebologia, 2003, 2, 6-9.
29. Jawień A.: Przewlekłe zaburzenia żylny. Wyd. Termedia, Poznań, 2006, 132-150.
30. Rybak Z., Dorobisz A. T., Karasek M., Garcarek J., Szyber P.: Teleangiektazje (wenulektazje) – problem kosmetyczny czy objawy niewydolności żylny?. Terapia, 2000, 8, 40-43.
31. Hsu J. T. S.: Przegląd metod terapeutycznych stosowanych w leczeniu zmian chorobowych naczyń żylny kończyn dolnych [w:] Leczenie chorób żył kończyn dolnych, Alam M., Nguyen T. H. (red.), Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2008, 43-44.
32. Fibak J.: Chirurgia. Repetytorium. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 174-180.
33. Kuźdżał J.: Wskazania do terapii uciskowej w przebiegu chorób żył i naczyń chłonnyh. Med. Prakt. Chirurg., 2008, 5, 30-33.
34. Dalsing M. C.: Choroba żylakowa kończyn dolnych. Med. Prakt. Chirurg, 2004, 4, 91-99.
35. Noszczyk W.: Uwagi dotyczące leczenia żylaków kończyn dolnych. Pol. Przegl. Chirurg., 1999, 69, 781.
36. Noszczyk W.: Żyły [w:] Chirurgia, Noszczyk W. (red.), Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 610-613.
37. Skórski M.: Żylaki kończyn dolnych [w:] Podstawy flebologii, Tomkowski W. Z., Skórski M., Hajduk B., Rybak Z., Małka M. (red.), Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2002, 140-153.
38. Jones C. E., Walters G. K.: Żylaki kończyn dolnych. Med. Prakt. Chirurg., 2004, 4, 81-82.

**Kowalewska Beata<sup>1,2</sup>, Święcińska Wiesława<sup>2</sup>, Klimaszewska Krystyna<sup>1,2</sup>, Jankowiak Barbara<sup>1,2</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>1</sup>, Rolka Hanna<sup>1,2</sup>, Ortman Beata Elżbieta<sup>2</sup>, Kowalczyk Krystyna<sup>1</sup>**

## **Ocena wiedzy pielęgniarek na temat czynników ryzyka i metod leczenia żylaków podudzi**

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

### **Wprowadzenie**

Współczesne badania wskazują na jednakowo częste występowanie żylaków zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Doniesienia o przewadze wskaźników chorobowości w grupie kobiet należy skorygować o kryterium zgłaszalności do lekarza, które jest 9 - krotnie wyższe w przypadku kobiet, niż w grupie mężczyzn [1]. Zasadniczą przyczyną tego zjawiska może być fakt, iż kobiety przywiązują większą wagę do wyglądu nóg, poza tym u mężczyzn żylaki często nie są widoczne z uwagi na owłosienie nóg i stają się problemem kosmetycznym tylko dla mężczyzn golących nogi [1].

Pierwsze objawy choroby żylaków podudzi, to uczucie dyskomfortu i ciężkości kończyn, które narastają z upływem dnia. Powstałe „pajączki” początkowo szpecą nogi i mogą dawać dolegliwości bólowe, zwłaszcza gdy pojawią się pod kolanami. Niestety, zwykle traktujemy fioletowe smugi na nogach jako defekt kosmetyczny, lecz u blisko połowy osób mających je diagnozuje się również przewlekłą niewydolność żylną. Z czasem dołączają skurcze mięśni, bóle nóg utrudniające chodzenie i obrzęki narastające w ciągu dnia. Długotrwały zastój krwi w żyłach powierzchownych zwiększa ciśnienie żyłne i prowadzi do rozszerzania oraz uszkodzenia ścian żył [2].

Z punktu widzenia hemodynamiki przewlekła niewydolność żylna prowadzi do zastojów krwi żyłnej, wywołując dodatnie sprzężenie zwrotne i powstanie błędnego koła zaburzeń początkowo makro- oraz mikrokrążenia żylnego [3]. Refluks żylny, pierwotny (spowodowany obniżonym napięciem ściany żyłnej) i wtórny (spowodowany zakrzepicą żylną), przemieszcza się zatem od żył większego kalibru, do tych o mniejszym przekroju. Niewydolność żylna, powierzchowna i głęboka, jest najczęściej spowodowana uszkodzeniem zastawek żył prowadzącym do zarzucenia krwi żyłnej z układu żył głębokich do sieci żył powierzchownych, a w konsekwencji do ich rozszerzenia i niewydolności. Nadciśnienie żyłne wynikające z ograniczenia przepływu lub/i refluksu żylnego prowadzi do zaburzeń mikrokrążenia żylnego i odpowiada za bardzo złożony obraz kliniczny tego schorzenia: od zmian czysto kosmetycznych do stwardnienia skóry, olbrzymich, powodujących unieruchomienie owrzodzeń z martwicą tkanki tłuszczowej i przebarwieniami, a nawet trwałego inwalidztwa [3].

**Wrodzona niewydolność żylna** powstaje w okresie rozwoju embrionalnego wskutek wad genetycznych. Wrodzona niewydolność żylna występuje w postaci braku żył (aplazja), ich niedorozwoju (hipoplazja) bądź nieprawidłowego rozwoju (angiodysplazja) [4]. W praktyce klinicznej wrodzona niewydolność żylna najczęściej

występuje pod postacią zespołu Klippela i Trenaunaya charakteryzującego się triadą objawów: naczyńki skórne, wrodzone żylaki i przerost kończyny. W zespole tym żyły odcinkowo pozbawione są zastawek [4].

**Pierwotna niewydolność żylna** charakteryzuje się nieznanym czynnikiem etiologicznym. Znane są zaś czynniki ryzyka jej powstania, do których zalicza się: płeć, wiek, ciąża, otyłość, zaburzenia hormonalne, rodzinne występowanie choroby, długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej bądź siedzącej, ekspozycja na ciepło, skłonność do zapań. Wpływają one na utratę elastyczności ściany żyły i jej rozszerzenie, co doprowadza do niedomykalności zastawek. Niedomykalność zastawek może być też spowodowana gromadzeniem się na nich granulocytów, które migrują przez śródbłonek ulegając aktywacji, powodują procesy zapalne doprowadzające do uszkodzenia płatków zastawek. Do pierwotnej niewydolności żylny zaliczamy większość żylaków. W początkach choroby pojawiają się teleangiektazje, żyły siatkowe i żylaki, a następnie na skutek rozciągania ściany żyły może dojść do zwiększonej przepuszczalności płynów do przestrzeni pozanaczyniowej i powstania obrzęków, które często ustępują po nocnym odpoczynku. W zaawansowanych stadiach choroby pojawia się pełen obraz z owrzodzeniami podudzi włącznie. Zmiany troficzne najczęściej lokują się powyżej kostki przyśrodkowej i mogą być powierzchowne bądź głębokie, dochodzące do powięzi mięśniowej i pokryte martwicą [4].

**Wtórna niewydolność żylna** jest konsekwencją znanego czynnika chorobotwórczego, którym zazwyczaj jest zakrzepica żył głębokich (żylna choroba zakrzepowo – zatorowa), rzadziej uraz, bądź zwiększenie ciśnienia w jamie brzusznej [4].

Przyczyny powstawania żylaków nie są do końca wyjaśnione [5,6]. Wiele wskazuje na to, iż tworzą się wówczas, gdy w żyłach powierzchownych brakuje zastawek lub gdy są one uszkodzone. Wielu osobom rodzice przekazali w genach skłonność do żylaków. Jednakże nie musi to oznaczać, iż na pewno będą na nie chorować. To, czy i jak się ewentualnie rozwiną, zależy od różnych okoliczności, a głównie od trybu życia. Częściej natomiast zastawki zostają częściowo, bądź całkowicie uszkodzone w następstwie zakrzepicy. Ponadto wiek, czy skazy rodzinne są równie ważne, jak przebyte operacje, wypadki czy choroby, wymagające dłuższego leżenia w łóżku. Większość wyników współczesnych prac badawczych sugeruje, iż żylaki są spowodowane procesami metabolicznymi i degeneracyjnymi w ścianach naczyń. Procesy te są tłumaczone jako adaptacja do ustawicznego stałego nadwyrężenia i naciągania naczyń w przebiegu zastoju. Czynnikiem przyczynowym ciśnienia, jakiemu poddawane są żyły, jest niewątpliwie wyprostowana pozycja człowieka, co zwiększa ciśnienie wewnątrznaczyniowe [5,6].

Żylaki występują rzadziej w populacji krajów rozwijających się, gdzie dieta jest bardziej masywna i zawiera więcej włókien niż w krajach wysoko rozwiniętych [7]. Wiele nowych badań naukowych wskazuje, iż stany patologiczne jelita grubego korelują z zaburzeniami żylnymi. Nieodpowiednia dieta prowadzi zazwyczaj do otyłości sprzyjającej powstawaniu zakrzepicy poprzez niekorzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy i hemodynamikę. Poza tym otyłość powoduje tendencje do ograniczenia wysiłku fizycznego. Mało aktywna czynność mięśniowa podczas stania, czy siedzenia, oznacza jednoczesną redukcję działania „pompy łydkowej” – czynnika transportu bardzo ważnego w powrocie żylnym [7].

Stwierdzono również, iż czynnikiem sprzyjającym rozwojowi żylaków są zaparcia [8]. Typowa ubogowłóknikowa zachodnia dieta powoduje powstawanie małych, twardych stolców o utrudnionym pasażu. Prowadzi to do regularnego napinania

i powtarzającego się wzrostu ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Przy zaparciach wypełnione jelito uciska żyły biodrowe, co ostatecznie prowadzi do rozwoju żylaków [8].

Zaawansowany wiek jest najważniejszym czynnikiem ryzyka w zaburzeniach żylnych [8]. Jest oczywiste, iż naturalny proces starzenia musi obejmować także naczynia. Żylaki i ich powikłania są bez wątpienia bardziej powszechne u ludzi w wieku 70 lat niż u 30-latków. Tym niemniej interesująca jest proporcja w grupie poniżej 55. roku życia z dużymi zmianami żylnymi, która w stosunku do całej populacji jest około 2,5 razy większa, niż w grupie starszej. Wynika z tego jasno, iż mimo znacznej zależności wiekowej, choroba żylna nie jest problemem ograniczonym tylko do starszych mężczyzn i kobiet [6].

Co czwarta kobieta już w czasie pierwszej ciąży zaczyna mieć problemy z żylakami [6]. Zagrożenie zwiększa się z każdym kolejnym porodem. Połowa trzykrotnie rodzących ma żylaki. Poprzez wiele lat angiologowie uważali, iż to efekt dodatkowych kilogramów, których każdej przyszłej mamie przybywa. Obecnie jednak uważa się, iż żylaki są m.in. skutkiem zmian hormonalnych [6].

Wykonywanie czynności w pozycji stojącej, bądź siedzącej wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju żylaków, przy czym ryzyko wzrasta z liczbą przepracowanych w ten sposób lat. Praca w wysokiej temperaturze, dźwiganie ciężarów i siedzących tryb życia również zwiększają liczbę przypadków i nasilenie choroby [1].

Powszechnie uważa się, iż otyłość jest cechą predysponującą do rozwoju żylaków. W dużych badaniach kliniczno-kontrolnych potwierdzono, iż żylaki występują znacznie częściej u kobiet z nadwagą, zaś u mężczyzn związek z nadwagą wykazały jedynie teleangiektazje i żylaki typu siatkowego, lecz nie żylaki pni żylnych [8].

**Do innych czynników sprzyjających rozwojowi żylaków zalicza się:** stosowanie tabletek antykoncepcyjnych, wysoki wzrost, zaburzenia statyki stopy (płaskostopie), przynależność do klasy społecznej (praca w pozycji stojącej, dźwiganie ciężarów, praca w wysokiej temperaturze), palenie tytoniu [1].

Dzięki szybkiemu rozwojowi metod diagnozowania możliwa jest dokładna klasyfikacja przewlekłej niewydolności kończyn dolnych, a wprowadzone standardy klasyfikowania chorób żył ujednoliciły sposób przedstawiania rozpoznań i rezultatów leczenia [9].

Dopiero kilkanaście lat temu żylaki uznano za chorobę. Jednakże dane na ten temat są alarmujące. Obecnie szacuje się, iż w Polsce na różne stadia rozwoju przewlekłej niewydolności żylniej cierpi około 10 mln kobiet, a także 5 mln mężczyzn. Zatem, statystycznie co trzeci Polak zmaga się z żylakami lub w przyszłości ulegnie chorobie.

### **Cel pracy**

Poznanie poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa PWSliP w Łomży na temat czynników ryzyka i metod leczenia żylaków podudzi.

### **Material i metody**

Badaniem, przeprowadzonym w kwietniu 2011 roku, objęto 100 studentek pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, w tym studentki: licencjackich studiów zaocznych tzw. pomostówek oraz I i II roku studiów magisterskich.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Materiał do pracy zebrano za pomocą autorskiego anonimowego kwestionariusza stworzonego na potrzeby niniejszego badania. Ankieta składała się z dwóch części- I tzw. metryczkowa zawierała pytania dotyczące: wieku, stażu pracy, miejsca pracy, wykształcenia, masy ciała. Pytania części drugiej – szczegółowej, dotyczyły wiedzy respondentów na temat żylaków podudzi, a w szczególności czynników ryzyka i metod ich leczenia.

## Wyniki

W badaniu wzięło udział 100 ankietowanych. W tym najwięcej badanych – 43 osoby (43%), było w wieku 35-44 lata. Dużą grupę – 34 osoby (34%) stanowili respondenci w wieku 45-54 lata (Tab. I).

W kwestii stażu pracy, najliczniejszą grupę – 47 osób (47%) tworzyły osoby mające około 20 lat pracy. Z kolei 13 ankietowanych (13%) deklarowało staż pracy około 10 -letni (Tab. II).

Najwięcej badanych – 60 osób (60%) pracowało na oddziałach szpitalnych, w tym z reguły w oddziale internistycznym (8%), najrzadziej (2%) - w oddziale neurologicznym. 24 ankietowanych (24%) - w Przychodniach, zaś pozostali – 16 osób (16%) w Rejestracji (Tab. III).

**Tabela 1. Dane socjometryczne ankietowanych w kwestii wieku**

Wiek badanych	N	%
do 24. r.ż.	6	6
25.-34. r.ż.	15	15
35.-44. r.ż.	43	43
45.-54. r.ż.	34	34
powyżej 55. r.ż.	2	2
<b>Razem</b>	100	100

**Tabela 2. Dane socjometryczne ankietowanych w kwestii stażu pracy**

Staż pracy	N	%
około 5 lat	8	8
około 10 lat	13	13
około 20 lat	47	47
około 30 lat	25	25
więcej niż 30 lat	7	7
<b>Razem</b>	100	100

**Tabela 3. Dane socjometryczne ankietowanych w kwestii miejsca pracy**

Miejsce pracy		N	%
rejestracja		16	16
przychodnia		24	24
Oddział	OIOM	3	3
	psychiatryczny	4	4
	chirurgiczny	9	9
	wewnętrzny	6	6
	neurologiczny	2	2
	kardiologiczny	6	6
	oddział w DPS	4	4
	internistyczny	3	3
	zachowawczy	8	8
SOR		7	7
Razem		100	100

W zakresie wykształcenia, najliczniejszą grupę – 53 osoby (53%) stanowili badani mający wykształcenie licencjackie. Natomiast 19 ankietowanych (19%) ukończyło liceum medyczne (Tab. 4).

**Tabela 4. Dane socjometryczne ankietowanych w kwestii wykształcenia**

Wykształcenie badanych	N	%
liceum medyczne	19	19
studium medyczne	17	17
licencjat	53	53
wyższe	11	11
Razem	100	100

Pod względem masy ciała - dominowały osoby mające masę do 75 kilogramów - 31 osób (31%). 16 badanych (16%) deklarowało posiadanie masy ciała nie wyższej niż 85 kilogramów. Szczegółowe dane przedstawiono w Tab. V.

**Tabela 5. Dane socjometryczne ankietowanych w kwestii masy ciała**

Masa ciała badanych	N	%
do 55 kg	22	22
do 65 kg	19	19
do 75 kg	31	31
do 85 kg	16	16
do 95 kg	12	12
Razem	100	100



Ankietowanych poproszono o zdefiniowanie pojęcia „żylaki podudzi”. Z przeprowadzonych badań wynika, iż najczęściej badanych – 36 osób (36%) określiło żylaki podudzi, jako chorobę naczyń krwionośnych. Natomiast 21 ankietowanych (21%) uznało, iż choroba żylaków podudzi, to widoczne zmiany poszerzonych żył powierzchownych na kończynach tzw. pajęczki. Szczegóły przedstawiono w Tab. 6.

**Tabela 6. Definicja żylaków podudzi wg badanych**

Odpowiedzi badanych	N	%
<b>choroba naczyń krwionośnych</b>	36	36
<b>zwyrodnienie naczyń</b>	7	7
<b>widoczne zmiany poszerzonych żył powierzchownych tzw. pajęczki</b>	21	21
<b>zwężenie żył</b>	8	8
<b>niewydolność naczyń żylnych, powodująca zastoje krwi w żyłach</b>	28	28
<b>Razem</b>	100	100

Badanych poproszono o wskazanie osób, które najczęściej chorują na żylaki podudzi. Jak pokazały wyniki najczęściej, bo 88 osób uznało, że najbardziej predysponowane do wystąpienia tej choroby są kobiety oraz osoby prowadzące siedzący tryb życia - 71 wskazań. Kolejnych 65 badanych uznało, że predysponowane są osoby w podeszłym wieku, zaś 11% uznało, że schorzenie dotyczy głównie mężczyzn. Wyniki w zakresie tego pytania nie sumują się do 100%, gdyż zmienna miała charakter wielokrotnych odpowiedzi. Respondentów zapytano, jakie ich zdaniem są czynniki predysponujące do wystąpienia żylaków podudzi. Najczęściej zdaniem badanych chorują osoby z otyłością – 94 wskazania, z chorobą układu krążenia – 75 osób, prowadzące siedzący tryb życia – 70 osób oraz wykonujące pracę w pozycji stojącej – 36 osób. Nie bez znaczenia zdaniem 16 badanych są ciąża i porody (Tab. 7).

**Tabela 7. Czynniki predysponujące do żylaków podudzi**

Wskazania badanych	N	%
<b>wiek</b>	69	69
<b>otyłość</b>	94	94
<b>przyjmowanie leków</b>	4	4
<b>siedzący tryb życia</b>	70	70
<b>dziedziczność</b>	48	48
<b>choroby układu krążenia</b>	75	75
<b>palenie papierosów</b>	27	27
<b>stres</b>	-	-
<b>dieta uboga w tłuszcze</b>	4	4
<b>ciąża, poród</b>	16	16
<b>praca w pozycji stojącej</b>	36	36
<b>Razem</b>	443	443

\*wyniki nie sumują się do 100% gdyż ankietowani mogli udzielić kilku odpowiedzi

Ankietowanych zapytano także, czy ich zdaniem żylaki podudzi mogą przebiegać bezobjawowo. Większość badanych (69%) odpowiedziała twierdząco na postawione pytanie. Nie zgodziło się z tym stwierdzeniem 31% respondentów. Wśród objawów mogących sugerować występowanie żylaków podudzi 100% respondentów wskazało - ciężkość nóg, 91% - obrzęki podudzi, a 89% niebieskie „pajęczki” na nogach. Na owrzodzenia, jako symptom żylaków podudzi, zwróciło uwagę 86% ankietowanych (Tab. 8).

**Tabela 8. Objawy sugerujące o występowaniu żylaków podudzi**

Wskazania badanych	N	%
ciężkość nóg	100	100
niebieskie „pajęczki” na nogach	89	89
pocenie się nóg	4	4
obrzęki kostek	32	32
zaczerwienienie skóry nóg	36	36
obrzęki podudzi	91	91
zmiany troficzne	82	82
owrzodzenia	86	86
pryszcze na nogach	4	4
<b>Razem</b>	<b>524</b>	<b>524</b>

\*wyniki nie sumują się do 100% gdyż ankietowani mogli wskazać kilka odpowiedzi

W zakresie działań profilaktycznych żylaków respondenci sugerowali: 100 osób (100%) - unikanie stania i siedzenia przez dłuższy czas, 93 osoby - podejmowanie aktywności fizycznej, 62 ankietowanych uznało, iż nie należy brać gorących kąpeli, a 52 osoby - także konieczność zredukowania zbędnej masy ciała. Natomiast 50% twierdziło, że nie należy używać uciskającej odzieży, np. skarpet. Szczegóły przedstawiono w Tab. 9.

**Tabela 9. Działania, jakie zdaniem badanych, należy zastosować w profilaktyce występowania żylaków podudzi**

Wskazania badanych	N	%
nie używanie odzieży uciskowej	50	50
dieta	70	70
aktywność fizyczna	93	93
unikanie gorących kąpeli	62	62
unikanie stania i siedzenia długo	100	100
chodzenie na niskich obcasach	21	21
leki poprawiające krążenie	23	23
zdrowy tryb życia	47	47
niepalenie papierosów	33	33
redukcja zbędnej masy ciała	52	52
<b>Razem</b>	<b>551</b>	<b>551</b>

\*wyniki nie sumują się do 100% gdyż ankietowani mogli wybrać kilka odpowiedzi

Zdaniem objętych badaniem kobiet, aby zdiagnozować żylaki podudzi należy udać się do chirurga – 86 odpowiedzi (86%), lekarza rodzinnego - 37 wskazań (37%), lekarza naczyniowca – 12 (12%), internisty – 6 przypadków, zaś 1 osoba uznała, że w tym celu należy się zgłosić do kardiologa. Omawiane wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mogli wybrać kilka odpowiedzi.

W odniesieniu do zalecanych badań diagnostycznych osób z żylakami ankietowani zaprezentowali dużą różnorodność odpowiedzi. Większość badanych – 68 osób (68%) wskazała badanie metodą Dopplera. Z kolei 33 ankietowanych (33%) uznało, że należy wykonać flebografię, 29 osób (29%) angiografię, 19 (19%) z nich badanie palpacyjne, zaś 8 osób (8%) uznało, że istotnym jest wywiad. Wyniki w powyższym przypadku nie sumują się do 100%, gdyż zmienna miała charakter wielokrotnych odpowiedzi. W zakresie leczenia największą popularnością wśród ankietowanych cieszyło się leczenie chirurgiczne – 90 osób (90%). 86 respondentów (86%) uznało, iż można żylaki podudzi leczyć farmakologicznie, a w opinii 14 (14%) – poprzez zmianę stylu życia. Natomiast 8 spośród badanych pań (8%) zalecało pończochy uciskowe, a leczenie kosmetyczne było właściwym według 6 respondentów (6%). Ankietowani mogli dokonać kilku wskazań, dlatego wyniki nie sumują się do 100%

Zdaniem respondentów, wskazaniem do podjęcia leczenia chirurgicznego żylaków są: owrzodzenia (63 osoby -63%), zagrożenia krwawieniem, 30, ból nie do zniesienia – 29, a w opinii 18 respondentów - nieestetyczny wygląd. Szczegóły badań przedstawiono w Tab.10.

**Tabela 10. Wskazania zdaniem badanych, do leczenia chirurgicznego żylaków podudzi**

Wskazania badanych	N	%
<b>ból nie do zniesienia</b>	29	29
<b>owrzodzenia</b>	63	63
<b>zagrożenia krwawieniami</b>	30	30
<b>zatory</b>	12	12
<b>martwica</b>	2	2
<b>nieestetyczny wygląd</b>	18	18
<b>krwawienie z żylaków</b>	11	11
<b>obrzęki</b>	11	11
<b>Razem</b>	176	176

\* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mogli wybrać kilka odpowiedzi

Ankietowanych zapytano, jakie ich zdaniem, grożą konsekwencje nieleczenia żylaków podudzi. Ankietowani mogli dokonać kilku wskazań, dlatego wyniki nie sumują się do 100%. Z przeprowadzonych badań wynika, iż w opinii 73 osób (73%) konsekwencją nieleczenia żylaków będzie ostre i przewlekłe zapalenie tkanki, w przypadku 71 ankietowanych (71%) - krwawiące żylaki, w 67 przypadkach (67%) - owrzodzenia, w 39 (39%) - zakazania, a w opinii 3 osób - nowotwory.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż najwięcej respondentów zalecałoby celem zapobieżenia nawrotowi żylaków, używanie odzieży uciskowej – 78 osób (78%). Kolejno ankietowani uznali za słuszne wdrożenie aktywności fizycznej – 73 osoby (73%) oraz unikanie stania i siedzenia długotrwałego – 67 osób (67%). 45 badanych (45%) uznało, by zapobiegać nawrotom żylaków podudzi należy utrzymywać właściwą masę ciała, a także zażywać leki poprawiających krążenie – 29 osób (29%). Szczegóły badań przedstawiono w Tab. 11.

**Tabela 11. Działania zapobiegające nawrotom żylaków podudzi**

<b>Wskazania badanych</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>stosowanie diety</b>	21	21
<b>używanie odzieży uciskowej</b>	78	78
<b>prowadzenie aktywności fizycznej</b>	73	73
<b>unikanie gorących kąpeli</b>	22	22
<b>unikanie stania i siedzenia długotrwałego</b>	67	67
<b>utrzymywanie właściwej masy ciała</b>	45	45
<b>leki poprawiające krążenie</b>	29	29
<b>prowadzenie zdrowego trybu życia</b>	17	17
<b>niepalenie papierosów i picie alkoholu</b>	19	19
<b>chodzenie w płaskich butach</b>	9	9
<b>Razem</b>	380	380

\*

wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mogli wybrać kilka odpowiedzi

## Dyskusja

Żylakami określa się poszerzone, wydłużone i poskręcane poszerzenia żył kończyn dolnych, położone podskórnio [10]. Żylaki podudzi definiuje się także, jako patologicznie poszerzone podskórne kanały żyłne. Schorzenie dotyczy żył powierzchownych, nadpowięziowej żyły odpiszczelowej i odstrzałkowej, a także ich odgałęzień [6].

Najwięcej ankietowanych zdefiniowało chorobę żylaków podudzi, jako chorobę naczyń krwionośnych, a 1/3 badanych stwierdziła, iż jest to niewydolność naczyń żylnych, powodująca zastoje krwi w żyłach. Można zatem stwierdzić, iż respondenci trafnie zdefiniowali chorobę żylaków podudzi.

Z licznych badań klinicznych i statystycznych wynika, iż w Polsce, podobnie jak w Europie zachodniej na tę chorobę zapada około 35-40% dorosłych kobiet i 27-30% mężczyzn [11].

Natomiast poddani badaniu respondenci w 90% przypadków uznali, iż to kobiety są bardziej predysponowane do wystąpienia omawianego schorzenia.

W literaturze przedmiotu można wyłonić następujące czynniki predysponujące do żylaków podudzi: praca stojąca i siedząca, ciąża i poród, otyłość, papierosy, gorące kąpiele, zbyt obcisłe ubranie czy mało ruchu [12]. Najczęściej zdaniem badanych studentów pielęgniarstwa na żylaki podudzi chorują osoby z otyłością, z chorobą układu

krążenia, prowadzące siedzący tryb życia. Nie bez znaczenia ich zdaniem są też: palenie papierosów, podeszły wiek, dziedziczność, ciąża i leki.

Żylaki są powodem dolegliwości typowych dla początkowych okresów przewlekłej niewydolności żylnych kończyn dolnych. Chorzy z reguły skarżą się na niewielkie obrzęki stóp bądź częściej wokół kostek, uczucie zmęczenia i ciężkości nóg, a także na rozpiekanie, pieczenie, czy palenie [12].

Nieco odmiennego zdania byli respondenci z badań własnych, według których objawami żylaków podudzi są: ciężkość nóg, obrzęki podudzi, niebieskie „pajęczki” na nogach. W zasadzie w podstawowym podziale żylaków podudzi dzieli się je na: pierwotne i wtórne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że prawie połowa badanych wskazała żylaki żył powierzchniowych i żył głębokich, a tylko 1/4 ankietowanych - żylaki pierwotne i wtórne.

W ramach działań profilaktycznych żylaków podudzi należy stosować masaże nóg, mycie nóg w chłodnej wodzie, dbanie o zachowanie właściwej masy ciała, czyli niedopuszczanie do otyłości, odstawienie alkoholu i przede wszystkim rzucenie palenia papierosów [13].

Ankietowani studenci uważali podobnie, wskazując na: unikanie stania i siedzenia przez dłuższy czas, prowadzenie aktywności fizycznej, utrzymywanie właściwej masy ciała oraz unikanie gorących kąpielii.

Jak już zostało wcześniej powiedziane, w Polsce na różne stadia rozwoju przewlekłej niewydolności żylnych cierpi około 10 mln kobiet, a także 5 mln mężczyzn. Zatem, statystycznie co trzeci Polak zmaga się z żylakami lub w przyszłości ulegnie chorobie [12]. Ankietowani trafnie więc uznali, iż na chorobę żylaków podudzi choruje duża część społeczeństwa.

Z pewnością lekarzem, który może zdiagnozować żylaki podudzi będzie internista, lekarz rodzinny czy chirurg [2]. Takich wskazań dokonali także ankietowani.

Diagnostując żylaki podudzi, lekarz ocenia stopień nasilenia żylaków. Badanie lekarskie uzupełnione może być przez nowoczesne metody diagnostyczne, np. badanie dopplerowskie przepływu krwi, czy tzw. flebografia. Po badaniu stanu i wydolności układu żylnego lekarz zdecyduje, jakie środki zastosować [2]. Większość badanych studentów wskazała przede wszystkim badanie metodą Dopplera, flebografię oraz angiografię.

Obecnie wśród proponowanych metod leczenia żylaków podudzi wymienia się leczenie: uciskowe (kompresjoterapia), obliteracyjne (skleroterapia), farmakologiczne, operacyjne i kinezyterapeutyczne [12].

Ankietowani najczęściej wskazywali leczenie chirurgiczne i farmakologiczne. Z kolei do metod niefarmakologicznych i niechirurgicznych zaliczyli: pończochy i opaski uciskowe, aktywny tryb życia i dietę. Respondenci uznali, iż wskazaniami do leczenia chirurgicznego żylaków podudzi są owrzodzenia, silny ból i nieestetyczny wygląd.

Rokowanie u chorych na żylaki zależy głównie od tego, czy zdołamy zapobiec powstawaniu powikłań spowodowanych zwiększonym ciśnieniem krwi w kończynach albo je wyleczyć, jeśli już istnieją. Do powikłań tych zaliczyć możemy: krwawienie z pękniętego żyłaka, podskórne wybroczyny, obrzęk, zapalenie żyłaków, ostre i przewlekłe zapalenie tkanki podskórnej, przebarwienie [13].

Studenci uznali, iż konsekwencją nieleczenia żylaków będzie ostre i przewlekłe zapalenie tkanki, krwawienie z żyłaków, zakażenia oraz owrzodzenia.

Zasadniczą metodą zapobiegania powstawaniu żylaków kończyn dolnych jest aktywność ruchowa. Zwłaszcza polecane są długie spacerowanie, pływanie bądź jazda na rowerze. W przypadku pracy wymagającej długiego stania zaleca się regularne powtarzanie prostych ćwiczeń fizycznych poprawiających krążenie krwi w kończynach dolnych (naprzemienne napinanie i rozluźnianie mięśni łydek bądź stawanie na palcach). Osoby szczególnie zagrożone powstaniem żylaków kończyn dolnych mogą profilaktycznie nosić tak zwane wyroby o stopniowanym ucisku (dostępne w aptekach podkolanówki, pończochy czy rajstopy na miarę, dostępne też dla kobiet w ciąży) [13].

Podobnego wskazania dokonali ankietowani. Mianowicie, uznali oni za słusne używanie odzieży uciskowej, prowadzenie aktywności fizycznej oraz unikanie stania i siedzenia długotrwałego. Nie bez znaczenia jest też ich zdaniem, utrzymanie właściwej masy ciała i zażywanie leków poprawiających krążenie.

## **Wnioski**

Na podstawie przeprowadzonej badań sformułowano następujące wnioski:

- 1/3 badanych uznała, iż choroba żylaków podudzi to niewydolność naczyń żylnych, powodujących zastój krwi w żyłach;
- 90% ankietowanych wskazało kobiety, jako osoby częściej chorujące na żylaki podudzi;
- do czynników predysponujących do wystąpienia żylaków podudzi respondenci zaliczyli przede wszystkim: wiek, siedzący tryb życia, otyłość i choroby układu krążenia;
- o występowaniu żylaków podudzi, mogą świadczyć zdaniem ankietowanych: ciężkość nóg, obrzęki podudzi, niebieskie „pajęczki” na nogach;
- do działań profilaktycznych żylaków podudzi, respondenci zaliczyli: unikanie stania i siedzenia długotrwałego, aktywność fizyczną oraz dietę;
- w celu zdiagnozowania żylaków podudzi należy udać się, zdaniem badanych, do chirurga i wykonać badanie metodą Dopplera;
- zdecydowana większość respondentów (90%), w kwestii rodzaju leczenia, wskazała farmakoterapię i leczenie chirurgiczne;
- do konsekwencji nieleczenia żylaków podudzi badani zaliczyli głównie: owrzodzenia, krwawiące żylaki oraz ostre i przewlekłe zapalenie tkanki podskórnej.

## **Piśmiennictwo**

1. Ramelet A. A., Monti M.: Flebologia. Przewodnik. Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2003, 55-56.
2. Kawecki P.: Badanie ultrasonograficzne żył kończyn dolnych. Wyd. Medipage, Warszawa, 2005, 25-26.
3. Miłek T., Goliszewski J., Stryga W., Wroczyńska B., Śmiertka W.: Przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych u kobiet w ciąży wg klasyfikacji CEAP. Med. Dopl., 2002, 6, 139-144.
4. Liweń M., Zieliński P.: Przewlekła choroba żylna [w:] Choroby naczyń. Wybrane problemy, Chęciński P. (red.). Wyd. Medyczne Termedia, Poznań, 2006, 45-60.
5. Noszczyk W.: Żylaki i inne choroby żył. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 43-46.

6. Ziąber J., Kaźmierczak T.: Wspólne cechy etiologiczne i patofizjologiczne żylaków kończyn dolnych, przepuklin pachwinowych i choroby hemoroidalnej. *Lek. Wojs.*, 2001, 77, 40-42.
7. Ramelet A. A.: Strategia postępowania terapeutycznego w chorobach żył: rola leków flebotropowych. *Flebolifologia*, 2000, 1, 4-8.
8. Ciostek P., Noszczyk W.: Choroby żył. *Przegl. Piśmien.Chirurg.*, 1997, 5, 139-150.
9. Fowkes F.G.R.: Chorobowość i czynniki ryzyka przewlekłej niewydolności żylniej. *Choroby Żył*, 2003, 2, 3-9.
10. Polański J. A.: Przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych. *Med. Dypł.*, 1998, 2, 17-18.
11. Skórski M.: Żyłki kończyn dolnych [w:] *Podstawy flebologii*, Tomkowski W. Z., Skórski M., Hajduk B., Rybak Z., Małka M. (red.), Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2002, 140-153.
12. Epidemiologia chorób naczyń, <http://www.zylaki.med.pl/powstanie-i-rozwoj-choroby/klasyfikacja.html>, data pobrania 12 kwiecień 2012
13. Noszczyk W.: Żyły [w:] *Chirurgia*, Noszczyk W. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 610-613.

Sypniewska Anna<sup>3</sup>, Rolka Hanna<sup>1,2</sup>, Jankowiak Barbara<sup>1,2</sup>, Kowalewska Beata<sup>1,2</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>1</sup>, Klimaszewska Krystyna<sup>1,2</sup>, Ortman Elżbieta Beata<sup>2</sup>, Kraszyńska Anna<sup>4</sup>

## Ocena zachowań zdrowotnych i zapotrzebowania na edukację zdrowotną pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

<sup>2</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży Instytut Medyczny

<sup>3</sup> Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży studiów drugiego stopnia na kierunku Pielęgniarstwo

<sup>4</sup> Studentka Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

### Wprowadzenie

Nadciśnienie tętnicze należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób na świecie i w wielu krajach jest najczęstszą, bezpośrednią lub pośrednią, przyczyną zgonów z powodu chorób układu sercowo – naczyniowego [1]. Najnowsze badania podają, że w Polsce około 30% populacji choruje na nadciśnienie tętnicze [1]. Jest ono schorzeniem o niejednorodnej i wieloczynnikowej etiologii, około 95% przypadków nadal pozostaje niewyjaśnionych i określa się je jako pierwotne (samoistne). Rozwijające się na podłożu innych schorzeń określane jest jako wtórne. Do rozwoju choroby może przyczyniać się zaburzenie funkcji układów regulujących wysokość ciśnienia tętniczego. Na wysokość ciśnienia wpływa pojemność minutowa serca oraz opór krwi w układzie naczyniowym zależny od złożonych wpływów nerwowych i hormonalnych [2].

Według danych WHO jest trzecią najważniejszą przyczyną ogólnej śmiertelności, a wyprzedzają ją jedynie niedożywienie (11,7%) oraz palenie tytoniu (6%). Wśród pierwszych dziesięciu czynników ryzyka zgonu nadciśnienie tętnicze jest jedyną chorobą. Pozostałe to: woda pitna, higiena, brak ruchu, seks bez zabezpieczenia, alkohol, zanieczyszczenie powietrza, narkotyki oraz wypadki przy pracy [3].

Wśród najważniejszych czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego wymienia się cukrzycę, otyłość, palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej, stres, nieprawidłową dietę oraz związane z nią hipercholesterolemię i podwyższony poziom trójglicerydów [4]. Dużą rolę przypisuje się również czynnikom genetycznym i środowiskowym. Choroba powoli i skutecznie niszczy poszczególne organy zwiększając ryzyko wystąpienia udaru mózgu, zawału serca, zaburzeń pracy nerek, nieodwracalnych zmian w oku czy niewydolności krążeniowo – oddechowej [4].



Stany podwyższonego ciśnienia tętniczego często są wykrywane przypadkowo podczas rutynowego badania profilaktycznego. Podejrzenie choroby nadciśnieniowej wymaga stałej, systematycznej opieki nad pacjentem. Leczenie natomiast ma na celu obniżenie ciśnienia krwi do wartości prawidłowych lub najbardziej do nich zbliżonych. Obejmuje, oprócz farmakoterapii, redukcję nadwagi, wdrożenie nawyków systematycznej, umiarkowanej aktywności fizycznej oraz korekcję innych czynników ryzyka. Zwracamy uwagę na zmianę trybu życia, zachęcamy do racjonalnego wypoczynku i wyłączenia się spod wpływu napięć psychicznych. W niektórych przypadkach uzasadniona jest zmiana rodzaju wykonywanej pracy na mniej obciążającą fizycznie lub psychicznie.

Przy nadciśnieniu tętniczym ogromne znaczenie ma profilaktyka. Obecnie mówi się o profilaktyce pierwotnej i wtórnej nadciśnienia. Wtórna dotyczy osób, które już cierpią na tę chorobę i ma zapobiec jej postępowi, natomiast profilaktyka pierwotna to działania edukacyjne w grupie osób ryzyka, czyli z prawidłowym wysokim ciśnieniem.

Edukacja zdrowotna jest procesem trwającym przez całe życie, potrzebna jest zarówno ludziom zdrowym, jak i chorym. W piśmiennictwie istnieje wiele określeń edukacji zdrowotnej. Współczesna definicja przedstawia ją jako „całozyciowy proces uczenia się ludzi jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki” [5].

W piśmiennictwie z ostatniej dekady opisano wiele różnorodnych modeli i koncepcji edukacji zdrowotnej, gdzie przyjmuje się różne kierunki działań, cele i kryteria. Trzy modele edukacji zdrowotnej wyróżnia się jako podstawowe:

- model zorientowany na chorobę, gdzie głównym celem działań jest zapobieganie określonym jednostkom chorobowym,
- model zorientowany na czynniki ryzyka, gdzie eliminowanie czynników ryzyka jest głównym celem zapobiegania kilku chorobom jednocześnie,
- model zorientowany na zdrowie, w którym głównym celem jest wzmacnianie potencjału zdrowia [5].

W dwóch pierwszych modelach decyzję o tym, co jest dobre, a co złe dla zdrowia i jakie należy podejmować działania, podejmują eksperci. Są to modele powiązane z biomedycznym podejściem do zdrowia. Model trzeci zorientowany na zdrowie, traktowany jest jako najwłaściwszy z punktu widzenia realizacji idei promocji zdrowia. W odróżnieniu od dwóch poprzednich modeli koncentruje się na pozytywnym aspekcie zdrowia ujmowanego holistycznie i zagadnieniu zwiększenia potencjału zdrowia. Priorytetem w tym modelu nie jest choroba, ale miejsca i ludzie, którzy powinni stanowić podmiot działań edukacyjnych [5, 6].

Edukacja zdrowotna motywuje do zmian sposobów życia, powoduje zmiany zachowań negatywnych na pozytywne, a także podtrzymuje pozostawanie w atmosferze jedynie pozytywnych stylów życia. Zachęca do dokonywania korzystnych dla zdrowia wyborów poprzez dostarczanie wiedzy i udzielanie wsparcia. Jest sposobem działania, które sprawia, że „zdrowy wybór” staje się podstawą do podejmowania dalszych decyzji skierowanych na zdrowie i jego ochronę.

## **Cel pracy**

Celem prowadzonych badań było:

- określenie aktualnego zakresu wiedzy pacjentów na temat choroby nadciśnieniowej,
- ocena stopnia akceptacji choroby,
- ocena zachowań zdrowotnych dotyczących zdrowego stylu życia, diety i aktywności fizycznej,
- ocena umiejętności praktycznych posiadanych przez respondentów niezbędnych do prowadzenia samokontroli i samoopieki w warunkach ambulatoryjnych.

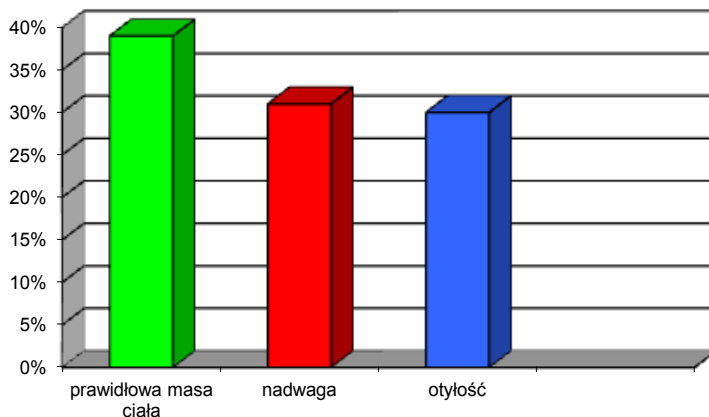
## **Material i metody**

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Podstawowym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, skierowany do pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. Kwestionariusz ankiety skonstruowany dla potrzeb badania składał się z 36 pytań, w tym pytań metryczkowych charakteryzujących dane socjometryczne badanej grupy respondentów. Badania odbywały w pierwszym półroczu 2011 roku. Prowadzone były wśród pacjentów zgłaszających się na wizytę do lekarza rodzinnego w Zakładzie Opieki Zdrowotnej „CELMED” w Ostrołęce. Udział w badaniu był anonimowy, dobrowolny i na każdym jego etapie pacjent miał prawo do rezygnacji. Każdy badany otrzymał kwestionariusz ankiety zawierający 12 pytań dotyczących płci, wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, rodzaju wykonywanej pracy, źródła utrzymania, palenia papierosów, spożywania alkoholu i czasu trwania choroby. Następną część to 26 pytań, z których 5 miało obrazować stan wiedzy o jednostce chorobowej, pozostała część zawierała pytania dotyczące kontroli ciśnienia tętniczego i przyjmowania leków hipotensyjnych przez respondentów, uprawiania aktywności fizycznej oraz stosowanej diety. Ostatnia część ankiety poświęcona była ocenie akceptacji choroby pacjentów z rozpoznaną chorobą nadciśnieniową. Posłużono się w niej Skalą Akceptacji Choroby AIS, która składała się z 8 pytań opisujących konsekwencje choroby. Każde stwierdzenie zawierało pięciopunktową skalę, a pacjent określał swój aktualny stan zdrowia, wskazując cyfrę 1- zdecydowanie zgadzam się, 2- zgadzam się, 3- nie wiem, 4- nie zgadzam się i 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Suma akceptacji choroby to miara wszystkich punktów i mieści się w granicach od 8 do 40 punktów.

## **Wyniki**

Badaniem objęto grupę 100 pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. Wśród 100 badanych pacjentów 58% stanowiły kobiety i znaczna większość z nich (76%) zamieszkiwała w mieście. Mężczyźni natomiast byli w mniejszości – 42%, a większość z nich (57%) zamieszkiwała na wsi. Średnia wieku wynosiła 51 lat. Największą grupą (34%) byli respondenci w wieku 51- 60 lat, następnie w wieku 41 –50 lat stanowiący 21% ogółu analizowanych, 17% były to osoby w wieku 31-40 lat, 12% w wieku 61-70 lat, 11% powyżej 70. roku życia i 5% to najmniejsza grupa osób w wieku 20-30 lat. Większość z nich, bo aż 63% mieszkała w mieście, a tylko 37% na wsi. Prawie jedna trzecia badanych (33%) wykonywała pracę fizyczną, 25% pracę umysłową, a 27% umysłowo-fizyczną. Jako źródło utrzymania, największy odsetek (68%) stanowiły osoby utrzymujące się z pensji, 26% utrzymywało się z emerytury, a 6% z

zasilku dla bezrobotnych. Osoby uczestniczące w badaniu w 45% posiadały wykształcenie średnie, w 23% zawodowe, w 17% wyższe magisterskie, w 12% podstawowe, a tylko w 3% wyższe licencjackie. Wśród pacjentów 8% było stanu wolnego, 16% to wdowy lub wdowcy, natomiast zdecydowanie przeważająca część (76%) pozostawała w związkach małżeńskich. Respondenci to w większości osoby z nadwagą od 6 do 10 kg (31%) lub otyłe (30%). Natomiast jedynie 39% posiadało prawidłową masę ciała. Szczegółowy rozkład masy ciała prezentuje rycina 1.



**Rycina 1. Rozkład masy ciała w badanej populacji**

Czas trwania nadciśnienia tętniczego w badanej populacji był zróżnicowany i mieścił się w przedziale od 1 roku do ponad 10 lat. Grupa 34% osób chorowała na nadciśnienie tętnicze od 2 do 5 lat, 27% od 5 do 10 lat, 24% powyżej 10 lat, a 15% leczyło się niespełna rok. Z przeprowadzonego badania wynika, że niezależnie od płci, w podobnym odsetku, kobiety (81%), jak i mężczyźni (83,3%) zgłaszali się na wizyty kontrolne do lekarza. Ponad połowa badanych (54%) regularnie kontrolowała swoje ciśnienie tętnicze. Zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn była to najczęściej wybierana odpowiedź (60,3% kobiet, 45,2% mężczyzn). Szczegółowy rozkład odpowiedzi w grupie kobiet i mężczyzn prezentuje tabela I.

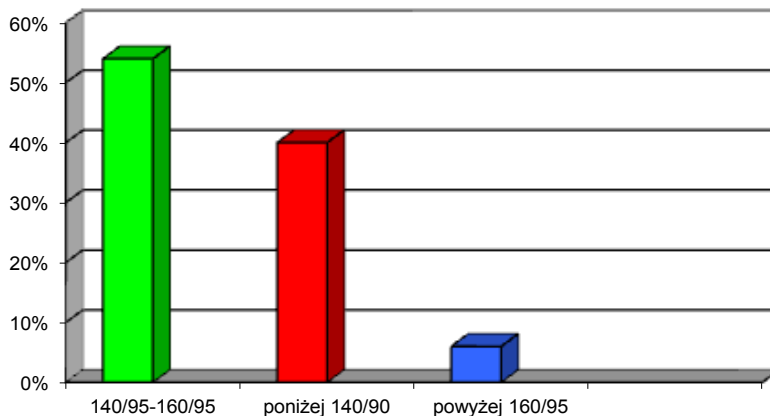
Największa grupa 77% respondentów posiadała własny ciśnieniomierz, 17% nie posiadało aparatu do pomiaru ciśnienia tętniczego i 6% zamierzało zakupić taki aparat. Pacjenci pytani o warunki, w jakich powinien odbywać się pomiar ciśnienia tętniczego w większości (61%) twierdzili, że wykonuje się go po kilkuminutowym odpoczynku, 7% ankietowanych uważało, że zawsze o tej samej porze, 10% było przekonanych, że wielkość mankietu powinna być dostosowana do obwodu ramienia. O tym, że pomiar powinien odbywać się z ręką ułożoną na poziomie serca wiedziało 30% osób i taki sam odsetek pacjentów uważał, że wszystkie powyższe zasady powinny być spełnione.

**Tabela 1. Szczegółowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak często kontroluje Pan/Pani swoje ciśnienie tętnicze?” według płci badanych osób**

Jak często kontroluje Pan/Pani swoje ciśnienie tętnicze?			<b>Kobieta N=58</b>	<b>Mężczyzna N=42</b>
<b>a)</b>	<b>przy okazji wizyt u lekarza</b>	Liczebność	16	16
		%grupy	27,6%	38,1%
<b>b)</b>	<b>sporadycznie przy złym samopoczuciu</b>	Liczebność	7	7
		%grupy	12,1%	16,7%
<b>c)</b>	<b>regularnie</b>	Liczebność	35	19
		%grupy	60,3%	45,2%
<b>d)</b>	<b>nigdy</b>	Liczebność	0	0
		%grupy	0,0%	0,0%
<b>e)</b>	<b>inne sytuacje</b>	Liczebność	0	0
		%grupy	0,0%	0,0%

Prawie połowa (48%) respondentów nie wiedziała, jaka powinna być szerokość mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego, 9% twierdziło, że szerokość mankietu nie miała znaczenia, 25% uważało, że powinna wynosić 1/3 długości ramienia i tylko 18% zaznaczyło właściwą odpowiedź. Wśród ankietowanych, w grupach mężczyzn i kobiet nie zaobserwowano istotnej różnicy w poziomie wiedzy na temat pomiaru ciśnienia tętniczego. Największą grupę ankietowanych 54% stanowią osoby, które mierzą ciśnienie krwi regularnie, 32% pomiaru dokonuje przy okazji wizyt u lekarza, a 14% mierzy sporadycznie przy złym samopoczuciu. W celu dokładnej analizy ustalono zmienne zależne, którymi była płeć i wiek. Okazało się, że kobiety mierzą regularniej ciśnienie tętnicze (60,3%) niż mężczyźni (45,2%). Spośród 100 badanych pacjentów większość, bo aż 60% wykazało się znajomością prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, 25% twierdziło, że wynosi ona 160/100 mmHg, 8% było przekonanych, że jest to poziom między 140/90 a 160/100 mmHg, natomiast 7% było zdania, że poniżej 120/80 mmHg. Prawidłową odpowiedź udzieliło 60,3% wszystkich kobiet i 59,6%

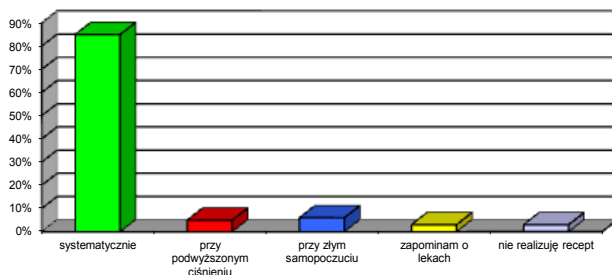
mężczyzn. Faktem niezadowolającym jest to, że ponad połowa pacjentów (54%) wykazywała niedostateczny stopień kontroli ciśnienia tętniczego i najczęściej występowały u niej wartości ciśnienia tętniczego w granicach 140/95 – 160/95 mmHg, a tylko 40% uzyskiwało poziom prawidłowy, poniżej 140/90 mmHg. Z kolei u 6% badanych ciśnienie tętnicze przekraczało granice 160/95 mmHg- rycina 2.



**Rycina 2. Wartości ciśnienia tętniczego najczęściej występujące u badanych osób**

Z powyższych danych wynika, że kobiety wykazują większy stopień kontroli ciśnienia tętniczego. W grupie tej w większym odsetku (44,8%) niż u mężczyzn (33,3%) obserwuje się prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego. Analiza uzyskanych wyników wykazała, że w najmłodszej grupie pacjentów (20-30 lat) występowały (100%) najlepiej uregulowane wartości ciśnienia tętniczego (poniżej 140/90 mmHg). W grupie osób starszych (61 – 70 lat) odsetek osiąganego ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mmHg wynosił 25%. Połowa badanych (50%) prowadziła dzienniczek samokontroli, niewiele mniej (43%) nie posiadało go wcale, a tylko 7% deklaroowało, iż zamierza zacząć prowadzić. Wśród mieszkańców wsi prawie połowa (48%) posiadała dzienniczek samokontroli, pozostała część nie prowadziła lub zamierzała zacząć prowadzić. Mieszkańcy dużych miast (do 40 tys i powyżej 40 tys.) w nieco większym odsetku posiadali dzienniczek samokontroli, odpowiednio 64,3% i 50%. Faktem zadawalającym jest to, iż zdecydowana większość pacjentów (85%) systematycznie przyjmowała leki hipotensyjne, 5% przyjmowało je przy podwyższonym ciśnieniu, w podobnym odsetku (6%) przy złym samopoczuciu, a 3% ankietowanych zapomniało o lekach i tyle samo (3%) nie realizowało recept (rycina 3). Wśród chorych na nadciśnienie tętnicze skutki uboczne działania leków hipotensyjnych znała ponad połowa (53%) respondentów, 47% nie miało wiedzy na ten temat. Zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn znajomość

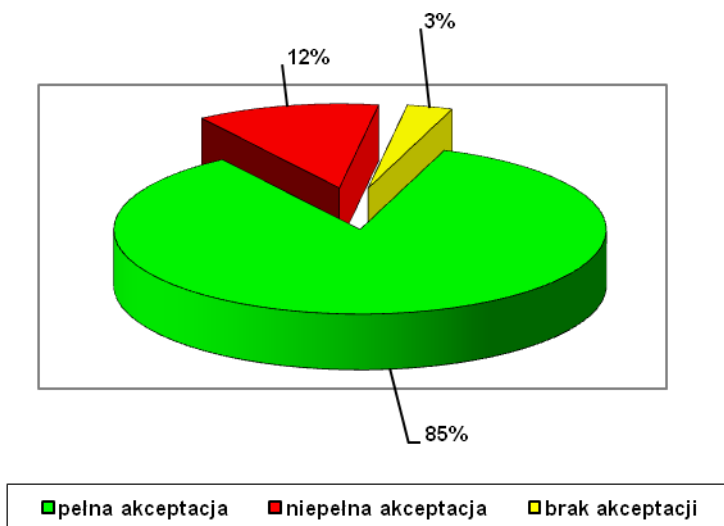
skutków ubocznych działania leków hipotensyjnych nie była zadawalająca (53,4% kobiet, 52,4% mężczyzn). Alarmujący jest fakt, że zdecydowana większość badanych przejawiała małą aktywność fizyczną (45%) lub nie ćwiczyła wcale (37%). Regularnie i dużo (ok. 30 min dziennie) ćwiczyło tylko 18% ankietowanych. Małą aktywność fizyczną lub jej brak wykazywały zarówno kobiety, jak i mężczyźni w podobnym odsetku (82,5%, 83,4%). Dużą i regularną aktywność kobiety przejawiały w 17,5%, a mężczyźni w 16,6%. Wśród osób aktywnych fizycznie spacerowały 39% ankietowanych, taki sam odsetek pacjentów (39%) wybierał jazdę na rowerze, gimnastykę podejmowało 11% respondentów i tylko 1% pływanie. Dla 12% respondentów praca na działce była jedyną formą aktywności, natomiast aż 22% nie przejawiało żadnej aktywności fizycznej. Najczęstszym objawem przeciążenia układu krążenia obserwowanym przez pacjentów podczas wysiłku fizycznego było przyspieszone tętno, które odczuwało 60% badanych. Zmęczenie występowało u 48%, zawroty głowy, u 15%, ból w klatce piersiowej u 6% i w równym odsetku (6%) występowała duszność. Zdecydowana większość (61%) chorych przyznała, że na co dzień występuje u nich stres na poziomie średnim, 21% wskazywało na wysoki poziom stresu, a 18% zaznaczyło niski poziom. Stres na poziomie średnim występował w podobnym odsetku u kobiet, jak i u mężczyzn (60,3% kobiet, 61,9% mężczyzn). Prawie połowa ankietowanych (49%) spożywała trzy posiłki dziennie, 32% - cztery posiłki, a 19% tylko dwa. W grupach ankietowanych kobiet i mężczyzn nie występują istotne różnice. Badane osoby zapytane o dietę w 47% stwierdziły, że nie stosują żadnej, 44% ograniczało tłuszcze, 25% słodczyce. Tylko 16% codziennie spożywało warzywa i owoce i 15 jadło od 2 do 3 razy w tygodniu ryby. Kobiety w największym odsetku (52,6%) ograniczały tłuszcze i nie stosowały żadnej diety (40,4%). Podobnie mężczyźni, w większości (57,1%) nie stosowali żadnej diety i ograniczali tłuszcze (33,3%). Pozytywnym faktem jest to, że pacjenci z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym w większości (69%) używali soli przygotowując potrawy tylko do smaku, 18% nie dosalało potraw, 1 łyżeczkę stosowało 8% pacjentów i 4% dużą łyżkę. Nie w pełni zadawalający jest fakt, że zdecydowana większość ankietowanych osób - 59% nie wiedziała, jaką ilość soli na dobę powinny spożywać osoby leczące się z powodu nadciśnienia tętniczego, 32% uważało, że jest to ilość 3g, 8% było przekonanych o 5g na dobę, a 1% zaznaczył ilość 10g.



### Rycina 3. Przyjmowanie leków hipotensyjnych przez badanych

W badanej grupie osób z nadciśnieniem tętniczym do palenia papierosów przyznało się 26% ankietowanych, chęć rzucenia palenia zadeklarowało 7% i zdecydowana większość (67%) nie paliła papierosów. Wśród osób palących zdecydowana większość (66,6%) wypalała poniżej 20 papierosów dziennie, a 33,4% paliło między 20 – 30 sztuk. Większość ankietowanych (65%) spożywała alkohol w umiarkowanych ilościach, 28% nie spożywało napojów alkoholowych wcale, 6% piło 2-3 razy w tygodniu i 1% więcej niż 4 razy tygodniowo. Większość kobiet piła alkohol raz w miesiącu lub nie spożywała wcale, odpowiednio 36,2% i 34,5%. Mężczyźni natomiast najczęściej spożywali napoje alkoholowe raz w miesiącu (35,7%) lub raz w tygodniu (33,3%). Kawy nie piło 39% badanych, 1 lub 2 kawy dziennie spożywało 56% i 5% piło 3 lub więcej kaw dziennie. Kobiety spożywały kawę w ilości 1 lub 2 filiżanki dziennie (58,6%) w podobnym odsetku, co mężczyźni (52,4%). Poziom cholesterolu, cukru i trójglicerydów systematycznie kontrolowało tylko 15% pacjentów, wcale nie wykonywało badań 21%, a 64% pomiar wykonywało sporadycznie. Faktem nie zadawalającym jest to, iż swoją wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego wysoko oceniło tylko 4% respondentów, 72% uznało, że posiada wiedzę na średnim poziomie i 24% na niskim. Osoby, które miały wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego czerpały ją najczęściej od lekarza (90% odpowiedzi), pielęgniarki (42%), z portali internetowych (22%), z mediów (21%) i od znajomych (11%). Chęć podniesienia poziomu wiedzy na temat schorzenia wyraziło 73% respondentów, 19% nie miało zdania na ten temat, a 8% z nich uważało, iż jest to zbędne. Mężczyźni (73,8%) w podobnym odsetku, co kobiety (72,4%) chcieli podnieść poziom swojej wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego. Najwięcej osób (55%) wyraziło chęć podniesienia poziomu swojej wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań, 39% pacjentów chciało znać zasady prawidłowej diety w nadciśnieniu tętniczym, 26% chorych widziało konieczność edukacji z zakresu prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego. Skutki uboczne leków hipotensyjnych chciało poznać 21% ankietowanych, 14% interesowało się tematem aktywności fizycznej i 10% stosowaniem używek i alkoholu. Kobiety w podobnym odsetku (56,1%), co mężczyźni (54,8%) wyraziły chęć podniesienia wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań.

Wśród całej grupy badanych życie z chorobą zdecydowanie akceptowało 85% ankietowanych, nie do końca godziło się z tym 12%, a 3% ankietowanych wykazywało brak akceptacji choroby i złe przystosowanie do niej – rycina 4.



**Rycina 4. Akceptacja nadciśnienia tętniczego przez ankietowanych**

Analiza zebranych danych z uwzględnieniem wykształcenia wykazała, że im wyższe wykształcenie tym lepsza akceptacja choroby i lepsze przystosowanie do niej. Osoby z wykształceniem wyższym licencjackim w 100% i wyższym magisterskim również w 100% zaakceptowały życie z nadciśnieniem tętniczym. Pacjenci posiadający wykształcenie średnie przystosowali się do choroby w 82,2%, podobnie (83,3%) z wykształceniem podstawowym i zawodowym (78,3%). Z analizowanych danych wynika, że mężczyźni (80,9%), podobnie jak kobiety (87,9%) przystosowują się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Brak akceptacji choroby zdecydowanie częściej wykazują mężczyźni (7,2%) niż kobiety (0%). Średni poziom przystosowania się do schorzenia wykazało odpowiednio 11,9% mężczyzn i 12,1% kobiet. Czas trwania nadciśnienia tętniczego miał istotny wpływ na akceptację choroby przez ankietowanych. Im dłużej trwała choroba, tym lepszy był stopień jej akceptacji. Osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze powyżej 10 lat najwyżej (95,4%) przystosowały się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, podobnie (92,6%) pacjenci leczący się od 5 do 10 lat, nieznacznie mniej (85,3%) przyjmujący leki od 2 do 5 lat i najniżej leczące się dopiero od roku (53,3%). Powyższą zależność potwierdza również brak akceptacji choroby w 6,7% u ankietowanych chorujących od roku i w 5,8% leczących się od 2 do 5 lat i nie występuje u osób leczących się powyżej 5 lat.

## Dyskusja

Styl życia i zachowania zdrowotne determinują w największym stopniu przebieg terapii nadciśnienia tętniczego. Edukacja pacjentów mająca na celu



rozpoznawanie objawów nadciśnienia, jak i profilaktyki następstw tego schorzenia jest zaniedbana. Im większą wiedzę będą posiadali pacjenci na temat swojej choroby, tym bardziej będą stosowali się do zaleceń rozumiejąc ich sens i konieczność przestrzegania. Niewłaściwy styl życia współczesnych społeczeństw (dieta bogatobiałkowa, mała aktywność fizyczna, nadużywanie alkoholu, wzrost spożycia soli i palenie tytoniu) jest główną przyczyną rozwoju nadciśnienia tętniowego. Stanowi ono jeden z najważniejszych problemów medycznych, ekonomicznych i społecznych na świecie. Jest najczęściej występującą chorobą układu krążenia w krajach wysoko rozwiniętych o charakterze przewlekłym. Ponadto, jak dowodzą badania epidemiologiczne najczęstszą przyczyną rozwoju choroby niedokrwiennej serca i udarów mózgu [7].

W Polsce, w zakresie choroby nadciśnieniowej prowadzone były szerokie badania: NATPOL I, NATPOL II, NATPOL III PLUS [8,9] oraz badanie WOBASZ, gdzie oceniono bardzo szeroki zakres czynników ryzyka, w tym wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań. Styl życia badanej grupy osób oceniany był poprzez aktywność fizyczną, palenie papierosów, dietę i ocenę własnej masy ciała [10,11].

Według danych z reprezentatywnego, ogólnopolskiego badania WOBASZ, w którym zbadano blisko 15 000 osób w wieku 20-74 lat, również większość badanych to kobiety [8,9]. Obecnie przeprowadzone badania dotyczyły grupy 100 pacjentów leczonych w poradni lekarza rodzinnego i także potwierdziły, że wśród ankietowanych większość stanowiły kobiety. W badaniu WOBASZ odnotowano duży odsetek (ok. 70%) pacjentów z nadwagą lub otyłością. Występowanie nadwagi oceniono na 39-41% u mężczyzn i 28-29% u kobiet, natomiast odsetek osób otyłych wynosił odpowiednio 16-21% oraz 19-22% [10].

W innym wcześniejszym badaniu prowadzonym w grupie pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego wykazano, że 63% ankietowanych miało nieprawidłową masę ciała. Własne badania udowodniły również wysoki (61%) odsetek osób z nadwagą lub otyłością. Wśród mężczyzn nadwaga występowała w 47,6%, a otyłość w 33,3%, kobiety natomiast w 19% to osoby z nadwagą i 27,6% otyłe. Wysoki odsetek wskazuje, że pacjenci nie stosują się do zaleceń dietetycznych jako podstawowego elementu leczenia hipotensyjnego.

W Polsce na nadciśnienie tętnicze choruje 30% dorosłej populacji. Terapia chorych, wbrew pozorom, pozostaje zadaniem trudnym. Wśród grupy osób leczonych tylko kilkanaście procent jest leczonych skutecznie [11]. Wyniki przeprowadzonego ogólnopolskiego badania NATPOL III PLUS wskazują, że systematycznie leki hipotensyjne przyjmuje 62% badanych, 19% robi to nieregularnie i taki sam odsetek ankietowanych nie podejmowało zalecanego leczenia [9]. Badania własne wykazały, że zdecydowana większość pacjentów – 85% czyni to regularnie (53% kobiet i 32% mężczyzn), a tylko 3% nie realizuje recept lub zapomina o lekach. W zakresie kontroli nadciśnienia tętniczego w badaniu WOBASZ, w Polsce tylko 10% mężczyzn i 16% kobiet było skutecznie leczonych. W przedstawionym badaniu własnym odsetek wynosił odpowiednio: 16% i 26%. Nasuwa się z tego wniosek, iż kobiety regularniej niż mężczyźni zgłaszają się na wizyty lekarskie i leczone są skuteczniej. Wyniki ogólnopolskiego badania NATPOL II wskazały, iż prawie połowa (47%) pacjentów mierzyło ciśnienie własnym aparatem [10]. Potwierdza to badanie przeprowadzone przez Nowak-Kapusta i wsp. [17], gdzie 40% ankietowanych było w posiadaniu własnego aparatu. Na podstawie tego badania 83% respondentów regularnie kontrolowało ciśnienie tętnicze, a

pozostałe osoby sporadycznie i przy złym samopoczuciu. Obecne badania udowodniły, że aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego posiada już dużo większy odsetek (77%) pacjentów, lecz regularnie pomiaru swojego ciśnienia tętniczego dokonuje tylko 52% respondentów. Kobiety kontrolowały ciśnienie tętnicze znacznie częściej (60,3%) niż mężczyźni (45,2%). Znajomość własnego ciśnienia wśród dorosłych Polaków znacznie się pogorszyła na przestrzeni kilku lat, co wykazują badania NATPOL. W stosunku do roku 1994 i 1997 (NATPOL I i NATPOL II) zaobserwowano ciągły spadek znajomości własnego ciśnienia. Jest to parametr pośrednio wskazujący na poziom edukacji zdrowotnej i dostępność do świadczeń leczniczych. Na pytanie dotyczące znajomości własnego ciśnienia odpowiedzi pozytywnej udzieliło 71% badanych. Trzy lata później odsetek pozytywnych odpowiedzi wynosił 60%. W roku 2002 już tylko 59% badanych знаło swoje ciśnienie tętnicze [10].

Analizując poziom wiedzy respondentów na temat nadciśnienia tętniczego badanie NATPOL III PLUS wykazało, że 59% znało wartości własnego ciśnienia [10]. W badaniu Miastkowska i wsp. [16] udowodniono nieco mniejszy odsetek - 52% ankietowanych, którzy posiadali wiedzę na ten temat. O tym, w jakich warunkach powinien odbywać się pomiar ciśnienia tętniczego wiedziało 21% osób. Własne badania przedstawiają inną strukturę odpowiedzi. Znaczna większość (60%) ankietowanych wykazała się znajomością prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, lecz tylko 30% posiadało wiedzę, jak prawidłowo wykonywać pomiar ciśnienia tętniczego.

Większość Polaków wolny czas spędza biernie lub wykonując czynności nie wymagające wysiłku fizycznego [12]. Należą do nich czytanie, słuchanie radia lub oglądanie telewizji. Taki sposób spędzania czasu dotyczy przede wszystkim osób nie pracujących, szczególnie starszych. Najczęściej powtarzającym się rodzajem aktywności fizycznej, dotyczącym 31% ogółu dorosłych Polaków jest jazda na rowerze, spacer i gimnastyka [12]. W opisywanym badaniu własnym spacer, jazda na rowerze i gimnastyka były najczęściej podejmowaną formą aktywności fizycznej. Dużą aktywność fizyczną deklarowało tylko 18% ankietowanych, mało ćwiczyło 45% chorych i 37% nie wykazywało żadnej aktywności fizycznej. Małą aktywność fizyczną lub jej brak wykazywały zarówno kobiety, jak i mężczyźni w podobnym odsetku (82,5%, 83,4%). Dużą i regularną aktywność kobiety przejawiały w 17,5%, a mężczyźni w 16,6%. Analizując wyniki badania WOBASZ można zauważyć, że systematyczną i dużą aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy deklaruje 23% kobiet i 27% mężczyzn. Małą aktywnością fizyczną charakteryzuje się ponad 55% kobiet i ponad 49% mężczyzn, a pozostali nie ćwiczą wcale [13].

Wyniki badania WOBASZ dotyczące zawodowej aktywności fizycznej dowodzą, że większość dorosłych mieszkańców naszego kraju wykonuje pracę nie związaną z jakimkolwiek wysiłkiem fizycznym. W grupie tej znalazło się ponad 43% kobiet i około 30% mężczyzn. Dodatkowo to właśnie te osoby przemieszczają się do i z pracy samochodem lub środkami komunikacji publicznej. Ciężki wysiłek fizyczny w pracy ponosiło 28% kobiet i 48% mężczyzn, natomiast lekką lub umiarkowaną pracę wykonywało 22-28% dorosłych [8,9]. Badania własne wykazują, iż w grupie osób pracujących bez większego wysiłku fizycznego mieści się 26,3% kobiet i 28,6% mężczyzn. Umiarkowany i lekki wysiłek w pracy ponosi 31,6% kobiet i 38,1% mężczyzn, a tylko u 5,3% kobiet i 16,7% mężczyzn praca zawodowa wymaga zwiększonego wysiłku fizycznego. Uzyskane dzięki badaniu WOBASZ [8,9] wyniki dowodzą, że dwie trzecie dorosłych kobiet i mężczyzn wciąż nie osiąga zalecanego

poziomu wysiłku fizycznego, a 50% z nich nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych. W badaniach własnych aktywność fizyczna ankietowanych wykazuje podobne zależności, gdyż 37% nie ćwiczy wcale i 45% ćwiczy bardzo mało.

Pozytywnym faktem są wyniki dotyczące stopniowego wzrostu aktywności fizycznej Polaków w latach 2002 – 2004 (w porównaniu z latami 90. XX w.). Siedzący tryb życia jest jednak nadal najbardziej powszechnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób układu krążenia oraz innych chorób [13].

Z wielu dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że systematycznie zwiększana i długotrwała aktywność ruchowa u chorych z nadciśnieniem tętniczym powoduje obniżenie ciśnienia skurczowego o około 11 mmHg i rozkurczowego o 6 mmHg [14]. Zaznacza się korzystny wpływ wysiłku fizycznego na lipidy krwi, a głównie obniżenie pod jego wpływem poziomu frakcji LDL-cholesterolu i wzrostie frakcji HDL-cholesterolu we krwi [14]. Nadciśnienie tętnicze często współistnieje z cukrzycą i pozostaje jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju powikłań makro- i mikroangiopatycznych [14]. Prowadzone badania własne wykazały, że większość pacjentów nie wykonuje badań kontrolnych. Ankietowani pacjenci w 85% rzadko lub wcale nie kontrolowali poziomu cholesterolu, trójglicerydów i cukru. Zdecydowana większość (55%) ankietowanych nie знаła norm powyższych badań (w podobnym odsetku (56,9%) kobiety, co (52,4%) mężczyźni).

Według wyników badania WOBASZ, 67% kobiet i 46% mężczyzn to osoby niepalące. Odsetek byłych palaczy wynosił 12% wśród mężczyzn i 8% wśród kobiet [13]. Ten stosunkowo niski odsetek świadczyć może o braku świadomości zagrożeń wynikających z palenia papierosów oraz niskiej efektywności prowadzonych działań prewencyjnych. Przeprowadzone badania własne wykazały, że w grupie ankietowanych odsetek osób niepalących wynosił 67%, nie paliło 75,8% kobiet i 52,4% mężczyzn. Wśród palaczy decyzję o rzuceniu palenia deklarowało 5,2% kobiet i 11,0% mężczyzn. Zgodnie z wynikami WOBASZ nałóg palenia tytoniu w Polsce dotyczy 25% kobiet i 42% mężczyzn, wśród których aż 80% wyraża chęć zerwania z nałogiem. Obawa przed chorobą, względy finansowe, czasem spontaniczna decyzja stanowią motywację do rzucenia palenia. Według niektórych autorów osoby próbujące zerwać z nałogiem powinny być wspierane działaniami edukacyjnymi i motywacyjnymi popartymi autorytetem fachowych pracowników medycznych. Jest to tym bardziej istotne, jeśli zwrócić uwagę na fakt, że u osób, które zerwały z nałogiem ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia po 10 latach od zaprzestania palenia jest porównywalne do ryzyka występującego u osoby, która nigdy nie paliła [13].

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na związek pomiędzy rozwojem nadciśnienia tętniczego a zawartością sodu w diecie. Przemawiają za tym obserwacje wskazujące, że populacje o niskim spożyciu soli w przeciwieństwie do populacji o wysokim spożyciu charakteryzują się dużo mniejszą częstością występowania nadciśnienia tętniczego. Zalecaną dietą dla chorych z nadciśnieniem tętniczym jest dieta programu DASH. Bogata w owoce i warzywa oraz niskotłuszczowe produkty mleczne ze zwiększoną ilością potasu, a ograniczona ilością sodu, cholesterolu i nasyconych kwasów tłuszczowych i kaloryczności nie przekraczającej dobowego zapotrzebowania energetycznego pacjenta. Badania podają, że wiedza żywieniowa dorosłych Polaków kształtuje się na niskim poziomie [14]. Tylko 20-25% ankietowanych było świadomych, że redukcja podaży soli oraz regularne spożywanie warzyw i owoców są niezbędne w prewencji chorób układu krążenia, a jedynie 37% populacji zdaje sobie

sprawę z konieczności ograniczenia tłuszczów w diecie. Niski poziom wiedzy jest odzwierciedleniem zachowań żywieniowych. Około 19% kobiet i 25% mężczyzn deklaruje, że dodaje sól do już słonych potraw [14].

Znajomością dziennego zapotrzebowania na spożycie soli w badaniu przeprowadzonym przez Nowak-Kapusta i wsp. wykazało się tylko 27% osób, a pozostałe 73% nie miało o tym żadnego pojęcia [17]. Nie w pełni zadawalający jest również fakt, wynikający z przeprowadzonego badania własnego. Zdecydowana większość ankietowanych osób - 92% nie wiedziała jaką ilość soli na dobę powinny spożywać osoby leczące się z powodu nadciśnienia tętniczego, wiedzę taką posiadało jedynie 8%. Prawie połowa ankietowanych (47%) nie stosowała żadnej diety. Za pozytywne w większości (69%) zachowanie należy uznać stosowanie soli przez respondentów tylko do smaku.

Ważne zalecenie dla chorych z nadciśnieniem tętniczym stanowi ograniczenie spożycia alkoholu w związku z wykazaniem jego niekorzystnego wpływu na wysokość ciśnienia tętniczego. Pozytywnie należy odnieść się do faktu, że spośród osób ankietowanych zdecydowana większość - 65% spożywała alkohol w umiarkowanych ilościach lub nie spożywała go wcale - 28%.

Mocna kawa, szczególnie u osób, które ją rzadko piją podnosi ciśnienie tętnicze. Częste spożywanie kawy powoduje szybki rozwój tolerancji na kofeinę i efekt hipertensyny kofeiny zmniejsza się lub zupełnie zanika [15]. Osoby ankietowane kawę spożywały w umiarkowanych ilościach (56%) lub nie piły wcale (39%). Nieco inne rezultaty uzyskano w badaniu Miastkowska i wsp., gdzie 28% nie piło kawy, a 47% spożywało w umiarkowanych ilościach [16].

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą, ale taką, którą można podporządkować swoim planom i marzeniom. Badając poziom akceptacji choroby za pomocą skali AIS stwierdzono, że respondenci wykazali akceptację sytuacji zdrowotnej na najwyższym poziomie, który w interpretacji AIS obejmuje zakres od 30 do 40 punktów. Analiza zebranych danych z uwzględnieniem wykształcenia wykazała, że im wyższe wykształcenie tym lepsza akceptacja choroby i lepsze przystosowanie do niej. Osoby z wykształceniem wyższym licencyjnym w 100% i wyższym magisterskim również w 100% zaakceptowały życie z nadciśnieniem tętniczym. Pacjenci posiadający wykształcenie średnie przystosowali się do choroby w 82,2%, podobnie (83,3%) z wykształceniem podstawowym i zawodowym (78,3%). Z analizowanych danych wynika, że mężczyźni (80,9%), podobnie jak kobiety (87,9%) przystosowują się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Brak akceptacji choroby zdecydowanie częściej wykazują mężczyźni (7,2%) niż kobiety (0%). W badaniu prezentowanym przez Miastkowska i wsp. odnotowano odmienne wyniki. Życie z chorobą akceptowało 60% respondentów, nie do końca godziło się z tym 34% i 6% wykazywało brak akceptacji choroby [16].

Faktem nie zadawalającym jest to, iż swoją wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego wysoko oceniło tylko 4% respondentów, 72% uznało, że posiada wiedzę na średnim poziomie i 24% na niskim. Osoby, które miały wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego czerpały ją najczęściej od lekarza (90% odpowiedzi), pielęgniarki (42%), z portali internetowych (22%), z mediów (21%) i od znajomych (11%) Konieczność dodatkowego podniesienia poziomu wiedzy na temat schorzenia wyraziło 73% respondentów. Najwięcej osób (55%) było zainteresowanych tematem nadciśnienia tętniczego i jego powikłań, 39% pacjentów chciało znać zasady prawidłowej diety w

nadciśnieniu tętniczym, 26% chorych widziało konieczność edukacji z zakresu prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego. Skutki uboczne leków hipotensyjnych chciało poznać 21% ankietowanych, 14% interesowało się tematem aktywności fizycznej i 10% stosowaniem używek i alkoholu. Kobiety w podobnym odsetku (56,1%) co mężczyźni (54,8%) wyraziły chęć podniesienia wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań. W badaniu przedstawionym przez innych autorów respondenci również w dużym odsetku (52%) wyrazili chęć edukacji w tematach wyżej wymienionych [16].

## Wnioski

1. Poziom wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego jest niezadowalający.
2. Respondenci wykazali akceptację sytuacji zdrowotnej na najwyższym poziomie, im wyższy poziom wykształcenia i im dłużej trwała choroba tym lepszy stopień przystosowania się do niej.
3. Większość ankietowanych nie przejawiała żadnej aktywności fizycznej.
4. Wiedza żywieniowa ankietowanych jest niedostateczna i nieprawidłowe zachowania dietetyczne.
5. Najczęstszym źródłem informacji o chorobie są fachowi pracownicy służby zdrowia.
6. Pacjenci z chorobą nadciśnieniową widzieli konieczność pogłębienia wiedzy z zakresu stosowania prawidłowej diety, powikłań nadciśnienia tętniczego, prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego i skutków ubocznych stosowania leków hipotensyjnych.
7. Pacjenci w większości regularnie zgłaszają się na wizyty kontrolne do lekarza, lecz nie wykonują badań kontrolnych krwi.
8. Chorzy nie znają podstawowych zasad pomiaru ciśnienia tętniczego.
9. Ponad trzy czwarte pacjentów posiadało własny ciśnieniomierz, lecz tylko połowa mierzyła ciśnienie tętnicze regularnie.
10. Połowa badanych osób nie prowadziła dzienniczka samokontroli.

## Piśmiennictwo

1. Tykarski A., Grodzicki T.: Zalecenia ESH/ESC dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego – co nowego? Próba komentarza na temat zmian i ich zasadności. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2007, 4, 1-12.
2. Januszewicz A., Prejbisz A.: *Nadciśnienie Tętnicze. Vademecum lekarza praktyka*. Czelej, Lublin, 2008, 13-41.
3. Wyrzykowski B.: *Nadciśnienie tętnicze, terapia i leki*. Wyd. Via Medyka, Gdańsk, 2006, 18-57.
4. Rużyłło W., Sieradzki J., Januszewicz W., Januszewicz A. (red): *Wybrane zagadnienia z kardiologii, diabetologii i nadciśnienia tętniczego*. *Med. Prakt.*, 2007, 5, 415-474.
5. Wojnarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. Wyd. PWN, Warszawa, 2008, 17 -127.
6. Kulik TB., Latarski M.: *Zdrowie publiczne*. Wyd. Czelej, Lublin, 2002, 24 – 77.
7. Kawecka - Jaszcz K., Pośnik - Urbańska A., Jankowski P.: *Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epidemiologicznych w Polsce*. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2007, 11, 377-383.

8. Pająk A., Kawalec E.: Rozpoznanie i skuteczność postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Wyniki badania długofalowego Pol-MONIKA. *Kardiologia*, 2004, 1, 3-6.
9. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., Manikowski A., Wołkiewicz E., Wyrzykowski B.: Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiol. Pol.*, 2004, 61, supl. 4, 15-17.
10. Tykarski A., Posadzy-Małaszyńska A., Wyrzykowski B.: Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.*, 2005, 6, 619-619.
11. Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniewska D., Kozakiewicz K., Głuszek J., Wiercińska E., Wyrzykowski B., Kurjata P.: Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.*, 2005, 6 (supl. 4), 51-55.
12. Bronkowska M., Martynowicz H., Żmich K., Szuba A., Biernat J.: Elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2009, 4, 266-274.
13. Polakowska M., Piotrkowski W., Tykarski A.: Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.*, 2005, 6, 51-56.
14. Szymański F.M., Puchalski B.: Modyfikacja stylu życia, farmakoterapia- co nowego w medycynie? *Kardioprofil*, 2010, 2, 126 -132.
15. Kosicka T., Kara-Perz H.: Wpływ alkoholu na ciśnienie tętnicze i częstość udarów mózgu. *Przew. Lek.*, 2006, 1, 62-68.
16. Miastkowska K., Krajewska – Kułak E., Rolka H., Jankowiak B., Łukaszuk C.: Problemy z zakresu edukacji zdrowotnej wśród pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaną chorobą nadciśnieniową. *Piel. XXI wieku*, 2006, 1-2, 91-98.
17. Nowak-Kapusta Z., Franek G., Chłopecka H., Canaj M., Tobor E.: Ocena stanu wiedzy pacjentów z chorobą nadciśnieniową na temat jej profilaktyki. *Ann. UMCS Sec.D*, 2003, 174, 382-387.



## **Wpływ stylu życia na wyrównanie ciśnienia tętniczego krwi**

SKN przy Katedrze Zdrowia Publicznego UM Lublin

### **Wstęp**

Nadciśnienie tętnicze coraz częściej nazywane jest epidemią XXI wieku. Na początku tego stulecia było ono najczęstszym powodem wizyt w poradniach ambulatoryjnych, a częstotliwość hospitalizacji z tego powodu systematycznie rośnie. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele, a najważniejsze z nich, to wg wielu różnych, niezależnych źródeł, starzenie się społeczeństwa, niekorzystne zmiany trybu życia, malejąca aktywność fizyczna i złe odżywianie. To właśnie prowadzony przez społeczeństwo styl życia ma największy wpływ na wartość ciśnienia tętniczego krwi [3]. Niezwykle ważne jest przede wszystkim stosowanie regularnych pomiarów ciśnienia (co najmniej raz na pół roku), aby w porę zauważyć u siebie jakiegokolwiek anomalie.

Według obowiązującej klasyfikacji na nadciśnienie tętnicze cierpi prawie 8,5 miliona, czyli blisko 1/3 dorosłych Polaków, 30% osób, u których obserwuje się tzw. ciśnienie wysokie prawidłowe znajduje się w grupie ryzyka. W latach 80-tych, zgodnie z obowiązującymi wówczas normami diagnostycznymi, na nadciśnienie tętnicze cierpiał co piąty dorosły Polak [6].

Szacuje się, że nadciśnienie tętnicze stanowi 6% wszystkich zgonów w dorosłej populacji na świecie. W Polsce rzeczywisty współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia wynosił w 2001 roku ogółem 449.8/100 tys. mieszkańców, a z powodu samej choroby nadciśnieniowej: 11.4 (z tego 9.7 wśród mężczyzn i 13.0 wśród kobiet). Oznacza to, że w całym kraju z powodu chorób układu krążenia zmarło 173 809 osób (liczba równa populacji Olsztyna), a choroby układu krążenia były odpowiedzialne za 47,9% zgonów mężczyzn i 53,5% zgonów kobiet [2];

Istnieje duże prawdopodobieństwo, że w ciągu najbliższego 10-lecia liczba osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze wzrośnie, sięgając nawet 50% dorosłych obywateli (tak, jak ma to miejsce w Finlandii lub Niemczech).

Celem mojej pracy jest próba ukazania, jak wielki wpływ na wartość ciśnienia tętniczego krwi ma prowadzony przez ludzi styl życia, jakie związane są z jego nieprawidłowym wynikiem schorzenia, powikłania, a także zagrożenia dla zdrowia oraz jak w prosty sposób, bez użycia środków farmakologicznych można je regulować wśród ludzi, u których zdążyły już wystąpić anomalie w jego wartościach.

### **Rozwinięcie**

Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) w 2003r. przyjęło klasyfikację nadciśnienia tętniczego zgodną z opublikowanymi w tym samym roku wytycznymi European Society of Hypertension (ESH) i European Society of Cardiology



(ESC). Za nadciśnienie uznano wartości przekraczające 140 mmHg dla ciśnienia skurczowego lub 90 dla ciśnienia rozkurczowego [15].

Podane wartości dotyczą osób nieprzyjmujących leków przeciwnadciśnieniowych. W przypadku, gdy wartości ciśnienia skurczowego i ciśnienia rozkurczowego należą do różnych kategorii, należy przyjąć kategorię wyższą [13].

W ogłoszonych w 2007 roku wytycznych ESH/ECH podtrzymały tę klasyfikację. Zalecono również stopniowanie izolowanego nadciśnienia skurczowego wg stopni (1, 2 i 3), w zależności od wysokości ciśnienia skurczowego (analogiczne do nadciśnienia skurczowo- rozkurczowego).

#### Czynniki wpływające na wartość ciśnienia

Musimy pamiętać, że ciśnienie nie jest wartością stałą i zmienia się w czasie poszczególnych faz czynności serca. Ulega ono modyfikacjom w zależności od, np. oporu obwodowego naczyń, objętości krwi krążącej w całym organizmie, lepkości krwi, rozmaitych czynników nerwowych i humoralnych, jak również poddawane jest pewnym wahaniom pod wpływem takich czynników zewnętrznych, jak ciśnienie atmosferyczne, temperatura otoczenia [3].

Najwyższa jego wartość, określaną jako ciśnienie skurczowe, osiągana jest podczas skurczów komór, kiedy to krew zostaje przerzucona z komór do dużych tętnic przez aortę.

Najniższą wartość, określaną jako ciśnienie rozkurczowe, osiąga w okresie rozkurczu komór, kiedy to komory serca przejmują krew z przedsionków, a w tym czasie ujście tętnicze lewe, tj. między lewą komorą a aortą, jest zamknięte [8].

Można więc powiedzieć, że ciśnienie skurczowe jest warunkowane skurczem komór oraz wyrzutem krwi z serca do aorty i całego układu tętniczego obwodowego, a rozkurczowe ciśnienie tętnicze jest ciśnieniem panującym w układzie tętniczym w okresie rozkurczu komór, a więc ciśnieniem stałym, wyrażającym napór krwi na ściany tętnic. Różnicę między tętniczym ciśnieniem skurczowym i rozkurczowymi nazywamy amplitudą ciśnienia tętniczego lub ciśnieniem tętna [5].

Do obecnej chwili lekarze rozróżnili dwa rodzaje nadciśnienia tętniczego krwi:

- pierwotne, występujące w przypadkach, gdy nie istnieje żadna określona przyczyna, zachorowanie obejmuje ok. 95% przypadków
- wtórne (pozostałe 5% przypadków) występujące, gdy potrafimy określić dokładną przyczynę wystąpienia schorzenia. Najczęściej jest to cukrzyca, choroby nerek lub też zaburzenia pracy nadnerczy [3].

Skoki wartości ciśnienia tętniczego mogą być bardzo dokuczliwym objawem. Mogą też stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia pacjenta, nie należy więc ich lekceważyć i w razie wątpliwości zawsze zasięgnąć porady lekarza. Jak już wspominałam, przyczyn nagłych skoków ciśnienia jest bardzo dużo, począwszy od zmian ciśnienia atmosferycznego, poprzez nieadekwatnie dobrane leki, otyłość, palenie papierosów i nadużywanie alkoholu, a skończywszy na pobudzeniu emocjonalnym, stresie, czy też napadach lękowych przy współistniejących zaburzeniach lękowych [7].

#### Czynniki ryzyka wystąpienia choroby nadciśnieniowej

Czynniki genetyczne to jedno z zagrożeń wystąpienia choroby nadciśnieniowej. Jeżeli w rodzinie miały miejsca zawały serca, udary mózgu, cukrzyca, choroby nerek, wysoki poziom cholesterolu we krwi oznacza to, że pozostali członkowie tej rodziny mogą znajdować się w grupie podwyższonego ryzyka. Jednakże nie oznacza to, że każdy

członek takiej rodziny jest obciążony dziedzicznie skłonnością do nadciśnienia. Jak twierdzą naukowcy, tylko ok. 25% wszystkich przypadków w rodzinie związane jest z rzeczywistym ryzykiem zapisanym w genach.

Ryzyko nadciśnienia wzrasta wraz z wiekiem. Jak donoszą statystyki, około połowa wszystkich Polaków po 65. roku życia cierpi na nadciśnienie.

Do około 55. roku życia ryzyko nadciśnienia i chorób układu krążenia jest zdecydowanie niższe u kobiet, niż u mężczyzn. Jednakże, ciśnienie krwi – zwłaszcza skurczowe, wśród kobiet rośnie gwałtowniej wraz z wiekiem. Po 55. roku życia ryzyko pojawienia się nadciśnienia jest większe u kobiet niż u mężczyzn, ponieważ po okresie menopauzy kobieta nie jest już chroniona przed nadciśnieniem przez produkowany przez nią w okresie prokreacyjnym estrogen, którego poziom spada wraz z nadejściem klimakterium.

Nadwaga stanowi czynnik ryzyka dla wystąpienia choroby. Nadciśnienie tętnicze rozpoznawane jest dwa razy częściej wśród ludzi otyłych. Udowodniono jednak, że wraz ze zrzuceniem zbędnych kilogramów obniżeniu ulega ciśnienie tętnicze krwi.

Do określenia nadwagi lub otyłości najlepiej nadaje się obwód talii. Za zbyt wysoki uważa się wynik pomiaru obwodu talii powyżej 88 cm u kobiet i 102 cm u mężczyzn. Nadmiar tłuszczu w okolicy brzucha zwiększa ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, gdyż tkanka tłuszczowa odkładająca się w jamie brzusznej zwiększa wrażliwość na działanie hormonów podwyższających poziom tłuszczów we krwi. O otyłości brzusznej mówimy, kiedy obwód w pasie przekracza około 102 cm u mężczyzn i 88 cm u kobiet [9].

Palenie papierosów to dobrze znany czynnik ryzyka rozwoju chorób serca i może podnosić poziom ciśnienia krwi. U palaczy ryzyko zgonu w wyniku wieńcowej choroby serca jest 70% wyższe niż u osób niepalących, a ryzyko udaru wzrasta dwukrotnie.

U chorych na cukrzycę typu 2 podwyższone ciśnienie tętnicze krwi jest częstym zjawiskiem. Nadciśnienie występuje u ok. 40% chorych w wieku 45 lat i u ok. 60% chorych w wieku 75 lat [5].

Częste sytuacje stresowe stanowią bardzo silny czynnik ryzyka wystąpienia choroby. Wyniki wielu badań (m.in. prowadzonych przez zespół naukowców z University of British Columbia w Vancouver) wykazały, że zmiana środowiska, w tym pracy na mniej stresującą, jak również zmniejszenie podatności na stres, np. poprzez psychoterapię, ewidentnie prowadzi do zmniejszenia ciśnienia tętniczego krwi bez zastosowania leczenia farmakologicznego [14].

Spożywanie dużej ilości, m.in. tłuszczów zwierzęcych, soli kuchennej, alkoholu i tytoniu ma znaczący wpływ na rozwój nadciśnienia [1].

Z wyjątkiem kwasów tłuszczowych typu omega-3, wszystkie pozostałe rodzaje (tłuszcze nasycone pochodzące od zwierząt, bądź tłuszcze nasycone roślinne: tłuszcze jednonienasycone – takie, jak olej z oliwek oraz wielonienasycone – m.in. omega-6 oraz tłuszcze trans) są związane z zaostrzonym ryzykiem pojawienia się nadciśnienia u kobiet, które zjadały je w wielkich ilościach [1]. Zaskakującym odkryciem było to, iż wśród kobiet poniżej 55. roku życia ryzyko nadciśnienia rośnie, w zależności od ilości pochłanianego tłuszczu.

Ryzyko pojawienia się wysokiego ciśnienia tętniczego może być aż do 21% wyższe u tych kobiet, które konsumują więcej lipidów, w porównaniu do tych, które jedzą ich mniej. Jednakże, to właśnie spożywanie tłuszczów trans, które znajdujemy w ogromnych ilościach, na przykład w ciastkach i ciasteczkach, jest najbardziej związane z nadciśnieniem.

## Objawy

Jeśli chodzi o objawy choroby, nie istnieją żadne specyficzne, które jednoznacznie świadczyłyby o wystąpieniu tego schorzenia. Pacjenci rzadko odczuwają u siebie podwyższone ciśnienie i pomimo wysokich jego wartości, przez długi czas czują się dobrze, a owe nieprawidłowości nadal wykrywane są przypadkowo podczas rutynowego badania. Najczęściej opisywane przez pacjentów dolegliwości, które można uznać za objawy, to uczucie kołatania i bóle w okolicy serca, bóle i zawroty głowy, zaczerwienienie twarzy, szyi i klatki piersiowej, duszność, potliwość, pobudzenie lub zmęczenie, obniżenie sprawności psychicznej i fizycznej oraz senność.

Podstawowym objawem jest podwyższenie się ciśnienia tętniczego krwi skurczowego powyżej 139 mmHg lub/i rozkurczowego powyżej 89 mmHg. Podwyższenie ciśnienia może występować stale lub okresowo (potocznie zwane jest ciśnieniem skaczącym). Choroba może przez wiele lat rozwijać się skrycie, nie dając żadnych dolegliwości, dlatego też należy okresowo badać sobie ciśnienie tętnicze. Pierwszymi objawami mogą być złe samopoczucie, osłabienie, uporczywe bóle głowy (zwłaszcza w jej tylnej części) oraz krwawienia z nosa. W miarę upływu lat dochodzi do uszkodzenia różnych narządów, co prowadzi do powikłań nadciśnienia [13].

Dalsze objawy prowadzą do poważnych zmian w sercu, naczyniach i oczach. Należy jednak pamiętać, że te objawy mogą również wystąpić niezależnie od podwyższonego ciśnienia tętniczego [5].

Pojęcie niefarmakologicznego leczenia nadciśnienia obejmuje [4]:

- walkę z otyłością i nadwagą
- odpowiednią dietę z obniżoną zawartością soli
- podjęcie aktywności fizycznej
- zaprzestanie palenia tytoniu
- zmniejszenie spożycia alkoholu
- walkę ze stresem
- suplementację magnezu i potasu [4].

## Wpływ stylu życia na wyrównanie ciśnienia

Każdy człowiek na całej ziemi prowadzi taki styl życia, jaki jest dla niego najwygodniejszy, niestety, niekoniecznie dla niego najzdrowszy. Prowadząc zdrowy i aktywny tryb życia pomagamy swojemu organizmowi walczyć ze zmieniającymi się warunkami środowiskowymi i znajdującymi się wokół nas niebezpieczeństwom pod postacią chorobotwórczych drobnoustrojów, czy też szkodliwego promieniowania UV czyhającym na każdym kroku.

Dieta z małą zawartością nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu jest zdrowa dla każdego. „Zły” cholesterol, czyli LDL jest bardzo niebezpieczny dla ustroju. „Normalnie”, cholesterol bierze udział w wielu procesach zachodzących w komórkach.

Należy ograniczyć spożycie nasyconych tłuszczów zwierzęcych, na rzecz nienasyconych, które znajdują się w dużych ilościach w tłustych rybach morskich (zawierają one korzystne dla zdrowia Niezbędne Nienasycone Kwasy Tłuszczowe Omega-3, przez co obniżają poziom cholesterolu i trójglicerydów, blokują rozwój miażdżycy, zapobiegają ChNS, obniżają ciśnienie, mają działanie przeciwzakrzepowe i przeciwnzapalne) i roślinach, głównie strączkowych oraz orzechach i oliwie z oliwek.

Ludzki organizm nie potrafi sam wytwarzać tych substancji, dlatego tak ważne jest dostarczanie ich z pożywieniem [12].

Spożywanie w mniejszej ilości napojów słodzonych, takich jak soki z dodatkiem cukru, napojów gazowanych, mrożonej herbaty itp. również będzie miało związek ze spadkiem ciśnienia tętniczego [9]. Rezultaty ostatnich badań świadczą o tym, że redukcja w spożyciu napojów słodzonych o jedynie 375 ml na dzień, pozwala na spadek ciśnienia skurczowego o 1,8 mmHg oraz na zmniejszenie wyniku ciśnienia rozkurczowego o 1,1 mmHg. Napoje dietetyczne, słodzone słodzikami czy innymi zamiennikami cukru, nie mają natomiast żadnego znaczącego wpływu na ciśnienie krwi, tak samo jak napoje bogate w kofeinę [1].

Kupując żywność, należy zwracać uwagę na etykiety. Powinno się kupować produkty, na których znajduje się informacja: niskosodowe, nie solone, etc. Niewielu ludzi wie, jakie są prawidłowe zalecane ilości dziennego spożycia sodu. I tak, nie powinniśmy przekraczać 1500mg sodu dziennie (ok. 4g soli, czyli 2/3 łyżeczki). Należy podkreślić, że podane wartości obejmują sól w każdej postaci, również tą dodawaną do przygotowywania posiłków [11].

Jako alternatywy dla soli, jako przyprawy, można stosować przyprawy ziołowe, takie jak czosnek, papryka, oregano, czy też chili [10].

Aktywność fizyczna, to jeden z najskuteczniejszych sposobów dbania o własne zdrowie i wbrew pozorom nie wymaga tak naprawdę dużego wysiłku. Co więcej, regularny i zaplanowany wysiłek pomaga zrelaksować się, ułatwia zasypianie, pacjenci czują się „naładowani” energią, płuca, serce i mózg również pracują lepiej. Nic nie poprawia humoru, kondycji i ogólnej wydolności ludzkiego organizmu, jak wysiłek fizyczny. Dodatkowo, pomaga zapobiegać i kontrolować nadciśnienie, zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób serca [6].

Wystarczy około 30 minut dziennie, przez 7 dni w tygodniu, nie tylko, aby spalić zbędne kalorie, ale aby też poprawić ogólny stan poszczególnych narządów i wydolność organizmu. Może to być, np. szybki marsz, jazda rowerem, pływanie, taniec, gra w koszykówkę, ale też np. grabienie liści, prace w ogródku, itp.

Niezwykle ważna jest przy tym regularność wykonywanych ćwiczeń. Ogromną rolę odgrywa tu samodyscyplina i samozaparcie, niezależne od „humorów”, czy też, np. złej pogody.

### **Nadwaga / otyłość**

Zbędne kilogramy podwyższają ciśnienie krwi, a nie są niestety znane szybkie sposoby na utratę ich nadwyżki. „Nadprogramowe” kilogramy bardzo łatwo można „dostać”, ale potem bardzo trudno jest je stracić. Potrzebny jest nie tylko regularny wysiłek fizyczny, ale też odpowiednia dieta i racjonalne porcje przyjmowanych posiłków.

Dieta musi być odpowiednia dla zdrowego serca, zawierająca zróżnicowane, odżywcze produkty o niskiej zawartości kalorii, tłuszczu i cukrów. Ważne jest przy zrzucaniu zbędnych kilogramów, aby nie następowało to zbyt gwałtownie. Za normę uznaje się utratę ok. 0,5-2 kg masy ciała tygodniowo i nie więcej niż 30 kg w ciągu roku.

### **Palenie papierosów**

Palenie tytoniu, to jeden z najgroźniejszych wrogów dla układu krążenia. Uszkadza naczynia wieńcowe, podnosi ciśnienie krwi, zaburza profil lipidowy,

powoduje zatrucie organizmu szkodliwymi związkami oraz może być przyczyną nowotworów, rozedmy płuc, udaru mózgu, a nawet zawału mięśnia sercowego. Jak pokazują statystyki, większość osób po zawale serca, to dawni palacze.

Już jeden papieros podnosi wartość ciśnienia o 5 do 10 mmHg na 30 minut. Nie mniej niebezpieczne jest również tzw. biernie palenie. Powoduje ono te same problemy, jeśli nie poważniejsze, jak palenie bezpośrednie, włączając raka płuc, choroby układu krążenia oraz schorzenia płuc, takie jak przewlekła obturacyjna choroba płuc, zapalenie oskrzeli i astma.

Analizy danych pokazały, że dla osób niepalących mieszkających z partnerami, którzy palą w domu, ryzyko zachorowania na raka wzrosło o 20-30%, natomiast dla osób narażonych na dym tytoniowy w miejscu pracy wzrost ryzyka wynosił 16-19%. Biernemu paleniu jest przypisywany szeroki wachlarz negatywnych efektów, niezależnie od tego, czy ekspozycja na dym jest krótkotrwała, częsta czy też długotrwała.

Palacze stosujący farmakologiczne środki obniżające ciśnienie tętnicze równie dobrze mogliby stosować placebo, ponieważ papierosy „zagłuszają” działanie takich środków, a więc korzyści wynikające z przyjmowania tych leków będą widoczne dopiero wtedy, gdy zaprzestaną oni palenia.

Rezygnacja z palenia tytoniu zdecydowanie obniża ryzyko wystąpienia wszelkich powikłań związanych z tym nałogiem. Po dziesięciu latach od rzucenia palenia ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwienną będzie podobne, jak u osoby nigdy nie palącej.

## **Podsumowanie**

Zdrowa i racjonalna dieta, ze zmniejszoną podażą tłuszczu, cholesterolu i soli, regularna aktywność fizyczna, kontrola swojej masy ciała, zaprzestanie palenia papierosów i unikanie alkoholu mogą skutecznie wpłynąć na wartość ciśnienia i poprawić jakość prowadzonego przez ludzi życia.

Zdrowy styl życia, a dokładniej wiążące się z nim takie składowe, jak racjonalna dieta, umiarkowany i regularny wysiłek fizyczny, unikanie stresu, używek i stała kontrola wartości ciśnienia mogą nie tylko w pełni zastąpić farmakologiczne środki kontrolujące jego wartość, jak również pozwolą one uniknąć zbyt częstych i niekoniecznie przyjemnych dla pacjenta wizyt u specjalistów, czy też, jak to się zdarza coraz częściej – hospitalizacji. Niezwykle ważne jest przede wszystkim stosowanie regularnych pomiarów ciśnienia (co najmniej raz na pół roku), aby w porę zauważyć u siebie jakiegokolwiek anomalie.

Co najmniej raz na 2 lata należy sprawdzać poziom cholesterolu z rozbiciem na frakcje oraz poziom cukru we krwi, chyba że lekarz zaleci inaczej. Dodatkowo, raz w miesiącu, głównie przy tendencjach do tycia, powinno się mierzyć obwód w talii, aby sprawdzić, czy nie grozi tzw. otyłość brzuszna, która znacznie zwiększa ryzyko chorób serca i naczyń.

Najważniejszym jest, aby po zdiagnozowaniu przez lekarza nadciśnienia, najpierw próbować regulować je sposobami, które niosą więcej korzyści, nawet pomimo tego, że taka forma „leczenia” trwa zazwyczaj znacznie dłużej.

## **Piśmiennictwo**

1. Jarosz M., Respondek W.: Nadciśnienie tętnicze. Porady lekarzy i dietetyków. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006.

2. Januszewicz W., Sznajderman M., Szczepańska- Sadowska E.: Nadciśnienie tętnicze. PZWL, Warszawa 1993.
3. Nadciśnienie tętnicze. Zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia, Medycyna praktyczna, Kraków 2002.
4. Współczesna terapia nadciśnienia tętniczego, pod red: Jerzego Głuszka, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2008
5. Jansson L. (red.): Nadciśnienie tętnicze i choroby współistniejące. Via Media, Gdańsk 1998
6. Kulik T. B., Latański M. (red.): Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznych. Wyd. Czelej, Lublin 2002.
7. Barański J., Piątkowski W. (red.): Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Oficyna wydawnicza ATUT, Wrocław 2002.
8. Kokot F. (red.): Choroby wewnętrzne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
9. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka. PZWL, Warszawa 2000.
10. Dzieniszewski J., Szponar L., Szczygieł B., Socha J. (red.): Podstawy naukowe żywienia w szpitalach. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2001.
11. Wieczorek- Chełmińska Z.: Żywność w chorobach serca. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.
12. Ziemiański Ś.: Normy żywienia człowieka. Fizjologiczne podstawy. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2001.
13. Talarska D., Zozulińska- Ziółkiewicz D. (red. nauk.): Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.
14. Selye H.: Stres życia. PIW, Warszawa 1978.
15. Wrześniewski A. K.: Styl życia a zdrowie: Wzór Zachowania. Wyd. Inst. Psych. PAN, Warszawa 1993.



**Domian Karolina<sup>1</sup>, Kułak Wojciech<sup>2</sup>**

## **Udar niedokrwienny mózgu-wyzwanie współczesnej medycyny, badanie własne**

<sup>1</sup>„Osteo-Medic” NZOZ w Białymstoku

<sup>2</sup>Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wstęp**

Udar mózgu jest niezwykle ważnym problemem ze względu na dużą zapadalność, zróżnicowaną etiopatogenezę oraz poważne skutki zdrowotne. Jest jedną z głównych przyczyn zgonów oraz główną przyczyną długotrwałej niesprawności. Ocenia się, że ponad połowa chorych, którzy przeżyli ostrą fazę udaru wymaga pomocy w podstawowych czynnościach dnia codziennego i jest zależna od obecności innych osób. Częściej chorują mężczyźni, lecz stopień niesprawności i ilość powikłań jest większa w przypadku kobiet [1,2]. W ostatnich latach w Polsce w ośrodkach, w których powstały pododdziały udarowe, śmiertelność wczesna uległa zmniejszeniu [3]. Głównym celem leczenia chorego po udarze mózgu jest nie tylko uratowanie życia, ale także pomoc w przywróceniu utraconych funkcji. Dlatego tak ważną rolę odgrywa zapobieganie poprzez modyfikację czynników ryzyka, a w przypadku zachorowania ogromne znaczenie ma rehabilitacja, ponieważ dotychczas nie wprowadzono leków, które byłyby w pełni skuteczne w leczeniu udarów i ich następstw. Podłożem udaru mózgu jest w 80% niedokrwienie, w 10% krwotok mózgowy, w 6% krwotok podpajęczynówkowy, 4% stanowią inne przyczyny [4]. Najczęstszym źródłem materiału zatorowego jest serce, głównie skrzepliny przyścienne powstające w migotaniu przedsionków i skrzepliny zastawkowe w lewym ujściu żylnym oraz zmiany w tętnicy szyjnej, z których oderwane blaszki miażdżycowe zamykają światło naczyń [5-7]. Następstwem udaru jest porażenie lub niedowład połowiczny, afazja z towarzyszącymi niekiedy objawami ogólnymi, takimi jak utrata przytomności, zaburzenia oddychania lub krążenia [8]. Udar krwotoczny mózgu występuje rzadziej (15%) i dotyczy głównie osób chorujących na nadciśnienie tętnicze. Udary niedokrwienne (około 80% udarów mózgu) spowodowane są zmianami zakrzepowymi w dużych naczyniach szyjnych i mózgowych (30%), zmianami w małych tętnicach mózgowych (20%) lub zatorem (30%) [9]. Najczęstszą przyczyną udarów niedokrwiennych są zmiany miażdżycowo-zakrzepowe tętnic unaczyniających mózg [10]. W krajach uprzemysłowionych udar mózgu jest drugą lub trzecią, co do częstości, przyczyną zgonów po chorobach układu sercowo-naczyniowego. Prowadzi często do trwałego inwalidztwa i stanowi olbrzymie obciążenie ekonomiczne. W Polsce rejestruje się około 60 000 nowych zachorowań na udar rocznie [11]. Zapadalność na tę chorobę jest podobna jak w innych krajach europejskich, ale umieralność okołoudarowa i niesprawność po udarze są znacznie większe. Rokowanie w udarze niedokrwiennym mózgu można wyraźnie poprawić dzięki odpowiedniemu postępowaniu. Zmniejszenie następstw udaru wpływających na losy pacjentów, ich rodzin i społeczeństwa stanowi główny cel Deklaracji Helsińskiej. Deklaracja



powstała w czasie konferencji, która odbyła się w dniach 8-10 listopada 1995 roku w Helsingborgu (Szwecja) [12].

Czynniki ryzyka udaru mózgu możemy podzielić na modyfikowalne i niemodyfikowalne [13]. Do czynników niemodyfikowalnych należą: wiek, płeć męska, rasa czarna oraz populacja latynoamerykańska, pozytywny wywiad rodzinny, czynniki genetyczne np. mutacje genów dla czynników krzepnięcia, białek uczestniczących w metabolizmie lipidów lub homocysteiny, recesywny allel d genu kodującego enzym konwertujący angiotensynę. Czynniki modyfikowalne to: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia lipidowe - hipercholesterolemia, zatorowość kardiogenna, choroba niedokrwienna serca, palenie papierosów. Najważniejszym czynnikiem ryzyka udaru mózgu jest wiek. Powyżej 55. roku życia ryzyko udaru podwaja się z każdą dekadą. Badania sugerują, iż zapadalność na udar mózgu jest większa wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Po 70. roku życia różnica ta całkowicie się niweluje [14]. Bardzo rozpowszechnionym i modyfikowalnym czynnikiem ryzyka udaru mózgu jest nadciśnienie tętnicze. Na podstawie badań z randomizacją stwierdzono, że obniżenie średniego ciśnienia tętniczego o 5-6 mm Hg zmniejsza zapadalność na udar o 42%. Badanie SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) wykazało, że leczenie nadciśnienia skurczowego u osób w wieku podeszłym zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru o 36%. Cukrzyca jest niezależnym czynnikiem ryzyka udaru niedokrwiennego [15]. Nie ma jednak dowodów świadczących o korzyściach obejmujących zmniejszenie ryzyka udaru w przypadku intensywnej kontroli glikemii. Zatory pochodzenia sercowego są przyczyną 20-30% udarów niedokrwiennych. Powodują je: migotanie przedsionków, niezarośnięty otwór owalny, operacje pomostowania aortalno-wieńcowego, stenoza mitralna w wyniku choroby reumatycznej, sztuczne zastawki: aortalna lub mitralna oraz choroba niedokrwienna serca, zwłaszcza zawał serca [16,17]. Blisko jedna czwarta wszystkich udarów może być związana z paleniem papierosów [18]. Ryzyko to związane jest z następstwem trwałego uszkodzenia elementów ściany naczyń i powstałych zmian miażdżycowych, a nie trwałych zaburzeń hematologicznych. Wzrost ryzyka udaru u palących zależy od typu udaru i największy jest w krwotoku podpajęczynówkowym, średnie dla udaru niedokrwiennego, najmniejsze dla krwotoku śródmózgowego [19].

### **Rola rehabilitacji w procesie leczenia**

Rehabilitacja pacjentów, którzy przebyli udar mózgu jest bardzo ważnym etapem leczenia, decydującym niejednokrotnie o ich dalszym życiu społecznym i zawodowym. Rehabilitacja rozpoczyna się już w czasie hospitalizacji pacjenta w oddziale neurologii i powinna trwać również po powrocie do domu [12]. Zasadniczym celem rehabilitacji pacjentów z udarem mózgu jest odtworzenie w sposób jak najbardziej pełny, w miarę istniejących możliwości, umiejętności i zdolności danego człowieka (fizycznych, psychicznych i społecznych) lub kompensacja funkcji bezpowrotnie utraconych. Optymalnym okresem dla usprawniania pacjenta po udarze mózgu są pierwsze 3 miesiące od momentu zachorowania, ale pacjenci w późniejszych okresach odnoszą również istotne korzyści z udziału w programie rehabilitacyjnym [12]. Każdy przebyty udar jest czynnikiem ryzyka powtórnego udaru. Powtórny udar zazwyczaj przyczynia się do pogłębienia niesprawności i niesie zagrożenie dla życia, dlatego tak ważna jest profilaktyka udaru i innych chorób naczyniowych. Do podstawowych elementów profilaktyki wtórnej należą: zmiana trybu życia i leczenie czynników ryzyka,

leczenie antyagregacyjne, leczenie przeciwzakrzepowe oraz leczenie chirurgiczne zwężenia tętnic szyjnych [20].

### **Cel pracy**

Celem pracy była ocena stanu klinicznego pacjentów w okresie do sześciu tygodni od zachorowania oraz po sześciu miesiącach rehabilitacji w powiązaniu z czynnikami ryzyka.

### **Material i metody**

Badaniem objęto 120 pacjentów przyjętych do oddziału rehabilitacji, u których w roku 2009 i 2010 wystąpił po raz pierwszy w życiu udar niedokrwienny mózgu. Analiza dotyczyła 115 osób: 59 (51%) kobiet i 56 (49%) mężczyzn, ponieważ 5 chorych zmarło (2 osoby z powodu zatoru tętnicy płucnej, pozostałe 3 z powodu innych powikłań - dane uzyskane z wywiadu od rodziny). U każdego przeniesionego z oddziału neurologii pacjenta niezwłocznie rozpoczęto leczenie usprawniające. Program rehabilitacji dostosowano do stanu funkcjonalnego chorego w dniu przyjęcia. Uwzględniono wszystkie wskazania i przeciwwskazania dotyczące określonego rodzaju ćwiczeń.

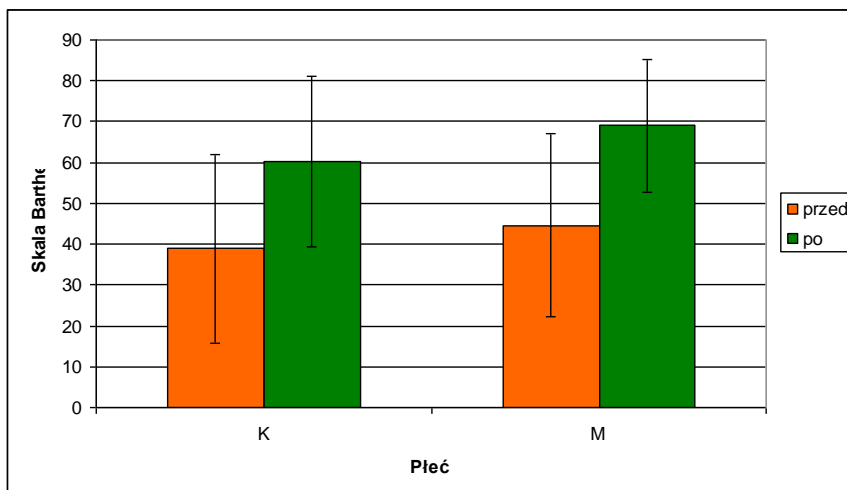
### **Wyniki**

Przeprowadzone badania ujawniły, że mężczyźni po 6 miesiącach rehabilitacji usprawnili się bardziej niż kobiety. Lepszy jest ich stan funkcjonalny oceniany skalą Barthel.

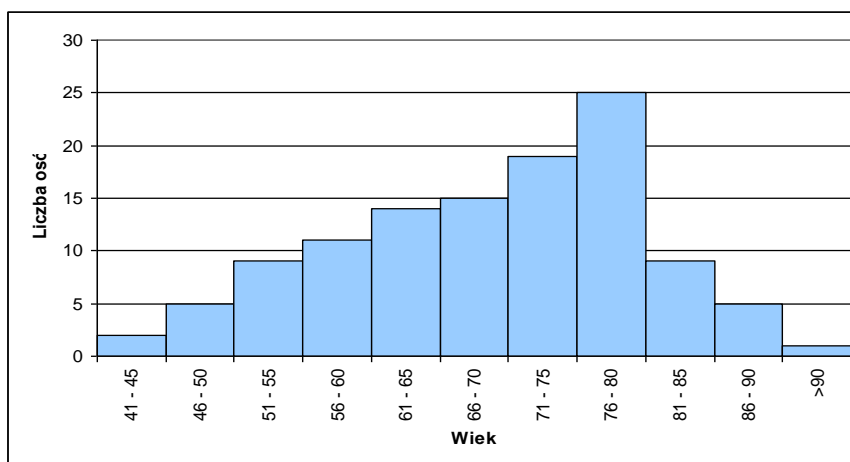
Poprawa stanu mężczyzn mierzona w skali Barthel jest istotnie wyższa o 5.22 punktu niż u kobiet ( $p=0,027$ ). Wyniki obrazuje Ryc.1.

Zależność szybszej poprawy mężczyzn niż kobiet można tłumaczyć różnicą wieku. Z przedstawionego wykresu jednoznacznie wynika, że mężczyźni poddani badaniu byli młodsi niż kobiety. Wiek chorych wahał się w przedziale od 43 do 91 lat, przy średniej wynoszącej  $69,28 \pm 11,13$  lat i medianie (wartości środkowej) 71 lat. Dokładniejsze informacje o rozkładzie wieku pacjentów zawiera Rycina 2.

Analiza tego wykresu pozwala zauważyć, że najwięcej osób, u których wystąpił udar niedokrwienny mózgu było w wieku 60-80 lat. Najmłodszy pacjent miał 43 lata, najstarszy 91 lat. Nie wykazano, by wiek pacjenta był znaczący w procesie usprawniania ( $p > 0.05$ ) mierzony skalami: Barthel i Rankina (Tabela 1).



Rycina 1. Płeć a Skala Bartel przed i po rehabilitacji



Rycina 2. Rozkład wiekowy pacjentów

Tabela 1. Wpływ wieku pacjentów na proces usprawniania mierzony skalami: Bartel i Rankina

Zmienna niezależna	B	$\beta$	p	p modelu	Skoryg. R2
Barthel (przed rehabilitacją)	0,637	0,76	0,000	0,000	0,57
Wiek	-0,037	-0,02	0,730		
Rankin (przed rehabilitacją)	0,496	0,70	0,000	0,000	0,51
Wiek	0,004	0,08	0,241		

## Czynniki ryzyka

Najczęściej pojawiającym się czynnikiem ryzyka było nadciśnienie tętnicze, a najrzadziej podwyższony poziom trójglicerydów i frakcji LDL cholesterolu. Ponad 78% chorych leczyło się z powodu nadciśnienia tętniczego. Prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego stwierdzono u 21.7% osób. Podwyższony poziom cholesterolu całkowitego przed zachorowaniem odnotowano u 43,5% osób. Na cukrzycę leczyło się 28,7% chorych. Migotanie przedsionków stwierdzono u 27.8% chorych. Nadwagę miało 56.5% pacjentów. Papierosy paliło 33,9% osób, większość dwie paczki dziennie (co ustalono w wywiadzie) (Tabela 3).

**Tabela 3. Czynniki ryzyka wystąpienia udaru niedokrwiennego u badanych pacjentów**

Czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego	N	%
Nadciśnienie tętnicze	90	78,3
Podwyższony poziom cholesterolu	50	43,5
Cukrzyca	33	28,7
Migotanie przedsionków	32	27,8
Nadwaga	65	56,5
Nikotynizm	39	33,9

Nie stwierdzono także istotnego wpływu większej liczby czynników ryzyka na proces usprawniania mierzony skalą Barthel i skalą Rankina (Tabela 4).

**Tabela 4. Wpływ czynników ryzyka na proces usprawniania mierzony skalą Barthel i Rankina**

Zmienna niezależna	B	$\beta$	p	p modelu	Skoryg. R <sup>2</sup>
Barthel przed rehabilitacją	0,640	0,76	0,000	0,000	0,57
Czynniki ryzyka	0,032	0,00	0,965		
Rankin przed rehabilitacją	0,502	0,71	0,000	0,000	0,51
Czynniki ryzyka	0,019	0,06	0,380		

## Program usprawniania

Każdy z pacjentów, w zależności od oceny dokonanej w dniu przyjęcia do Oddziału Rehabilitacji Leczniczej, był usprawniany w podobny sposób. Zaangażowanie chorych po wypisie z oddziału było różne. Podzielono ich na 3 grupy: osoby nie ćwiczące -ćwiczące 1-2 x w tygodniu - ćwiczące powyżej 3 x w tygodniu (Tabela 5).

**Tabela 5. Program rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym**

Brak ćwiczeń	n	13
	%	11,5%
1-2 w tyg.	n	42
	%	37,2%
3+ w tyg.	n	58
	%	51,3%
Ogółem	n	113
	%	100,0%

Nie wykazano, aby ćwiczenia (1-2 x w tygodniu w stosunku do 3 x w tygodniu) wpływały na stopień poprawy pacjenta. Brak ćwiczeń w istotny sposób ograniczał poprawę pacjentów mierzoną skalą Barthel. Poprawa stanu osób nie ćwiczących była niższa o 7.6 punktu niż u osób ćwiczących 3 x tygodniowo (Tabela 6).

Zaobserwowano również, że intensywność ćwiczeń trzy razy w tygodniu była nieco większa u mężczyzn niż u kobiet oraz także więcej mężczyzn nie ćwiczyło wcale (nie przedstawiano danych).

**Tabela 6. Wpływ intensywności ćwiczeń na proces usprawniania mierzony skalą Barthel**

Zmienna niezależna	B	$\beta$	p	p modelu	Skoryg. R <sup>2</sup>
Barthel (przed rehabilitacją)	0,621	0,76	0,000	0,000	0,58
Ćwiczenia - brak	-7,613	-0,13	0,043		
Ćwiczenia - 1-2/tydz.	1,071	0,03	0,670		

## Dyskusja

Choroby układu krążenia, między innymi zawały serca i choroby naczyń mózgu, mają duże znaczenie społeczne. Stanowią one główną przyczynę zgonów w naszej populacji. Mimo ciągłego rozwoju wiedzy oraz dużych zmian w opiece nad chorymi z udarem, nie istnieje żaden kliniczny sposób terapii neuroprotektoryjnej, dlatego rehabilitacja jest tak ważnym elementem leczenia po udarze mózgu. Rozpoznanie i wyeliminowanie czynników ryzyka chorób naczyniowych w sposób znaczący zmniejsza zapadalność na pierwsze w życiu udary i chroni przed wystąpieniem kolejnych incydentów mózgowych. Wyrazem zrozumienia problemu było przygotowanie w 1997 roku przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Zespół Konsultantów ds. Neurologii i Instytut Psychiatrii i Neurologii „Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu”. Zasadniczymi celami tego programu są: 1. ograniczenie zapadalności na udar mózgu, 2. zmniejszenie wczesnej śmiertelności, 3. poprawa funkcjonalna chorych po udarze. Poznanie i zrozumienie czynników ryzyka chorób naczyniowych może pozwolić na ocenę przyczyny i zmniejszenie skutków udaru mózgu. Przy określeniu rokowania ma również znaczenie prognostyczne.

Według danych z literatury 10-25% pacjentów odzyskuje pełną samodzielność po udarze, u 40% pozostaje umiarkowana niesprawność, około 15-30% wymaga stałej pomocy osób drugich [21, 22]. Najczęstszym czynnikiem ryzyka u naszych chorych było nadciśnienie tętnicze (78,3%). Jest to zgodne z danymi innych autorów [23-28]. Ryzyko wystąpienia udaru mózgu u chorych z nadciśnieniem tętniczym wzrasta 3-4 krotnie, a jak wykazały badania, nawet niewielkie obniżenie ciśnienia rozkurczowego o 5mm Hg, a skurczowego o 12 mm Hg związane jest z obniżeniem ryzyka kolejnego udaru o 34% [25, 26, 28]. U badanych pacjentów współwystępowało zawsze kilka czynników ryzyka, co pokazali również inni autorzy [25, 27-29]. Nie wykazaliśmy także wpływu większej liczby czynników ryzyka na proces usprawniania, stwierdziliśmy natomiast, że mężczyźni po 6 miesiącach rehabilitacji usprawnili się bardziej niż kobiety. Zależność tę można tłumaczyć różnicą wieku, gdyż mężczyźni poddani badaniu byli młodsi od kobiet. Inni autorzy podkreślają, że kobiety w momencie zachorowania na udar są starsze od mężczyzn [21, 30, 32]. Nie wykazano również, aby ćwiczenia (1-2 razy w tygodniu w stosunku do 3 razy w tygodniu) wpływały na stopień usprawnienia pacjenta. Brak ćwiczeń natomiast w istotny sposób ograniczał poprawę chorych. Poruszając zagadnienie profilaktyki pierwotnej i wtórnej udaru wszyscy podkreślają duże znaczenie prawidłowego stylu życia, w którym niezwykle istotny jest wysiłek fizyczny [31-35]. Udar mózgu jest ogromnym wyzwaniem współczesnej medycyny - naszym celem powinno być zmniejszenie wczesnej śmiertelności, poprawa stanu funkcjonalnego chorych i ograniczenie zapadalności. Dlatego też tak ważne znaczenie ma profilaktyka. Tylko prawidłowe leczenie, uwzględniające czynniki ryzyka i skuteczną rehabilitacja może spowodować zmniejszenie liczby zachorowań, śmiertelności i niepełnosprawności pacjentów po udarze mózgu.

### **Wnioski**

1. Brak ćwiczeń u pacjentów po udarze w istotny sposób ogranicza ich poprawę.
2. Ilość czynników ryzyka nie wpływa na stopień rehabilitacji
3. Mężczyźni po sześciu miesiącach rehabilitacji usprawnili się bardziej niż kobiety
4. Wiek nie był znaczący w procesie usprawniania.

### **Piśmiennictwo**

1. Appelros P., Stegmayr B., Terent A.: Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke*, 2009, 40, 1082-1090.
2. Reeves M.J., Bushnell C.D., Howard G., et al.: Sex differences in stroke epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol.* 2008, 7, 915-926.
3. Członkowska A., Sarzyńska- Długosz I., Krawczyk M.: Ocena dostępności wczesnej kompleksowej rehabilitacji poudarowej w Polsce. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2006, 40, 10-15.
4. Kwolek A.: *Rehabilitacja medyczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2003, tom 2, 10-49.
5. Rother J., Laufs U.: Preventing stroke by treating atrial fibrillation- new hope with dronedaron and dabigatran? *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 2010, 135, 55-58.
6. Menke J., Luthje L., Kastrop A, Larsen J.: Thrombembolism in atrial fibrillation, *Am. J. Cardiol.*, 2010, 105, 502-510.

7. Reininger A.J., Bernlochner I., Penz S.M., et al.: A 2-step mechanism of arterial thrombus formation induced by human atherosclerotic plaques. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2010, 55, 1147-1158.
8. Szczudlik A., Członkowska A., Kwieciński H., Słowik A.: *Udar mózgu*, Wyd. UJ, Kraków, 2007
9. Szczeklik A.: *Choroby Wewnętrzne*, Med. Prakt., tom 2, Kraków, 2006.
10. Łopaciuk S.: *Zakrzepy i zatory*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2002.
11. Postępowanie w Ostym Udarze Niedokrwiennym Mózgu, Raport zespołu ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, [http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=1278&\\_tc=AF0D00D0349AF3A4A2B0F2FDC4EB70CD](http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=1278&_tc=AF0D00D0349AF3A4A2B0F2FDC4EB70CD), data pobrania 29.03.2012.
12. Postępowanie rehabilitacyjne po udarze mózgu. Raport Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. [http:// www.termidia.pl/Czasopismo/Przewodnik\\_Lekarza-8/Streszczenie-1042](http://www.termidia.pl/Czasopismo/Przewodnik_Lekarza-8/Streszczenie-1042), data pobrania 29.03.2012.
13. Grau A.J., Weimar C., Buggle F., et al.: Risk Factors, outcome, and treatment in subtypes of ischaemic stroke the German stroke data bank. *Stroke*, 2001, 32, 2559-2566.
14. Ryglewicz D.: Czynniki ryzyka w udarach mózgu. *Post. Psychiatr. Neurol.*, 1994, 5, 33-40.
15. Hu G., Sarti C., Jousilahti P., et al.: The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. *Stroke*, 2005, 36, 2538-2543.
16. Berge E., Dahl T.: Heart disease and stroke, *Tidsskr. Nor. Laegerforen.*, 2007, 127, 897-899.
17. Członkowska A., Hier D.B., Mendel T., Gryglewicz D.: Heart disease contributes to high stroke mortality in Poland. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.*, 2000, 9, 76-78.
18. Girot M.: Smoking and stroke. *Presse Med.*, 2009, 38, 1120-1125.
19. Song Y.M., Cho H.J.: Risk of stroke and myocardial infarction after reduction or cessation of cigarette smoking : a cohort study in Korean men. *Stroke*, 2008, 39, 2-8.
20. Spence J.D.: Secondary stroke prevention. *Nat. Rev. Neurol.*, 2010, 6, 477-486.
21. Laidler P.: *Rehabilitacja po udarze mózgu*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1996.
22. Seniów J., Członkowska A.: Poznawcze i emocjonalne konsekwencje udaru mózgu aspekcie procesu rehabilitacji. *Rehab. Med.*, 2002, 7, 1.
23. Bogousslavsky J., Van Melle G., Regli F.: The Lausanne stroke registry: analysis of 1000 consecutive patients with first stroke. *Stroke*, 1988, 19, 1083-1092.
24. Członkowska A., Świdorski W.: *Udar mózgu: zapobieganie, leczenie, rehabilitacja*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1997.
25. Członkowska A.: Nadciśnienie tętnicze- główny czynnik ryzyka udaru mózgu. *Świat Med. Form.* 2002, 8, 16.
26. Grodzicki T.: Leczenie nadciśnienia tętniczego po udarze mózgu, znaczenie badania. *Progress dla codziennej praktyki. Lek. Rodz.*, 2001, 6, 104.
27. Ryglewicz D.: Czynniki ryzyka w udarach mózgu. *Post. Psych. Neurol.*, 1994, 5, 33.
28. Wiszniewska M.: Analiza częstotliwości występowania wybranych czynników ryzyka w udarach niedokrwiennych mózgu w zależności od wieku. *Neurol. Neurochir. Pol.*, 1998, 32, 487-494.

29. Flemming K.D., Brown R.D.: Zawał mózgu i przemijające ataki niedokrwienne. Med. Dypł., 2001, 10, 48.
30. Di Carlo A., Lamassa M., Baldereschi M., et al.: Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3-month outcome of acute stroke in Europe: data from a multicenter multinational hospital-based registry. Stroke, 2003, 34, 1114-1119.
31. Gall S.L., Donnan G., Dewey H.M., et al: Sex differences in presentation, severity, and management of stroke in a population – based study. Neurology, 2010, 74, 975-981.
32. Kapral N.K., Fang J., Hill M.D., et al.: Sex differences in stroke care and outcomes: results from the Registry of the Canadian Stroke Network. Stroke, 2005,36, 809-814.
33. Gorelick P.B., Ruland S.: Cerebral vascular disease. Dis. Mon., 2010, 56, 39-100.
34. Grupa ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD: Postępowanie w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. Neurol. Neurochir. Pol., 2008, 42, 211-224.
35. Hu F.B, Stampfer M.J, Colditz G.A., et al.: Physical activity and risk of stroke in women. JAMA, 2000, 283, 2961-2967.





**Małachwiej Paulina<sup>1</sup>, Chilińska Ewelina<sup>1</sup>, Drzymkowski Jarosław<sup>1</sup>, Hładuński Marcin<sup>1</sup>, Kotowicz Małgorzata<sup>1</sup>, Kuszczak Anita<sup>1</sup>, Młynarczyk Izabela<sup>1</sup>, Porowska Weronika<sup>1</sup>, Romanowska Joanna<sup>1</sup>, Rynec Malwina<sup>1</sup>, Szymańczyk Piotr<sup>1</sup>, Turko Barbara<sup>1</sup>, Tyrakowska Zuzanna<sup>1</sup>, Żarnoch Ewelina<sup>1</sup>, Rozwadowska Emilia<sup>2</sup>, Krajewska – Kulak Elżbieta<sup>2</sup>, Kaniewska Katarzyna<sup>3</sup>**

## **Prawidłowe odżywianie i aktywność fizyczna w życiu studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych działające przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup> Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

„Zdrowie” w świetle definicji Światowej Organizacji Zdrowia rozumiane jest jako subiektywnie odczuwalną pełnię sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej w wyniku odpowiedniego przystosowania się do warunków środowiska. Podstawą zdrowia jest korzystne oddziaływanie człowieka na otaczające środowisko oraz tego środowiska na organizm człowieka. Pośród ważniejszych czynników warunkujących zdrowie uwzględnić należy, między innymi: zwyczaje i styl życia, nawyki i używki, uzależnienia, higienę życia codziennego, racjonalną profilaktykę ekologiczną, racjonalną profilaktykę żywieniową. Jednymi z ważniejszych czynników są: zwyczaje i styl życia oraz racjonalna profilaktyka żywieniowa [A, 2].

Omawiając prozdrowotny styl życia można wyróżnić cztery wymiary zachowań: zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym (dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość), zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym, zachowania prewencyjne, niepodejmowanie zachowań ryzykownych [1].

Autorzy Narodowego Programu Zdrowia (1996 – 2005) w Polsce wyrazili opinię, że stan zdrowia człowieka zależy w 50-60% od stylu życia, w ok. 20% od czynników środowiskowych, w ok. 20% od czynników genetycznych i w pozostałej części od służby zdrowia, która może rozwiązać 10-15% problemów zdrowotnych społeczeństwa [2].

Racjonalne żywienie jest jednym z podstawowych warunków prawidłowego funkcjonowania organizmu ludzkiego i jego dobrego zdrowia. Nadrzędnym celem prawidłowego żywienia jest zapewnienie organizmowi optymalnych warunków rozwoju, zdolności do pracy i nauki, a także odporności na czynniki chorobotwórcze. Cel ten realizowany jest poprzez dostarczanie budulca do budowy nowych i odbudowy zużytych tkanek i komórek, dostarczaniu energii potrzebnej do przebiegu wszystkich procesów życiowych oraz poprzez dostarczanie elementów regulujących, takich jak witaminy i

składniki mineralne, które warunkują właściwy przebieg procesów budulcowych i energetycznych.

Pod pojęciem racjonalnego (prawidłowego, zdrowego) żywienia rozumie się regularne spożywanie takich posiłków, które dostarczają organizmowi optymalnych ilości energii i zalecanych składników odżywczych we właściwych proporcjach z odpowiednią częstotliwością. Jakość i ilość dostarczanych produktów pokarmowych musi być dostosowana do wieku, płci, budowy ciała, trybu życia, właściwości psychofizycznych i fizjologicznych oraz odpowiednio wkomponowana w posiłki i racjonalnie rozkładana w ciągu całego dnia. Zgodnie z zasadami racjonalnego żywienia, należy spożywać 4, a najlepiej 5 posiłków w ciągu dnia. Podaż 3 posiłków powoduje zbyt długie przerwy między posiłkami, a co za tym idzie niedobór energii, zwłaszcza przy aktywnym trybie życia [5].

Wadliwe żywienie człowieka obejmuje zarówno niedożywienie, jak też nadmiar spożywanej żywności. Złe nawyki żywieniowe lub zwyczaje żywieniowe, które po upływie dłuższego czasu doprowadzają do pogorszenia stanu zdrowia i mniejszej sprawności fizycznej, także zaliczyć można do wad w żywieniu. Najbardziej typowe niekorzystne zwyczaje to niewłaściwy rozkład i wielkość posiłków spożywanych w ciągu dnia, spożywanie posiłków w pośpiechu, niekiedy na stojąco, często w nieodpowiednich warunkach. Do złych nawyków żywieniowych należy także pojadanie słodczy między posiłkami. Długotrwałe wadliwe żywienie doprowadza do ukrytych lub jawnych zaburzeń, a nawet schorzeń organizmu. Wymienić tu można zahamowania wzrostu i zmian masy ciała, a także gorszą sprawność intelektualną, mniejszą odporność organizmu na stresy życia codziennego, otyłość, choroby cywilizacyjne [7].

Józef Drabik uważa, że „aktywność fizyczna stanowi kluczowy i integralny składnik zdrowego stylu życia. Bez niej niemożliwa jest jakakolwiek strategia zdrowia, jego utrzymania i pomnażania, a u dzieci – prawidłowy rozwój. Jej brak jest głównym i niezależnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia”[3].

Jeden z najwybitniejszych polskich nauczycieli wychowania fizycznego, Jerzy Barankiewicz, pojmuje aktywność fizyczną, jako podejmowanie w ramach wypoczynku czynnego różnego rodzaju zabaw, ćwiczeń i dyscyplin sportu, dla przyjemności, rekreacji i zdrowia, poprawy zdolności wysiłkowej, zdobywania specjalnych sprawności i umiejętności fizycznych, zapobiegania powstawaniu chorób cywilizacyjnych (poprawa sprawności układu krążenia, ruchowego, oddechowego, przeciwdziałania stresowi psychicznemu), zwiększeniu korzystnych wpływów na zdolność do pracy fizycznej i umysłowej [4].

Aktywność fizyczna wpływa nie tylko na rozwój fizyczny i wydolność wysiłkową, ale również wzmacnia układ nerwowy oraz zwiększa zdolność do pracy umysłowej. Istnieją przesłanki pozwalające stwierdzić, że ćwiczenia fizyczne i trening sportowy pozwalają lepiej znosić stany napięcia nerwowego i stresy, przywracają równowagę neurovegetatywną w układzie sercowo-naczyniowym oraz niwelują złe samopoczucie i kompleksy psychiczne [20].

Systematyczny wysiłek fizyczny prowadzi do wielu korzystnych zmian fizjologicznych w organizmie, które zapobiegają lub opóźniają rozwój chorób cywilizacyjnych. Wykazano, że u dzieci i młodzieży zwiększenie aktywności ruchowej wiąże się z mniejszym stężeniem cholesterolu we krwi i ma wpływ na obniżenie się ciśnienia tętniczego. Odpowiedni wysiłek fizyczny jest jednym z podstawowych czynników pozwalających w sposób najbardziej fizjologiczny zapobiegać lub zwalczać

otyłość. Odpowiednio dozowany wysiłek jest także jednym z czynników w terapii cukrzycy.

Jednym z czynników zwiększających liczbę zachorowań na choroby cywilizacyjne jest niewątpliwie stres, który towarzyszy człowiekowi na co dzień w różnych sytuacjach życiowych, a za substancje obniżające jego poziom uważa się peptydy opioidowe, do których zalicza się beta-endorfiny. Dotychczasowe badania dowiodły, że wzmożone wydzielanie endorfin następuje pod wpływem wysiłku fizycznego, ale głównie gdy jego intensywność przekracza 60% maksymalnego poboru tlenu. Endorfiny wydzielane podczas wysiłku mogą być odpowiedzialne za zmniejszenie odczuwania bólu, a także głębsze odczucie zadowolenia [6].

### Cel pracy

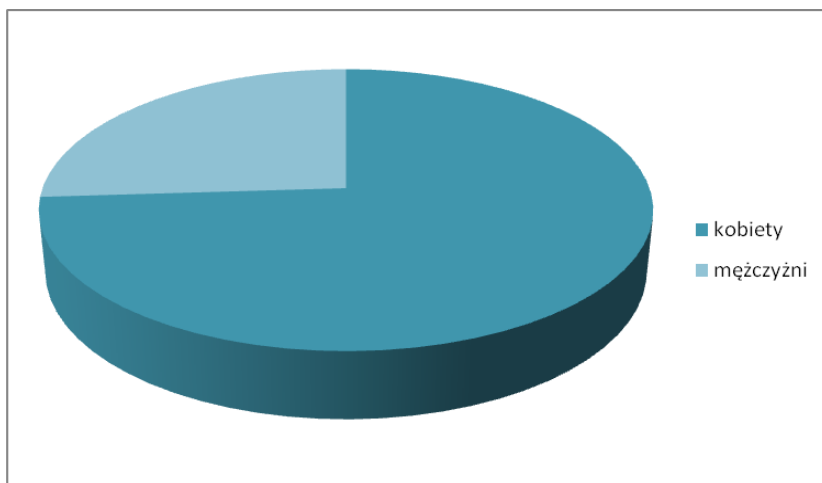
Zasadniczym celem niniejszego badania była analiza sposobu odżywiania i aktywności fizycznej studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

### Material i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Objęto nim 112 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z części ogólnej zawierającej pytania dotyczące wieku, płci, wzrostu, wagi, miejsca zamieszkania, dochodów oraz zasadniczej z pytaniami dotyczącymi: stosowanych diet, sposobu odżywiania, ilości i jakości spożywanych posiłków, form podejmowanej aktywności fizycznej.

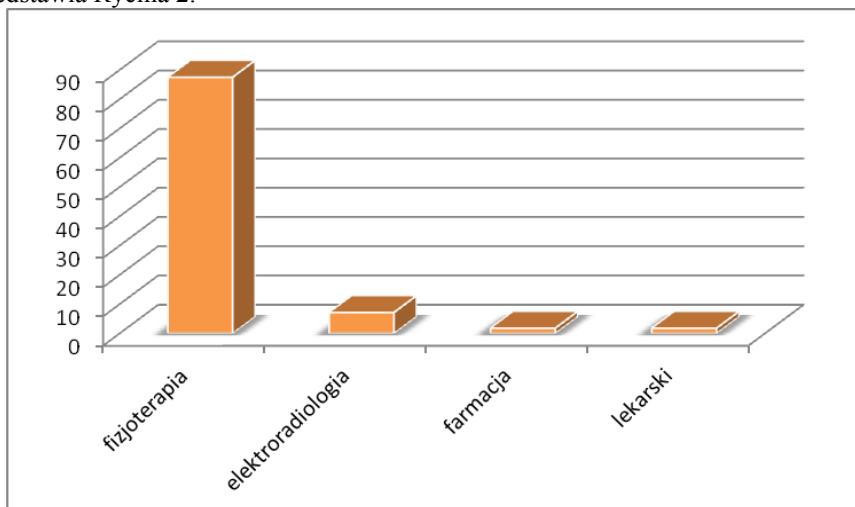
### Wyniki

Badaniem objęto 112 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w tym 83 (74%) kobiety i 29 (26%) - mężczyzn. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 1.



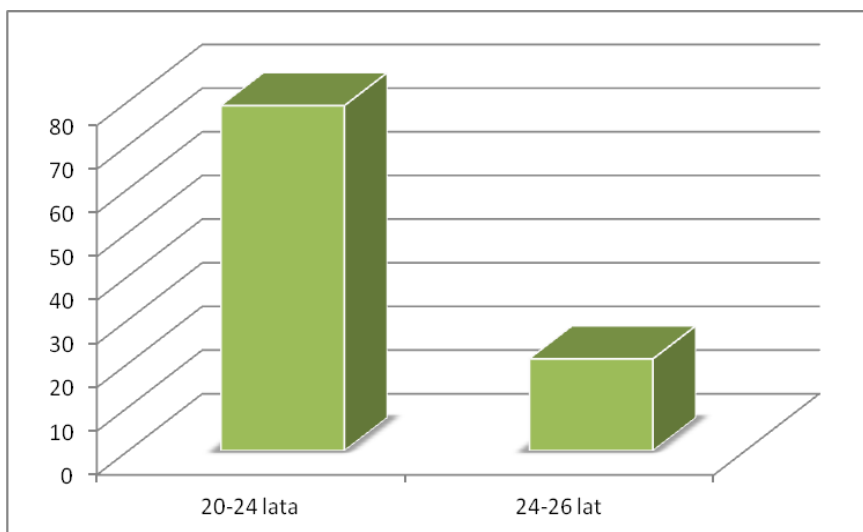
Rycina. 1. Płeć respondentów

W grupie respondentów- 87,5% stanowili studenci kierunku fizjoterapia (98 studentów), 7,14% - kierunku farmacja (8 osób), 1,79% - kierunku elektroradiologia (2 osoby), 1,79% - kierunku lekarski (2 studentów), a 2 osoby (1,79%) nie wskazały swojego kierunku studiów. Rozkład badanych z poszczególnych kierunków studiów przedstawia Rycina 2.



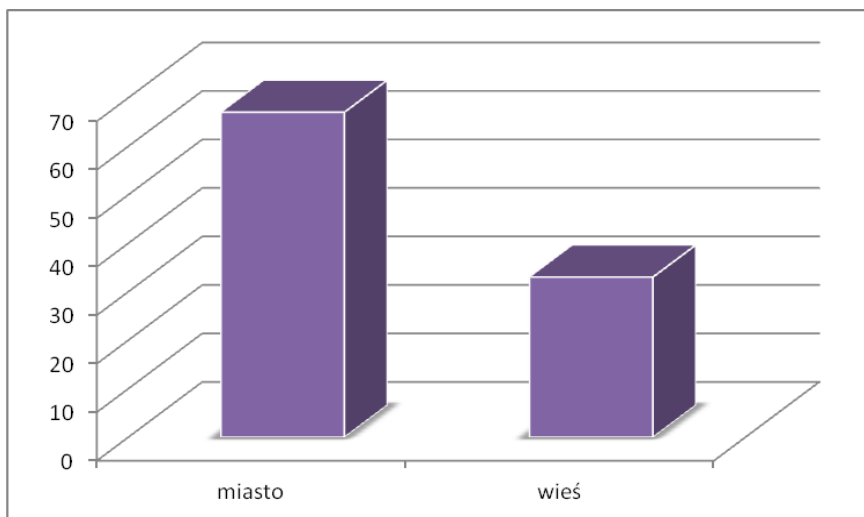
**Rycina . 2. Podział studentów ze względu na kierunek studiów**

Zdecydowana większość badanych (78,53%) była w przedziale wiekowym między 20 a 23 lata. Co piąty ankietowany był pomiędzy 24. a 26. rokiem życia. Wiek ankietowanych przedstawiono na Rycinie 3.



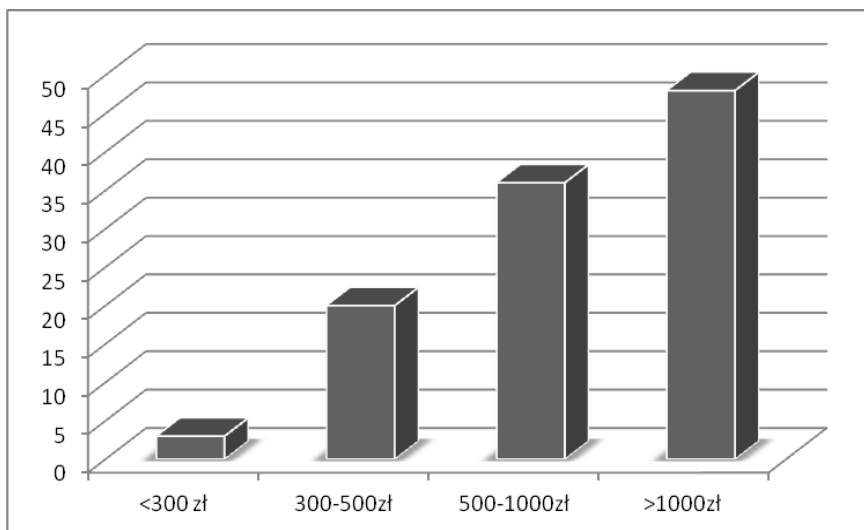
**Rycina. 3 Wiek ankietowanych**

W grupie badanych studentów 74 (66,07%) mieszkało w mieście, a 28 (33,93%) na wsi (Rycina 4).



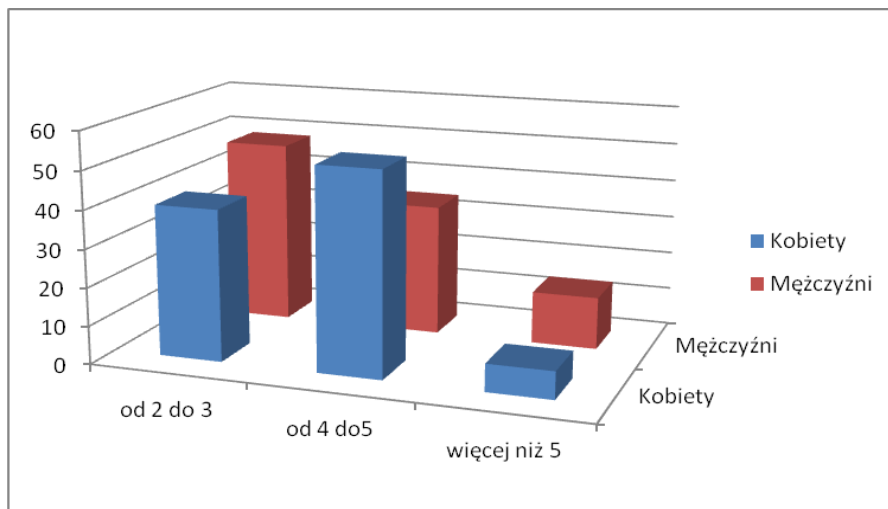
**Ryc. 4. Miejsce zamieszkania ankietowanych**

Dochody na jedną osobę w rodzinie nie przekraczające 300 zł zadeklarowały 3 (2,67%) osoby, dochody w granicach 300-500 zł - 20 (17,86%) osób, dochody w granicach 500-1000 zł - 36 (32,14%) studentów, dochody powyżej 1000 zł - 48 (42,86%) studentów. Wyniki obrazuje Rycina 5.



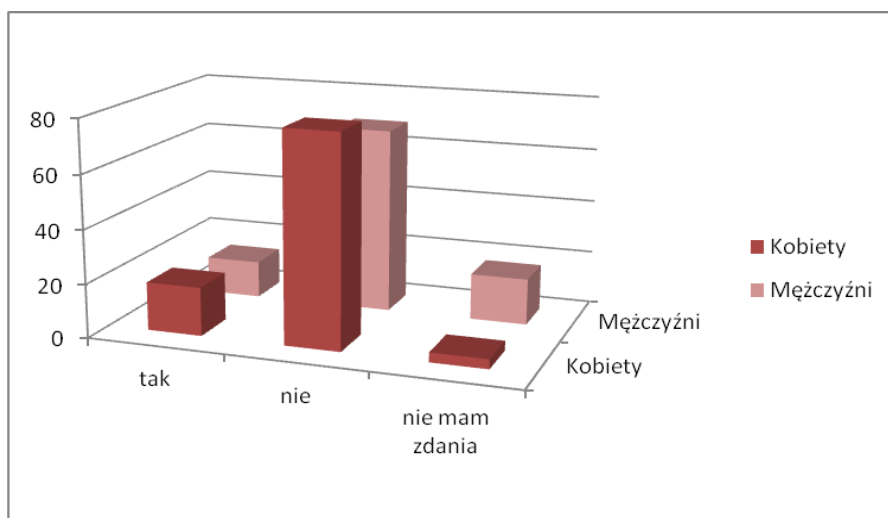
**Rycina 5. Dochody na 1 osobę w rodzinie**

33 (39,76%) kobiety oraz 14 (48,27%) mężczyzn zadeklarowało zjadanie 2-3 posiłków każdego dnia. Od 4 do 5 posiłków spożywało dziennie 44 (53,01%) kobiety i 10 (34,48%) mężczyzn. Więcej niż 5 posiłków dziennie spożywało osiem badanych osób (4 kobiety i 4 mężczyźni). Szczegóły przedstawia Rycina 6.



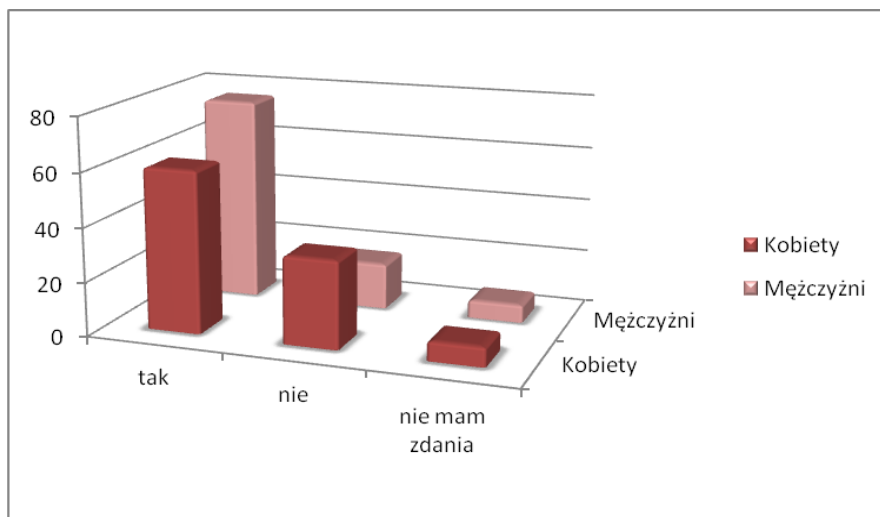
**Rycina6 Ilość spożywanych posiłków w ciągu dnia**

Badani zapytani o spożywanie posiłków o stałych porach najczęściej odpowiadali przecząco: 65 (78,31%) kobiet i 20 (68,97%) mężczyzn. Jedynie niewielka część (16,96%) ankieterowanych odpowiedziała, iż spożywała posiłki regularnie. Szczegóły przedstawia Rycina 7.



### Rycina7. Spożywanie posiłków o stałych porach

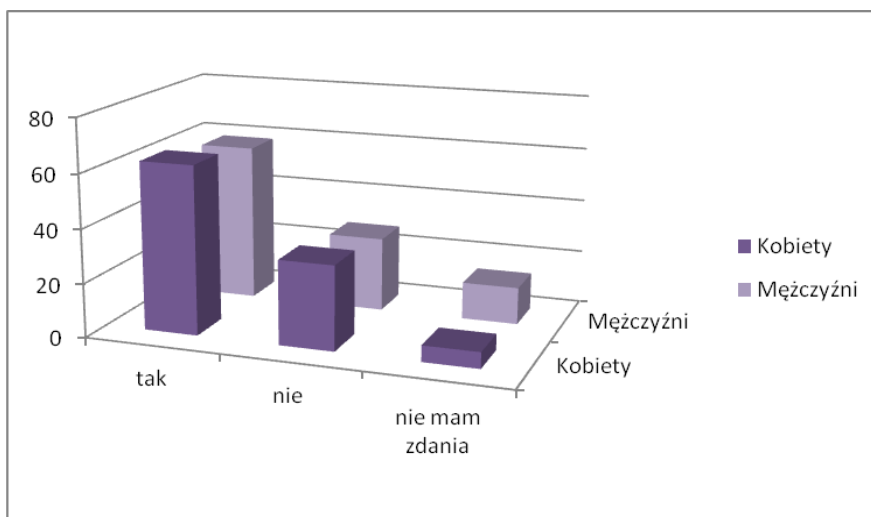
Zdecydowana większość badanych odpowiedziała, iż pojadała pomiędzy posiłkami: 50 kobiet (60,24%) oraz 22 (75,86%) mężczyzn. 27 (32,53%) kobiet oraz 5 (17,24%) mężczyzn unikało pojadania, zaś 6,25% ankietowanych nie potrafiło jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Szczegóły przedstawia Rycina 8.



### Rycina 8. Pojadanie pomiędzy posiłkami

Podobnych odpowiedzi udzielali badani, zapytani o odczuwanie uczucia głodu. Z analizy wyników badania wynika, iż 52 (62,65%) ankietowane kobiety oraz 17 (58,62%) ankietowanych mężczyzn odczuwało głód pomiędzy posiłkami. Szczegóły przedstawia Rycina 9.





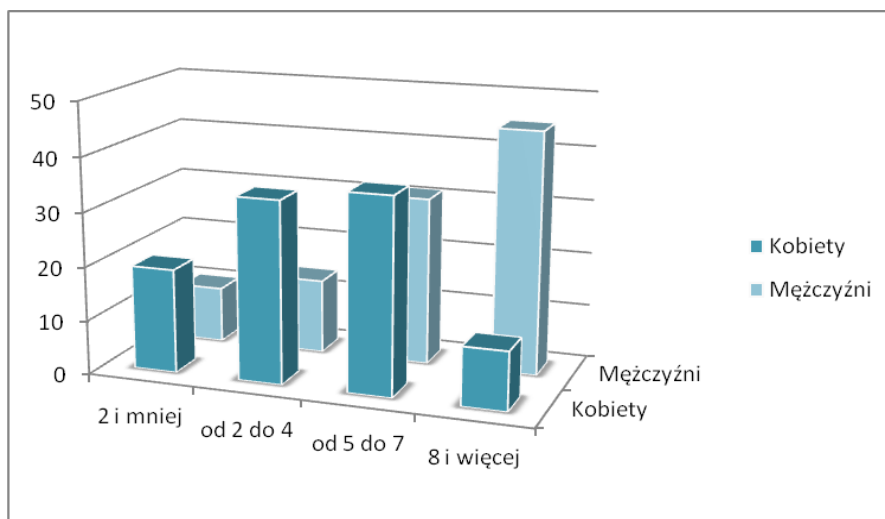
**Rycina 9. Uczucie głodu pomiędzy posiłkami**

Badni studenci zostali także zapytani o stosowanie w swoim życiu diety (redukcyjnej, oczyszczającej) oraz o stosowanie głodówki (powstrzymanie się od spożywania pokarmów dłużej niż jeden dzień). Zdecydowana większość mężczyzn nie stosowała w swoim życiu diety (72,41%) oraz głodówki (82,76%). Odpowiedzi respondentów przedstawia Tabela 1.

**Tabela 1. Stosowanie diet i głodówki**

Czynnik		Stosowanie w swoim życiu diety (np. redukcyjną, oczyszczającą)? N(%)		Stosowanie w swoim życiu głodówki (powstrzymanie od jedzenia dłużej niż 1 dzień)? N (%)	
		Tak	Nie	Tak	Nie
Płeć	Kobieta	39 (47)	44(53)	13(15,66)	69(83,1)
	Mężczyzna	8(27,58)	21(72,41)	4(13,79)	24(82,76)

Jednym z ważniejszych było pytanie o ilości spożywanych płynów w ciągu dnia (woda, soki, napoje z wyłączeniem kawy i herbaty). Odpowiedzi respondentów przedstawiają się następująco: mniej niż dwie szklanki płynów wypijało dziennie 16,96% ankietowanych (w tym 19,25% kobiet i 10,35% mężczyzn). Od 2 do 4 szklanek płynów wypijało dziennie 28 (33,73%) kobiet oraz 4 (13,78%) mężczyzn. Badania wykazały, iż 34,82% (39 osób) badanych w tym 36,14% (30) kobiet i 31,03% (9) mężczyzn wypijało dziennie od 5 do 7 szklanek płynów z wyłączeniem herbaty i kawy. 19,64% (22 osoby) badanych (10,84% kobiet i 44,83% mężczyzn) wypijało dziennie 8 i więcej szklanek płynów. Szczegóły przedstawia Rycina 10.



**Rycina 10. Ilość wypijanych płynów w ciągu dnia (szklanki)**

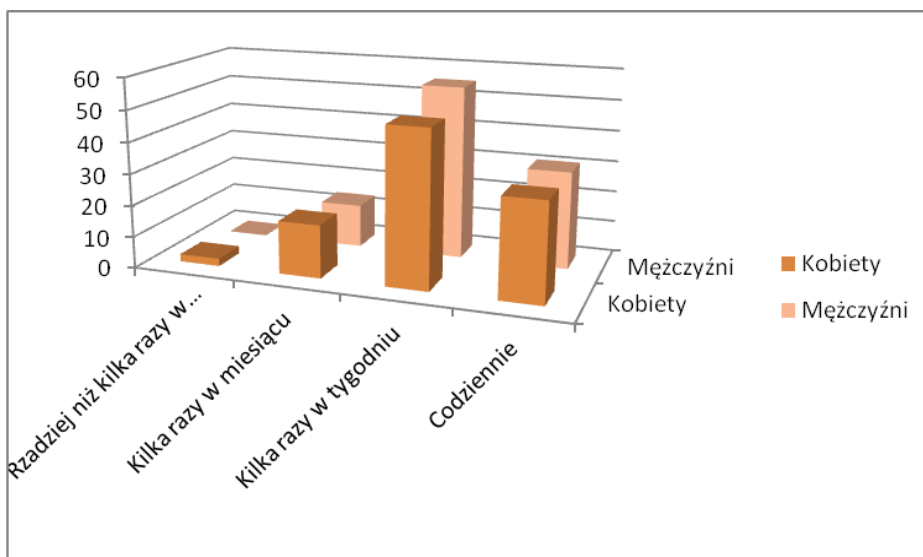
Studenci zostali również zapytani o częstość spożywania poszczególnych produktów spożywczych- warzyw, owoców, mleka i produktów mlecznych, produktów zbożowych, słodczy, słonych przekąsek oraz żywność typu „Fast-food”. Wyniki przedstawiono w Tabeli 2.

**Tabela 2. Rozkład spożywanych produktów przez ankietowanych**

Czynnik		Płeć	
		Kobieta N(%)	Mężczyzna N(%)
Częstotliwość spożywania warzyw (surówki, zielone warzywa). N(%)	Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	2 (2,4)	0(0)
	Kilka razy w miesiącu	14(16,87)	4(13,79)
	Kilka razy w tygodniu	41(49,4)	16(55,17)
	Codziennie	26(31,32)	9(31,03)
Częstotliwość spożywania owoców (świeże soki, owoce bogate w wit. C). N(%)	Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	2(2,44)	0(0)
	Kilka razy w miesiącu	13(15,66)	4(13,79)
	Kilka razy w tygodniu	42(50,60)	20(68,96)
	Codziennie	26(31,32)	5(17,24)
Częstotliwość spożywania mleka i produktów mlecznych (jogurty, twarogi, sery).	Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	1(1,2)	0(0)
	Kilka razy w	14(16,87)	1(3,45)

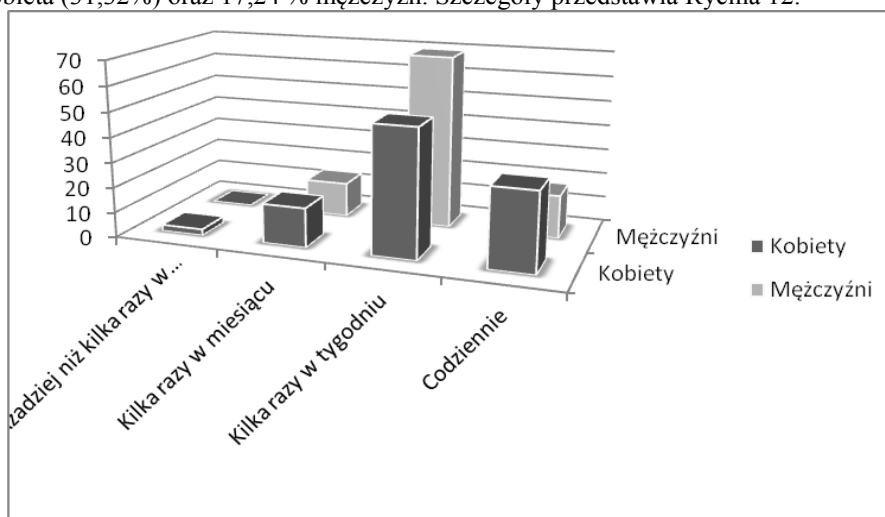
N(%)	miesiącu		
	Kilka razy w tygodniu	34(41)	17(58,62)
	Codziennie	34(41)	11(37,93)
Częstotliwość spożywania produktów zbożowych (pieczywo, makarony, kasze itp.). N(%)	Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	0(0)	0(0)
	Kilka razy w miesiącu	7(8,43)	1(3,45)
	Kilka razy w tygodniu	17(20,48)	11(37,93)
	Codziennie	59(71,08)	17(58,62)
Częstotliwość spożywania słodczy (czekolada, ciastko, ciasta). N(%)	Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	7(8,43)	1(3,45)
	Kilka razy w miesiącu	23(27,71)	9(31,03)
	Kilka razy w tygodniu	34(41)	17(58,62)
	Codziennie	18(21,69)	2(6,89)
Częstotliwość spożywania słonych przekąsek (paluszki, krakersy, chipsy). N(%)	Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	26(31,33)	2(6,89)
	Kilka razy w miesiącu	44(53,01)	17(58,62)
	Kilka razy w tygodniu	9(10,84)	8(27,59)
	Codziennie	4(4,82)	1(3,45)
Częstotliwość spożywania żywności typu Fast food (hamburgery, frytki). N(%)	Rzadziej niż kilka razy w miesiącu	53(63,16)	17(58,62)
	Kilka razy w miesiącu	22(26,51)	10(34,48)
	Kilka razy w tygodniu	7(8,43)	2(6,89)
	Codziennie	0(0)	0(0)

Większość badanych spożywała warzywa kilka razy w tygodniu (49,4% kobiet i 55,17% mężczyzn), co trzeci badani (31,32% kobiet i 31,03% mężczyzn) spożywał warzywa każdego dnia. Szczegóły przedstawia Rycina 11.



**Rycina 11. Spożycie warzyw przez respondentów**

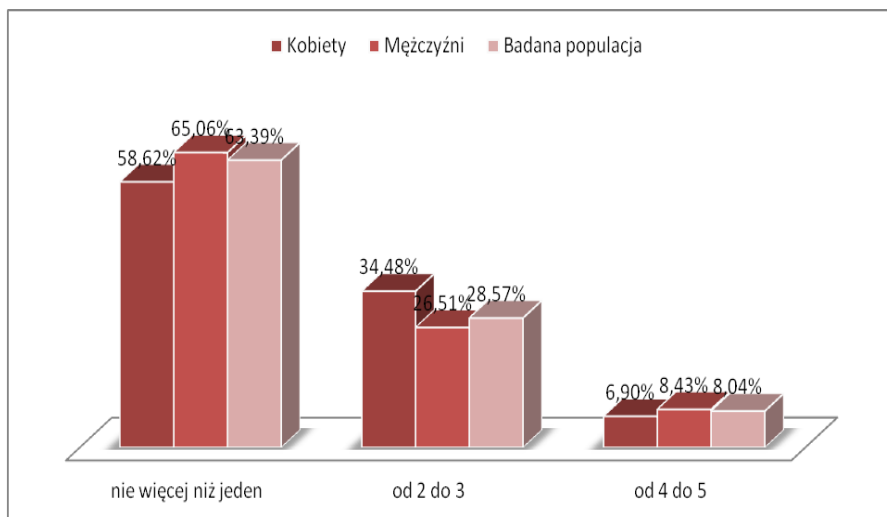
Ponad połowa badanych studentów spożywała owoce kilka razy w tygodniu (50,6% kobiet i 68,96% mężczyzn). Zaś każdego dnia owoce spożywała co trzecia kobieta (31,32%) oraz 17,24 % mężczyzn. Szczegóły przedstawia Rycina 12.



**Ryc. 12. Spożycie owoców przez respondentów**

Większość badanych zjadała dziennie nie więcej niż jeden ciepły posiłek, takich odpowiedzi udzieliło 71 badanych, w tym 54 kobiety i 17 mężczyzn. Od 2 do 3 ciepłych posiłków dziennie zjadało 32 badanych, w tym 22 kobiety i 10 mężczyzn. Niewielka liczba osób zjadła dziennie 4-5 ciepłych posiłków, takich odpowiedzi udzieliło 7

badanych, 5 kobiet i 2 mężczyzn. Rycina 13. 98,21% (110) badanych najczęściej zjadało posiłki w domu, takiej odpowiedzi udzieliło 100% (83) kobiet i 93,1% (27) mężczyzn.



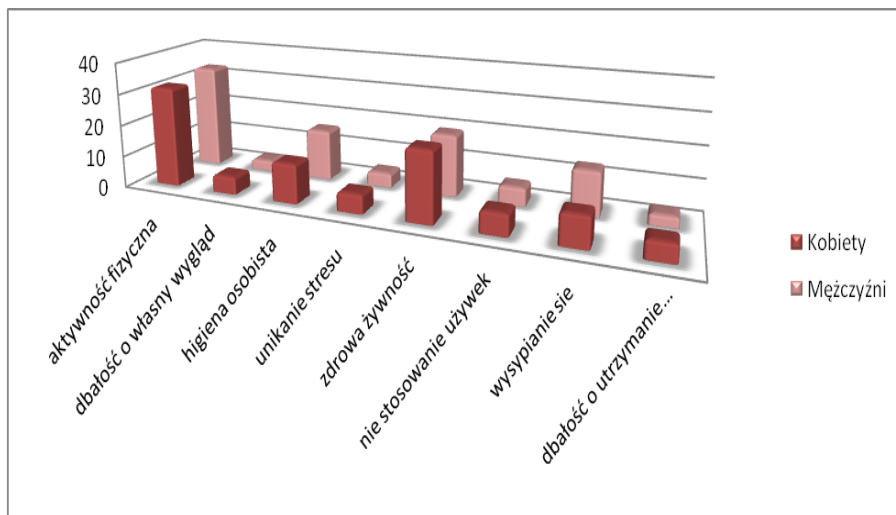
**Rycina 13. Ilość ciepłych posiłków zjadanych dziennie**

Część druga kwestionariusza zawierała pytania dotyczące stylu życia i aktywności fizycznej. Ankietowani zapytani o elementy zdrowego stylu życia odpowiedzieli (Tabela 3, Rycina 14).

**Tabela 3. Opinia badanych na temat zdrowego stylu życia**

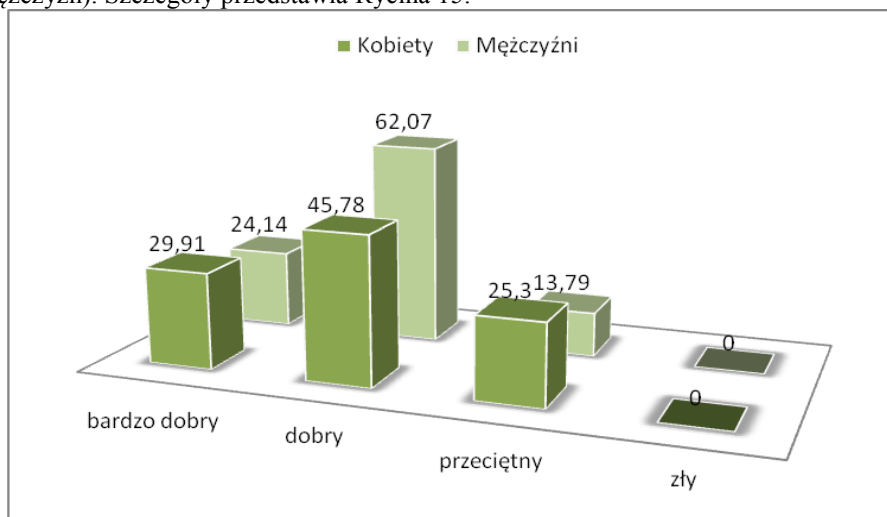
Elementy zdrowego stylu życia:				
	Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%
aktywność fizyczna	26	31,72	10	33,33
dbałość o własny wygląd	4	5,62	1	3,45
higiena osobista	10	12,44	5	16,09
unikanie stresu	5	6,02	1	4,60
zdrowa żywność	18	22,08	6	19,54
nie stosowanie używek	5	6,82	2	5,75
wysypianie się	8	9,63	4	13,79
dbałość o utrzymanie stałej masy ciała	4	5,62	1	3,45

Najczęściej udzielane odpowiedzi to: aktywność fizyczna (32,14%), zdrowa żywność (21,43%) oraz higiena osobista (13,39%).



**Rycina 14. Opinia badanych na temat zdrowego stylu życia**

24 badane kobiety i 7 badanych mężczyzn uważało swój stan zdrowia za bardzo dobry, z kolei 38 kobiet i 18 mężczyzn uważało swój stan zdrowia za dobry. Dość liczna grupa badanych oceniła swój stan zdrowia jako przeciętny (21 kobiet i 4 mężczyzn). Szczegóły przedstawia Rycina 15.



**Ryc. 15. Opinia badanych dotycząca swojego stanu zdrowia**

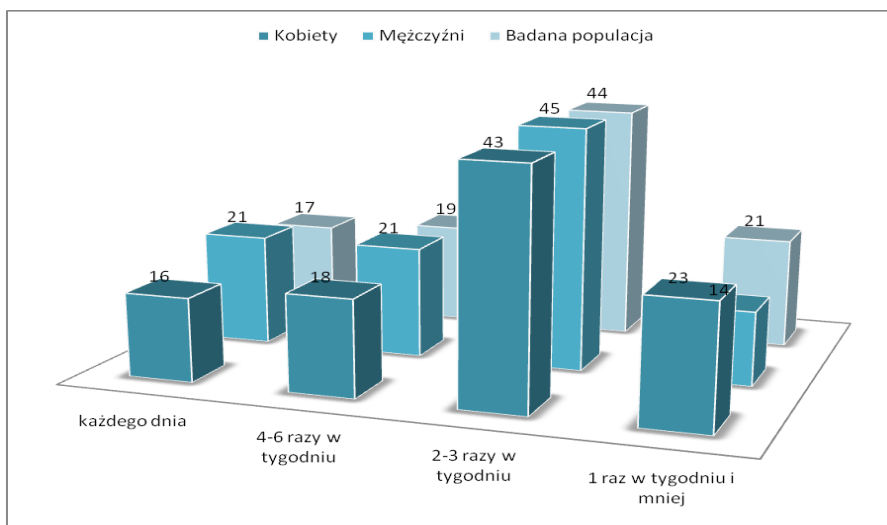
Respondentów zapytano także o formy aktywności fizycznej, jakie podejmowali najczęściej (Tabela 4).

**Tabela 4. Formy podejmowania aktywności fizycznej**

Formy aktywności fizycznej podejmowane najczęściej:						
	Badana populacja		Kobiety		Mężczyźni	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
jazda rowerem	17	15,48	13	16,06	4	13,79
siłownia	10	8,93	4	4,82	6	20,69
aerobik	10	8,93	10	12,05	0	0,00
pływanie	15	13,39	12	14,06	3	10,34
sporty walki	2	2,08	2	2,01	1	2,30
bieganie	2	1,79	2	2,01	0	1,15
tenis ziemny	1	0,60	0	0,00	1	2,30
wspinaczka	0	0,30	0	0,40	0	0,00
spacery	29	26,19	22	26,91	7	24,14
gimnastyka	11	10,12	9	10,44	3	10,34
gry zespołowe	6	5,06	3	3,21	3	10,34

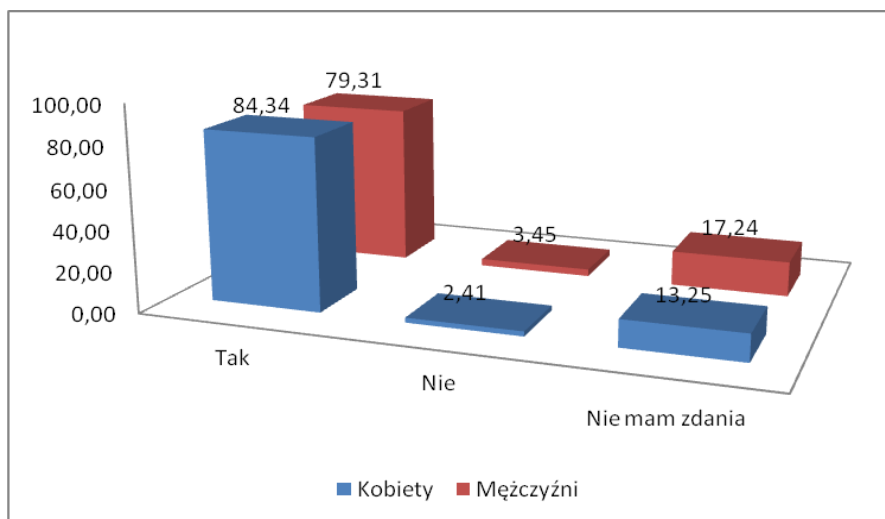
Najczęściej wybraną formą aktywności fizycznej zarówno wśród badanych kobiet, jak i mężczyzn były spacery, odpowiednio: 26,91% i 24,14%. Dużą popularnością wśród kobiet cieszyły się takie formy aktywności fizycznej, jak: jazda rowerem (16,06%), pływanie (14,06%) oraz aerobik (12,05%). Mężczyźni najczęściej wybierali siłownię (20,69%), pływanie (10,34%), gry zespołowe (10,34%) oraz gimnastykę (10,34%).

Respondenci zapytani o częstość podejmowania którejkolwiek z wymienionych aktywności fizycznych odpowiedzieli: „każdego dnia”- 19 (16,96%) badanych, w tym 13 (16,66%) kobiet i 6 (20,69%) mężczyzn, 4-6 razy w tygodniu podejmowało aktywność fizyczną 21 (18,75%) osób badanych, 15 (18,07%) kobiet oraz 6 (20,69%) mężczyzn, 2-3 razy w tygodniu przeznaczają czas na aktywność fizyczną najliczniejsza grupa badanych- 49 (43,75%): 36 (43,37%) kobiet i 13 (44,83% mężczyzn, 23 (20,54%) respondentów, w tym 19 (22,89%) kobiet i 4 (13,79%) mężczyzn podejmowało aktywność fizyczną jeden raz i mniej w tygodniu. Szczegóły przedstawia Rycina 16.



**Rycina 16. Częstości podejmowania aktywności fizycznej przez badanych**

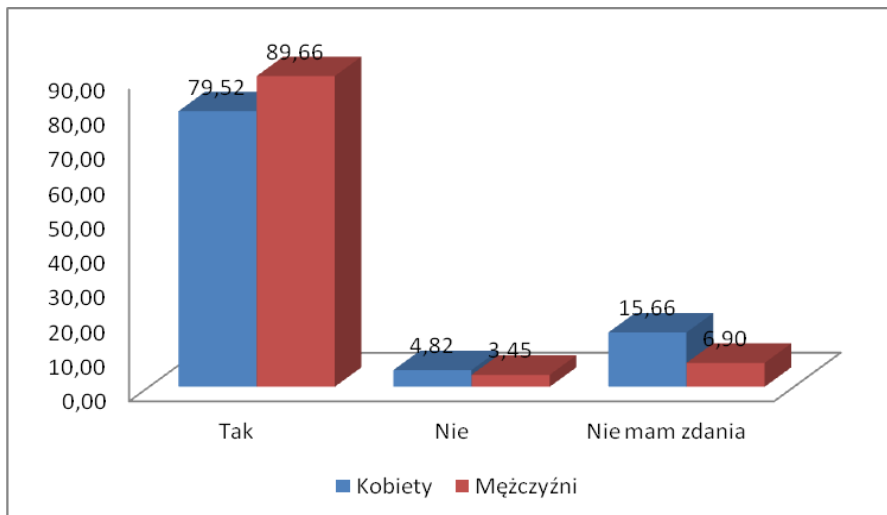
Opinia badanych na temat aktywności fizycznej. Zdecydowana większość badanych (84,34% kobiet i 79,31% mężczyzn) odpowiedziała, iż aktywność fizyczna sprawiała badanemu przyjemność. 3 (2,68%) respondentów odpowiedziało, iż nie odczuwało przyjemności z podejmowanej aktywności fizycznej. 11 (13,25%) kobiet i 5 (6,02%) mężczyzn nie miało zdania na ten temat. Szczegóły przedstawia Rycina 17.



**Rycina 17. Odczuwanie przyjemności w wyniku podejmowania aktywności fizycznej**

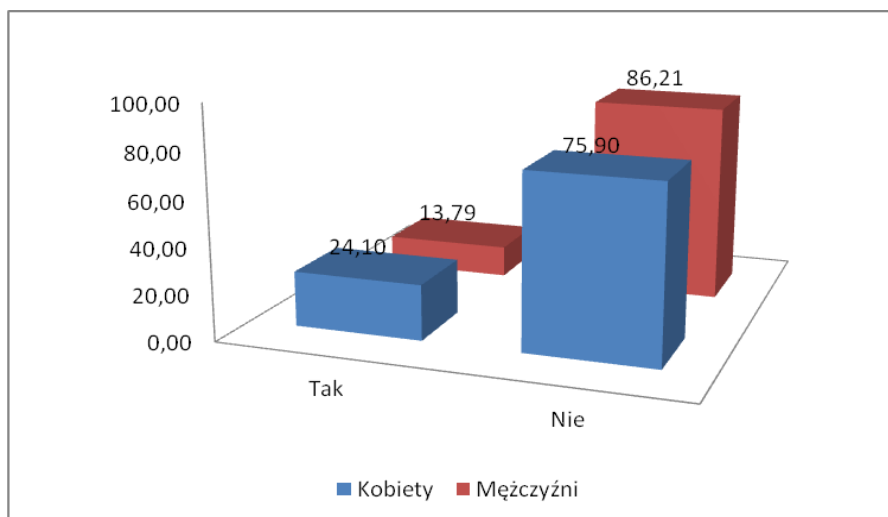


Wśród badanych studentów 66 (79,52%) kobiet i 26 (89,66%) mężczyzn odczuwało lepsze samopoczucie po wysiłku fizycznym podejmowanym regularnie, 15 (13,39%) studentów nie wyraziło swojej opinii. Szczegóły przedstawia Rycina 18.



**Rycina 18** Opinia badanych o odczuwaniu lepszego samopoczucia po wysiłku fizycznym podejmowanym regularnie

Większość respondentów (75,90% kobiet i 86,21% mężczyzn) uważała, iż ilość obowiązkowych zajęć sportowych w czasie studiów jest niewystarczającą. 20 (24,09%) kobiet i 4 (13,79%) mężczyzn uznało, że ilość zajęć sportowych w toku kształcenia jest wystarczającą. Szczegóły przedstawia Rycina 19.



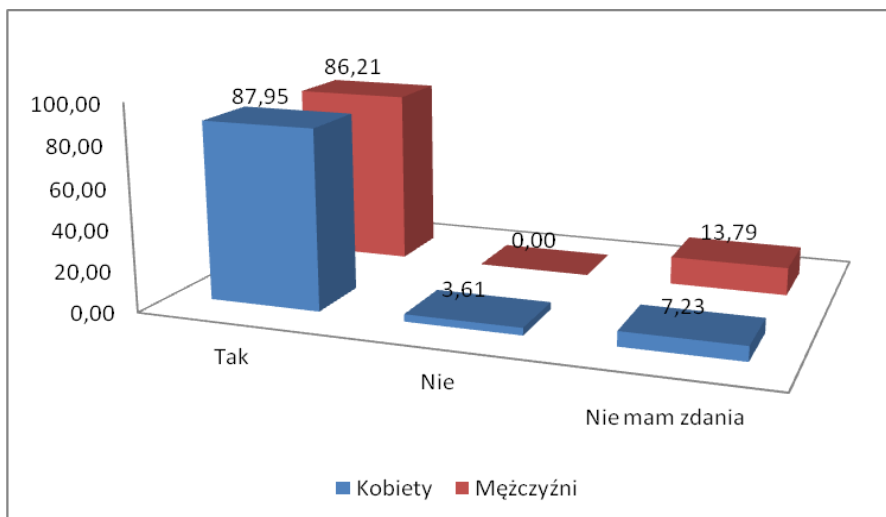
### Rycina 19 Opinia respondentów o wystarczającej ilości obowiązkowych zajęć sportowych na uczelni

Ankietowani zapytani o zajęcia sportowe, których brakuje na uczelni odpowiedzieli, iż brakuje zajęć wychowania fizycznego trwających przez cały okres studiów (25% badanych). Szczegóły przedstawia Tabela 5.

**Tabela 5: Zajęcia sportowe brakujące na uczelni**

Zajęć na pływalni	6 osób (5,36%)
Zajęć wychowania fizycznego trwających przez cały okres studiów	28 osób (25%)
Zajęć na siłowni	3 osoby (2,68%)
Gimnastyki	10 osób (8,93%)

Zdecydowana większość badanych, 73 (87,95%) kobiety i 25 (86,21%) mężczyzn chciałaby poświęcać więcej czasu na aktywność fizyczną, 10 (8,92%) badanych studentów nie wyraziło swojej opinii. Szczegóły przedstawia Rycina 20.



**Rycina 20 Opinia respondentów o poświęcaniu większej ilości czasu na aktywność fizyczną**

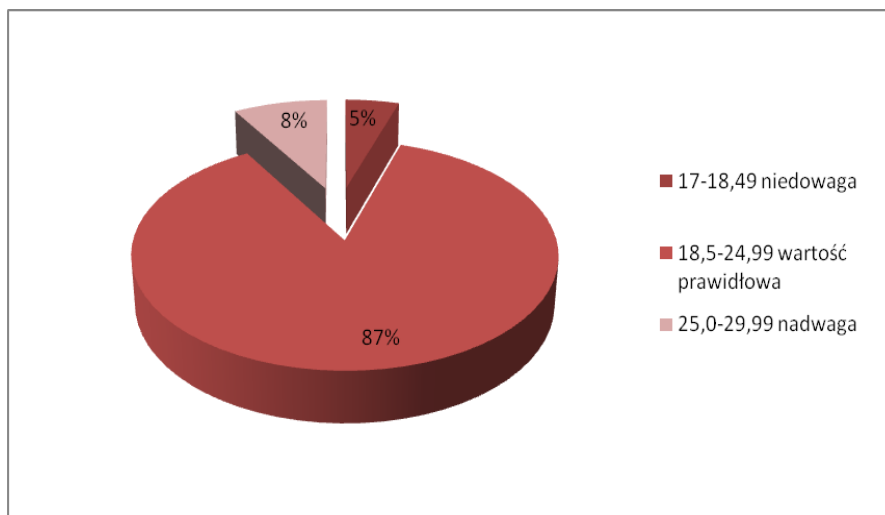
Studenci zostali także zapytani o powody nie podejmowania przez nich aktywności ruchowej. Odpowiedzi zostały przedstawione w Tabeli 6.

**Tabela 6. Powody nie podejmowania aktywności ruchowej przez respondentów**

	Badana populacja		Kobiety		Mężczyźni	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
lenistwo	23	20,54	14	16,87	9	31,03
preferowanie biernego wypoczynku	2	1,79	2	2,01	0	1,15
brak dostępu do obiektów, sprzętu	13	11,61	10	12,45	3	11,49
brak środków materialnych	13	11,61	9	10,44	4	12,64
brak towarzystwa	12	10,71	10	12,45	2	5,75
stan zdrowia	3	2,68	1	1,20	2	6,90
nie istnieją takie powody	23	20,54	21	25,30	3	10,34
brak odpowiedzi	23	20,54	14	17,27	6	20,69

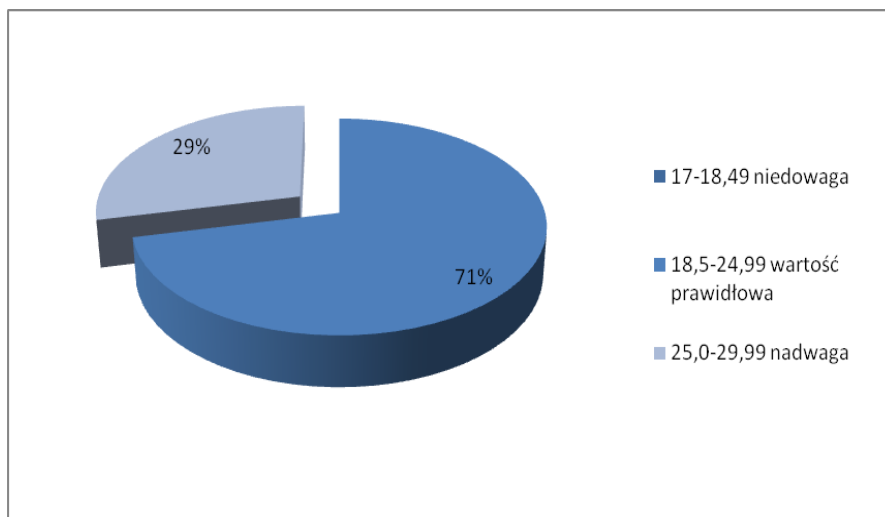
Z analizy wyników badań wynika, iż 20,54% badanej populacji (w tym 16,87% kobiet i 31,03% mężczyzn) nie podejmuje aktywności fizycznej z powodu lenistwa.

Po analizie zebranych danych została dokonana ocena stanu odżywienia studentów w oparciu o parametry antropometryczne, tj. masy ciała i wzrostu na podstawie, których wyliczono wskaźnik wzrostowo-wagowy (kg/m<sup>2</sup>) (BMI – Body Mass Index). Oceny wyników dokonano na podstawie danych WHO [9]. Wyniki przedstawia Rycina 21 i 22



**Rycina 21. Rozkład wskaźnika BMI w grupie kobiet**

Parametry antropometryczne badanych studentów wykazały, że BMI u 81,25% osób było w zakresie normy, w tym 87% kobiet i 71% mężczyzn. Na podstawie wyliczonego wskaźnika BMI wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku odnotowano u 5% kobiet niedowagę, a jedynie u 8% kobiet i 29% mężczyzn nadwagę.



Rycina 22. Rozkład wskaźnika BMI w grupie mężczyzn

## Dyskusja

Liczne badania, potwierdzone doświadczeniami osobistymi wielu ludzi na całym świecie, wskazują niezbicie, że dla zachowania witalności i długowieczności najistotniejszy jest zdrowy styl życia. James Tissot mawiał: „*Ruch może zastąpić wszystkie lekarstwa, ale żadne lekarstwo nie jest w stanie zastąpić ruchu*” [D]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że do 2015 roku na świecie będzie żyć 700 mln ludzi z otyłością, a już dziś 1,5 mld ludzi ma nadwagę [C]. Również w Polsce występowanie nadwagi i otyłości jest bardzo częste. Badania przeprowadzone w 2000 r. przez Instytut Żywności i Żywienia wykazały, że nadwaga występowała u 41% mężczyzn i 28,7% kobiet, a otyłość u 15,7% mężczyzn i 19,9% kobiet [21]. Ważnym elementem prewencji otyłości jest racjonalne odżywianie i systematyczna aktywność fizyczna.

W opinii Skibniewskiej i wsp. [8] studenci stanowią grupę ludzi budzącą szczególne zainteresowanie żywieniowców. Z jednej strony okres studiów to czas dużej aktywności umysłowej i fizycznej, która powinna być wspomagana odpowiednio dobraną dietą. Z drugiej, nieregularny tryb życia i podatność na nowinki mogą prowadzić do utrwalania niewłaściwych nawyków żywieniowych. Badaniem Skibniewskiej i wsp. [8] objęto 200 osób, studentów czwartego i piątego roku studiów wydziałów nauki o żywności Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz

Ghent University w Belgii. Spożywanie trzech i czterech posiłków w ciągu dnia deklarowało odpowiednio 41% i 38% studentów polskich oraz 46% i 39% studentów belgijskich.

Według Iłowa [9], oceniającego zwyczaje żywieniowych studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu z punktu widzenia profilaktyki chorób układu krążenia, 14,4% kobiet i 13,1% mężczyzn spożywało codziennie mniej niż 3 posiłki, a 59,7% kobiet i 62,9% mężczyzn – 3 posiłki w ciągu dnia.

Trefalska i Grzybowski [10], którzy za cel pracy obrali ocenę zwyczajów związanych z żywieniem, (badania przeprowadzone w grupie liczącej 201 studentów z różnych wydziałów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: 127 kobiet – 63,1% i 74 mężczyzn – 36,9% w wieku 19-26 lat) przedstawiają, iż badana grupa studentów preferuje model trzy- i czteroposiłkowy: 46,4% kobiet i 41,9% mężczyzn spożywa 3 posiłki dziennie, nieco mniejszy odsetek badanych (40,9% kobiet i 37,8% mężczyzn) spożywa 4 posiłki w ciągu doby.

Z badań przeprowadzonych w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wynika, iż 39,76% kobiet oraz 48,27% mężczyzn zjada dziennie 2-3 posiłki. Od 4 do 5 posiłków spożywa dziennie 53,01% kobiet i 34,48% mężczyzn. Więcej niż 5 posiłków dziennie spożywa 7,14% badanych osób (4 kobiety i 4 mężczyźni).

W opinii Trefalskiej i Grzybowskiego [10] okazuje się, że większość badanej młodzieży spożywa produkty „Fast food” nie częściej niż 1-2 razy w miesiącu, aczkolwiek pewna grupa osób deklaruje wyższą częstość spożycia – 1-2 razy w tygodniu, a nawet 3-4 razy w tygodniu.

W obecnym badaniu 63,16% kobiet i 58,62% mężczyzn odpowiedziało, że produkty typu „Fast food” spożywa rzadziej niż kilka razy w miesiącu. Kilka razy w miesiącu – 26,51% kobiet i 34,48% mężczyzn, a kilka razy w tygodniu – 8,43% kobiet i 6,82% mężczyzn.

Część badanych przez Trefalską i Grzybowskiego [10] przyznaje, że każdego dnia podjada pomiędzy posiłkami (34,6% kobiet i 35,1% mężczyzn).

W badaniu autorskim na pytanie dotyczące pojadania pomiędzy posiłkami, twierdząco odpowiedziało 50 kobiet (60,24%) oraz 22 (75,86%) mężczyzn.

W badaniu Trefalskiej i wsp. [11] z 2007r. celem była ocena warunków życia i stanu zdrowia studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Badaną grupę stanowiły 163 osoby, w tym 77% kobiet i 23% mężczyzn. Ponad połowa zbiorowości – 66% kobiet i 60% mężczyzn określiła swoje zdrowie jako dobre, nikt z badanych nie uważał swojego zdrowia za bardzo złe. Bardzo dobre zdrowie deklarowało 13% kobiet i 30% mężczyzn, zaś złe 3% mężczyzn.

Z analizy wyników obecnego badania wynika, iż 24 (28,92%) badane kobiety i 7 (24,14%) badanych mężczyzn uważa swój stan zdrowia za bardzo dobry, z kolei 38 (45,78%) kobiet i 18 (62,07%) mężczyzn uważa swój stan zdrowia za dobry. Dość liczna grupa badanych ocenia swój stan zdrowia jako przeciętny, 21 (25,30%) kobiet i 4 (13,79%) mężczyzn.

W opinii Iłowa [9], zaleca się codzienne picie wody mineralnej, naturalnych soków warzywnych i owocowych w ilości nie mniejszej niż 1 litr. Stwierdzono statystycznie istotną różnicę między grupą studentów i studentek w ilości pitej wody mineralnej w ciągu dnia. Mężczyźni deklarowali, że piją wodę mineralną częściej w większych ilościach niż badane kobiety. Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w spożyciu soków owocowych i warzywnych między grupą mężczyzn i kobiet. Nie piło

regularnie soków 42,0% studentów i 40,9% studentek, spożycie w ilości 0,25 litra na dzień zadeklarowało 29,0% mężczyzn i 31,4% kobiet, w ilości 0,50–0,75 litra odpowiednio 25,7% do 25,2%.

Z badania przeprowadzonego wśród populacji studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wynika, iż mniej niż dwie szklanki płynów wypija dziennie 16,96% ankietowanych (w tym 19,25% kobiet i 10,35% mężczyzn). Od 2 do 4 szklanek płynów wypija dziennie 28 (33,73%) kobiet oraz 4 (13,78%) mężczyzn. Badania wykazały, iż 34

(82% badanych; w tym 36,14% kobiet i 31,03% mężczyzn) wypija dziennie od 5 do 7 szklanek płynów z wyłączeniem herbaty i kawy. 19,64% badanych (10,84% kobiet i 44,83% mężczyzn) wypija dziennie 8 i więcej szklanek płynów.

Badania Szponar i Krzyszychy [12], przeprowadzono w okresie listopad–grudzień 2007 r. w grupie 193 studentów (127 kobiet i 66 mężczyzn) Uniwersytetu Medycznego w Lublinie reprezentujących różne kierunki studiów, dotyczące regularności spożywania posiłków i preferencji żywieniowych, przedstawiają iż, większość studentów (81,5%) odznaczała się prawidłową masą ciała, to jednak zaobserwowano istotnie statystycznie różnice między masą ciała kobiet i mężczyzn.

Badania własne pokazują, iż BMI u 81,25% badanych osób było w zakresie normy. Podobne wyniki przedstawia także badania Charkiewicz i wsp. [13], przeprowadzone w grupie 43 studentek, oceniająca sposób ich odżywiania. BMI u 75% badanych osób było w zakresie normy.

Przeprowadzone badania wykazują, iż 58,03% studentów nie stosowało w swoim życiu diety (oczyszczającej, redukcyjnej i innych), Łaszek i wsp. [14] przedstawiła wyniki, gdzie większość ankietowanych studentów (83,6%) nie stosowała żadnej diety.

Odmienne wyniki przedstawia w swojej pracy Semaniuk [15], na podstawie badań zrealizowanych wśród 253 studentów Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie, w okresie od listopada 2007 roku do lutego 2008 roku. Wśród respondentów ponad połowa studentów, która deklaruwała stosowanie diety alternatywnej, korzystała głównie z różnych diet redukcyjnych. Zarzeczna-Baran i wsp. [16] przedstawia, iż 23,85% badanych nie stosuje na co dzień diety, zaś 5 (1,84%) badanych ściśle przestrzega zaleceń dietetycznych w codziennym odżywianiu.

Podobne badania wśród społeczności studentów, przeprowadziła w 2002r. Uramowska-Żyto i wsp. [17]. Porównując spożycie poszczególnych produktów spożywczych, w cytowanym badaniu 46,8% badanej grupy spożywa owoce każdego dnia, zaś warzywa 53,4%. Mleko i przetwory mleczne, w badaniu Uramowskiej-Żyto [17], codziennie spożywa 46% badanych, zaś sporadycznie 35,2%.

W badaniu autorskim codziennie owoce spożywa 31% kobiet i 17,24% mężczyzn, kilka razy w tygodniu- 50,8% kobiet i 68,96% badanych mężczyzn. Warzywa codziennie spożywa 31,32% kobiet i 31,03% mężczyzn, kilka razy w tygodniu 49,4% kobiet i 55,17% mężczyzn. Produkty mleczne każdego dnia spożywa 41% kobiet 37,93% mężczyzn, kilka razy w tygodniu-41% kobiet i 58,62% mężczyzn.

Porównanie spożycia słodczy i słonych przekąsek wygląda następująco: w cytowanym badaniu, Uramowskiej- Żyto [17] chipsy i słone przekąski spożywa każdego dnia 5,5% badanych, kilka razy w tygodniu-27,1%, sporadycznie-55,7%. Spożycie słodczy rozkłada się następująco: codziennie-12,1% badanych, kilka razy w tygodniu-42,2%, sporadycznie- 22,8%.

W grupie respondentów biorących udział w niniejszym badaniu spożycie chipsów i słonych przekąsek rozkłada się następująco: każdego dnia- 4,82% kobiet i 3,45% mężczyzn, kilka raz w tygodniu- 10,84% kobiet i 27,59% mężczyzn, kilka razy w miesiącu- 53,01% kobiet i 58,62% mężczyzn. Spożycie słodczy przedstawia się następująco: 21,69% kobiet i 6,89% mężczyzn spożywa słodczy każdego dnia, kilka razy w tygodniu: 41% kobiet i 58,62% mężczyzn, kilka razy w miesiącu, analogicznie 27,71% i 31,03% kobiet i mężczyzn.

W obu badaniach respondenci zostali zapytani, gdzie najczęściej spożywają posiłki. W badaniu Uramowskiej-Żyto [17], 87,8% respondentów zjada obiad w domu, w badaniu autorskim 100% kobiet i 93,1% mężczyzn posiłki najczęściej zjada także w domu.

Badania własne pokazują, iż 63 (75,9%) kobiety i 25 (86,2%) mężczyzn uważa, iż uczelnia nie zapewnia wystarczającej ilości zajęć sportowych. Odwrotna sytuacja przedstawia się w badaniu Kochanowicz [18]. Zdecydowana większość (75%) uważa, że uczelnia oferuje wystarczającą ilość zajęć sportowych na I roku studiów. Pozostała część badanych (25%) uważa, że zajęć sportowych jest za mało.

Jesienią 2004 Duda [19] przeprowadziła badania w grupie 202 studentów (63 kobiety i 139 mężczyzn) I roku studiów dziennych, pytając m.in. o częstość podejmowania aktywności fizycznej w tygodniu. Uzyskała następujące odpowiedzi: codziennie 68,26% kobiet i 66,19% mężczyzn, 4-5 razy w tygodniu 9,52% kobiet oraz 11,51% mężczyzn, 2-3 razy w tygodniu 9,52% kobiet 18,71% mężczyzn, 1 raz w tygodniu 3,17% kobiet, nieregularnie- 9,52% kobiet i 3,59% mężczyzn.

Badania autorskie wykazały iż, każdego dnia aktywność fizyczną podejmują 13(16,66%) kobiet i 6 (20,69%) mężczyzn, 4-6 razy w tygodniu podejmuje aktywność fizyczną 15 (18,07%) kobiet oraz 6 (20,69%) mężczyzn, 2-3 razy w tygodniu -36 (43,37%) kobiet i 13 (44,83% mężczyzn, 19 (22,89%) kobiet i 4 (13,79%) mężczyzn 1 raz i mniej w ciągu tygodnia podejmuje aktywność fizyczną.

W pracy Palicy [ 20], badającej motywy podejmowania aktywności fizycznej przez studentów, respondenci odpowiedzieli, iż według ich opinii głównymi przyczynami małej aktywności fizycznej społeczeństwa są: lenistwo (42% badanych), brak czasu (47% badanych), brak świadomości (16%), bariera finansowa (10%), brak możliwości (20%), komputer, TV (12%).

Natomiast studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku podają następujące powody nie podejmowania aktywności fizycznej: lenistwo (20,54% respondentów), preferowanie biernego wypoczynku (1,79%), brak dostępu do obiektów, sprzętu (11,61%), brak środków materialnych (11,61%), brak towarzystwa(10,71%), stan zdrowia (2,68%).

Zdaniem Palicy [20] studenci najczęściej wybierają następujące formy aktywności fizycznej: bieganie 53,97% kobiet i 64,03% mężczyzn, gra w piłkę 42,85% kobiet i 85,61% mężczyzn, pływanie 69,84% kobiet i 63,31% mężczyzn, ćwiczenia gimnastyczne 3,17% kobiet i 6,47% mężczyzn, jazda rowerem 46,03% kobiet i 43,88% mężczyzn, łyżwy, narty 34,92% kobiet i 20,14 % mężczyzn, tenis 4,76% kobiet i 13,67% mężczyzn, aerobik 22,22% i kobiet 0,72 % mężczyzn, spacer 60,32% kobiet i 44,60% mężczyzn.

Badania przeprowadzone wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wykazały, iż największą popularnością wśród aktywności fizycznych cieszą się: spacer (26,19% badanych), jazda rowerem (15,48%), pływanie (13,39%), gimnastyka (10,12%), siłownia i aerobik (8,93%). Właściwy tryb życia jest bardzo

ważny dla naszego organizmu dla dobrego samopoczucia, zdrowia i jak najdłuższego pozostania w dobrej kondycji.

### **Wnioski**

1. Większość badanych zadeklarowała spożywanie dziennie 4 i więcej posiłków oraz wypijanie 5 i więcej szklanek płynów, z wyłączeniem kawy i herbaty.
2. Zdecydowana większość ankietowanych studentów przyznała, że podjada pomiędzy posiłkami, a także odczuwa głód.
3. Pośród najważniejszych elementów zdrowego stylu życia studenci najczęściej wymieniali aktywność fizyczną, zdrowe odżywianie oraz higienę osobistą.
4. Głównymi motywami nie podejmowania aktywności fizycznej przez respondentów były lenistwo, brak dostępu do obiektów sportowych, sprzętu, a także brak środków materialnych.
5. Parametry antropometryczne badanych studentów wykazały, iż BMI u 81,25% osób było w zakresie normy, w tym 87% kobiet i 71% mężczyzn.

### **Piśmiennictwo**

1. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Warszawa, 2007, 7.
2. Wysocki M. J., Miller M.: Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne, *Przeł. Epidemiol.*, 2003, 57, 505–512.
3. Drabik J.: Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych cz. II. AWF Gdańsk, 1996, 215.
4. Barankiewicz J.: Leksykon wychowania fizycznego i sportu szkolnego. Warszawa, 1998, 11.
5. Żydzik M.: Racjonalne żywienie dzieci i młodzieży w zakładach zbiorowego żywienia typu zamkniętego. Gliwice, 2009, 7.
6. Jaskólski A., Jaskólska A.: Podstawy fizjologii wysiłku fizycznego z zarysem fizjologii człowieka. Wrocław, 2009, 419.
7. Hasik J., Gawęcki J.: Żywienie człowieka zdrowego i chorego. Warszawa, 2003, tom II, 33-36.
8. Skibniewska K. A., Radzyńska M., Jaworska M.M., Babicz-Zielińska E.: badania zwyczajów żywieniowych studentów polskich i belgijskich. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2009, 4, 250 – 258.
9. Iłow R.: Ocena zwyczajów żywieniowych studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu. *Adv. Clin. Exp. Med.*, 2005, 14, 929–938.
10. Trafalska E., Grzybowski A.: Zwyczaje i zachowania żywieniowe studentów z Łódzkiego Uniwersytetu Medycznego. *Now. Lek.*, 2003, 72, 120-123.
11. Trafalska E., Paradowska-Stankiewicz I., Grzybowska A., Grzybowski A.: Warunki życia i stan zdrowia w samoocenie studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Now. Lek.*, 2003, 72, 154-157.
12. Szponar B. Krzyszycha R.: Ocena sposobu odżywiania studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w roku akademickim 2007–2008. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 2009, 2, 111 – 116.



13. Charkiewicz W. J., Markiewicz R., Borawska M. H.: Ocena sposobu żywienia studentek Dietetyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 2009, 3,; 699 – 703.
14. Łaszek M., Nowacka E., Gawron-Skarbek A., Szatko F.: Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów. Część II. Aktywność ruchowa i nawyki żywieniowe. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2011, 92, 461-465.
15. Semeniuk W.: Zwyczaje żywieniowe studentów z Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie stosujących diety alternatywne. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2009, 65, 227 – 235.
16. Zarzeźna-Baran M., Wojdak-Haasa E.: Wiedza studentów Akademii Medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2007, 88, 55-59.
17. Uramowska- Żyto B., Kozłowska-Wojciechowska M., Jarosz A., Makarewicz-Wujec M.: Wybrane elementy stylu życia studentów wyższych uczelni w świetle badań empirycznych. *Roczn. PZH.*, 2004, 55, 171-179.
18. Kochanowicz B.: Poziom sprawności fizycznej studentów kierunku fizjoterapii Akademii Medycznej w Gdańsku a ich postawa wobec różnych form aktywności ruchowej. *Ann. Acad. Med. Gedan*, 2007, 37, 53-62.
19. Duda B.: Aktywność fizyczna studentów Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku przykładem zdrowego stylu życia. *Annals UMCS, Sectio D.*, 2005,9, 387-390.
20. Palica D., Karkoszka G., Wołkowycka B.: Motywy podejmowania przez studentów aktywności ruchowej. [w:] *Aktywność przez całe życie. Zdrowie i sprawność studentów pod kontrolą.*, pod red. Barabasz Z., Zadarko E.. Krosno, 2010, 199-209.
21. Kłosiewicz-Latoszek L.: Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2010, 91, 39-343.

### Netografia

- A. World Health Organization, Definition of Health, <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>, data pobrania: 20.03.2012.
- B. World Health Organization, Global Database on Body Mass Index [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html), data pobrania: 20.03.2012.
- C. World Health Organization, Obesity and overweight <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, data pobrania: 20.03.2012.
- D. Cytaty o zdrowiu i aktywności ruchowej <http://www.zs2-stargardpck.pl/tl/Cytaty-o-zdrowiu-i-aktywno%26%23347%3Bci-ruchowej-.htm>, data pobrania: 20.03.2012.

**Oleszczuk Tadeusz<sup>1</sup>, Wagner Ryszard<sup>1</sup>, Kowalewska Beata<sup>1</sup>, Wagner-Oleszczuk Małgorzata<sup>2</sup>**

## **Zmiany patomorfologiczne tarczycy a zaburzenia budowy gruczołu piersiowego. Mastopatia a rak tarczycy**

<sup>1</sup> Instytut Medyczny, Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

<sup>2</sup> Szpital Wojewódzki w Łomży, pion onkologii

Tarczyca jest największym gruczołem wydzielającym hormony, które mają swoje miejsce działania (receptory) we wszystkich komórkach ustroju człowieka [1-3]. Zakres zaburzeń jej pracy i całego mechanizmu powiązań z wydzielaniem innych hormonów może wywoływać efekty patologii dotyczącej wielu narządów. Jedną z najbardziej wrażliwych tkanek na tyroksynę jest tkanka nabłonkowa gruczołu piersiowego. Długotrwałe przesunięcia w ilości wydzielanego hormonu mogą powodować występowanie nadmiernego pobudzenia lub hamowania komórek nabłonka, prowadząc do powstawania zmian określanych jako patologiczne. Najczęściej jest to dysplazja włóknisto-torbielowata (mastopatia), gdzie nierównomierny wzrost tkanki gruczołowej i łącznej powoduje powstawanie torbieli i zwłóknień stwierdzanych czy to w badaniu palpacyjnym, USG, czy mammografii [1-3].

Poza wpływem hormonów produkowanych przez tarczycę, również inne gruczoły wydzielają hormony działające na komórki nabłonka gruczołu piersiowego, takie jak: prolaktyna, estrogeny, progesteron, androgeny. Jednak na produkcję tych hormonów w określonych gruczołach również mają wpływ hormony produkowane przez tarczycę [3]. W związku z tym, u 35-60% kobiet mających stwierdzone zmiany najczęściej włóknisto-torbielowe (mastopatyczne) jednocześnie występują nieprawidłowości w budowie tarczycy. Te zjawisko dotyczy tak samo zmian łagodnych, jak i nowotworów złośliwych tkanki gruczołu piersiowego i tarczycy [4-6].

Problemem współczesnej medycyny jest odpowiednie działanie profilaktyczne i lecznicze szczególnie u tych pacjentek, które są leczone z powodu nowotworu tarczycy. Tak duże nasilenie zaburzeń hormonalnych może prowadzić do przejścia łagodnych zmian mastopatycznych obecnych w piersiach w zmiany złośliwe [7]. Okazuje się, że część chorych na nowotwór złośliwy tarczycy zachoruje na nowotwór złośliwy piersi. Szczególnie więc ta grupa chorych kobiet powinna być poddawana rygorystycznej kontroli mammograficznej czy badaniom USG. Diagnostyka ta powinna być uzupełniona w przypadku zmian podejrzanych biopsją. Dopiero prawidłowo wykonana biopsja pod kontrolą aparatu USG stanowi podstawę do dalszego monitorowania zaburzeń.

Należy pamiętać, że zmiany mastopatyczne, występujące jednocześnie ze zmianami w tarczycy, współistnieją również z innymi objawami zaburzeń hormonalnych, takimi jak np: cukrzyca typu I, czy zaburzenia wydzielania hormonów

plciowych objawiającymi się nadmiernym przerostem błony śluzowej macicy i nadmiernymi, nieprawidłowymi krwawieniami [6, 8-11].

Pierwotne stwierdzenie mastopatii zwykle zaczyna się od zgłaszania nadmiernego bólu piersi trwającego kilka bądź kilkanaście dni przed krwawieniem miesięcznym [4, 12]. Dotyczy to szczególnie kobiet w okresie rozrodczym pomiędzy 18. a 50. rokiem życia. Takie dolegliwości o różnym stopniu nasilenia dotyczą ponad 60% kobiet [4, 12]. Czasem towarzyszy im wyciek z obu piersi, samoistny lub po ucisku, świadczący o tym, że czynnik wywołujący wyciek jest obecny we krwi. Najczęściej przyczyną powyższego jest nadmierne wydzielanie prolaktyny, powiązanej z produkcją hormonów tarczycy i dlatego, w takich przypadkach, należy wykluczyć możliwość patologii w tym gruczole. Zaburzenia poziomu hormonów, które mają swoje odbicie w nieprawidłowym wydzielaniu dotyczą wszystkich komórek organizmu, w których znajdują się ich receptory [13].

Podobnie, gdy stwierdzono zwiększoną częstość występowania raka piersi u kobiet pierwotnie chorujących na raka tarczycy, przeprowadzono badania, w których wykazano, iż ponad 40% chorych na raka piersi miało podejrzenie zmiany w badaniu USG wymagające dalszej obserwacji [14]. Obecnie na świecie stwierdza się wzrost zachorowań na raka tarczycy [15, 16].

W tabeli 1 pokazano procentowe występowanie różnych typów raka piersi u pacjentek, u których wykryto raka tarczycy.

Z tabeli też wynika, że raka tarczycy został stwierdzony tylko w najczęściej występujących postaciach raka piersi. Może to świadczyć o wspólnym hormonalnym pochodzeniu tych zaburzeń w morfologii tkanki piersi i tarczycy.

W literaturze przedmiotu [10, 11, 17, 18] przedstawiono opinię o konieczności opracowania nowych schematów leczenia oraz profilaktyki u chorych na nowotwory złośliwe występujące jednocześnie u tego samego chorego. Stanowi to wyzwanie dla współczesnej onkologii. W powyższym celu wykorzystywana jest wiedza, że hormony tarczycy mogą również pełnić rolę uwrażliwiającą komórki raka piersi na leczenie chemiczne [10, 11, 17, 18].

Stwierdzone wyższe ryzyko zachorowania na raka piersi u kobiet leczonych z powodu raka brodawkowego staje się jeszcze większe w przypadku, jeśli kobieta nie rodziła. W ogólnych czynnikach ryzyka, każdy poród zmniejsza stopień zagrożenia rakiem piersi, choć go nie wyklucza w przyszłości [19].

Wobec powyższych informacji okazuje się, że nie tylko badanie cytologiczne oraz USG piersi wykonywane raz w roku pozwala cieszyć się pełnią zdrowia, ale kolejnym krokiem powinno być badanie USG tarczycy, przynajmniej raz na kilka lat.

U większości kobiet, u których stwierdza się nadwagę czy otyłość, obserwowane są zmiany w tarczycy, częściowo odpowiedzialne za zaburzenia metaboliczne im towarzyszące lub promujące [20-22]. Pamiętać należy, że tkanka tłuszczowa jest miejscem syntezy oraz zmian w metabolizmie i wydzielaniu innych hormonów, stąd otyłość zwiększa ryzyko raka tarczycy [23].

Powiązanie tych spostrzeżeń daje obraz złożoności mechanizmów decydujących o prawidłowej fizjologii komórek, gdzie występuje sieć zależności. Jednym z głównych czynników wpływających na funkcje wszystkich tkanek jest funkcja tarczycy. Obustronne i dwukierunkowe powiązanie zmian w tarczycy i w piersiach, podobnie jak zwiększone ryzyko wystąpienia raka w obu tych miejscach, pozwala zwrócić uwagę na konieczność oceny tarczycy w badaniu USG, jako badaniu profilaktycznym, a szczegól-

nie w grupie kobiet ze zmianami mastopatycznymi. W położnictwie ocena funkcji tarczycy weszła w skład zlecanych badań dla kobiet w ciąży.

**Tabela.1 Patologia raka piersi a zachorowalność na raka tarczycy [14]**

Pathology	No. (%)	No. of thyroid cancer (%)
Invasive ductal carcinoma	393 (75.9)	9 (69.2)
DCIS	73 (14.1)	4 (30.8)
Mucinous carcinoma	15 (2.9)	-
Medullary carcinoma	10 (1.9)	-
Invasive lobular carcinoma	10 (1.9)	-
Cribriform carcinoma	6 (1.1)	-
LCIS	3 (0.6)	-
Metaplastic carcinoma	2 (0.4)	-
Malignant phyllodes tumor	2 (0.4)	-
Micropapillary carcinoma	2 (0.4)	-
Intracystic papillary carcinoma	1 (0.2)	-
Malignant fibrous histiosarcoma	1 (0.2)	-
Total	518 (100)	13 (100)

DCIS ( ductal carcinoma *in situ*), LCIS (lobular carcinoma *in situ*)

W opinii Bogardus i Finley [24] zarówno nadczynność, jak i niedoczynność tarczycy, może prowadzić do takich zaburzeń w obrębie tkanki gruczołu piersiowego, które będą objawiały się jako torbiele czy zwłóknienia. Tworzy to obraz zwyrodnienia włóknisto-torbielowatego. Również niedobór jodu w pożywieniu, będący przyczyną zaburzonego metabolizmu tarczycy, zwiększa ryzyko zmian mastopatycznych [24]. Jednak większym problemem jest znacząco częściej występowanie raka tarczycy u kobiet chorujących na raka piersi w stosunku do kobiet, u których w piersiach nie stwierdza się zmian w obrazie USG [25]. Najbardziej odpowiednie byłoby wykonywanie jednocześnie badania USG piersi i tarczycy podczas każdej wizyty kontrolnej.

W oparciu o przedstawione piśmiennictwo oraz własne obserwacje autorzy pracy zalecają kontrolne badanie tarczycy w postaci USG i badań hormonalnych dla kobiet będących w grupach ryzyka zachorowania, czy zgłaszających się z powodu zmian włóknisto-torbielowatych w piersiach. Ponadto zalecamy, aby lekarze opieki podstawowej również zwracali uwagę na badanie piersi u kobiet chorujących na zaburzenia funkcji tarczycy. Najlepszą i najbardziej dostępną metodą w tych przypadkach jest wykonanie USG piersi u kobiet miesiączkujących.

### Piśmiennictwo

1. Mizia-Stec K., Zych F., Widala E.: Mastopathy and simple goiter--mutual relationships. *Przegl. Lek.*, 1998, 55, 250-258.

2. Goriushina O.G.: New tactics in caring patients with diffused mastopathy: detection, classification, diagnosis, *Voen. Med. Zh.*, 2004, 325, 57-61.
3. Huber J., Vytiska E.: Endocrinology of mastopathy and small breast cancer, *Wien. Med. Wochenschr.*, 1987, 137, 116-119.
4. Adamopoulos D.A., Vassilaros S., Kapolla N., Papadiamantis J., Georgiakodis F., Michalakis A.: Thyroid disease in patients with benign and malignant mastopathy, *Cancer*, 1986, 57, 125-128.
5. Zych F., Mizia-Stec K., Mucha Z., Zych-Twardowska E.: *Pol. Merkuriusz Lek.*, 1996, 1, 227-228.
6. Kobiashvili H., Charkviani L., Charkviani T.: Organ preserving method in the management of atypical endometrial hyperplasia. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.*, 2001, 22, 297-299.
7. Makaridze T., Mardaleishvili K.: Suppressive therapy after surgical treatment of thyroid gland cancer in patients with mastopathy, *Georgian Med. News.*, 2007, 148-149, 17-20.
8. Kudva Y.C., Reynolds C., O'Brien T., Powell C., Oberg A.L., Crotty T.B.: Diabetic mastopathy," or sclerosing lymphocytic lobulitis, is strongly associated with type 1 diabetes, *Diabetes Care*, 2002, 25, 121-126.
9. Bublikov I.D., Kulikov E.P., Varenov B.M.: Hormonal status of patients with mastopathy, *Vopr. Onkol.*, 2000, 46, 172-174.
10. Kudva Y.C., Reynolds C.A., O'Brien T., Crotty T.B.: Mastopathy and diabetes, *Curr. Diab. Rep.*, 2003, 3, 56-59.
11. Seidman J.D., Schnaper L.A., Phillips L.E.: Mastopathy in insulin-requiring diabetes mellitus. *Hum. Pathol.*, 1994, 25, 819-824.
12. Ballagh S.A., Stover T.L., Maragos T.G., Reynolds M.D., Wolfey G.D., Esserman L.J., Herbst J.R., Kirkegaard L.W., Teichman S.L.: A multicenter randomized trial of DIAC for cyclical mastopathy. *Prim. Care Update Ob. Gyns.*, 1998, 5, 211.
13. D'Allesandro B., Esposito V., Lo Iudice G., Cagnoni M., Tarquini B.: Ultradian (12-hr) significant component in serum prolactin of healthy women and patients with fibrocystic mastopathy, *Prog. Clin. Biol. Res.*, 1987, 227B, 281-284.
14. Jeong Seon P., Ki Keun Oh., Eun-Kyung K.: Sonographic detection of thyroid cancer in breast cancer patients. *Yonsei Med. J.*, 2007, 28, 63-68.
15. Liu S., Semenciw R., Ugnat A.M., Mao Y.: Increasing thyroid cancer incidence in Canada. 1970-1996: time trends and age-period-cohort effects. *Br. J. Cancer.*, 2001, 85, 1335-1339.
16. Reynolds R.M., Weir J., Stockton D.L., Brewster D.H., Sandeep T.C., Strachan M.W.: Changing trends in incidence and mortality of thyroid cancer in Scotland. *Clin Endocrinol. (Oxf)*, 2005, 62, 156-162.
17. Kasai Y., Kawakita E., Uchida A.: Clinical profile of long-term survivors of breast or thyroid cancer with metastatic spinal tumours. *Int Orthop.*, 2007, 31, 171-175.
18. Suhane S., Ramanujan V.K.: Thyroid hormone differentially modulates Warburg phenotype in breast cancer cells. *Biochem. Biophys. Res. Commun.*, 2011, 14, 73-78.
19. Consorti F., Di Tanna G., Milazzo F., Antonaci A.: Nulliparity enhances the risk of second primary malignancy of the breast in a cohort of women treated for thyroid cancer. *World J. Surg. Oncol.*, 2011, 12, 88.
20. Cappelli C., Pirola I., Mittempergher F., De Martino E., Casella C., Agosti B., Nascimbeni R., Formenti A., Rosei EA, Castellano M.: Morbid obesity in women

- is associated to a lower prevalence of thyroid nodules. *Obes. Surg.*, 2012, 22, 460-464.
21. Fröhlich E., Wahl R.: Do antidiabetic medications play a specific role in differentiated thyroid cancer compared to other cancer types?. *Diabetes Obes. Metab.*, 2012, 14, 204 - 213.
  22. Leonibus C., Giannini C., Corazzini V., Chiarelli F., Mohn A.: Thyroid dysfunction in obese pre-pubertal children: Oxidative stress as a potential pathogenetic mechanism. *Free Rad. Res.*, 2012, 46, 303-309.
  23. Kitahara C.M., Platz E.A., Park Y., Hollenbeck A.R., Schatzkin A., Berrington de González A.: Body fat distribution, weight change during adulthood, and thyroid cancer risk in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Int. J. Cancer.*, 2012, 130, 1411-1419.
  24. Bogardus G.M., Finley J.W.: Breast cancer and thyroid disease. *Surgery*, 1961, 49, 461.
  25. Park J.S., Oh K.K., Kim E.K., Chang H.S., Hong S.W.: Sonographic screening for thyroid cancer in females undergoing breast sonography. *AJR.*, 2006, 186, 1025-1028.



**Chilińska Joanna Zofia<sup>1,2</sup>, Popiołek Ewa<sup>1</sup>, Sobocińska Agnieszka<sup>1</sup>, Wróblewska Krystyna<sup>1,2</sup>.**

## **Opieka długofalowa nad pacjentem z czerwienicą prawdziwą**

<sup>1</sup> Szpital Wojewódzki im Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

<sup>2</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

**Czerwienica prawdziwa** należy do bardzo rzadkich schorzeń układu krwiotwórczego. Częstość występowania szacuje się na 1,9 – 2,3 zachorowań na 100 tysięcy osób [1,2,3]. Istnieją doniesienia o zachorowalności nawet 20 osób na 100 tysięcy [3]. W Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych występuje około 5 – 16 nowych przypadków na 1 milion populacji rocznie. Najczęściej zapadają osoby pomiędzy 40. a 70. rokiem życia [1]. U mniej niż 5% chorych schorzenie to dotyczy ludzi poniżej 40. roku życia. W nielicznych przypadkach (0,1%) chorobę rozpoznawano poniżej 20. roku życia [1]. Mężczyźni chorują nieznacznie częściej niż kobiety w stosunku (1,2:1), a zachorowalność u kobiet wiąże się z okresem reprodukcyjnym [4 - 6]. Literatura podaje wyższy wzrost zachorowalności w populacji Żydów niż Japończyków i rasy czarnoskórej [7]. Po raz pierwszy jako schorzenie została opisana przez francuskiego lekarza Louisa Vaqueza w 1892 roku, następnie przez Cabota w 1899 roku. Wiliam Osler w 1903 opisał czerwienicę prawdziwą jako nową jednostkę chorobową [2, 8, 9].

Czerwienica prawdziwa jest to nowotworowy, niekontrolowany rozrost trzech układów szpikowych - ziarnistokrwinkowego, płytkowego oraz czerwonekrwinkowego. Komórki czerwonekrwinkowe pochodzą z patologicznego klonu i są nieprawidłowe, wykazując nadmierną wrażliwość na erytropoetynę [9, 10]. Uważa się, że istotną rolę w patomechanizmie odgrywiają zaburzenia genetyczne. Mutację genu JAK 2 obserwuje się u 70-95% chorych z czerwienicą prawdziwą [11, 12].

Objawy czerwienicy prawdziwej zależą od stopnia zaawansowania choroby, zwiększonej objętości krwi krążącej, liczby krwinek oraz powikłań zakrzepowozatorowych i krwotocznych [2]. Wczesne stadia mogą przebiegać przez wiele lat bezobjawowo, a sama choroba może być wykryta przypadkiem [1,4]. Zwykle objawy narastają stopniowo, należą do nich: bóle i zawroty głowy, szum w uszach, zaburzenia widzenia na skutek zaburzeń przepływu krwi w naczyniach mózgowych, które są następstwem zwiększonej objętości i lepkości krwi krążącej; świąd skóry, nasilający się po gorącej kąpiel, dochodzi wówczas do uwalniania histaminy, serotoniny i prostaglandyny przez nieprawidłowe granulocyty; objawy choroby wrzodowej związane z opóźnieniem krążenia w błonie śluzowej i zaburzoną funkcją płytek krwi; zakrzepica żylna lub tętnicza (udar mózgu, zawał serca, zator tętnicy płucnej, zakrzepica żył powierzchownych lub głębokich) związana z nadmierną lepkością i liczbą płytek krwi oraz ich zaburzoną funkcją; nadciśnienie tętnicze; objawy dny moczanowej, gdzie kwasy nukleinowe są w nadmiarze syntetyzowane w nowotworowej tkance krwiotwórczej



i podlegają przyspieszonemu metabolizmowi – sinicze zabarwienie twarzy, dłoni, nosa, stóp, płatków usznych i warg oraz błon śluzowych; mroczki przed oczyma, a w badaniu dna oka widoczna siatka zastoinowych naczyń żylnych, na skutek przepełnienia siatkówki krwią; objawy skazy krwotocznej w postaci krwawień z nosa, dziąseł, błon śluzowych bądź wybroczyn skórnych; erytromelalgia, czyli bolesne zaczerwienienie dłoniowej strony rąk oraz podeszwowej strony stóp, spowodowane zmianami zapalnymi i niedrożnością drobnych naczyń; zwiększona potliwość, głównie nocą oraz utrata masy ciała, są wynikiem przyspieszonego metabolizmu tkankowego, związanego z rozrostem układu krwiotwórczego; osłabienie, złe samopoczucie, bezsenność, wzmożona pobudliwość jako wynik przyspieszonego metabolizmu tkankowego w przebiegu rozrostu układu krwiotwórczego; powiększenie wątroby; powiększenie śledziony; uczucie pełności w jamie brzusznej na skutek powiększenia wątroby lub śledziony [1- 3, 10, 12, 13].

Rozpoznanie schorzenia opiera się na wywiadzie i ocenie stanu klinicznego chorego, badaniu morfologicznym krwi obwodowej, w której stwierdza się: podwyższone stężenie hemoglobiny, hematokrytu, liczby i masy erytrocytów, zwiększonej liczby płytek krwi, często o nieprawidłowej wielkości i kształcie oraz upośledzonej funkcji płytek, zwiększeniu leukocytów, głównie neutrofilów, morfologii szpiku metodą biopsji aspiracyjnej oraz trepanobiopsji, a także badaniu molekularnemu (mutacja genu JAK-2) i cytogenetycznemu (nieprawidłowości chromosomowe) [2, 14].

W leczeniu czerwienicy prawdziwej stosuje się upusty krwi, leczenie cytoredukcyjne i przeciwplatekcyjne. Celem leczenia jest uzyskanie remisji klinicznej poprzez usunięcie zwiększonej masy krwinek czerwonych- erytrocytów [2, 15].

Celem pracy była identyfikacja aktualnych problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych u chorego z czerwienicą prawdziwą oraz opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwiej.

Metodą badawczą zastosowaną w pracy była metoda indywidualnego przypadku. Materiał do badań zebrano w oparciu o obserwację, wywiad środowiskowy i chorobowy oraz analizę dokumentacji medycznej: historii choroby, karty pielęgnacyjnej pacjenta, indywidualnej karty zleceń lekarskich, karty gorączkowej oraz pomiarów pośrednich i bezpośrednich. Narzędziem badawczym był kwestionariusz oparty na danych dotyczących oceny funkcjonowania poszczególnych układów ze szczególnym uwzględnieniem układu krwiotwórczego.

Badaniem objęto 83-letniego mężczyznę hospitalizowanego w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży z powodu nasilającego się bólu i zawrotów głowy, świądu skóry, ogólnego osłabienia oraz duszności wysiłkowej w przebiegu czerwienicy prawdziwej, leczonej od 19 lat upustami krwi przeciętnie dwa razy w roku oraz Hydroksycarbamidem 2 razy 500mg. Z uwagi na współistniejące nadciśnienie tętnicze kontynuowano podawanie leków hipotensyjnych – Tritace raz dziennie 10 mg, Beto ZK raz dziennie 25mg.

Chory w trakcie pobytu w oddziale zgłaszał bóle i zawroty głowy, ogólne osłabienie oraz duszność wysiłkową. Mierzone ciśnienie tętnicze wynosiło w granicach 170/95mmHg, tętno 102 u/min. Zaobserwowano sinicę dystalnych częściach ciała, pletoryczne zasinienie warg, dłoni. Na skórze liczne przebarwienia oraz zmiany o charakterze rybiej łuski. Małżowiny uszne intensywnie zasinione z sączącymi zmianami patologicznymi. Przed dwoma laty chory miał wykonaną częściową amputację małżowiny usznej lewej. Chory zgłaszał okresowo nasilający się, głównie po kąpielach, świąd skóry.

- 1. Problem pielęgnacyjny:** Duszność wysiłkowa spowodowana zmęczeniem i postępującym procesem chorobowym.

**Cel:** Zmniejszenie duszności.

**Zadania pielęgniarki:**

- Ułożenie pacjenta w pozycji siedzącej Fowlera
- Podanie tlenu 2-3 l/min, przez jałową płuczkę wodną na zlecenie lekarza
- Informowanie pacjenta o konieczności i celu tlenoterapii
- Metoda podawania tlenu ściśle, indywidualnie dobrana do potrzeb i stanu chorego
- Ograniczenie aktywności fizycznej
- Kontrola i obserwacja parametrów życiowych: RR, HR, oddechu, stanu świadomości, nasilenia duszności
- Dbanie o prawidłowy mikroklimat w sali: temperatura otoczenia 18-20 stopni C, zapewnienie dostępu świeżego powietrza, wietrzenie Sali, nawilżanie powietrza
- Podanie leków rozszerzających drzewo oskrzelowe na zlecenie lekarza pod kontrolą RR
- Ocena efektu terapeutycznego stosowanych środków farmakologicznych
- Dokumentowanie podjętych działań

- 2. Problem pielęgnacyjny:** Bóle i zawroty głowy w następstwie podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi (170/95 mmHg)

**Cel:** Normalizacja ciśnienia tętniczego krwi i zapobieganie powikłaniom.

**Zadania pielęgniarki:**

- Określenie natężenia i charakteru bólu wg skali VAS
- Poinformowanie pacjenta o symptomach mogących świadczyć o wzroście ciśnienia tętniczego krwi
- Uświadomienie choremu konieczności systematycznego przyjmowania leków hipotensyjnych zgodnie ze zleceniem lekarza
- Nauczenie prowadzenia przez chorego dzienniczka samokontroli RR
- Nauczenie samodzielnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi
- Pomoc pacjentowi w zmianie stylu życia: ograniczenie spożycia soli kuchennej (do 2-3 g/d), zwiększenie spożycia warzyw, zmniejszenie ilości przyjmowania tłuszczów nasyconych, okresowe ograniczenie przyjmowania białek,
- Stosowanie środków farmakologicznych na zlecenie lekarza- Tritace 10 mg jeden raz dziennie
- Obserwowanie efektu terapeutycznego i działań niepożądanych stosowanego leczenia farmakologicznego
- Dokumentowanie podjętych działań

- 3. Problem pielęgnacyjny:** Dyskomfort psychiczny i fizyczny spowodowany zmianami patologicznymi na skórze oraz świadem skóry.

**Cel:** Zminimalizowanie dolegliwości. Ochrona skóry przed podrażnieniem i zakażeniem.

### **Zadania pielęgniarki:**

- Utrzymywanie skóry pacjenta w czystości: stosowanie do pielęgnacji łagodnych substancji myjących, obcinanie paznokci, zapewnienie choremu intymnych warunków w czasie wykonywania czynności pielęgnacyjnych, dostarczanie pacjentowi bielizny osobistej z naturalnych włókien,
- Zwrócenie pacjentowi uwagi na konieczność unikania drapania skóry w związku z możliwością nadkażenia skóry i tworzenia blizn
- Stosowanie emolientów (środki natłuszczające skórę) oraz środków hipoalergicznym zapobiegające wysuszeniu skóry i łagodzących objawy skórne
- Unikanie produktów zawierających dodatki zapachowe i barwniki, które mogą potęgować świąd
- Unikanie kąpieli w zbyt ciepłej wodzie, która nasila świąd skóry, zachęcanie chorego do uciskania palcem miejsc swędzących na skórze
- Uczestniczenie w leczeniu farmakologicznym i dietetycznym dostosowanym do stężenia mocznika i bilansu płynów, zmierzającym do zmniejszenia objawów mocznicy
- Przy wzmożonym świądzie podawanie na zlecenie lekarza leków antyhistaminowych, a na noc ułatwiających zasypianie
- Obserwacja efektu terapeutycznego stosowanej farmakoterapii
- Dokumentowanie podjętych działań
- 

- 4. Problem pielęgnacyjny:** Nadmierne napięcie emocjonalne spowodowane przewlekłym procesem chorobowym oraz częstymi hospitalizacjami

**Cel:** Redukcja napięcia emocjonalnego.

### **Zadania pielęgniarki:**

- Obecność pielęgniarki przy chorym
- Tłumaczenie celu wykonywanych zabiegów i metod stosowanego leczenia
- Wykonywanie czynności z poszanowaniem praw i godności pacjenta
- Zapewnienie atmosfery spokoju i bezpieczeństwa
- Jasno i zrozumiale przekazywane komunikaty, informacje, wyjaśnienia, zwłaszcza dotyczące stanu zdrowia
- Pomoc w akceptacji zaistniałej sytuacji
- Wyjaśnienie wszystkich wątpliwości związanych z leczeniem i stosowaną farmakoterapią
- Dokumentowanie podjętych działań

- 5. Problem pielęgnacyjny:** Niepokój spowodowany samotnością i niepewnością

**Cel:** Zmniejszenie niepokoju. Udzielenie wsparcia

### **Zadania pielęgniarki:**

- Poinformowanie rodziny o pobycie pacjenta w oddziale szpitalnym
- Ułatwienie kontaktu z rodziną
- Pomoc w rozwiązywaniu trudności związanych z funkcjonowaniem w domu, oddziale
- Przyjęcie wobec pacjenta postawy wspierającej i akceptującej

- 6. Problem pielęgnacyjny:** Konieczność wykonania upustu krwi – flebotomii celem redukcji odsetka erytrocytów, trombocytów

**Cel:** Przygotowanie do zabiegu. Zapobieganie powikłaniom

**Zadania pielęgniarstwa:**

- Informowanie o konieczności wykonania upustu krwi
- Wyjaśnienie pacjentowi: celu zabiegu, zasad wykonania flebotomii, wskazań,
- Transport chorego i potrzebnych dokumentów do Punktu Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa celem wykonania zabiegu
- Obserwacja stanu chorego po flebotomii
- Przetaczanie płynów krwiozastępczych celem uzupełnienia łożyska naczyniowego ściśle wg wskazań i zleceń lekarza
- Monitorowanie morfologii krwi obwodowej
- Dokumentowanie podjętych działań

- 7. Problem pielęgnacyjny:** Niebezpieczeństwo powstania powikłań zakrzepowo-zatorowych

**Cel:** Zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym

**Zadania pielęgniarstwa:**

- Unikanie podawania iniekcji domięśniowych –niebezpieczeństwo wylewów krwi do mięśni i tworzenie krwiałków
- Obserwacja pacjenta w kierunku: zasinień, wybroczyn, krwiałków, wylewów podskórnych i domięśniowych,
- Obserwacja pacjenta pod kątem: bólu, zaczerwienienia, obrzęku, nadmiernego ocieplenia skóry
- Stosowanie technik ułożeniowych- wysokie ułożenie kończyn dolnych powyżej poziomu serca
- Dokumentowanie podjętych działań

- 8. Problem pielęgnacyjny:** Niebezpieczeństwo powikłań w przebiegu stosowania Hydroksycarbamidu

**Cel:** Przeciwdziałanie skutkom ubocznym stosowanego leczenia

**Zadania pielęgniarstwa:**

- Pomiary podstawowych parametrów życiowych (temperatura, zabarwienie powłok skórnych)
- Obserwacja pacjenta w kierunku zmian ze strony: układu pokarmowego (zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, brak apetytu, nudności, wymioty, biegunka, zaparcia, wzdęcia, bóle brzucha), układu nerwowego (bóle i zawroty głowy, drgawki), aplazji szpiku kostnego, indukcji wtórnej choroby nowotworowej
- Obserwacja w kierunku zmian na skórze pacjenta: przebarwienia skóry, łysienie, zmiany wrzodziejące, zmiany w obrębie paznokci
- Obserwacja efektu terapeutycznego (redukcja elementów morfotycznych krwi)
- Dokumentowanie działań

Na podstawie przeprowadzonego badania sformułowano następujące wnioski:

1. Najistotniejszymi rozpoznanymi problemami zdrowotnymi u pacjenta były: duszność wysiłkowa spowodowana zmęczeniem i zaawansowanym procesem

chorobowym, dyskomfort psychiczny i fizyczny spowodowany zmianami patologicznymi na skórze oraz świadem skóry, nadmierne napięcie emocjonalne spowodowane przewlekłym procesem chorobowym oraz częstymi hospitalizacjami

2. Prawidłowo zaplanowana opieka nad pacjentem z czerwienicą prawdziwą polega na: rozpoznaniu i ustaleniu problemów pielęgnacyjnych, regularnej kontroli parametrów życiowych i laboratoryjnych, profilaktyce powikłań ograniczenie stresu, właściwym żywieniu dietetycznym
3. Opieka nad pacjentem z czerwienicą prawdziwą wymaga znajomości istoty schorzenia i uwarunkowań w zakresie leczenia, której celem jest profilaktyka powikłań.
4. Działania edukacyjne odgrywają istotną rolę w procesie pielęgnowania i przygotowaniu pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji
5. Proces pielęgnowania jest metodą pracy, która pozwala na indywidualizację opieki pielęgniarskiej oraz bardzo wnikliwe rozpoznanie problemów.

### Piśmiennictwo

1. Szczeklik A. (red.): Choroby wewnętrzne. Med. Prakt., Kraków, 2010, 1544-1547.
2. Tauci A.S., Braunwald E.: Interna Harisona. Wyd. Czelej, Lublin. 2009. 731-734.
3. Janicki K.: Hematologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2001, 271-278.
4. Latkowski B, Lukas W.: Medycyna rodzinna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa. 2005. 415.
5. Dambro M.R.: 5 minut konsultacji klinicznej. Wyd. Med. Urban&Partner, Wrocław, 2006, 148-149.
6. Herold G.: Medycyna wewnętrzna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 98-100.
7. Dmoszyńska A., Robak T.: Podstawy hematologii. Wyd. Czelej, Lublin, 2008, 363-369.
8. Bieniaszewska M.: Leczenie przewlekłych zespołów mieloproliferacyjnych Ph ujemnych. Acta Haematologica Polonica ,2009, 40, 2, 247-255.
9. Frydecka J., Kuliczkowski K.: Standard postępowania w czerwienicy prawdziwej, Źródło: [www.esculap.pl/forum\\_polonii\\_medycznej/artukul/standard\\_postepowania\\_w\\_czerwienicy\\_prawdziwej/id,bc3bab99a64ddf5d26c6a15d4eec4779/](http://www.esculap.pl/forum_polonii_medycznej/artukul/standard_postepowania_w_czerwienicy_prawdziwej/id,bc3bab99a64ddf5d26c6a15d4eec4779/), data pobrania 22.11.2011.
10. Dmoszyńska A. (red): Leczenie rozrostowych chorób hematologicznych. Schematy lecznicze. Wyd. BioFolium, Lublin, 2002, 106-108.
11. Jędrzejczak W.W., Podolak-Dawidziak M.: Standardy w hematologii. Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów, Wrocław, 2001; 117-120.
12. Skotnicki A.B., Giza A.: Czerwienica prawdziwa – objawy kliniczne, rozpoznanie i współczesna strategia terapeutyczna. Gabinet Prywatny, 2004, 10, 80-84.
13. Kwapisz J., Żekanowska E.: Mutacja JAK2<sup>v617F</sup> i jej znaczenie diagnostyczne w czerwienicy prawdziwej. Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Diagnostyka Laboratoryjna, 2008, 489-495.
14. Stevens A., Lowe J.: Patologia. Wyd. Czelej, Lublin, 2004, 326-328.
15. Daniluk J., Jurkowska G.: Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Wyd. Czelej, Lublin, 2005, 352-355.

**Ortman Elżbieta Beata<sup>1</sup>, Gryc Jolanta<sup>1</sup>, Kowalewska Beata<sup>1,2</sup>, Krajewska-  
Kulak Elżbieta<sup>2</sup>, Jankowiak Barbara<sup>1,2</sup>, Rolka Hanna<sup>1,2</sup>, Klimaszewska Krystyna<sup>1,2</sup>**

## **Metody leczenia obturacyjnych bezdechów sennych**

<sup>1</sup> Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wprowadzenie**

Obturacyjny bezdech podczas snu (*OBPS*) dotyczy głównie otyłych mężczyzn w średnim wieku, głośno chrapiących, u których osoby z otoczenia zauważyły przerwy w oddychaniu podczas snu [1]. Obturacyjny bezdech podczas snu (*OBPS*) to choroba dotycząca około 450 000 ludzi w Polsce. Uznany sposobem jej leczenia jest stosowanie urządzeń do generowania dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych (*CPAP*) oraz operacje laryngologiczne [2]. Obturacyjny bezdech senny (*OBS*) budzi współcześnie duże zainteresowanie. W szerszym kontekście jest on powiązany z fizjologią snu, anatomią człowieka i społeczno-środowiskowymi czynnikami życia jednostki [3]. Przyczynia się do występowania nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, otyłości, cukrzycy [4, 5]. U niektórych ludzi zaburzenia oddychania w czasie snu wykraczają poza granice fizjologii i mogą doprowadzić do rozwoju choroby o ciężkich, utrudniających życie objawach oraz grożących życiu powikłaniach. Zaburzenia te polegają na występowaniu bezdechów, które występują każdym stadium snu. Są one znacznie dłuższe niż bezdechy fizjologiczne i są istotą choroby. W ciężkich postaciach choroby bezdechy mogą trwać ponad 60 sekund i powtarzać się kilkaset razy w ciągu jednej nocy. Choroba ta polega na powtarzających się zaburzeniach w przepływie powietrza powyżej dróg oddechowych, trwających powyżej 10s [5]. Określana jest mianem zespołu bezdechu sennego. W czasie bezdechu ciśnienie wewnętrznozajmienne stopniowo obniża się, aby gwałtownie wzrosnąć w momencie przywrócenia normalnego oddychania. Obniżanie się ciśnienia tętniczego w czasie bezdechu jest spowodowane znacznym ujemnym ciśnieniem w klatce piersiowej, wywołanym przez bezskuteczne wdechy. Jest to spadek pozorny, bo tak zwane prawdziwe, przesiennicze ciśnienie krwi wzrasta [6].

Ze względu na mechanizm powstawania bezdechów rozróżnia się dwie postaci choroby: bezdech senny obturacyjny, zwany też obwodowym oraz centralny bezdech senny. Obturacyjny bezdech senny polega na powtarzających się przerwach oddychaniu, spowodowanych chwilowymi zamknięciami dróg oddechowych na poziomie gardła. Ruchy oddechowe przepony i dodatkowych mięśni oddechowych są zachowane, ale powietrze nie dostaje się do płuc. Istota centralnego bezdechu sennego polega na powtarzających się zanikach bodźców nerwowych do mięśni oddechowych. Ruchy oddechowe ustają, a wraz z nimi ustaje wentylacja płuc [7].

Czynność oddechowa, tak jak praktycznie wszystkie procesy fizjologiczne, przebiega w sposób zasadniczo odmienny podczas snu i czuwania. Najpowszechniejszym znanym przejawem tych różnic jest chrapanie, które od wieków

uznawano za jeden z najbardziej czytelnych atrybutów snu, ponieważ nie zaobserwowano, aby towarzyszyło ono spontanicznej czynności oddechowej podczas czuwania. Od równie długiego czasu wiadomo jednak, że nie każda osoba śpiąca chrapie oraz że objaw ten może mieć różnorodne nasilenie i charakter [8].

Wspólną cechą wszystkich wymienionych zespołów są powtarzające się wielokrotnie podczas snu bezdechy oraz okresy spłyconego oddychania. Bezdech definiuje się jako zanik przepływu powietrza przez drogi oddechowe, który trwa dłużej niż 10 sekund [8].

Patomechanizm tych zespołów jest zupełnie inny. Ośrodkowy wiąże się ze zmianami pierwotnymi i wtórnymi w obrębie pnia mózgu, które powstają na tle zmian pozapalnych, niedokrwiennych, rozrostowych i zwyrodnieniowych. W tym zespole, w każdej fazie snu występuje zanik bodźców nerwowych ze zmniejszeniem lub całkowitym brakiem ruchów klatki piersiowej i wentylacji płuc. Bezdech centralny charakteryzuje się brakiem przepływu powietrza w drogach oddechowych i brakiem wysiłku oddechowego. W tym czasie rejestruje się brak przepływu powietrza przez nos i usta [9].

W przypadku, gdy ruchy przepony i mięśni dodatkowych są zachowane, ale powietrze nie dostaje się do płuc ze względu na istnienie przeszkody powodującej zamknięcie światła w górnych drogach oddechowych mówimy o zespole obwodowym. Każdy bezdech wstrzymuje wymianę gazową między płucami a otoczeniem. Obniża się wówczas wysycenie krwi tętniczej tlenem ( $SpO_2$ ) i wzrasta ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla we krwi tętniczej ( $PaCO_2$ ). Po bezdechu następuje okres hiperwentylacji, która powoduje obniżenie ciśnienia parcjального  $CO_2$ . Ponieważ ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla stanowi napęd oddechowy dla ośrodka oddechowego, dlatego jego obniżenie może spowodować brak centralnego sygnału wdechowego i być przyczyną bezdechu centralnego (mechanizm bezdechów typu mieszanego) [10].

Powtarzające się podczas snu epizody wzmożonego oporu górnych dróg oddechowych, bez uchwytne go spadku przepływu powietrza mogą być przyczyną wystąpienia objawów typowych dla OBS [11].

### **Cel pracy**

- ukazanie wielokierunkowych działań medycznych w celu poprawy wydolności oddechowej nosogardła;
- przedstawienie efektów leczenia w opinii osób hospitalizowanych w oddziale laryngologii z powodu obturacyjnych bezdechów sennych.

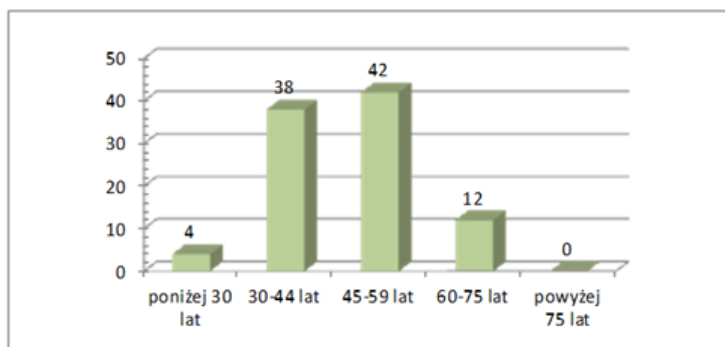
### **Material i metody**

Badania realizowane były od marca 2011r. do połowy stycznia 2012r. w Oddziale Laryngologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży na grupie osób przypadkowych. Badania zostały przeprowadzone za pomocą ankiety zawierającej 6 pytań w części ogólnej i 22 pytania w części szczegółowej. Badaniem objęto 80 mężczyzn w różnym przedziale wiekowym.

### **Wyniki**

Badaniem objęto 80 pacjentów leczonych z powodu obturacyjnych bezdechów sennych. W badanej grupie znaleźli się tylko mężczyźni. Najlicniejszą grupę stanowili

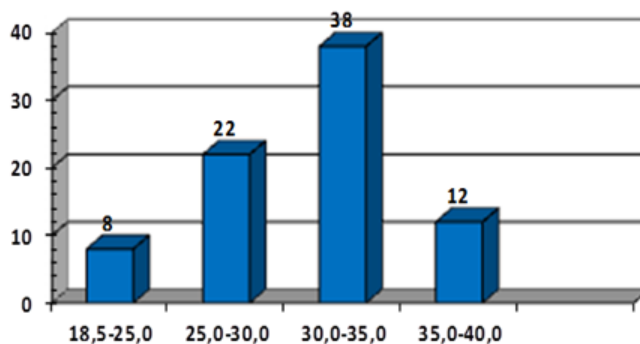
respondenci z przedziałów wiekowych: 30-44 (38) i 45-59 lat (42). Pacjenci w wieku powyżej 75 lat nie brali udziału w badaniu. Szczegółową strukturę wiekową badanych respondentów przedstawia ryc.1.



**Rycina 1. Struktura wiekowa respondentów**

Pacjenci zamieszkujący miasto stanowili licniejszą grupę – 58 badanych w porównaniu z respondentami zamieszkującymi wieś – 22 mężczyzn.

Otyłość stanowi jeden z czynników o znacznym ryzyku pojawienia się bezdechów sennych, dlatego na podstawie zebranych od respondentów danych na temat wzrostu i masy ciała wyliczono wskaźniki BMI ankietowanych. Najlicniejszą grupę stanowili pacjenci z nadwagą (22) oraz I stopniem otyłości (38) (Rycina 2).

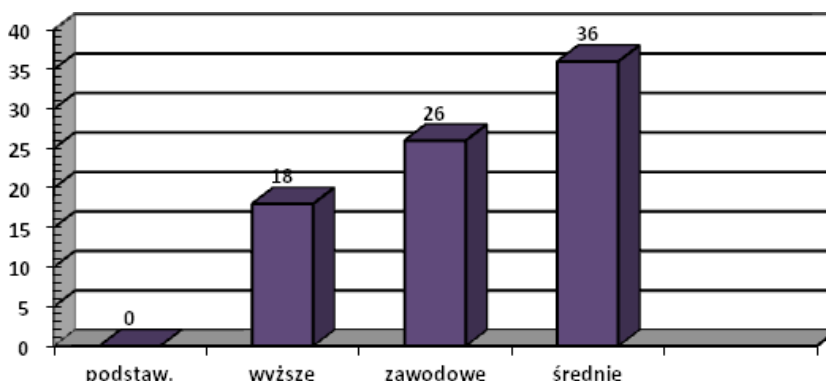


**Rycina 2. Wartość BMI ankietowanych**

Respondenci byli grupą zróżnicowaną pod względem wykształcenia, przy czym najliczniej wzięli udział w badaniu mężczyźni z wykształceniem średnim (36)

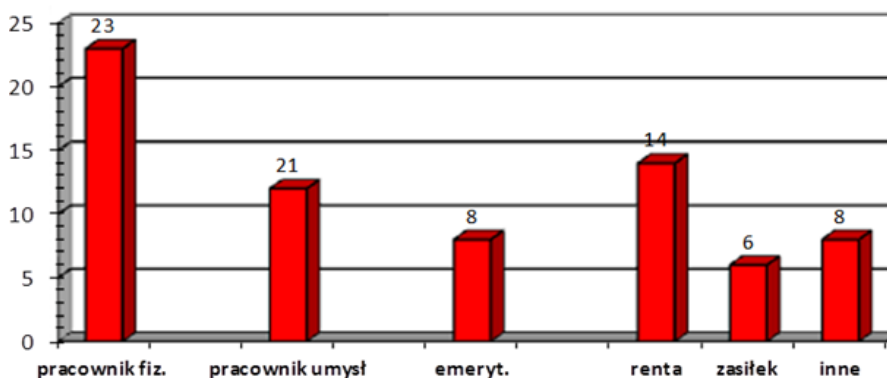


ankietowanych). Ankiety nie wypełniał żaden mężczyzna z wykształceniem podstawowym (Rycina 3).



**Rycina 3. Wykształcenie**

Osoby czynne zawodowo stanowiły badaną grupę. Fizycznie pracowało 23 mężczyzn, 12 to pracownicy umysłowi, głównie z wyższym wykształceniem. Na rencie było 14 osób. 6 mężczyzn utrzymywało się z zasiłku dla bezrobotnych. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 4.



**Rycina 4. Źródło utrzymania**

Wśród osób objętych badaniem przeważali mężczyźni po zabiegach operacyjnych-46 osób w stosunku do 34 respondentów kontynuujących leczenie zachowawcze.

Ankietowanych zapytano kolejno o wpływ leczenia na występowanie głównych objawów bezdechu obturacyjnego ( Tabela 1) W zakresie chrapania 14 osób stwierdziło, że nadal chrapie, a pozostałe 66 odczuło poprawę w efekcie leczenia, w tym u 41 z nich chrapanie ustąpiło całkowicie.

Senność i chęć drzemki w ciągu dnia wraz z niekontrolowanym zasypianiem pomimo leczenia nadal odczuwało 9 osób. Kolejne 41 osób odczuwało poprawę z tym, że 21 chrapie mniej, u 20 dolegliwość ustąpiła.

Na pytanie dotyczące częstego budzenia się w nocy, 30 mężczyzn zadeklarowało, że budzi się w nocy rzadziej, natomiast 21 ankietowanych uznało, że nigdy nie miało takich problemów.

Mimo zastosowanego leczenia sypia nadal niespokojnie 13 mężczyzn, a 43 odczuwa poprawę. Objawy ustąpiły całkowicie u 15 osób, a u 9 stwierdziło, że takiego problemu nigdy nie było. Ponadto, zaledwie 8 mężczyzn budziło się całkowicie wypoczętych, 11 nie odczuwa żadnej zmiany, zaś 61 respondentów uznało, że budzą się znacznie bardziej wypoczęci niż przed podjęciem leczenia.

W wyniku zastosowanego leczenia bóle głowy ustąpiły całkowicie u 15 mężczyzn. U3 bóle utrzymują się bez zmian, a 39 mężczyzn odczuwa znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Występowała duża zależność między utrzymywaniem się suchości w jamie ustnej a zastosowanym leczeniem. Niektórzy pacjenci stosujący protezy powietrzne nadal mają problemy z poranną suchością w jamie ustnej. 40 mężczyzn odczuwa poprawę u 7 problem ustąpił.

Kolejne pytanie dotyczyło występowania dławienia i duszności powodujących częste wybudzanie ze snu. Istnieniu kiedykolwiek takich objawów zaprzeczyło 36 osób, u 2 mężczyzn istnieją one nadal. Znaczna poprawę odczuwa 40 mężczyzn, natomiast u 6 mężczyzn dolegliwości ustąpiły całkowicie.

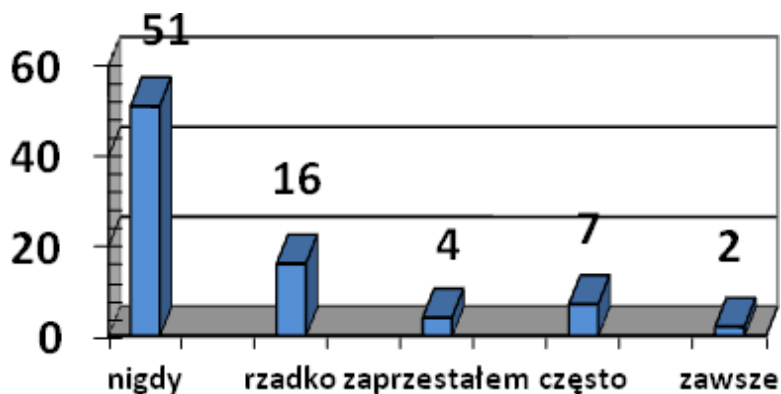
Kaszel powodujący wybudzanie dotyczył 18 mężczyzn w zakresie podobnym jak przed leczeniem, natomiast 34 odczuło znaczną poprawę po zastosowanej terapii.

Kolejno zapytano chorych o nykturię zakłócającą wypoczynek nocny. W wyniku terapii znaczną poprawę zauważyło 42 mężczyzn.

**Tabela 1. występowanie głównych objawów bezdechu obturacyjnego**

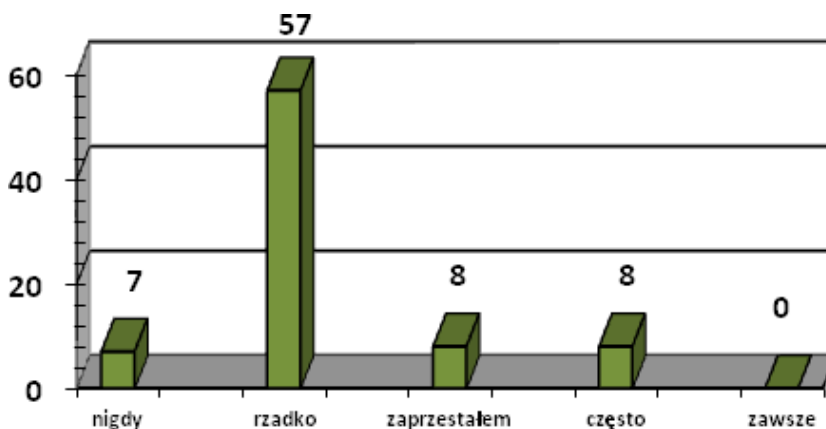
<b>Objawy obturacyjnego bezdechu sennego</b>	<b>Ustąpił</b>	<b>Nieznacznie się zmniejszył</b>	<b>Bez zmian</b>	<b>Nie występowały</b>
Chrapanie	41	25	14	0
Nadmierna senność, niekontrolowane zasypianie	20	21	9	28
Zaburzenia snu	15	30	14	21
Poranne bóle głowy	15	39	3	23
Suchość w jamie ustnej	7	40	21	21
Dławienie i duszność	6	40	2	36
Kaszel	6	34	18	12
Nykturia	2	42	18	18

Środki nasenne są preparatami nie wskazanymi w bezdechach sennych, gdyż dodatkowo wzmagają objawy obturacji. 16 spośród badanych rzadko, 7 często zażywało środki nasenne ( Rycina 5).



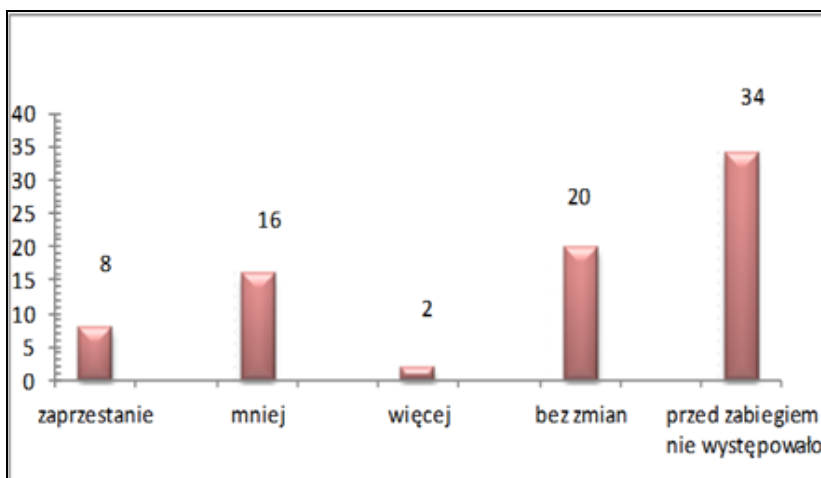
**Rycina 5. Stosowanie środków nasennych**

Niemniej niekorzystnie jak środki nasenne działa alkohol. Z uwagi na terapię zaprzestało jego spożywania 8 mężczyzn, a 57 spożywa rzadko (Rycina 6).



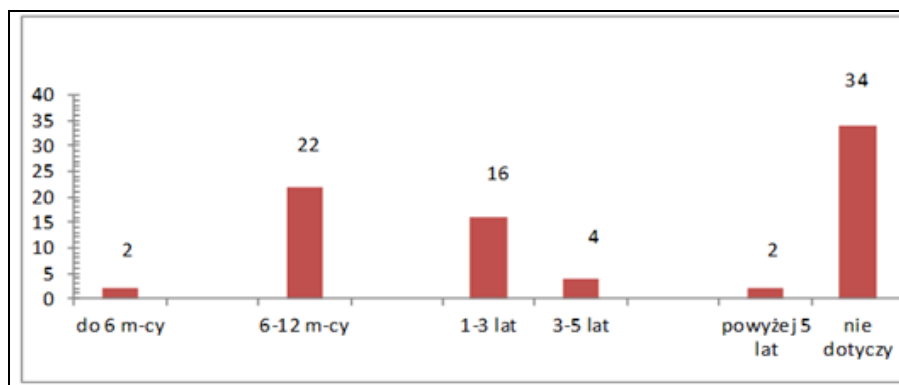
**Rycina 6. Spożywanie alkoholu przed snem**

W literaturze odnajdujemy informacje, że bezdechy obturacyjne, na skutek wachlarza uciążliwych objawów wpływają na spadek libida. Podjęte leczenie nie uwolniło od problemu 18 panów, sytuacja 3 w tym zakresie pogorszyła się, natomiast 33 odczuło znaczną poprawę. 26 ankietowanych zadeklarowało, że nigdy nie odczuwało spadku libido. Szkodliwy wpływ nikotyny na organizm jest znany od dawna. Wśród ankietowanych, ponad połowa, bo 46 osób to mężczyźni palący papierosy, a tylko 8 respondentów zaprzestało palenia w wyniku podjętego leczenia (Ryc. 7).



**Rycina 7. Palenie tytoniu**

Największą grupę leczonych chirurgicznie stanowili mężczyźni będący 6-12 miesięcy po zabiegu operacyjnym (22 osoby), kolejnych 16 respondentów operowanych było w przedziale od 1-3 lat, do 6 m-cy po UPPP były 2 osoby, a powyżej 3-5 lat - 4. Odpowiedź powyżej 5 lat zaznaczyło 2 mężczyzn. Pozostali ankietowani to pacjenci leczenia zachowawczo, w związku z tym zakreśli odpowiedzi „nie dotyczy” (Rycina 8).

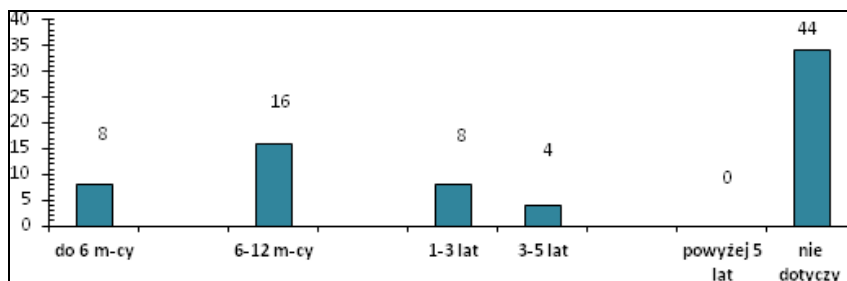


**Rycina 8. Okres pooperacyjny zabiegu UPPP**

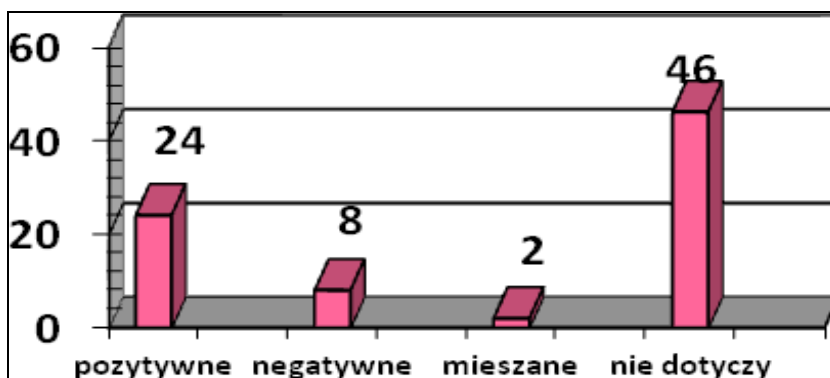
Mężczyźni leczeni zachowawczo stanowili 36 osób, zaś leczeni chirurgicznie 44 i znaczyło odpowiedź „nie dotyczy”. Od niedawna stosuje pompę 8 osób, kolejnych 16 badanych od 6-12 m-cy, a 8 powyżej roku, ale nie dłużej, jak 3 lata. Najdłuższy okres stosowania aparatury do terapii bezdechów sennych zaznaczyły 4 osoby, a przedział okresu stosowania to 3-5 lat (Rycina 9).

Ostatnie pytanie było także pytaniem opisowym i dotyczyło stosowanej formy leczenia zachowawczego i opinii na ten temat. Na to pytanie w formie opisowej odpowiadali tylko pacjenci leczeni zachowawczo i cała ta grupa leczona była za pomocą

proteż powietrznych. 8 mężczyzn wypowiedziało się o tej metodzie negatywnie, pozostałe 24 pozytywnie, a 2 ma uczucia mieszane (Rycina 10).



Rycina 9. Okres stosowania proteży powietrznej



Rycina 10. Opinie na temat metody leczenia zachowawczego

## Dyskusja

Badania przeprowadzono na grupie 80 pacjentów, którzy poddani zostali badaniu polisomnograficznemu z powodu uciążliwych objawów bezdechów sennych, takich jak: chrapanie, niekontrolowane zasypianie, zaburzenia snu, uczucie zmęczenia po spoczynku nocnym, poranne bóle głowy, suchość w jamie ustnej, dławienie, duszność, kaszel, nykturia. Grupę badawczą stanowili wyłącznie mężczyźni z przedziałów wiekowych: 30-44 (38) i 45-59 lat (42), z nadwagą oraz nadmierną otyłością. Podobnych zróżnicowań można doszukać się w pracach prowadzonych przez Górską i wsp.[1]. Podobieństw w zakresie profilu grup badawczych można dopatrzeć się u Korczyńskiego i wsp.[12], który dodatkowo podkreśla, rolę obturacyjnych bezdechów podczas snu w zwiększonym ryzyku zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego. Do podobnych konkluzji w swoich badaniach doszedł Byśkiniewicz [13], którego grupa badawcza składała się z 184 osób, z czego 112 było w wieku średnim ze znacznie wyższą masą ciała i BMI. Zupełnie innych spostrzeżeń w swoich wynikach doszukali się Rubinsztajn i wsp., twierdząc że obturacyjny bezdech podczas snu dotyczy 2% kobiet i 4% mężczyzn w średnim wieku. W opinii Wróblewskiej i wsp.

problem OBS dotyka mężczyzn w przedziale wiekowym 50-60 lat, czynność zawodowa ani rodzaj wykonywanej pracy nie warunkują zachorowania na OBS [3].

Wykształcenie koreluje z poziomem świadomości- 18 badanych miało wykształcenie wyższe, 36 średnie, a co za tym idzie decydowaniem w zakresie wyboru form leczenia, któremu poddali się wszyscy badani, 34 leczonych zachowawczo, 46 chirurgicznie. W wyborze metody leczenia decydowały w znacznej mierze wysokie koszty zakupu urządzenia nCPAP, nietolerancje pompy wytwarzającej dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych (nCPAP) oraz możliwość leczenia operacyjnego. W Badaniach prowadzonych przez Biśkiniewicza spośród 112 osób 68 odmówiło leczenia za pomocą pompy (nCPAP) z powodów omawianych powyżej [13]. Analizując objawy obturacyjnych bezdechów podczas snu to poprzez zastosowane leczenie (niezależnie od obranej ścieżki leczenia) uległy one zmniejszeniu, w badanej grupie u połowy osób ustąpiło uciążliwe chrapanie, nieznacznie się zmniejszyło u ¼ badanych. Podobnie objaw nykturii oraz porannych bólów głowy nieznacznie się zmniejszył u ¼ badanych. Podobne wyniki uzyskali Balcerzak i wsp., u 40 pacjentów z badanych 52, po wdrożonym leczeniu nasilenie senności dziennej zmniejszyło się o połowę [14]. Korzystny wydźwięk zastosowanego leczenia znalazł przełożenie w zmniejszeniu ilości wypalanych papierosów: 8 osób spośród 46 palących rzuciło nałóg, podobnie 8 badanych zaprzestało spożywania alkoholu przed snem, zaś 57 osób piło rzadko. Poprawa jakości snu znalazła odbicie w redukcji stosowanych środków nasennych, 4 osoby zaprzestały stosowania, 16 używało rzadko, natomiast 51 nie stosowało wcale.

## **Wnioski**

1. Pacjenci, którzy są niezadowoleni z metody chirurgicznej mają znacznie podwyższony wskaźnik BMI.
2. Niewłaściwie dobrana maseczka i aparat do terapii bezdechów sennych powodują uczucie niewygody.
3. Zabieg UPPP niemal we wszystkich przypadkach zniósł lub bardzo zmniejszył uciążliwe chrapanie.
4. Leczenie chirurgiczne jest dla pacjenta wygodniejszą, szybszą i tańszą formą leczenia.
5. Niewłaściwe nawyki żywieniowe sprzyjają rozwojowi oraz nasilają objawy choroby.

## **Piśmiennictwo**

1. Górská K., Korczyński P., Kumor M., i wsp.: Ocena częstości występowania zaburzeń lipidowych u chorych na obturacyjny bezdech podczas snu. *Pol. Prz. Kardiol.*, 2005, 7, 49-52
2. Korczyński P., Górská K., Wilk K., i wsp.: Zastosowanie aparatów re pozycjonujących żuchwę w leczeniu obturacyjnego bezdechu podczas snu. *Sen*, 2004, 4, 89-94
3. Wróblewska I., Bogdanowicz I., Sochacka L., Steciwko A.: Ocena czynników ryzyka w chorobie obturacyjnego bezdechu sennego. *Far. Med. Prim. Care Rev.*, 2011, 13, 536-541
4. Rubinsztajn R., Kumor M., Byśkiniewicz K., Chazan R.: Stężenie leptyny w surowicy i aktywność układu adrenergicznego oceniana na podstawie stężenia

- adrenaliny i noradrenaliny w surowicy chorych na obturacyjny zespół podczas snu. *Pol. Med. Wewn.*, 2005, 113, 544-551.
5. Rubinsztajn R., Kumor M, Byśkiniewicz K., Chazan R.: Polimorfizm genu konwertazy angiotensyny u pacjentów z obturacyjnym bezdechem podczas snu. *Pol. Arch. Med. Wewn.*, 2004, 112, 817-822.
  6. Rubinsztajn R., Kumor M, Byśkiniewicz K., Chazan R.: Aktywność układu adrenergicznego oceniana na podstawie stężenia adrenaliny i noradrenaliny w surowicy pacjentów z obturacyjnym bezdechem podczas snu. *Sen*, 2004, 4, 89-94.
  7. Zieliński J., Cieśliski J.K., Koziej M., Mańkowski M.: Zaburzenia oddychania w czasie snu. *Wyd. Biblioteka Kształcenia Podyplomowego Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa*, 1996, 11-74.
  8. Janczewski G.: *Otolaryngologia praktyczna. Tom I, Wyd. Med. Via Medica, Gdańsk*, 2005, 28- 292.
  9. Sewell-Scheuermann S., Phyllis B.: Zaburzenia oddychania w czasie snu.[w:] *Podręcznik medycyny snu. P. Zee , A. Avidan (red.). Wyd. MediPage, Warszawa*, 2007, 21-32.
  10. Avidan A.Y., Zee P.C. (red.): *Podręcznik medycyny snu. Wyd. MediPage, Warszawa*, 2007, 13- 32.
  11. Zieliński J., Koziej M., Mańkowski M.: *Zaburzenia oddychania w czasie snu. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa*, 1997, 26.
  12. Korczyński P., Byśkiniewicz K., Chazan R.: Obturacyjny bezdech podczas snu. *Stand. Med. Lek. Rodz.*, 2002, 3, 390-395.
  13. Byśkiniewicz K.: Analiza czynników determinujących akceptację leczenia obturacyjnego bezdechu podczas snu metodą nCPAP. *Pneumonol. Alerg. Pol.*, 2006, 74, 45-50.
  14. Balcerzak J., Arcimowicz M., Byśkiniewicz K., Bielicki P., Korczyński P., Niemczyk K., Chazan R.: Wpływ zaburzeń drożności nosa na subiektywną ocenę jakości snu u pacjentów z obturacyjnym bezdechem podczas snu. *Pol. Merk. Lek.*, 2005, 19, 286-287.

**Kalinowski Paweł<sup>1</sup>, Bojakowska Urszula<sup>2</sup>, Kowalska Marta<sup>1</sup>, Barańska Agnieszka<sup>3</sup>,  
Siwczyńska Dorota<sup>4</sup>**

## **Analiza stanu wiedzy osób chorujących na cukrzycę na temat zespołu stopy cukrzycowej**

<sup>1</sup> Samodzielna Pracownia Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

<sup>2</sup> SKN przy Samodzielnej Pracowni Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

<sup>3</sup> SKN przy Katedrze Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

<sup>4</sup> SKN przy Katedrze Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

### **Wstęp**

Zmiany zwyrodnieniowe w obrębie wszystkich tkanek stóp objawiające się zniekształceniami, owrzodzeniami, martwicą i zakażeniem określane są jak zespół stopy cukrzycowej [1]. Zespół stopy cukrzycowej jest istotnym problemem w terapii osób chorych na cukrzycę. W tej grupie pacjentów wykonuje się około 40 – 60% amputacji kończyny dolnej nie spowodowanych urazem. W 85% przypadków amputację poprzedza wystąpienie owrzodzenia, a jego częstość w populacji chorych na cukrzycę wynosi 4 – 10% [2].

Przyczynami rozwoju zespołu stopy cukrzycowej są: niedokrwienie wynikające z miażdżycy i mikroangiopatii, neuropatia stopy oraz zakażenie.

W zależności od głównego czynnika etiologicznego wyróżnia się:

- zespół stopy cukrzycowej niedokrwiennej;
- zespół stopy cukrzycowej neuropatycznej;
- zespół stopy cukrzycowej mieszanej [3].

Działania profilaktyczne zespołu stopy cukrzycowej powinny być wdrażane już od momentu rozpoznania u chorego cukrzycy. Zasadniczą rolę w prewencji zespołu stopy cukrzycowej odgrywa edukacja, która powinna obejmować zarówno samych pacjentów, jak i personel medyczny. Podstawową zasadą jest regularna kontrola stóp chorego na cukrzycę, badanie w kierunku neuropatii oraz innych czynników ryzyka owrzodzeń i amputacji. Stwierdzenie cech uszkodzenia włókien nerwowych powoduje, że pacjent taki znajduje się w grupie ryzyka rozwoju owrzodzenia i powinien zostać przeszkolony w zakresie zasad pielęgnacji stóp [4].

Zasady te obejmują codzienną kontrolę stóp pod kątem obecności drobnych ran i odleżyn, codzienne oglądanie stóp, unikanie chodzenia boso, stosowanie odpowiednio dopasowanego obuwia, właściwą pielęgnację paznokci i leczenie paznokci wrastających, unikanie ogrzewania stóp o piece i kaloryfery. Istotne w prewencji zespołu stopy cukrzycowej jest także stosowanie odpowiednio dobranych ćwiczeń stóp [3].

Działania profilaktyczne obejmują również regularne usuwanie obszarów hiperkeratozy (modzeli) za pomocą skalpela. Główną barierę w skutecznym leczeniu zespołu stopy cukrzycowej jest najczęściej brak zrozumienia roli, jaką odgrywa zanik czucia bólu w rozwoju owrzodzeń, a także szczególnego podłoża patogenetycznego ran



stopy u chorych na cukrzycę, jak również lekceważenie wczesnych zmian, które od samego początku wymagają intensywnego leczenia [4].

## **Cel pracy**

Celem pracy było przedstawienie poziomu wiedzy pacjentów chorujących na cukrzycę na temat zespołu stopy cukrzycowej. Zwrócono uwagę na przyczyny, charakterystyczne objawy oraz działania profilaktyczne dla tego schorzenia.

## **Material i metody**

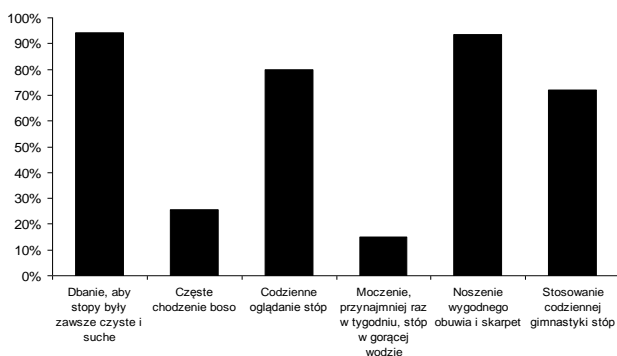
W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Materiał obejmował 140 anonimowych ankiet, wypełnionych przez pacjentów (60 mężczyzn, 80 kobiet) z wieloletnią (średnio 11 lat) cukrzycą, hospitalizowanych w oddziałach Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie, w okresie od czerwca do sierpnia 2011 roku. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły problemu zespołu stopy cukrzycowej, działań prewencyjnych oraz objawów charakterystycznych dla tego schorzenia. Otrzymane wyniki przeanalizowano i opracowano metodami statystyki opisowej.

## **Wyniki**

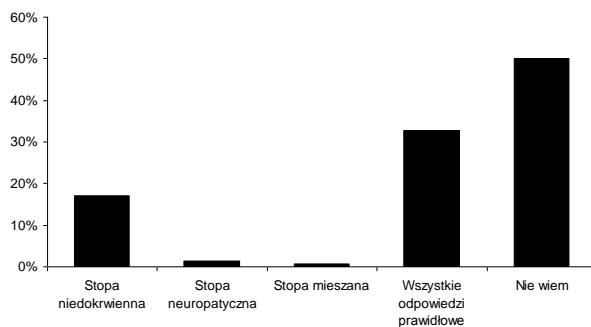
W badanej grupie przeważały kobiety (57%), a średnia wieku wynosiła 63,6 lat. Większość respondentów to osoby chorujące na cukrzycę typu II – 119 osób (85%). Ankietowani leczą się głównie u lekarza diabetologa w poradni specjalistycznej – 86 chorych (61%). U lekarza rodzinnego leczą się 65 badanych (46%). Część pacjentów (8%) korzystała z porad zarówno lekarza diabetologa w poradni specjalistycznej, jak i lekarza rodzinnego. Istotna w terapii osób chorujących na cukrzycę jest wiedza w zakresie kryteriów jej wyrównania. Stwierdzono, że zalecany poziom glukozy we krwi na czczo prawidłowo wskazało 44% pacjentów, natomiast znajomością zalecanego poziomu glukozy we krwi po posiłku wykazała się większość badanych – 64% (Ryc. 1). Jedno z najczęstszych, a zarazem najgroźniejszych przewlekłych powikłań cukrzycy to zespół stopy cukrzycowej. W badanej grupie 74% respondentów zaliczyło zespół stopy cukrzycowej do przewlekłych powikłań, które mogą wystąpić w przebiegu cukrzycy. Ankietowanym przedstawiono szereg działań profilaktycznych, których wdrożenie pozwala na uchronienie się przed zmianami w obrębie stóp, w badanej grupie znajomość zasad zapobiegania powikłaniom w obrębie stóp chorego na cukrzycę była zróżnicowana (Ryc. 2). Połowa chorych nie znała rodzajów stopy cukrzycowej (Ryc. 3). Podobnie w przypadku pytania o charakterystyczne objawy stopy cukrzycowej neuropatycznej – 36% nie znało tych objawów (Ryc. 4). Prawie połowa chorych (44%) nie posiadała, także wiedzy na temat objawów charakteryzujących zespół stopy cukrzycowej niedokrwiennej (Ryc. 5).



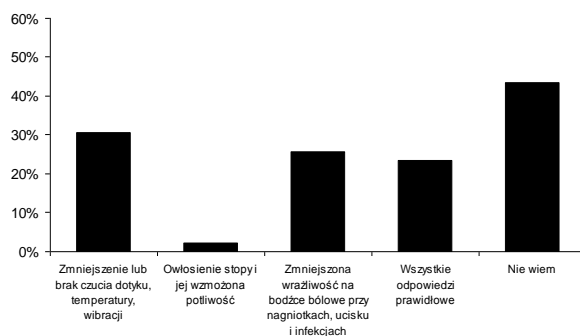
**Rycina 1. Znajomość zalecanych poziomów glukozy we krwi na czczo i po posiłku**



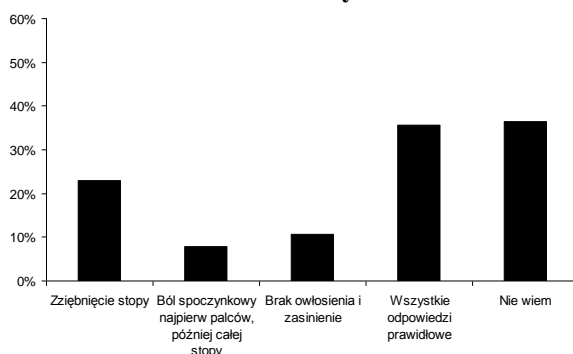
**Rycina 2. Wiedza ankietowanych o profilaktyce zespołu stopy cukrzycowej**



**Rycina 3. Wiedza pacjentów dotycząca rodzajów stopy cukrzycowej**



**Rycina 4. Charakterystyczne objawy stopy cukrzycowej neuropatycznej według ankietowanych**



**Rycina 5. Charakterystyczne objawy stopy cukrzycowej niedokrwiennej według ankietowanych**

## Dyskusja

Istotnym elementem mającym wpływ na poziom wiedzy pacjentów o powikłaniach cukrzycy jest dostęp do lekarza i pielęgniarki, którzy posiadają specjalistyczną wiedzę, doświadczenie i umiejętności w tej dziedzinie [5]. W badaniach prowadzonych przez Krystoń–Serafin i wsp. ponad 90% pacjentów chorujących na cukrzycę potwierdziło, że edukacja pozytywnie wpływa na ich samopoczucie, a także znacząco zwiększa ich motywację do leczenia [6].

W analizowanej grupie pacjenci leczyli się głównie u lekarza diabetologa w poradni specjalistycznej – 86 respondentów (61%). Część pacjentów korzystała z porad zarówno lekarza diabetologa w poradni specjalistycznej, jak i lekarza rodzinnego. Wyniki te zbliżone są do wyników Karłowicz i wsp., gdzie do specjalistycznej opieki miało dostęp około 77% ankietowanych [5].

Na podstawie analizy przedstawionych danych można stwierdzić, że respondenci mimo dostępu do specjalistycznej opieki diabetologicznej, w ramach której prawdopodobnie prowadzona była edukacja, nie posiadają odpowiedniego poziomu wiedzy w

zakresie kryteriów wyrównania cukrzycy, zaledwie 44% znało prawidłowy poziom glukozy we krwi na czczo, a 64% po posiłku.

Zespół stopy cukrzycowej jest powikłaniem, które stanowi poważny problem zarówno leczniczy, jak i terapeutyczny, szczególnie wśród pacjentów z wieloletnim przebiegiem cukrzycy i w tej grupie jest główną przyczyną amputacji [1]. Opcje terapeutyczne okazują się niewystarczające, stąd nacisk na zapobieganie, które przejawia się głównie w edukacji na temat zasad pielęgnacji stóp oraz rozpoznaniu charakterystycznych objawów pozwalających na szybkie postawienie diagnozy [5]. W analizowanym materiale badawczym zaobserwowano, że stan wiedzy na temat zespołu stopy cukrzycowej jest zadowalający.

W badanej grupie 74% zaliczyło zespół stopy cukrzycowej do późnych powikłań cukrzycy, jest to wynik porównywalny z wynikami uzyskanymi przez innych autorów [6].

Poziom wiedzy pacjentów chorujących na cukrzycę na temat profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej jest zbliżony do badań innych autorów. U Łagody i wsp. [7] niewiele ponad połowa respondentów znała zasady, jakich należy przestrzegać, aby nie dopuścić do powstania powikłań stopy cukrzycowej, podobnie w badaniach Krystoń–Serafin i wsp. [6], gdzie codzienne oglądanie stóp przez chorego do działań profilaktycznych zaliczyło tylko 48% ankietowanych. W badaniach tych przeanalizowano również wiedzę pacjentów dotyczącą głównych zasad związanych z pielęgnacją stóp. Ponad połowa respondentów uważała, że jest to dokładne mycie stóp w letniej wodzie, a według 31% bardzo istotnym elementem jest także dobór obuwia, które powinno być miękkie, wygodne i najlepiej skórzane. Natomiast w przeprowadzonych badaniach własnych wiedzę na temat profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej posiadało około 85% ankietowanych.

## **Wnioski**

1. Pomimo długiego okresu trwania choroby u większości ankietowanych wiedza na temat rodzajów zespołu stopy cukrzycowej jest niezadowalająca.
2. Uzupełnienia wymaga także wiedza dotycząca znajomości objawów charakterystycznych dla zespołu stopy cukrzycowej.
3. Wiedza ankietowanych pacjentów chorujących na cukrzycę o sposobach zapobiegania zespołowi stopy cukrzycowej jest satysfakcjonująca.

## **Piśmiennictwo**

1. Tatoń J.: Zespół stopy cukrzycowej. J. Tatoń, A. Czech: Diabetologia, tom 2. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2001, 243 – 267.
2. Edmonds M., Korzon – Burakowska A.: Wielodyscyplinarne poradnie stopy cukrzycowej. Diabetol. Prakt., 2005, 6, 81 – 83.
3. Krasowski G., Kruk M.: Zespół stopy cukrzycowej [w:] Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. Krasowski G., Kruk M. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008, 59 – 64.
4. Korzon – Burakowska: Zespół stopy cukrzycowej – patogeneza i praktyczne aspekty postępowania. Chor. Serca i Naczyń., 2007, 4, 234 – 241.

5. Karłowicz A. i wsp.: Poziom wiedzy na temat zespołu stopy cukrzycowej u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetol. Prakt.*, 2010, 11, 109 – 117.
6. Krystoń – Serafin M.: Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 jako niezbędny element terapii. *Diabetol. Prakt.*, 2005, 6, 8 – 14.
7. Łagoda K. i wsp.: Ocena wiedzy pacjentów na temat profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej. *Przegl. Kardiodiab.*, 2009, 4, 64 – 70.

**Chilińska Joanna Zofia<sup>1,2</sup>, Mierzejewska Halina<sup>1</sup>, Sobocińska Agnieszka<sup>1</sup>,  
Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>3</sup>, Wróblewska Krystyna<sup>1,2</sup>, Cyranowska Eliza<sup>2</sup>**

## **Wpływ metod rehabilitacji mowy i głosu na funkcjonowanie chorego po całkowitej laryngektomii**

<sup>1</sup> Szpital Wojewódzki im Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

<sup>2</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

<sup>3</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wstęp**

Nowotwór krtani stanowi istotny problem zdrowotny i kliniczny współczesnej medycyny. Jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym w obrębie głowy i szyi. Rozwija się siedemnaście razy częściej u mężczyzn niż kobiet pomiędzy 50.-60. rokiem życia, stanowiąc 5% wszystkich nowotworów złośliwych występujących u mężczyzn. Według statystyk w 2004r. nowotwór krtani był szóstym, co do częstości zachorowań i ósmym, co do najczęstszych przyczyn zgonów na nowotwory u mężczyzn [1]. Polska ma jeden z najwyższych w Europie wskaźników zachorowalności na raka krtani i gardła dolnego [2]. Blisko 60% przypadków raka krtani rozpoznawanych jest w wysokim stopniu zaawansowania miejscowego, co powoduje, że nadal podstawową metodą chirurgiczną leczenia tego nowotworu w Polsce pozostaje całkowite usunięcie krtani (całkowita laryngektomia) [2].

Nowotwór krtani należy do grupy nowotworów tytonio-zależnych. Niezwykle rzadko występuje u osób niepalących. Za główne czynniki ryzyka uważa się palenie tytoniu i picie wysokoprocentowego alkoholu. Związek pomiędzy rozwojem raka a paleniem tytoniu i piciem alkoholu potwierdzono badaniami epidemiologicznymi. Badania Zatońskiego [3] przeprowadzone w Polsce wykazały, że wieloletnie palenie tytoniu zwiększa 30-krotnie ryzyko zachorowania, równoczesne palenie tytoniu i picie wysokoprocentowego alkoholu zwiększa ryzyko 330 razy (zjawisko multiplikacji) [3].

Leczenie nowotworu krtani, mimo rozwoju wielu nowoczesnych technik terapeutycznych, nie może być skutecznym bez leczenia chirurgicznego. Aby zabieg łączył ze sobą zarówno jak największą efektywność w walce z nowotworem i optymalne zachowanie funkcji krtani, opracowano szereg technik chirurgicznych, które są indywidualnie dobrane do stanu i stopnia zaawansowania procesu nowotworowego [4].

Laryngektomia całkowita jest zabiegiem całkowitego usunięcia krtani, który pozbawia chorego fałdów głosowych, najistotniejszej dla mowy części anatomicznej krtani, uniemożliwiając przekształcenie strumienia wydychanego z płuc powietrza w falę dźwiękową [5]. Utrata możliwości słownego porozumiewania się z otoczeniem jest uważana za dominujące kalectwo związane z zabiegiem całkowitego usunięcia krtani. Możliwość komunikacji werbalnej z otaczającym światem pozwala na pełnienie funkcji rodzinnych, jak i społeczno- zawodowych, a utrata jej spycha chorego na margi-

nes życia społecznego. Taka perspektywa bardzo często jest powodem przesuwania w czasie każdej decyzji dotyczącej podjęcia leczenia, wpływając na nieracjonalne wybory terapeutyczne bądź też całkowite zaniechanie terapii [6]. Problemy związane z nową sytuacją życiową nasilają się w warunkach domowych. Operacja chirurgiczna niewątpliwie ratuje życie, lecz jej skutkiem jest trwałe okaleczenie, w wyniku którego następuje utrata możliwości komunikowania się z otoczeniem, co w konsekwencji powoduje zmianę sytuacji społecznej, zawodowej i rodzinnej prowadząc do zniecierpliwienia, zniechęcenia, izolacji i depresji [6].

Sposobem na pokonanie wielu trudności jest skoncentrowanie się na problemie nauki mowy zastępczej, uczestnicząc w procesie rehabilitacji. Chory ucząc się mowy zastępczej ma szansę jak najszybciej włączyć się do aktywnego życia, podejmując pracę zawodową i lepiej komunikować się z otoczeniem [7].

W Polsce podstawową metodą rehabilitacji głosu i mowy po zabiegu całkowitego usunięcia krtani jest nauka mowy przelykowej. Polega ona na wykształceniu umiejętności generowania drgań akustycznych w gardle dolnym i górnej części przetyku, wywoływanych przez strumień powietrza wcześniej zaaspirowanego do przetyku. Nauka mowy przelykowej jest trudna i długotrwała, a jej efektywność ograniczona, w głównej mierze względnie niewielką ilością powietrza, jaką pacjent zdolny jest aspirować do przetyku. Czas fonacji mowy przelykowej jest krótki, a tempo mowy znacznie zwolnione i wyraźnie odbiegające rytmem od mowy prawidłowej [8].

Metoda chirurgicznej rehabilitacji mowy u chorych po całkowitym usunięciu krtani polega na wytworzeniu przetoki tchawiczoprzelykowej i wszczępieniu prostej, jednokierunkowej zastawki powietrznej, tzw. protezy głosowej. Przy zamknięciu otworu tracheostomii palcem, pozwala kierować powietrze wydechowe z płuc do przetyku i gardła dolnego, dla wytworzenia zastępczego tonu podstawowego w tym samym miejscu, co w przypadku mowy przelykowej. Proteza głosowa nie jest generatorem dźwięku, a jedynie umożliwia przepływ powietrza z płuc do przetyku i gardła dolnego, zabezpieczając jednocześnie drzewo oskrzelowe przed aspiracją treści pokarmowej. Mowa zastępcza za pomocą protezy głosowej jest postrzegana jako bardziej naturalna i bardziej wydolna w porównaniu z mową przelykową, a rehabilitacja jest znacznie krótsza. Negatywne aspekty tej metody to konieczność zamykania tracheotomii palcem w trakcie mówienia, pielęgnacja protezy i jej wymiana w określonym czasie oraz ryzyko powikłań związanych z samym zabiegiem wszczępienia protezy, jak i utrzymania przetoki tchawiczoprzelykowej. Metoda ta jest rutynowo stosowana w krajach o wysokim standardzie medycyny [9].

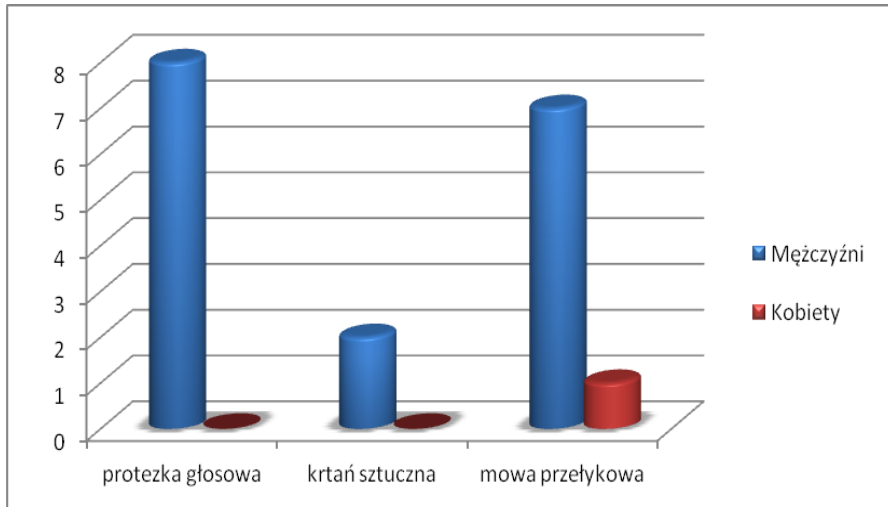
Celem pracy była ocena funkcjonowania chorych po całkowitym usunięciu krtani, korzystających z protez głosowych, z wykształconą mową przelykową lub generatorem drgań (sztuczną krtanią).

## **Material i metody**

Badanie przeprowadzono w grupie 18 pacjentów po zabiegach całkowitego usunięcia krtani. W badaniu uczestniczyło: 17 mężczyzn i jedna kobieta. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił autorski, anonimowy kwestionariusz ankiety.

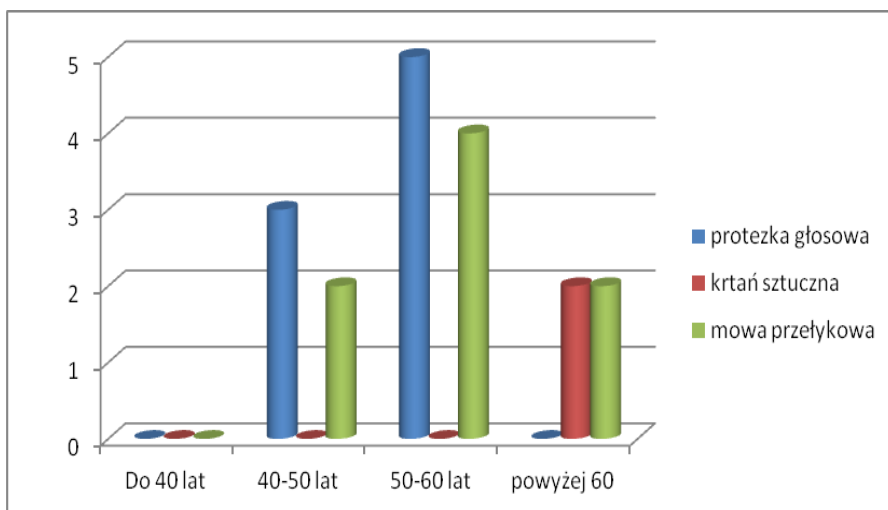
## **Wyniki i omówienie**

Spośród 18 badanych pacjentów po zabiegu całkowitego usunięcia krtani, 17 osób stanowili mężczyźni w tym 8 pacjentów posługiwało się protezą głosową, 2 sztuczną krtanią, a 7 pacjentów miało opanowaną mowę przełykową, badana kobieta komunikowała się z otoczeniem za pomocą opanowanej mowy przełykowej. Szczegółowy rozkład ilustruje Rycina 1.



**Rycina 1. Struktura badanych w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani w zależności od płci**

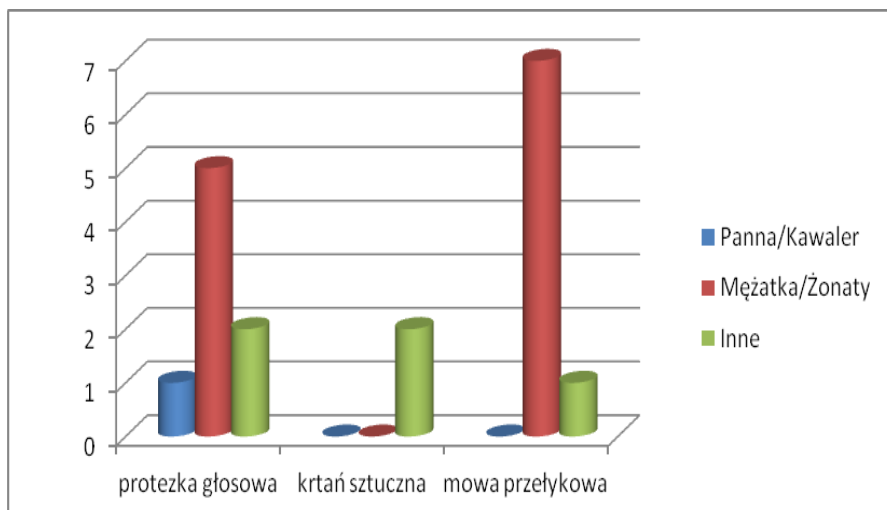
Badanych pacjentów podzielono na 4 grupy wiekowe, z czego największą stanowili pacjenci między 50.-60. rokiem życia, 5 osób z protezą głosową, 4 osoby z wykształconą mową przełykową, a najmniej liczną grupą byli pacjenci powyżej 60. roku życia, po 2 osoby z protezą głosową i mową przełykową (Rycina 2).





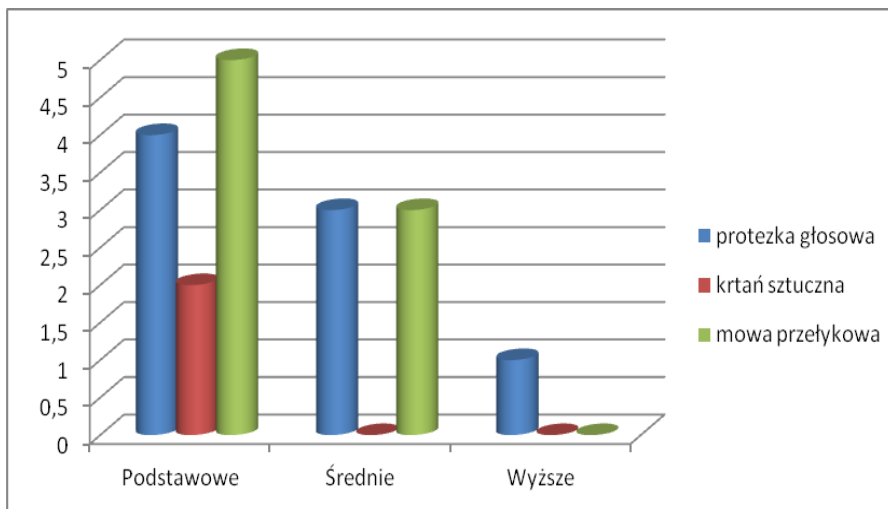
**Rycina 2. Struktura badanych w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani w zależności od wieku**

Zdecydowaną większość badanych pacjentów stanowili żonaci-12 osób, w tym 5 osób z protezą głosową, 7 osób z mową przełykową, 6 badanych osób było w stanie wolnym. Rozkład odpowiedzi ilustruje Rycina 3.



**Rycina 3. Struktura badanych w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani w zależności od stanu cywilnego.**

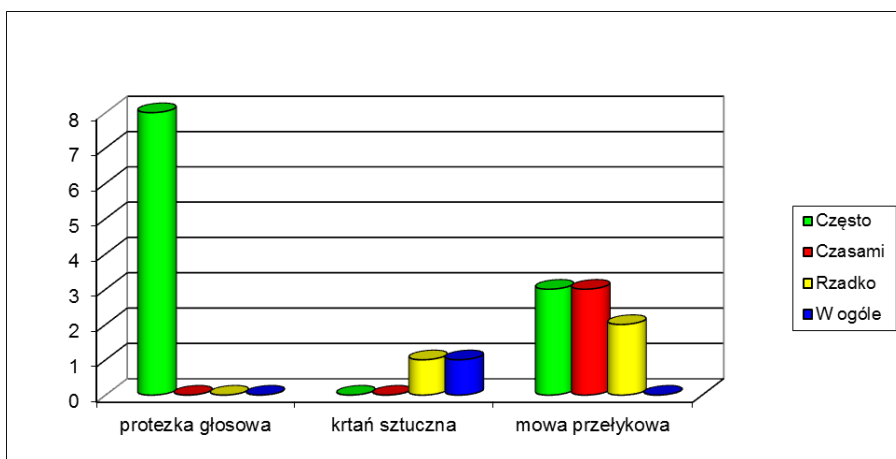
Wykształcenie podstawowe posiadało 11 osób, w tym 4 osoby z protezą głosową, 2 osoby ze sztuczną krtanią oraz 5 pacjentów z mową przełykową, z wykształceniem średnim było 6 osób, po 3 osoby z protezą głosową i mową przełykową, a z wyższym była 1 osoba, która korzystała z protezy głosowej (Rycina 4).



**Rycina 4. Struktura badanych w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani w zależności od wykształcenia**

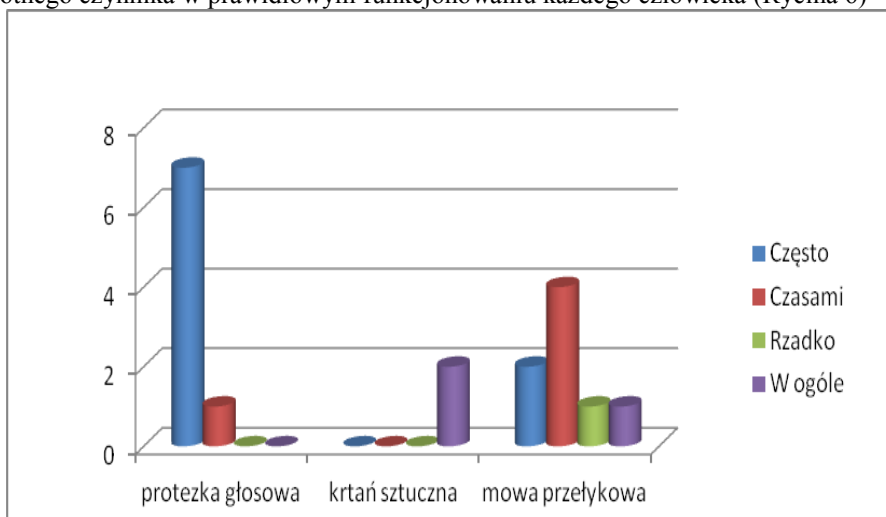
Badani pacjenci głównie zamieszkiwali miasto - 13 osób, 5 badanych mieszkało na wsi. Głównym źródłem utrzymania było: wśród pacjentów z protezą głosową 4 pacjentów powróciło do aktywności zawodowej. Natomiast osoby z mową przelykową i sztuczną krtanią nie podjęły pracy zarobkowej, a ich głównym źródłem utrzymania była renta lub emerytura.

Możliwość podjęcia rozmowy z innymi osobami, w znaczący sposób różnicuje badanych pacjentów w oparciu o poszczególne metody rehabilitacji mowy i głosu po całkowitym usunięciu krtani. Częściej rozmowę podejmują osoby z protezą głosową - 8 badanych niż z mową przelykową tylko 3 osoby, 3 badanych pacjentów czasami komunikuje się z otoczeniem, a 2 osoby bardzo rzadko. Pacjenci ze sztuczną krtanią rzadko lub w ogóle nie podejmują rozmowy. Wyniki ilustruje Rycina 5.



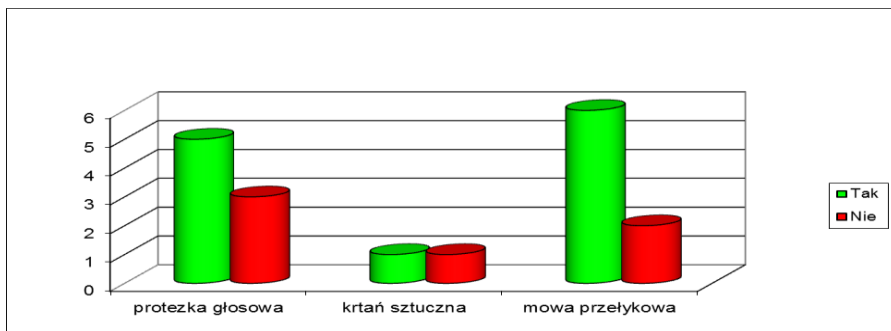
**Rycina 5. Częstość podejmowania rozmowy z innymi osobami w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

Wszyscy pacjenci z protezą głosową wykazują chęć uczestnictwa w spotkaniach z przyjaciółmi, rodziną czy znajomymi, 6 badanych pacjentów z mową przelykową oczekuje takich spotkań, pozostałe badane osoby, niezależnie od metody stosowanej rehabilitacji, rzadko dostrzegają taką potrzebę. Wyniki zachowania się tych badanych mogą sugerować skutki społeczne kalectwa, takie jak brak poczucia własnej wartości, lęk przed odrzuceniem czy izolowanie się z powodu następstw choroby nowotworowej. Wysoki wynik w grupie badanych z protezą głosową wskazuje na pewny i nieograniczony powrót do społeczności, duży stopień akceptacji siebie i swojego kalectwa, co w znacznym stopniu ułatwia korzystanie z protezy głosowej, dającej możliwość niezakłóconej mowy, czyli lepszej komunikacji z otoczeniem, jako istotnego czynnika w prawidłowym funkcjonowaniu każdego człowieka (Rycina 6)



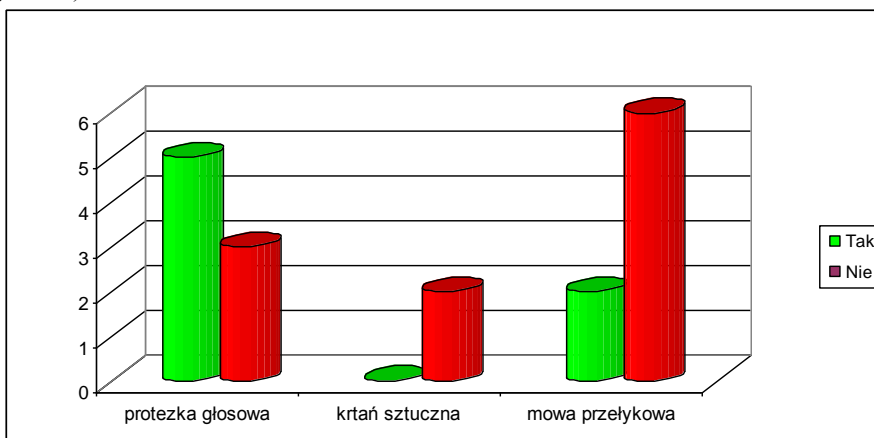
**Rycina 6. Częstość podejmowania spotkań towarzyskich przez pacjentów w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

Poczucie dyskryminacji ze względu na chorobę odczuwa 6 badanych pacjentów z mową przelykową, 5 badanych z protezą głosową oraz 1 osoba ze sztuczną krtanią. Wyniki ilustruje Rycina 7.



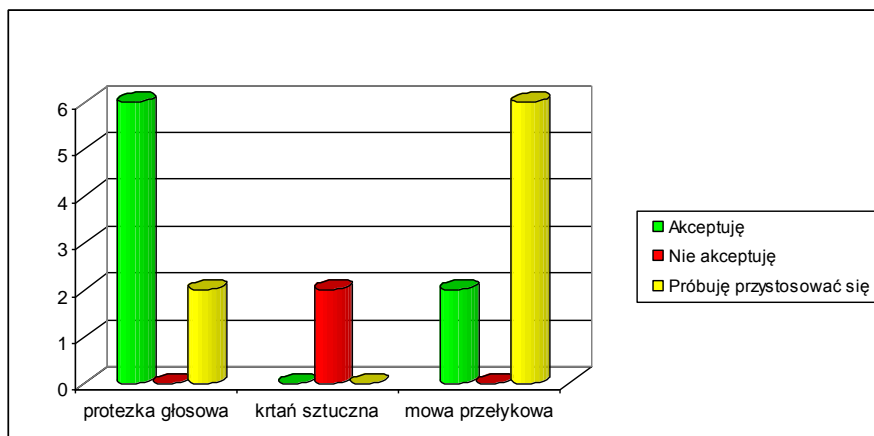
**Rycina 7. Poczucie dyskryminacji odczuwane przez pacjentów w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

Sport rekreacyjnie uprawia 5 pacjentów z protezą głosową, 2 z mową przelykową, aktywności fizycznej nie wykazują badani pacjenci z sztuczną krtanią (Rycina 8).



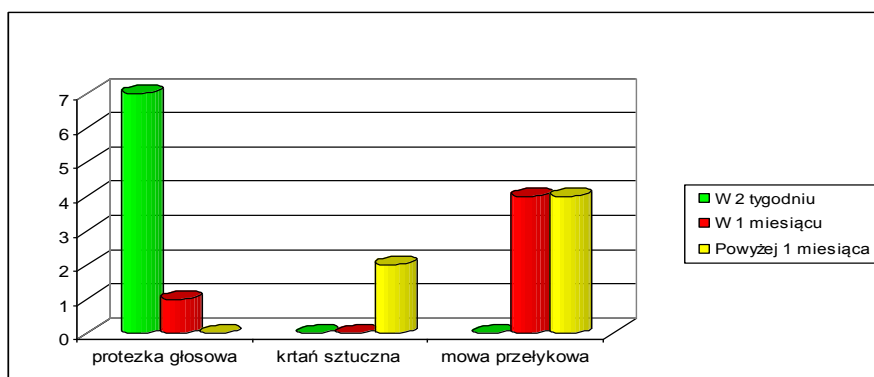
**Rycina 8. Rekreacyjne uprawianie sportu przez pacjentów w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

Spółród badanych pacjentów, którzy akceptują swoją aktualną sytuację zdrowotną, 6 badanych stanowią osoby z protezą głosową, 2 z mową przelykową, natomiast nie akceptują zaistniałej sytuacji pacjenci ze sztuczną krtanią. Przystosować się do swojej sytuacji zdrowotnej próbuje 6 osób z mową przelykową i 2 badanych z protezą głosową (Rycina 9).



**Rycina 9. Stosunek pacjentów do obecnej sytuacji zdrowotnej w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

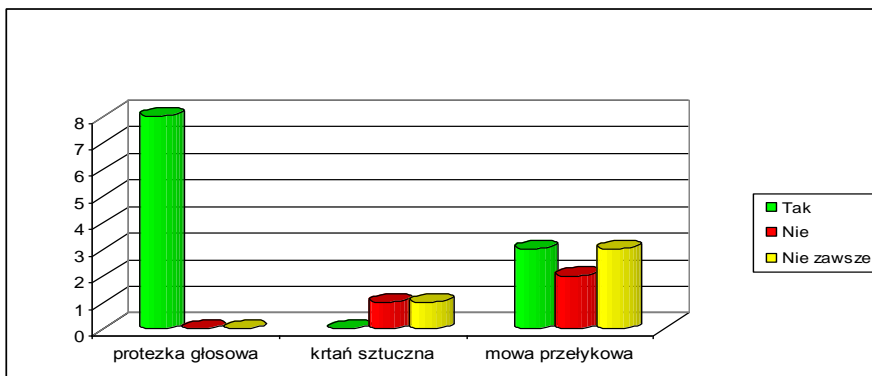
Okres braku komunikacji słownej u chorego po operacji, a także zmniejszenie ilości sesji rehabilitacyjnych u pacjentów z protezą głosową jest krótszy niż w przypadku innych stosowanych metod rehabilitacji mowy i głosu. Dla 7 spośród 8 badanych pacjentów z protezą głosową wynosił 2 tygodnie, natomiast 4 osoby z mową przelykową podejmują pierwsze próby mówienia w 1 miesiącu stosowanej rehabilitacji, natomiast powyżej miesiąca i dłużej 4 badanych. Badani ze sztuczną krtanią podejmują pierwsze próby mówienia powyżej 1 miesiąca od rozpoczęcia rehabilitacji (Rycina10).



**Rycina 10. Możliwości podejmowania pierwszych prób mówienia przez pacjentów w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

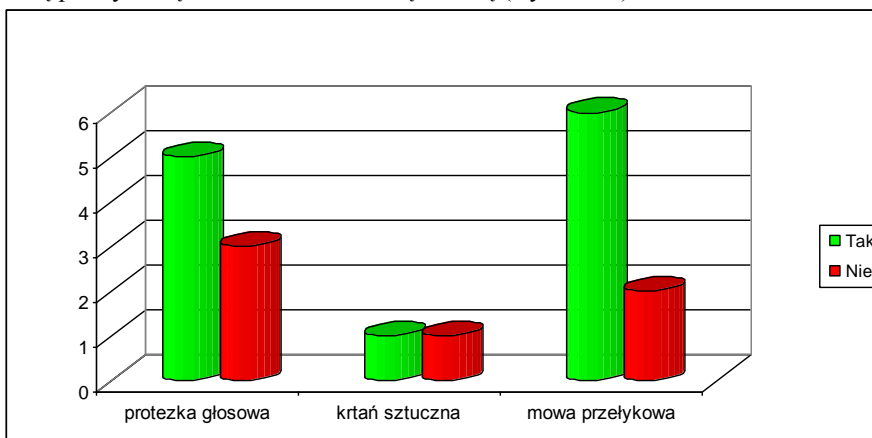
Prawidłowy przebieg komunikacji werbalnej z otoczeniem jest współzależny od pełnej zrozumiałości wytwarzanego głosu i mowy chorego. Pełne zrozumienie przez innych w przypadku protezy głosowej wynosi 8 na 8 badanych, 3 osoby z mową

przełykową czują się dobrze zrozumiane podczas rozmowy z innymi, najczęściej nie rozumiani są pacjenci z mową przełykową. Wyniki ilustruje Rycina 11.



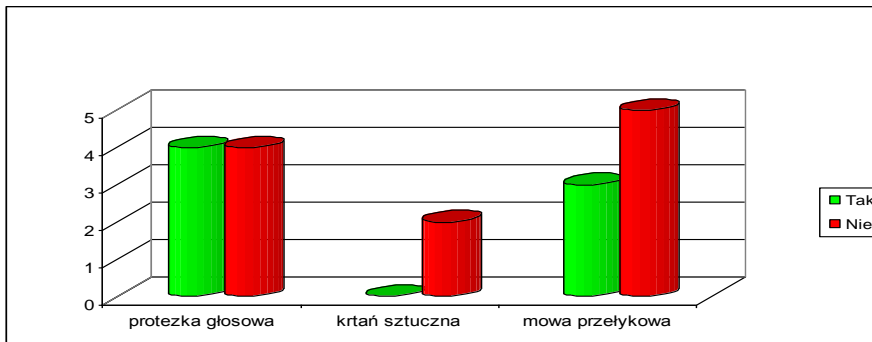
**Rycina 11. Rozumienia przez otoczenie mowy pacjentów w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

Przywrócenie akceptowalnego głosu i zrozumiałej mowy jest sukcesem zastosowania psychosocjalnego każdego chorego po całkowitym usunięciu krtani. Wśród badanych zadowolenie z wytwarzanego głosu podaje 5 pacjentów z protezą głosową, 6 z mową przełykową i 1 osoba ze sztuczną krtanią (Rycina 12).



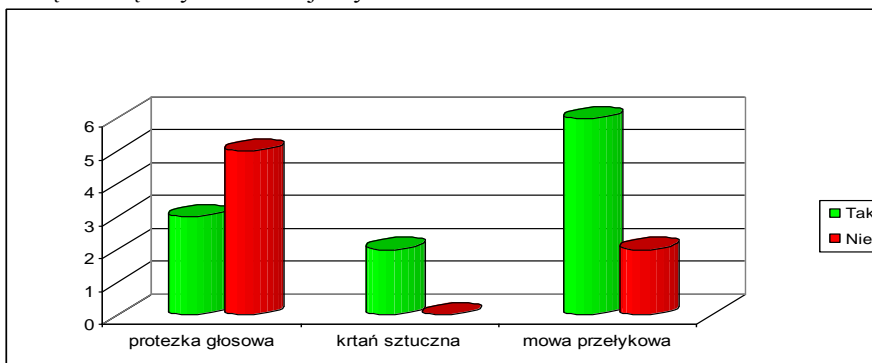
**Rycina 12. Akceptacja wytwarzanego głosu przez pacjentów w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

Pacjent po całkowitym usunięciu krtani powinien korzystać systematycznie z porad specjalistów, między innymi laryngologa, foniatry, logopedy i psychologa. Rozkład odpowiedzi badanych wygląda następująco: z opieki specjalistycznej korzystają 4 osoby z protezą głosową i 3 osoby z mową przełykową. Pozostali pacjenci nie korzystają z tego rodzaju opieki (Rycina 13)



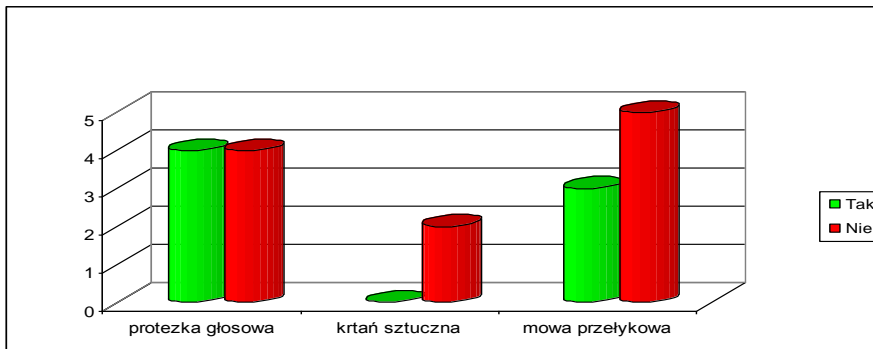
**Rycina 13. Korzystanie z porad specjalistycznej opieki medycznej w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

Możliwość werbalnej komunikacji z otoczeniem pozwala na pełnienie funkcji zawodowych, społecznych i rodzinnych, a utrata zdolności mowy spycha chorego na margines życia w społeczeństwie. Możliwość skutecznej i szybkiej rehabilitacji głosu i mowy ma pomóc chorym w utrzymaniu poziomu swojego statusu społecznego sprzed operacji. Wyniki badania pacjentów po operacji krtani wskazują na pogorszenie statusu społecznego u 3 osób z protezą głosową i 6 osób z mową przełykową oraz 2 osób ze sztuczną krtanią. Wyniki ilustruje Rycina 14.



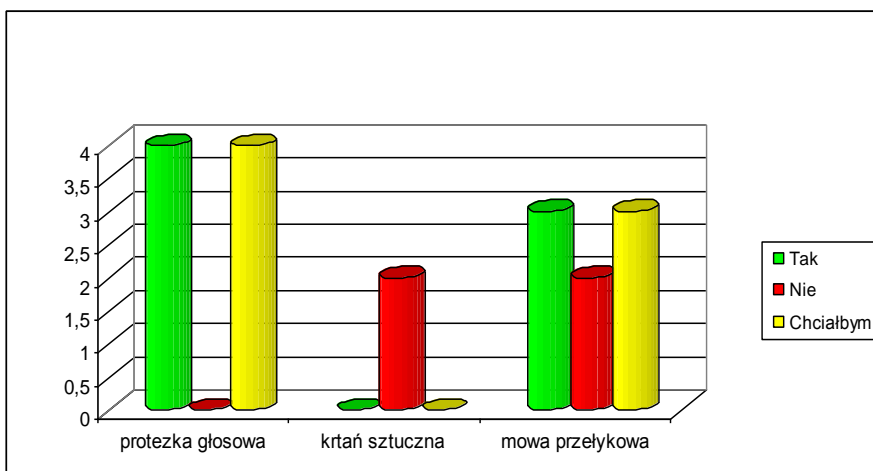
**Rycina 14. Poziom statusu społecznego po operacji w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

Rehabilitacja głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani powinna obejmować nie tylko rehabilitację mowy, ale również zmniejszać inne niekorzystne skutki zabiegu operacyjnego. Rehabilitacja psychologiczna czy socjalna wydaje się równie ważna, jak przywrócenie chorym możliwości komunikacji werbalnej. 4 pacjentów z protezą głosową korzystają z pełnego zakresu rehabilitacji, podobnie 3 osoby z mową przełykową, natomiast 5 osób z mową przełykową i 2 badanych pacjentów ze sztuczną krtanią nie poddało się rehabilitacji (Rycina 15)



**Rycina 15. Udział badanych pacjentów w rehabilitacji w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

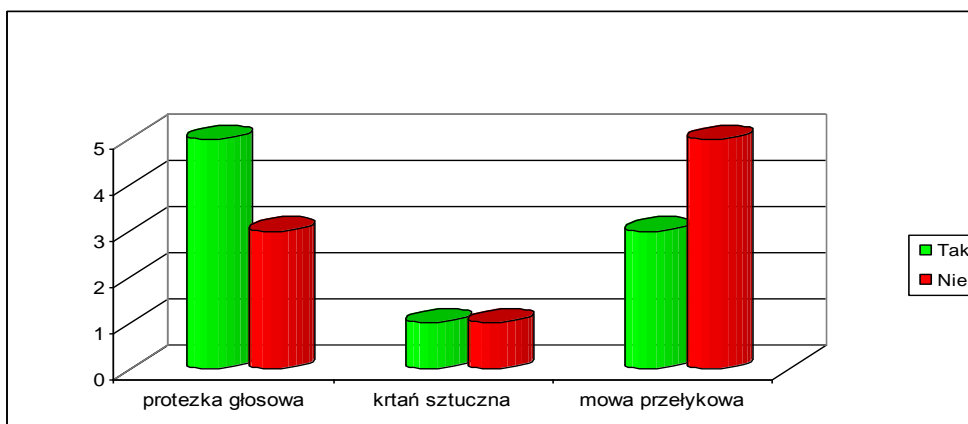
Rozpoznanie nowotworu wywiera ogromny wpływ na postrzeganie „siebie samego”. Często sposób samooceny jest wyrazem stereotypu pojmowania choroby nowotworowej funkcjonującego w społeczeństwie, co pogłębia bezradność i lęk oraz brak nadziei na przyszłość. Prawdopodobnie powoduje to izolowanie się chorego w czasie, gdy wsparcie społeczne jest mu najbardziej potrzebne. Postrzeganie siebie jako kogoś bardzo odmiennego może zmienić przynależność do grup wsparcia osób dotkniętych taką samą chorobą. Wśród badanych większość osób kontaktuje się lub chciałaby nawiązać kontakty z osobami po całkowitym usunięciu krtani, należących do grup wsparcia. Tylko 4 spośród 18 badanych pacjentów nie chce nawiązywać takich kontaktów (Rycina 16).



**Rycina 16. Nawiązanie kontaktu z grupami wsparcia w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**



Pozycja pacjentów w rodzinie jako małżonka, rodzica zostaje znacznie ograniczona po zabiegu usunięcia krtani. Jakość życia tych osób jest znacznie niższa, niezależnie od statusu onkologicznego i społecznego. Przywrócenie możliwości sprawnej komunikacji werbalnej umożliwia części z nich powrót do pełnienia funkcji rodzinnych i stylu życia sprzed operacji. Zdecydowanie najlepszym uczestnictwem w obowiązkach domowych odznaczają się pacjenci z proteza głosową i mowa przelykową, a najgorszą pacjenci z mową przelykową (Rycina 17).



**Rycina 17. Uczestnictwo w obowiązkach domowych w poszczególnych metodach rehabilitacji głosu i mowy po całkowitym usunięciu krtani**

## Wnioski

Na podstawie badań sformułowano następujące wnioski:

1. Metoda chirurgicznej rehabilitacji głosu i mowy z wykorzystaniem protezy głosowej pozwala badanym na sprawniejszą komunikację werbalną z otoczeniem.
2. Osoby z protezą głosową wykształcają wydolną socjalnie mowę w pierwszych tygodniach po operacji usunięcia krtani, podczas gdy rehabilitacja z wykształceniem mowy przelykowej zajmuje pacjentom kilka miesięcy.
3. Rehabilitacja pooperacyjna chorych po całkowitym usunięciu krtani powinna obejmować nie tylko rehabilitację mowy, lecz również wyeliminować niekorzystne psycho-emocjonalne skutki zabiegu.
4. Rehabilitacja psychologiczna i socjalna jest równie ważna, jak przywrócenie tym chorym możliwości komunikacji werbalnej.

## Piśmiennictwo

1. Janczewski G., Osuch-Wójcikiewicz E.: Rak krtani i gardła dolnego. Ośr. Wyd. Augustyna, Bielsko-Biała, 2002.
2. Bień S., Kamińska B., Żyłka S., Mężyk R., Piasta Z. i wsp: Ewolucja obrazu epidemiologicznego i klinicznego raka krtani i krtaniowej części gardła w Polsce, w latach 1991-2001. Otolaryngol. Pol., 2005, 59, 169-181.
3. Zatoński W.: Jak rzucić palenie?. Wyd. VII, Centrum Onkologii, Warszawa, 1999.

4. Thomassin J., M.: Atlas Otolaryngologiczny, T. II., Krtień. Serwier Polska, Warszawa, 1997.
5. Janczewski G.: Otolaryngologia praktyczna, T.II. Via Medica, Gdańsk, 2005.
6. Morshed K., Gołębek W., Szymański M., Olszański W.: Rehabilitacja głosu z zastosowaniem protezy głosowej typu Prowox. Otolar. Pol., 2005, 59, 225-228.
7. Kowalczyk A.M.M.: Czy tylko głos utracony i odzyskany? PTL, Białystok, 1997.
8. Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O.: Mowa Laryngektomowanych [w:] Logopedia Pytania i Odpowiedzi. Opole, 2001.
9. Łuczaj J., Koszyło-Hojna B.: Zastosowanie protez głosowych w rehabilitacji głosu u pacjentów po całkowitym usunięciu krtani. Otolar. Pol., 2003, 56, 897-903.



**Chilińska Joanna Zofia<sup>1,2</sup>, Chludzińska Beata<sup>2,3</sup>, Sobocińska Agnieszka<sup>1</sup>,  
Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>4</sup>, Wróblewska Krystyna<sup>1,2</sup>, Krynicki Romuald<sup>1,2</sup>**

## **Częstość wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego do nagłego zatrzymania krążenia w latach 2008-2010 na podstawie dokumentacji WSPR w Łomży**

<sup>1</sup>Szpital Wojewódzki im Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

<sup>2</sup>Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

<sup>3</sup>Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Łomży

<sup>4</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wstęp**

Konieczność udzielania pierwszej pomocy znali już starożytni Rzymianie i Grecy. W „Iliadzie” Homer pisał o punktach medycznych, w których opiekowano się rannymi w bitwie pod Troją [1]. Duży wpływ na stworzenie przedszpitalnego systemu pomocy medycznej w roku 1797 przypisuje się lekarzowi Napoleona. Dopiero jednak w latach sześćdziesiątych udowodniono skuteczność RKO, co spowodowało burzliwy rozwój i wprowadzenie do praktyk klinicznych oddychania zastępczego i pośredniego masażu serca. Do roku 1965 RKO uważano za „procedurę medyczną”, którą mogli przeprowadzać tylko lekarze. W tym samym roku przekwalifikowano RKO na „procedurę stosowaną w nagłych przypadkach” i mogła ona być już przeprowadzana przez lekarzy, pielęgniarki oraz przeszkolony personel karettek pogotowia. American College of Physicians podczas dorocznego spotkania w 1972 roku zarekomendował przeszkolenie jak największej liczby osób w zakresie udzielania pierwszej pomocy. W ciągu 25 lat przeszkolono ponad 60 tysięcy osób, co wpłynęło na bardzo wysoki odsetek pacjentów przeżywających zatrzymanie krążenia pozamedycznego, jaki przeprowadzono na świecie od lat siedemdziesiątych XX wieku do dziś [1].

W rzeczywistości jednak mimo burzliwego rozwoju wiedzy w zakresie resuscytacji i reanimacji odległa kliniczna skuteczność tych zabiegów jest bardzo mała i wynosi zaledwie 6%. Istnieje więc duża potrzeba, aby w dalszym ciągu kontynuować badania naukowe, poszerzać wiedzę w tej dziedzinie oraz prowadzić intensywne szkolenia. Duże nadzieje na zwiększenie skuteczności zabiegów resuscytacyjnych wiąże się z wprowadzeniem automatycznej defibrylacji, lokalnej hipotermii, nowych leków (np. wazopresyna) oraz szkoleń prowadzonych przez Krajowe Rady Resuscytacji (BLS, ALS, AED) [1].

Najwięcej przypadków zatrzymania krążenia stwierdza się w mechanizmie migotania komór. Jeśli zostaną wdrożone czynności resuscytacyjne przed przekształceniem się rytmu migotania w asystolię, to przeżycie pacjenta jest możliwe. Tak więc czas 4-5 minut od wystąpienia migotania i utraty przytomności jest „złotym czasem”, który daje szansę na przeżycie pacjenta, jeśli zostaną podjęte czynności resuscytacyjne oraz wykonana defibrylacja [2]. Wczesne wezwanie wykwalifikowanej pomocy, jak najszybsze podjęcie podstawowych czynności ratujących życie (BLS),

wczesna defibrylacja oraz wdrożenie zaawansowanych czynności ratujących życie (ALS) to kolejne ogniwa w tzw. „łańcuchu przeżycia”. Jest to schemat postępowania, który ma za zadanie poprawić efektywność ratowania pacjentów z pozaszpitalnym NZK. Aby osiągnąć sukces kończący się uratowaniem pacjenta, należy zadbać, aby każde ogniwo było wykorzystane w jak największym zakresie i łączyło się w jedną całość. W obowiązujących wytycznych dotyczących BLS wczesne wezwanie kwalifikowanej pomocy poprzedza podjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (CRP), gdyż w przypadku osoby dorosłej należy założyć, że do NZK doszło w wyniku VF (Ventricular Fibrillation) lub VT (Ventricular Tachycardia). Około 70-80% pozaszpitalnych NZK ma miejsce w domu chorego i w większości w ciągu dnia. Tak zwane „uliczne NZK” również mają miejsce aż w 2/3 w ciągu dnia, co znacznie zwiększa szansę wczesnego wezwania kwalifikowanej pomocy przez przypadkowych świadków zdarzenia. Aktualne wytyczne zakładają, iż wczesne rozpoznanie sytuacji stanowiącej zagrożenie życia, szybka reakcja na zaistniałe zdarzenie oraz natychmiastowe wezwanie pomocy może zapobiec NZK [1]. Jeżeli czynności ratujące życie nie zostaną podjęte przed upływem 5 minut, niemal zawsze dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu [2].

W Polsce do przyjazdu karetki może upłynąć 10-20 minut, co związane jest często ze zbyt późnym wezwaniem pomocy [1]. Mediana czasu dotarcia karetki do pacjenta wynosi na terenie miasta 3 minuty, poza miastem 15 minut, w związku z czym spełniane są wymogi czasu dotarcia do chorego zawarte w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, chociaż nie zawsze jest to czas wystarczający aby uratować życie [3].

Tysiące osób w ostrym ataku serca z nagłym zatrzymaniem krążenia w domu, czy też na ulicy mogłoby być uratowanych, gdyby przed przyjazdem karetki zostały podjęte najprostsze czynności resuscytacyjne, jak masaż serca, czy sztuczne oddychanie. CPR i wczesna defibrylacja wykonana w ciągu 3-5 minut w przypadku pozaszpitalnych VF lub VT może zwiększyć przeżycie pacjenta nawet o 49-75%. Z każdą minutą bez CRP szansa na przeżycie pacjenta maleje o 7-10% [1].

W sytuacjach, kiedy pierwotną przyczyną NZK są zaburzenia oddechowe, jak w przypadku utonięcia, aspiracji ciała obcego, zakrztuszenia, urazu, zatrucia alkoholem lub lekami, a także gdy NZK dotyczy niemowlęcia lub dziecka postępowanie świadków zdarzenia jest nieco inne, jak przy NZK w przebiegu VF i VT. Przed udaniem się po pomoc należy przez okres 1 minuty prowadzić resuscytację krążeniowo-oddechową [4].

BLS pozwala na przetrwanie reanimowanego, bez znacznej kwasicy i niedotlenienia oraz utrzymuje go we względnie zadowalającym stanie hemodynamicznym, do czasu zastosowania elektroterapii i farmakoterapii. Dlatego też, w ramach pomocy przedszpitalnej, defibrylacja powinna być zastosowana jak najwcześniej, dobrze byłoby zastosować ją równocześnie z BLS. Wczesna defibrylacja to kluczowe ogniwo w łańcuchu przeżycia, natomiast ALS jest czynnikiem decydującym o ratowaniu chorego z NZK [1].

Reasumując, aby pacjent z NZK miał jak największą szansę na przeżycie i powrót do jakościowo korzystnego życia, niezbędne jest wdrożenie przez świadków zdarzenia 3 pierwszych ogniw z „łańcucha przeżycia” do momentu przybycia zespołu ratownictwa medycznego (ZRM).

Celem pracy była ocena częstości wyjazdów do nagłego zatrzymania krążenia przez personel medyczny WSPR w Łomży w latach 2008 – 2010.

## Material i metody

Materiał do badań zebrano na podstawie szczegółowej analizy dokumentacji medycznej prowadzonej przez personel medyczny WSPR w Łomży z lat 2008-2010. Dokumentację służącą analizie stanowiły: Karta zlecenia wyjazdu Pogotowia Ratunkowego, Dziennik Pracy Stacji Pogotowia Ratunkowego. Badaniem objęto wszystkie wyjazdy Zespołów Ratownictwa Medycznego WSPR w Łomży w latach 2008-2010.

## Wyniki i omówienie

Badaną grupę stanowiły osoby, u których rozpoznano nagłe zatrzymanie krążenia zamieszkujące powiat łomżyński, obejmujący swoim zasięgiem obszar około 1354 km<sup>2</sup>, z czego 26% to obszar należący do „Zielonych Płuc Polski”. Nie można pominąć tego faktu, jeżeli weźmiemy pod uwagę pozytywny wpływ czystego środowiska na stan zdrowia mieszkańców tych terenów, szczególnie jeżeli porównamy go z warunkami osób zamieszkujących duże aglomeracje miejskie lub tereny uprzemysłowione.

Pacjenci, spośród których rozpatrywano przypadki w niniejszej pracy to mieszkańcy liczącego około 115 tysięcy osób powiatu łomżyńskiego, z czego 51 osób to mieszkańcy miast Łomża, Jedwabne i Nowogród. Pozostałe 27 osób to pacjenci z okolicznych wsi rozrzuconych w promieniu 40 km od Łomży. Najmłodszy pacjent z NZK miał 17 lat, natomiast najstarszy przekroczył wiek 89 lat, co świadczy o tym, iż niezależnie od wieku możemy potrzebować pomocy, a nasze życie zależy od tego, jak szybko uzyskamy profesjonalną pomoc. W badanej grupie przeważającą część stanowili mężczyźni. Większość chorych w momencie utraty przytomności pozostawała w domu.

Teren działalności WSPR w Łomży jest rozległy i nie zawsze gwarantujący dobre warunki drogowe, szczególnie w okresie zimowym. Karetki z personelem medycznym stacjonują w jednej bazie mieszczącej się w Łomży na ul. Szosa Zambrowska 1/19. Dojazd ze stacji do docelowego miejsca wezwania w razie wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia wynosi w jedną stronę nawet ponad 40 km. W okresie zimowym zdarza się, że ZRM aby dotrzeć do chorego potrzebującego pomocy pokonują zasy i las pieszko. W takich sytuacjach zdarza się, że pomoc do pacjenta dociera zbyt późno i nie można odwrócić niekorzystnego biegu wydarzeń chorobowych zachodzących w żywym organizmie. Dużo korzystniejsza sytuacja z dotarciem do poszkodowanych jest na terenie miasta, gdyż jest to niewielka aglomeracja, a oznakowanie i dojazd do poszczególnych ulic i domów nie sprawia kłopotów kierowcom pracującym w Łomżyńskim Pogotowiu Ratunkowym. Zamieszkujący miejscowości leżące blisko Łomży mogą również liczyć na szybkie dotarcie ambulansu z pomocą medyczną.

NZK to sytuacja, w której serce przestaje pracować (bić) nagle i nieoczekiwanie. Spowodowane to jest nieprawidłowościami układu przewodnictwa elektrycznego serca. Nieprawidłowości te powodują arytmie. Kiedy w ciągu minuty dochodzi kolejno do zaniku tętna, utraty przytomności i bezdechu to umieralność związana z NZK jest bardzo wysoka i sięga 90-95% poszkodowanych. Niejedno życie można ocalić, jeżeli wykona się skuteczną i szybką defibrylację. Do defibrylacji w miejscach publicznych w dużych skupiskach ludzi zaleca się AED (przenośne urządzenie do defibrylacji). Obsługa tych urządzeń jest prosta i do obsługi nie jest wymagane wykształcenie medyczne.

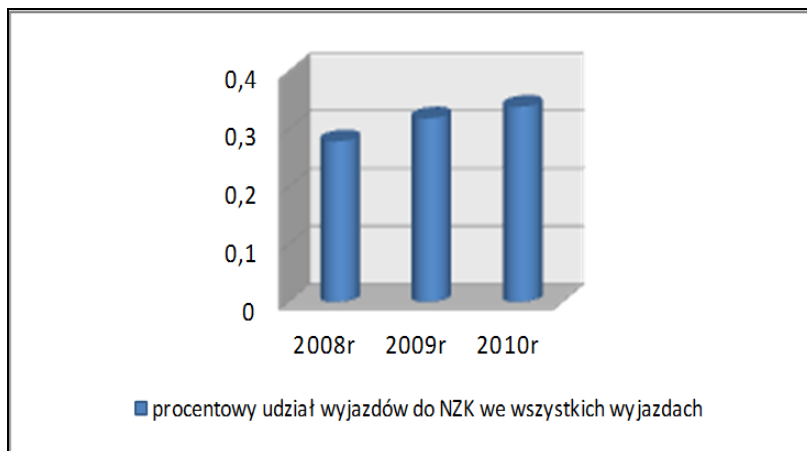
Łomża posiada cztery takie defibrylatory, które znajdują się w Straży na ul. Sikorskiego, w Policji na ul. Wojska Polskiego, w Urzędzie Miejskim na ul. Stary Rynek oraz w Kościele parafii Krzyża Świętego na ul. Zawadzkiej.

Często nie zdajemy sobie sprawy, że w przypadku użycia AED wystarczy po prostu postępować w/g wskazówek, które daje nam samo urządzenie. Ważną czynnością jest umiejscowienie elektrod na ciele poszkodowanego. W przypadku Lifepaka AED na jego opakowaniu rozmieszczone są rysunki, które pokazują miejsce przyklejenia elektrod oraz jej kolor. Po włączeniu urządzenia dokona ono automatycznej analizy rytmu serca i zadecyduje czy przeprowadzenie defibrylacji jest konieczne. Jeżeli jest taka potrzeba, to za pomocą komunikatu głosowego poinformuje nas o dalszym postępowaniu. Pomimo posiadania defibrylatorów aż w 4 punktach miasta nie przypominam sobie sytuacji, aby były one wykorzystane w praktyce. Prawdopodobnie wynika to z małej wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy, braku wrażliwości i chęci niesienia pomocy drugiemu człowiekowi

Wśród 25319 wezwań, do których wyjechały zespoły „S” i „P” w badanym okresie, w dokumentacji medycznej odnotowano 78 interwencji z rozpoznaniem NZK. We wszystkich tych przypadkach zostały podjęte zaawansowane czynności resuscytacyjne, a działania personelu medycznego udokumentowane w Karcie Zlecenia Wyjazdu Pogotowia Ratunkowego.

W roku 2008 ZRM do nagłych wezwań wyjechały 9647 razy, z czego u 27 pacjentów rozpoznano NZK, co stanowiło 0,28% ogółu wyjazdów. Rok 2009 to 7923 wyjazdy Pogotowia Ratunkowego i 25 przypadków NZK wśród osób, którzy otrzymali pomoc medyczną, a to stanowiło 0,32% ogółu wyjazdów zakończonych akcją resuscytacyjną. Rok 2010 został zamknięty liczbą 7749 interwencji zespołów pogotowia z 26 przypadkami NZK i podjętą resuscytacją przez personel medyczny, co stanowiło 0,34% ogółu wszystkich wyjazdów.

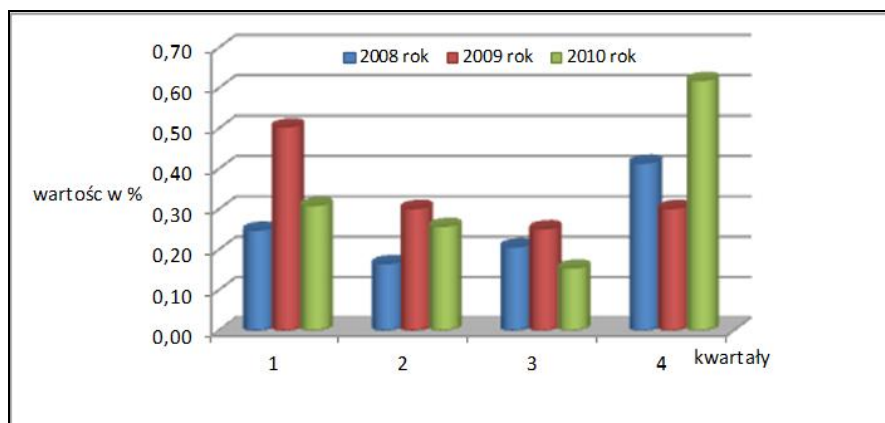
Z dokumentacji wynika, że ilość wszystkich wyjazdów do przypadków nagłych i zagrażających życiu wykazuje stałą tendencję spadkową, natomiast ilość wyjazdów do pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia utrzymuje się na jednakowym poziomie (Rycina 1).



**Rycina 1. Procentowy udział wyjazdów do NZK w latach 2008-2010**

W pierwszym kwartale udział wyjazdów do NZK we wszystkich wyjazdach dla kolejnych lat kształtował się następująco: rok 2008 – 6 wyjazdów stanowiących 0,25%, rok 2009 – 10 wyjazdów stanowiących 0,5% i w roku 2010 - 6 wyjazdów stanowiących 0,31%. W drugim kwartale udział ten przedstawia się następująco: rok 2008 – 4 wyjazdy stanowiących 0,17%, rok 2009 – 6 wyjazdów stanowiących 0,3% i rok 2010 – 5 wyjazdów stanowiących 0,26%. Trzeci kwartał: rok 2008 – 5 wyjazdów stanowiących 0,20%, rok 2009 to również 5 wyjazdów, ale stanowiących 0,25% i rok 2010 z 3 wyjazdami stanowiącymi 0,15% ogółu wyjazdów. Rozkład w ostatnim kwartale przedstawia się następująco: rok 2008 – 10 wyjazdów stanowiących 0,4%, rok 2009 – 6 wyjazdów stanowiących 0,30% i rok 2010 to aż 12 wyjazdów stanowiących 0,62% ogółu wyjazdów.

Z danych wynika, że w okresie zimowym, a szczególnie w czwartym kwartale ilość wyjazdów do NZK jest największa. W grupie analizowanych danych – w pierwszym i czwartym kwartale rozrzut danych dla poszczególnych lat był większy niż w kwartałach drugim i trzecim. Szczegółowy rozkład wyników przedstawia Rycina 2.

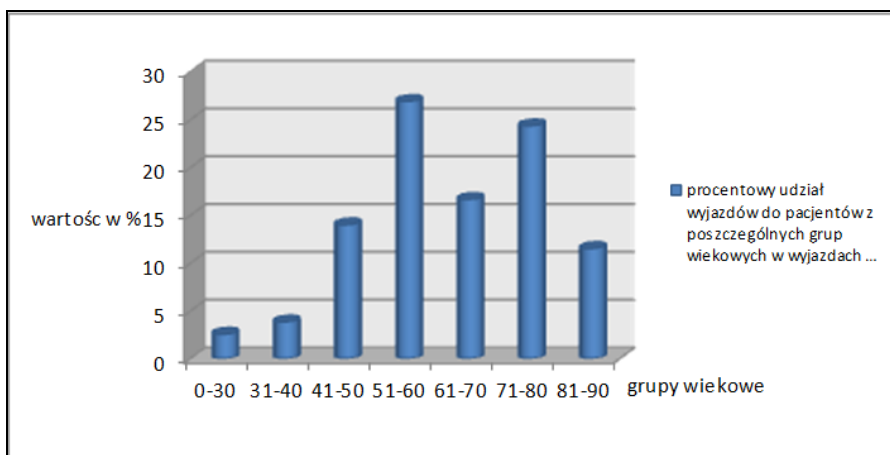


**Rycina 2. Procentowy udział wyjazdów do NZK w poszczególnych kwartałach w latach 2008-2010**

Grupę badaną stanowili pacjenci w wieku od 0 do 90 lat. W grupie wiekowej 0 – 30 lat znalazły się 2 osoby, co stanowi 2% ogółu wszystkich wyjazdów do NZK w badanym okresie. Zwrócono uwagę na wiek i przyczynę wystąpienia NZK u tych osób. W pierwszym przypadku poszkodowaną była tonąca 17-letnia dziewczyna, którą „wyciągnięto” z wody, w drugim 19-letni mężczyzna po przedawkowanych narkotykach. W przedziale wiekowym 31 – 40 lat akcję resuscytacyjną w NZK przeprowadzono u 3 osób, co stanowi 4% wszystkich analizowanych przypadków NZK. Przedział wiekowy 41 – 50 lat to 11 osób z rozpoznaniem NZK i 14% ogółu wyjazdów, a wiek 51 – 60 lat to aż 21 osób z NZK i 27% ogółu wszystkich interwencji do NZK w badanej grupie pacjentów. Chorzy z tej grupy wiekowej byli najczęściej obciążeni chorobami przewlekłymi, wśród których dominowała choroba wieńcowa. Zaobserwowano też dużo osób ze schorzeniami układu oddechowego (astma, POCHP). Wiek 61 – 70 lat to 13 przypadków NZK, co stanowi 17% i 71 – 80 lat 19 przypadków NZK, stanowiące 24% ogółu wyjazdów do NZK. Przedział wiekowy 81 – 90 lat to 9 NZK, stanowiące 12% wszystkich wyjazdów do NZK w latach 2008 – 2010 na terenie działalności łomżyńskiego pogotowia.



Najliczniejszą grupę badanej populacji z rozpoznaniem i udokumentowanym NZK stanowili pacjenci w grupie wiekowej 51 – 60 lat, natomiast najmniej liczną grupę stanowili najmłodsi, czyli w wieku 0 –30. Szczegółowy rozkład ilustruje Rycina 3.

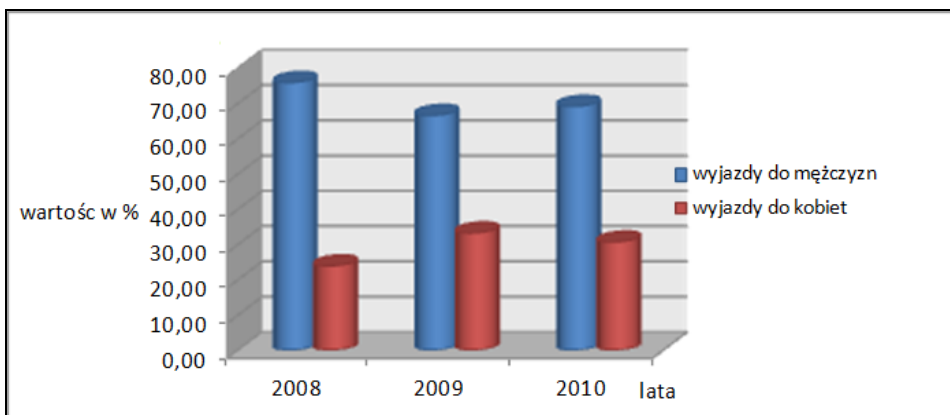


**Rycina 3. Procentowy udział wyjazdów do pacjentów z NZK w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2008-2010**

W analizowanej dokumentacji rozpatrywano 78 przypadków z rozpoznaniem NZK, wśród których 23 osoby to kobiety, natomiast zdecydowaną większość (55) osób stanowili mężczyźni.

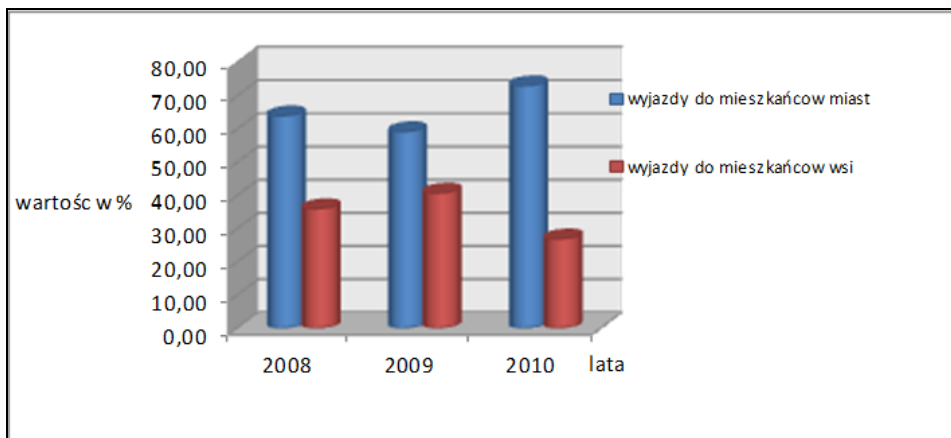
W roku 2008 rozpoznano NZK u 6 kobiet, co stanowi 24% i 19 mężczyzn, a więc 76% ogółu wyjazdów do NZK. Rok 2009 to 9 kobiet, stanowiące 33% oraz 18 mężczyzn, stanowiące 67% rozpoznanych NZK i podjęte akcje resuscytacyjne. 2010 rok 8 kobiet, co stanowiło 31% i 18 mężczyzn 69% wszystkich wyjazdów do NZK.

Z danych wynika, iż NZK występuje znacznie częściej u mężczyzn niż kobiet. Jednocześnie stwierdzono, iż z każdym rokiem obserwowana jest nieznaczna tendencja wzrostowa występowania NZK u kobiet (Rycina 4).



**Rycina 4. Procentowy udział wyjazdów do mężczyzn i kobiet z powodu NZK w latach 2008-2010**

Z Ryciny 5, na której przedstawiono procentowy udział wyjazdów do mieszkańców miasta i wsi do NZK wynika, że w roku 2008 ZRM na teren miasta wyjechały 16 razy, co stanowiło 64% wszystkich wyjazdów do NZK, na wieś 9 razy, co stanowiło 36% wyjazdów. Rok 2009 to 16 wyjazdów i 59% wyjazdów do NZK w mieście i 11 wyjazdów do wsi, stanowiących 41% ogółu wyjazdów do NZK w badanym okresie. W roku 2010 odnotowano 19 przypadków NZK w mieście, stanowiących 73% wszystkich wyjazdów i 7 do mieszkańców wsi, stanowiąc 27% wszystkich wyjazdów do NZK. Ogółem obserwowano znacznie częstsze wyjazdy do NZK na terenie miasta niż wsi.



**Rycina 5. Procentowy udział wyjazdów do mieszkańców miast i wsi z powodu NZK w latach 2008-2010**

Nagły wypadek, pogorszenie lub zagrożenie zdrowia i życia zdarza się ludziom w różnych sytuacjach i w różnych miejscach. Nie zawsze miejsce, które stało się miejscem przykrego doświadczenia i wypadku było znajome i bezpieczne dla poszkodowanego i przypadkowych świadków zdarzenia.

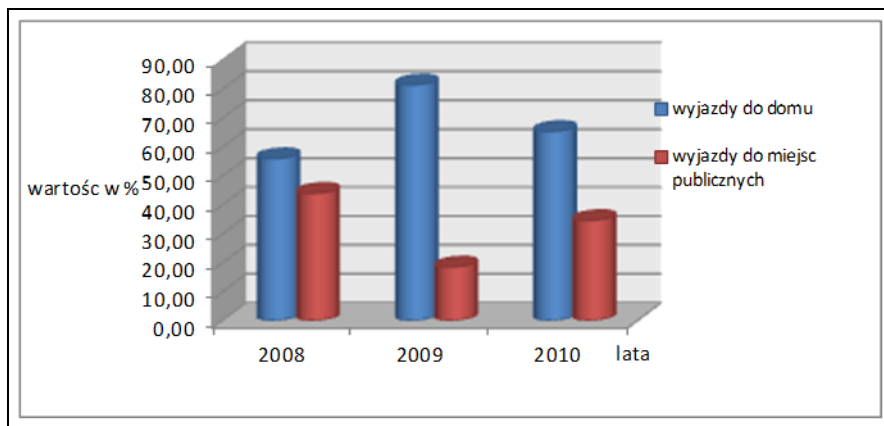
Na Rycinie 6 zobrazowano procentowy udział wyjazdów do domu i miejsc publicznych do NZK w latach 2008 – 2010. W 53 przypadkach stanowiących 68% wyjazdów do NZK w do zdarzenia doszło w mieszkaniu, domu lub w granicach prywatnej posesji tych osób. Pozostałe 25 przypadków NZK, stanowiące 32% ogółu wyjazdów do NZK to miejsca publiczne, jak ulica, sklep, bank, dworzec PKS i przystanek autobusowy.

Z badania wynika, iż znacznie większa ilość NZK została rozpoznana w domu pacjenta, aniżeli w miejscach publicznych. W roku 2009 znacznie spadła ilość NZK tzw. ulicznych w stosunku do roku 2008 i nieznacznie 2010. Rozpoznane NZK w domu natomiast wykazywały tendencję wzrostową w roku 2009 w stosunku do roku 2008, a spadkową w roku 2010.

W analizowanej dokumentacji dominowały 4 mechanizmy, które rozpoznano na podstawie diagnostyki elektrokardiograficznej. Łomżyńskie karetki wyposażone są w defibrylatory dwufazowe firmy Welchallyn, dzięki którym za pomocą pojedynczego odprowadzenia (z łyżek defibrylatora) możliwa była identyfikacja tych rytmów na drodze analizy elektronicznej. Istniała również możliwość wykonania 12 – odprowadzeniowego EKG celem uwiarygodnienia i potwierdzenia rozpoznanego rytmu i zakwalifikowania go do rytmów do defibrylacji lub jej wykluczenia. Rytmu występujące

w czasie zatrzymania krążenia oraz udokumentowane w postaci wydruku zapisów z kardiomonitora podzielono na 3 grupy :

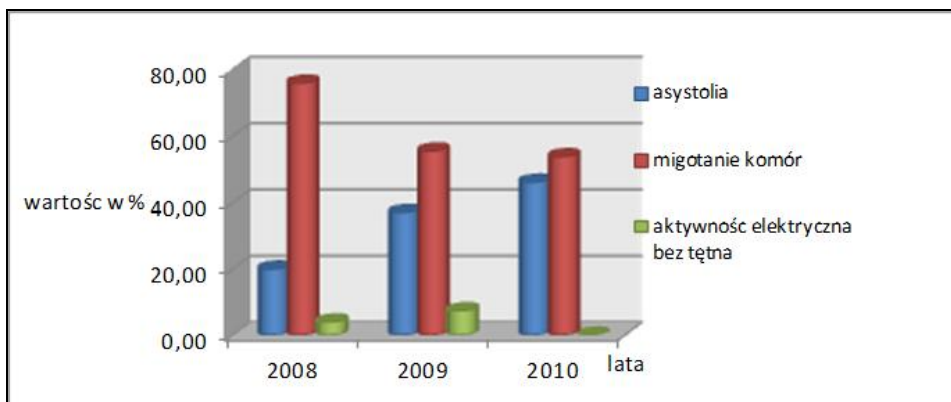
- migotanie komór i częstoskurcz komorowy
- asystolia
- aktywność elektryczna bez tętna



**Rycina 6. Procentowy udział wyjazdów do domu i miejsc publicznych z powodu NZK w latach 2008-2010**

W roku 2008 odnotowano 19 przypadków VF, stanowiących 76% wyjazdów do NZK, 5 asystolii i 20% tych wyjazdów oraz 1 PEA, co stanowiło 4% wszystkich wyjazdów do NZK. W roku 2009 rozpoznano 13VF i 2VT, stanowiących 56% wszystkich wyjazdów do NZK oraz 10 asystolii i 2 przypadki rozpoznanego PEA. 2010 rok to wystąpienie 12VF i 2VT stanowiących 54% ogółu wyjazdów do NZK oraz 12 przypadków asystolii, stanowiących 46% wszystkich wyjazdów do NZK.

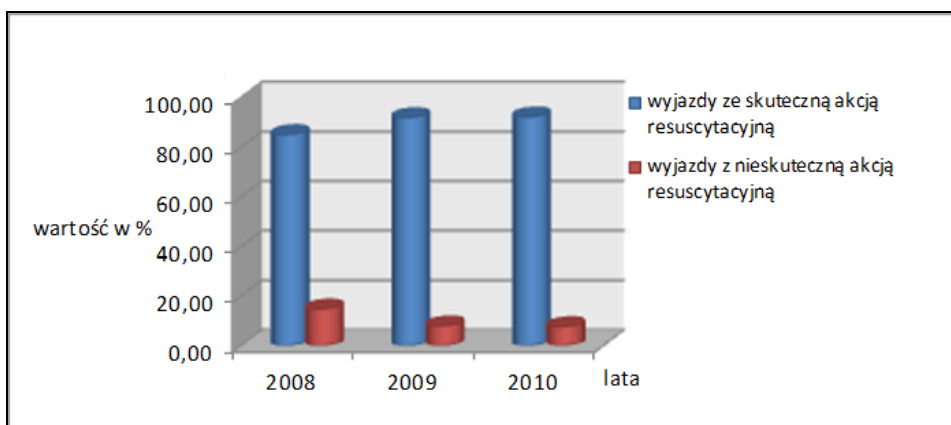
Na podstawie analizy zaobserwowano spadek ilości migotania komór ze znikomą ilością częstoskurczy komorowych, przy jednoczesnym, systematycznym wzroście asystolii, najrzadszym rytmem w badanym okresie był PEA (Rycina 7).



**Rycina 7. Procentowy udział wyjazdów do NZK w przebiegu określonego mechanizmu zatrzymania krążenia w latach 2008-2010**

W roku 2008 na 25 przeprowadzonych akcji resuscytacyjnych 23-85% spośród wszystkich resuscytacji w NZK było skutecznych, a pacjenci przewiezieni do Oddziału Intensywnej Terapii w Łomży, natomiast 4, co stanowiło 15% ogółu interwencji w NZK była nieskuteczna. Rok 2009 na 25 resuscytacji 23-92% interwencji medycznych zakończonych powodzeniem, a pacjenci zostali przewiezieni do OIT w Łomży, natomiast 2-8% zakończone niepowodzeniem i stwierdzonym zgonem. Na rok 2010 przypadło 24 resuscytacje, stanowiące 92% wszystkich interwencji do NZK, które były skuteczne, 2 resuscytacje, co stanowiło 8% bez pozytywnego skutku i potwierdzone zgonem pacjenta.

Ogółem na 78 przypadków NZK w latach 2008 – 2010 i przeprowadzonych resuscytacji przez ZRM 70 interwencji (90%) zakończyło się powodzeniem, natomiast 8 interwencji (10%) było nieskutecznych potwierdzonych zgonem pacjenta (Rycina 8).



**Rycina 8. Procentowy udział wyjazdów ze skuteczną i nieskuteczną akcją resuscytacyjną w przebiegu NZK w badanym okresie**

## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy sformułowano następujące wnioski:

1. Ilość wyjazdów personelu medycznego WSPR do NZK utrzymywało się na stałym poziomie.
2. W okresie zimowym, a szczególnie w czwartym kwartale ilość wyjazdów do NZK znacznie wzrosła.
3. Badanie wykazało znacznie większy odsetek mężczyzn niż kobiet dotkniętych wystąpieniem NZK przy stałej tendencji wzrostowej NZK u kobiet.
4. Problem NZK w znacznym stopniu dotyczył osób zamieszkujących aglomerację miejską.
5. Wiodącym rytmem w NZK było migotanie komór.
6. W zdecydowanej większości badanych NZK zakończyło się uzyskaniem spontanicznego powrotu krążenia, umożliwiającego bezpieczne przewiezienie chorego do OIT

## **Piśmiennictwo**

1. [http://www.emsglobal.org/Polish/Historia EMS.aspx](http://www.emsglobal.org/Polish/Historia_EMS.aspx), data pobrania 7.11.2011  
Kokot F.[red.]: Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2000,11-38, 55-61.
2. Bojarski M., Radecki W.: Kodeks wykroczeń. Komentarze. Wyd. C.H. Beck, Warszawa, 2011, 628.
3. Zawadzki A.[red.]: Medycyna ratunkowa i katastrof. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2007, 5-45, 349-367.

**Bogusz Joanna**

## **Udział pielęgniarki w nefarmakologicznym leczeniu dny moczanowej**

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej

Dna moczanowa jest to nawrotowe ostre zapalenie stawów obwodowych. Przyczyną zapalenia jest krystalizacja moczanu sodowego w płynie stawowym, a następnie fagocytoza kryształów oraz powstawanie złogów krystalicznych w tkankach. Do wytrącania się kwasu moczowego dochodzi przy jego nadmiernym stężeniu w płynach ustrojowych [5].

Kwas moczowy jest końcowym produktem przemiany związków purynowych. Puryny mogą być pochodzenia egzogenne (pożywienie) oraz endogenne (syntezy „de novo” oraz rozpad kwasów nukleinowych). Wydalanie kwasu moczowego w 2/3 odbywa się przez nerki, natomiast pozostała jego część usuwana jest z kałem.

Hiperurykemia jest prekursorem oraz czynnikiem ryzyka dny moczanowej. Jednakże tylko u 10% osób z hiperurykemią rozwija się dna. Ważny jest jej czas trwania oraz stopień nasilenia [5].

Czynniki sprzyjające krystalizacji kwasu moczowego to między innymi: obniżenie pH moczu, odwodnienie organizmu, spożycie alkoholu, nadmiar puryn, wysiłek fizyczny, zabieg operacyjny, uraz oraz radioterapia [23].

Częstość występowania dny moczanowej znacząco różni się pomiędzy poszczególnymi populacjami. Według danych dotyczy około 1 – 2% populacji. Znacznie częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet. Od dawna obserwuje się zwiększone występowanie choroby wśród osób o wysokiej pozycji społecznej, posiadających bardzo dobre warunki bytowe [18, 19].

W przebiegu dny moczanowej wyróżnia się cztery okresy: bezobjawowa hiperurykemia, napady ostrego zapalenia stawów, okresy międzynapadowe oraz dnę przewlekłą (guzkową).

W okresie bezobjawowej hiperurykemii stwierdza się podwyższone stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi, jednak nie występują objawy zapalenia stawów. Każda hiperurykemia powinna być potwierdzona kilkakrotnym badaniem moczu. Należy skontrolować dietę oraz przyjmowane przez pacjenta leki, aby ustalić przyczynę zwiększonego wydalania kwasu moczowego [10].

Najczęstszą formą dny są okresy napadów ostrego zapalenia stawów. Pierwszy charakterystyczny atak rozwija się nagle, często nad ranem [4, 25].

Głównym objawem klinicznym ostrego zapalenia stawów jest bardzo silny ból, który w przebiegu dny ma charakter napadowy, uniemożliwiający ruch, czasem tętniący.

Zlokalizowany jest w miejscu odkładania kryształów moczanu sodowego, zwykle jest to w stawach. Występuje obrzęk, zaczerwienienie i nadmierne ocieplenie zajętego stawu. Skóra nad stawem jest mocno napięta i lśniąca, szybko dochodzi do złuszczenia się naskórka. Często występują u chorych dreszcze, gorączka, uczucie rozbicia i kołatania serca [4, 10, 12, 21].

U niektórych chorych napad poprzedzają objawy zwiastunowe, takie jak: złe samopoczucie, zwiększona pobudliwość nerwowa. Trwają one od kilku godzin do kilku dni [23].

W początkowej fazie choroby zwykle zajęty procesem chorobowym jest jeden staw, jednak w miarę trwania choroby rozszerza się także na inne [23].

Okresy międzynapadowe mają różny czas trwania, nie występują wówczas objawy zapalenia stawów. Jeśli nie jest stosowana profilaktyka i leczenie okresy międzynapadowe trwają krócej. Po wielu latach choroby widoczne są zniekształcenia stawów i guzki dnawe [1, 10].

Dna przewlekła („guzkowa”) jest okresem nieodwracalnych zmian w licznych stawach i narządach wewnętrznych. Okresy remisji są przeplatane okresami zaostrzenia napadów.

Guzki dnawe pojawiają się po ok. 12 latach trwania hiperurykემii, a ich występowanie zależy od stopnia uszkodzenia nerek. Kryształy moczanu sodu mają różne lokalizacje zwykle kumulują się w słabo unaczynionych tkankach. W otoczeniu złogów mogą tworzyć się obrzęki. Skóra je pokrywająca jest cienka, o barwie pomarańczowej, z rozszerzonymi naczyniami, łatwo tworzą się owrzodzenia, z których wydobywa się biaława treść [1, 16].

Lokalizacja kryształów moczanu sodu w tkankach:
• małżowina uszna;
• okolice wyrostka łokciowego;
• kaletki stawu łokciowego;
• ścięgna palców;
• ścięgna nadgarstków;
• ścięgna stóp.

Leczenie dny jest bardzo złożone. Głównym jego celem jest eliminacja procesów związanych z powstawaniem hiperurykემii, dążenie do jej redukcji i zwalczanie objawów klinicznych związanych z nią [23].

Do metod leczenia dny moczanowej należą metody farmakologiczne i nefarmakologiczne.

Edukacja pacjenta jest najważniejsza w procesie leczenia. Jednym z elementów leczenia dny moczanowej jest edukacja terapeutyczna. Należy ją wprowadzić w chwili rozpoznania choroby. Pacjent uczy się samodyscypliny i wykształca w sobie zachowania prozdrowotne. Rozpocząć należy od analizy indywidualnych cech i możliwości pacjenta, który ma zostać poddany procesowi edukacji. Umożliwia to przystosowanie treści i metod do poszczególnych potrzeb pacjentów. W edukacji zdrowotnej stosuje się różnorodne metody, często kombinacje wielu metod. Takie działanie pomaga w podtrzymywaniu zainteresowania i motywacji uczestników. Sukcesem edukacji jest wzrost świadomości i zdolność dokonywania wyborów z myślą o swoim zdrowiu [2,3,6].

Postępowanie lecznicze różni się w zależności od okresu choroby. Nie stosuje się obecnie leczenia bezobjawowej hiperurykემii. Zaleca się zmianę trybu życia i leczenie chorób współistniejących.

W ostrym napadzie dny stosuje się doustnie niesteroidowe leki przeciwzapalne, glikokortykosteroidy oraz kolchicynę. Leczenie obniżające poziom kwasu moczowego w surowicy jest zalecane przy nawracających napadach dny (3–4 razy w roku), obecności guzków dnawych oraz zmianach radiologicznych. Terapia ta ma zapobiegać formowaniu się kryształów moczanu sodu. W tym celu stosuje się dwie grupy leków: leki zmniejszające syntezę kwasu moczowego (gdy hiperurykemia wywołana jest nadprodukcją, a wydalanie jest prawidłowe) lub leki urykozuryczne (które zwiększają wydalanie kwasu moczowego z moczem, warunkiem ich stosowania jest filtracja kłębuszkowa powyżej 50-60ml/min,

przyjmowanie dużej ilości płynów (2 l/dobę) oraz brak kamicy nerkowej). Do leków tej grupy należy: probenecyd, sulfipirazon, benzobromaron. Leczenie obniżające stężenie kwasu moczowego nie może być rozpoczynane podczas napadu dny. Zaleca się rozpoczęcie terapii ok. 4 tygodnie po ataku. Zbyt szybkie obniżenie stężenia kwasu moczowego może wywołać napad dny [10, 15, 24].

Stosowanie terapii hipouremicznej należy poprzedzić próbami obniżenia stężenia kwasu moczowego w surowicy innymi metodami. Należą do nich: obniżenie nadmiernej masy ciała, stosowanie diety niskopurynowej, ograniczenie spożycia alkoholu, unikanie przyjmowania diuretyków [14].

Chorzy na dnę moczanową powinni unikać leków zwiększających stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi, m.in.: kofeina, aminofilina, leki moczopędne, witamina B12, witamina C [12].

Najbardziej skutecznym sposobem leczenia dny moczanowej jest leczenie przyczynowe, jego skuteczność zależy od realizacji przez pacjenta wielu zaleceń odnośnie trybu życia, diety oraz stosowania zaleconych leków.

W okresie napadu dny leczenie nefarmakologiczne opiera się na unieruchomieniu zajętego stawu, przyjęciu dogodnej pozycji kończyny oraz unikaniu wykonywania zbędnych ruchów kończyną. Zaleca się stosowanie miejscowego zimna, tj.: okłady z lodu lub mrożony żel [23].

Rehabilitacja ma za zadanie przywrócić sprawność fizyczną w jak najkrótszym czasie, poprawić jakość życia i zwolnić postęp niesamodzielnosci. Ustalenie programu rehabilitacji jest trudne ze względu na wieloogniskowość i zmiany umiejscowienia procesu zapalnego w kolejnych zaostrzeniach choroby [8, 20].

Z powszechnie stosowanych w rehabilitacji zabiegów fizykoterapeutycznych pacjentom z chorobami reumatycznymi zaleca się: lokalne i ogólne działanie zimna, ciepła, ultradźwięków, elektrostymulacji, akupunktury, akupresury, masażu, hydroterapii, magnetoterapii czy laseroterapii. Należy jednak pamiętać, że są one zalecane indywidualnie.

Uwzględnia się nie tylko wskazania, lecz również przeciwwskazania oraz odpowiednio łączy z farmakoterapią [8, 21].

Krioterapia jest zabiegiem o działaniu przeciwbólowym i przeciwzapalnym. Zabieg przeprowadza się w specjalnie skonstruowanych kriokomorach oraz za pomocą zestawów złożonych z przenośnego zbiornika zaopatrzonego w dyszę. Temperatura w komorze czy przy wylocie dyszy to od – 100 do – 180°C. Zabieg trwa 1 - 3 minuty, a bezpośrednio po nim zaleca się wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych. Ból ustępuje już po 3 minutach oddziaływania na tkanki par ciekłego azotu i utrzymuje się ok. 3-4 godziny. W dnie moczanowej zabieg ten jest zalecany w okresie ostrym [17].

Skuteczną metodą zmniejszenia bólu i zaburzeń ruchomości w przebiegu dny moczanowej jest magnetoterapia. Ma działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwobrzękowe i regeneracyjne, z poprawą miejscowego przepływu krwi. Dobre efekty leczenia, brak działań ubocznych oraz łatwość stosowania tej metody sugerują, że może być wspomagająca w leczeniu podstawowym. Wciąż jest to jednak rozwiązanie nowatorskie, stosowane bardzo rzadko [13].

W zapobieganiu powstawania owrzodzeń w okolicy złogów moczanu sodowego, gdzie skóra jest cienka i łatwo dochodzi do jej uszkodzenia zaleca się pacjentom mycie skóry w ciepłej wodzie, należy dokładnie ją osuszać, stosować kremy nawilżające, maści z witaminą A lub maści Alantan. Motywowanie pacjenta do noszenia skarpet bawełnianych bez ściągacza oraz wygodnych, luźnych butów zmniejsza ryzyko powstania otarć na kończynach dolnych. Bardzo ważna jest edukacja chorego na temat prewencji napadów dny. Pacjent powinien unikać czynników mogących wywołać napad dny moczanowej. Należą do



nich stres psychiczny, nadmierny wysiłek fizyczny, przechłodzenie organizmu, gwałtowne odchudzanie się, alkohol (szczególnie piwo i alkohole wysokoprocentowe) [12].

W okresie napadowym zaleca się dietę bezmięsną, najlepiej stosować dietę płynną, kleikowo–owocową. Wszystkim chorym zaleca się dietę z niską zawartością puryn i fruktozy. Pokarmy bogate w te związki to: podroby (wątroba, mózg, nerki, serce), wywary, sosy mięsne, zupy na wywarach mięsnych, galarety mięsne, sardynki, śledzie, rośliny strączkowe (groch, fasola, soczewica, bób). Potrawy należy przygotowywać bez tłuszczu, technika przygotowywania powinna opierać się na parze lub gotowaniu w wodzie. Dieta zmniejsza zarówno dolegliwości powiązane z napadem dny, jak i zmniejsza ryzyko kolejnych epizodów [11, 12, 19].

**Podział produktów wg zawartości puryn, stosowany w żywieniu w dnie moczanowej [11,12]**

<b>PRODUKTY ODPOWIEDNIE (nie zawierające puryn lub ubogie w puryny)</b>	<b>PRODUKTY ODPOWIEDNIE PRZY STOSOWANIU Z UMIAREM (średnia zawartość puryn)</b>	<b>PRODUKTY NIEODPOWIEDNIE (bogate w puryny)</b>
Woda, woda mineralna, herbata zielona i owocowa, kawa zbożowa, lemoniada, cola.	Mięso, wędliny, szynka.	Podroby: dziczyzna, baranina
Wino białe i czerwone oraz szampan (nie więcej niż 150ml).	Ryby i przetwory rybne.	Wywar mięsny, ekstrakt mięsny,
Mleko, mleko skondensowane, kwaśna i słodka śmietana, jajka	Rośliny strączkowe	Drożdże piekarskie i piwne
Maślanka, zsiadłe mleko, kefir, serwatka, twaróg, twarożek, serek wiejski, wszystkie rodzaje żółtych serów, sery pleśniowe.	Chleb, bułki	Soja, soczewica
Masło, margaryna, produkty półtłuste, smalec, olej.	Nasiona słonecznika, sezam, orzechy ziemne,	Małe ryby: szprotki, anchois, sardynki
Owoce Orzechy		Skóra z ryby i drobiu
Cukier i wyroby cukiernicze, konfitury, marmolada, miód		Czekolada
Mąka, kasza, makaron, ryż		Alkohol, piwo
Wywar warzywny, sól, przyprawy, warzywa, sałata, grzyby, ziemniaki		

Posiłki należy spożywać regularnie – ostatni na 3-4 godz. przed snem, ponieważ w nocy podczas snu zwiększa się ilość zatrzymywanego w ustroju kwasu moczowego. Należy wypijać dziennie odpowiednią ilość płynów (minimum 2,5 l/dobę) [12].

Pacjentom otyłym zaleca się zmianę stylu życia i stopniowe obniżenie masy ciała. Prawidłowe tempo odchudzania to obniżenie masy ciała o 0,5 – 1 kg/tydzień [12, 23].

Ze względu na procesy metaboliczne spożywanie alkoholu (etanolu) w znaczący sposób przyczynia się do rozwoju otyłości i hiperurykemii. Alkohol zmniejsza też konwersję allopurynolu do jego aktywnego metabolitu, osłabiając jego działanie. Większość gatunków piwa zawiera guanozynę, która przekształcana jest do kwasu moczowego przez florę jelitową [19].

Pacjentom chorym na dnę nie zaleca się spożywać bogatych w związki purynowe napojów, tj.: kakao, kawa, mocna herbata. Najlepiej pić wodę i słabe napary z herbat, kompoty [12].

Badania potwierdzają, że zastosowanie przez chorego zaleceń dietetycznych, zmniejszenie spożycia alkoholu może spowodować normalizację stężenia kwasu moczowego i złagodzić przebieg dny [10].

Proces edukacji zdrowotnej powinien być wynikiem współpracy personelu medycznego. W jego skład wchodzi lekarze, pielęgniarki, psychologowie, rehabilitanci. Wszyscy członkowie zespołu powinni w takim samym stopniu uczestniczyć w planowaniu i wdrażaniu zmian oraz ocenę opieki. Powinni oni blisko ze sobą współpracować na równych zasadach, rezygnując z układu hierarchicznego. Wspólna praca zespołu zapewnia lepszy standard opieki, większy poziom satysfakcji, lepsze morale zespołu jako całości, wzajemne wsparcie [6, 7, 22].

Pielęgniarka powinna być szczególnie zorientowana w sytuacji pacjenta. To ona najczęściej spotyka się z pacjentem, sprawuje nad nim bezpośrednią opiekę i od niej pacjent oczekuje wsparcia. Powinna być aktywna w różnorodnych sferach działania. Musi aktywnie brać udział w budowaniu kompetencji zdrowotnych całej populacji [7].

Zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie odpowiedniej ilości materiałów edukacyjnych, np.: ulotki, broszury, informatory. Są to najbardziej popularne metody dostarczania niezbędnej wiedzy pacjentom i powinny być łatwo dostępne [9]. Ważne jest, by każda interwencja edukacji zdrowotnej była weryfikowana. Pozwala to ocenić wpływ przeprowadzonych działań na uczestników i możliwość modyfikacji celów, zadań i metod [7].

### **Dieta dla pacjentów**

Celem diety jest obniżenie stężenia kwasu moczowego w ustroju. W dniu stosuje się dietę ubogopurynową, w której ważny jest dobór produktów, jak i sposób ich przygotowywania.

Białko, sole mineralne, witaminy podaje się w normach fizjologicznych, tłuszcze ogranicza się do połowy normy. Podaż węglowodanów należy zwiększyć, ponieważ wzmagają wydalanie moczanów.

Posiłki należy spożywać 4 – 5 razy w ciągu doby. Ostatni posiłek należy spożyć 4 godziny przed snem, aby nie doprowadzić do zatrzymywania większych ilości kwasu moczowego w ciągu nocy.

### **Przykładowy jadłospis diety podstawowej około 1800 – 1900 kcal[11,12]**

<b>DZIEŃ I</b>		
<b>I ŚNIADANIE</b>	Zupa mleczna z płatkami owsianymi (mleko 1,5%)	ok.130g
	Kanapka z wędliną i papryką (chleb żytni razowy z soją i słonecznikiem, margaryna, baton szynkowy z indyka, sałata, papryka)	2-3 kromki
	Herbata bez cukru	1 szkl.

II ŚNIADANIE	Jogurt z owocami suszonymi (jogurt morelowy 1,5%, daktyle suszone, figi suszone, morele suszone, rodzynki)	200 g – 1 mała szkl.
OBIAD	Zupa ogórkowa (pietruska, marchewka, ziemniaki, ogórek kwaszony, jogurt naturalny 2% tł.)	ok. 300 g
	Ryż brązowy	6 łyżek
	Ryba pieczona (mintaj, filet)	1 kostka
	Buraczki (buraki, olej)	ok. 70 g
	Kompot	1 szkl.
PODWIECZOREK	Grahamka, sałatka warzywno – owocowa (kukurydza, cebula, jabłko, majonez)	1 szt., ok. 150g
KOLACJA	Chleb z serem białym, pomidorem i rzodkiewką (chleb żytni razowy z soją i słonecznikiem, margaryna, ser biały półtłusty, pomidor, 70)	1 kromka
	Herbata bez cukru	1 szkl.
<b>DZIEŃ II</b>		
I ŚNIADANIE	Kanapki z serem twarogowym i miodem (chleb żytni jasny, margaryna, ser twarogowy chudy, miód)	2 kromki
	Warzywa (ogórek, papryka)	1 szt.
	Herbata bez cukru	1 szkl.
II ŚNIADANIE	Kanapka z margaryną i pomidorem (chleb żytni, jasny mleczny, margaryna, pomidor)	1 kromka
	Herbata	1 szkl.
	Jogurt jagodowy 1,5%tł.	1 małe opakowanie
OBIAD	Kasza z mięsem (kasza jęczmienna perłowa, wołowina gotowana)	6 łyżek, 1 plaster
	Surówka warzywna (kukurydza, marchewka, por, oliwa z oliwek)	ok.160 g
	Napar z mięty	1 szkl.
PODWIECZOREK	Sałatka owocowa (awokado, banan, grejpfrut, jabłko, kiwi, mandarynka)	ok. 160g
KOLACJA	Ryż zapiekany z jabłkami (ryż brązowy, jabłka, cynamon)	4 łyżki, 1 szt.
	Mleko (2%)	1 szkl.
<b>DZIEŃ III</b>		
I ŚNIADANIE	Kanapki z wędliną i serem (chleb żytni razowy, margaryna, szynka wołowa, ser twarogowy chudy)	2 – 3 kromki
	Warzywa (pomidor, papryka, marchew, natka pietruszki)	po 1 szt.
	Mleko (1,5%)	1 szkl.
II ŚNIADANIE	Jogurt z płatkami jęczmiennymi (płatki jęczmienne, jogurt naturalny bez cukru)	1 opakowanie, 6 łyżeczek
	Kanapka z szynką z indyka i warzywami (chleb graham, szynka z indyka, sałata, rzodkiew, kalarepa)	2 kromki
	Wołowina z kaszą gryczaną (mięso wołowe, kasza gryczana, olej rzepakowy, ogórek)	1 kawałek, 6 – 7 łyżek

OBIAD	Surówka wielowarzywna (pomidor, cebula, sałata, natka pietruszki, kalafior, kukurydza, marchew)	ok. 200g
	Herbata miętowa bez cukru	1 szkl.
PODWIECZOREK	Owoce (banan, mandarynka)	po 1 szt.
KOLACJA	Dorsz wędzony z warzywami ( dorsz, margaryna, marchew, szczypiorek)	ok. 200g
	Pieczywo (chleb żytni z ziarnami)	1,5 kromki
	Jogurt 1,5%	1 szkl.

## Piśmiennictwo

1. Chiżyński K., Różycka M.: Hiperurykemia. Pol. Merk. Lek., 2005, 19, 693 –696.
2. Cylkowska – Nowak M.: Dwie koncepcje edukacji zdrowotnej: między podejściem dydaktycznym a pragmatycznym. Pielęg. Pol., 2007, 2/3, 202-205.
3. Czech A., Tatoń J.: Edukacja terapeutyczna i emancypacja pacjenta. Przew. Lek., 2001, 4, 24 – 29.
4. Frąckowiak T.: Farmakoterapia chorób reumatycznych. Farm. Pol., 2008, 64, 367-369, 376-377.
5. Głowacka M.: Dna moczanowa w praktyce lekarskiej. Lekarz, 2005,1/2, 71-76.
6. Hejwosz D.: Wpływ podejścia paternalistycznego na proces edukacji pacjenta. Pielęg. Pol., 2007, 2/3: 206-210.
7. Krajewska – Kułak E., Penar – Zadarko B.: Komunikacja interpersonalna w promocji zdrowia. [w:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie: praca zbiorowa. Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red.). Wyd. Czelej, Lublin, 2008, 249-261.
8. Księżopolska – Orłowska K., Krasowicz – Towalska K., Wroński Z.: Działania naprawcze i projekty w toku rehabilitacji pacjentów z chorobą reumatyczną. Reumatologia, 2007, 45, 41 – 45.
9. Kubica A., Andruszkiewicz A., Grzešek G., Koziański M., Sinkiewicz W., Bronisz A., Goch M.: Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. Folia Cardiol. Excerpt., 2010, 5, 93 – 99.
10. Majdan M., Jeleniewicz R.: Dna moczanowa – manifestacje kliniczne i schorzenia towarzyszące hiperurykemii. Lekarz, 2009, 1-2, 46-52.
11. Müller S. D., Pfeuffer C.: Właściwe i smaczne żywienie w dnie moczanowej. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003, 20-36.
12. Pachocka L., Jarosz M.: Dna moczanowa: porady lekarzy i dietetyków. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 11 - 61.
13. Pasek J., Stanek A., Cieślak G., Pasek T., Sieroń A.: Artropatia dnawa stawów. Nowe możliwości terapeutyczne – magnetoterapia? Baln. Pol., 2008, 50, 29 – 34.
14. Reginato A. J.: Dna moczanowa i inne choroby stawów wywoływane przez kryształki. [w:] Harrison Reumatologia. Fauci A. S.(red.). Wyd. Czelej, Lublin 2008, 317 – 321.
15. Rutkowska – Sak L.: Dna moczanowa. Nowa Klin., 2008, 15, 13104-13105.
16. Salomon J., Szybejko – Machaj G.: Wybrane choroby skóry przebiegające z objawami stawowymi. Dermatol. Klin., 2005, 7, 47-50.
17. Samborski W.: Niefarmakologiczne metody leczenia bólu w reumatologii. Przew. Lek., 2007, 3, 55-59.
18. Singh G., Dabbous O., Vadhavkar S.: Not only a swollen big toe: increasing all – cause hospitalizations in patients with gout in the United States: 1988 – 2005. Ann Rheum, 2008, 67, 96 – 97.

19. Snaith M. L., Adebajo A. O.: Dna moczanowa i hiperurykemia. [w:] ABC reumatologii. Snaith M. L. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2007, 57-65.
20. Styczyński T.: Leczenie bólu w chorobach reumatycznych. Przew. Lek., 2006, 1, 78-82.
21. Szechciński J.: Leczenie bólu w chorobach reumatycznych. Terapia, 2007, 2, 21 – 24.
22. Wawrzyniak A., Horst – Sikorska W.: Motywacja pacjenta a przestrzeganie zasad terapii w chorobach przewlekłych. Forum Medycyny Rodzinnej, 2008, 2, 420 – 423.
23. Zimmermann – Górska I.: Aktualne możliwości leczenia chorych na dnę moczanową. Reumatologia, 2009, 47, 75-81.
24. Zimmermann – Górska I.: Kliniczne maski związane z chorobami reumatycznymi wywołwanymi przez kryształy. Reumatologia, 2006, 44, 320-323.
25. Zimmermann – Górska I.: Reumatologia. 52- letni mężczyzna z ostrym silnym bólem i obrzękiem palucha stopy lewej. Med. Prakt., 2004, 5, 149-152.

# ZAGROŻENIA, PRZEMOC, UZALEŻNIENIA





**Żurawski A. Jacek**

## **Prawne aspekty ochrony małoletnich przed treściami szkodliwymi w mediach elektronicznych**

TVP S.A.,  
Wyższa Szkoła Ekonomiczna ALMAMER

Wszyscy doskonale wiemy, że dzieci i młodzież stanowią dużą grupę odbiorców programu telewizyjnego. Oferta programowa składa się zarówno z dzieł o dużych walorach artystycznych, edukacyjnych, poznawczych jak i utworów określanych jako „B – klasowe”, w których brutalność, wulgarność i przemoc pokazywane są jako sposób rozwiązywania wszelkich problemów. Filmy te propagują więc wzorce, które stoją w sprzeczności z ogólnie uznanymi zasadami moralnymi i etycznymi. Większość krajów europejskich przyjęła prawne zabezpieczenia, które mają chronić nieletnich przed negatywnym wpływem takich audycji.

W Polsce tak naprawdę problem ten pojawił się wraz z uwolnieniem rynku mediów elektronicznych i zniesieniem cenzury<sup>1</sup> i spowodował konieczność wprowadzenia regulacji prawnych mających na celu m.in. zapewnienie ochrony małoletnich przed treściami, które mogą mieć negatywny wpływ na ich rozwój psychiczny i moralny. Tworząc polskie rozwiązania prawne, prawnicy i medjoznawcy odnosili się zarówno do prawa UE jak i przepisów obowiązujących w innych krajach europejskich, które miały większe doświadczenia w tej dziedzinie.

### **OCHRONA MAŁOLETNIICH W WYBRANYCH KRAJACH EUROPEJSKICH**

#### **Austria**

- przed godz. 20.15 programy powinny sprzyjać rodzinnemu oglądaniu
- filmy kinowe przeznaczone dla widzów powyżej 16 roku życia powinny być nadawane po godz. 22.00

#### **Belgia**

- filmy fabularne, które mogłyby mieć ujemny wpływ na rozwój dzieci poniżej 12 roku życia mogą być emitowane z odpowiednim oznakowaniem, które jest widoczne przez cały czas emisji. Po godz. 22.00 oznakowanie może pojawiać się przez pierwszą minutę emisji, a potem przez 15 sek. po każdej przerwie.
- filmy o charakterze erotycznym lub zawierające wiele scen przemocy muszą być nadawane z cały czas widocznym oznakowaniem, bez względu na czas emisji

#### **Dania**

- w publicznej telewizji wprowadzono nieformalnie ochronny czas nadawania do godz. 21.00; dla pozostałych nadawców jest to godz. 24.00
- z czasu ochronnego są zwolnione programy zakodowane

#### **Finlandia**

- programy nieodpowiednie dla dzieci mogą być nadawane po godz. 21.00

#### **Francja**

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 31 lipca 1981 r. o kontroli publikacji i widowisk, została uchylona 7 czerwca 1990 roku



- filmy kinowe przeznaczone dla widzów powyżej 12 roku życia, tak jak i programy telewizyjne, które mogą być szkodliwe dla małoletnich powinny być nadawane po godz. 22.00.
- ich wcześniejsza emisja jest możliwa ( z wyjątkiem wtorków, piątków i dni poprzedzających dni wolne od pracy) pod warunkiem, że przez cały czas jej trwania będzie widoczne oznakowanie. Kanałom zakodowanym zostawiono wolny wybór z tym, że nadawca jest zobowiązany do przestrzegania tego, aby programy dla młodej widowni oraz nadawane zaraz po nich tzw. zwiastuny nie zawierały szkodliwych treści,
- filmy kinowe przeznaczone dla widowni powyżej 16 r. życia , jak i programy o charakterze erotycznym lub zawierającym sceny przemocy mogące zagrozić małoletnim poniżej 16 r. życia powinny być nadawane po godz. 22.30. Zwiastuny tych filmów nie mogą być nadawane przed 20.30. Tego rodzaju programy nie mogą być nadawane przez kanały zakodowane w środy przed 20.30 oraz w soboty lub niedziele rano.
- zwiastuny filmów zawierające sceny przemocy nie mogą być nadawane w odkodowanej części programu, a także w środy przed godz. 20.30 oraz w soboty i niedziele rano.

#### **Niemcy**

- audycje, które mogą zagrozić małoletnim mogą być emitowane tylko w przedziale pomiędzy godz. 23.00 a 6.00
- filmy przeznaczone dla widowni od 16 lat mogą być emitowane tylko w przedziale pomiędzy 22.00 a 6.00
- filmy przeznaczone dla widowni od 18 lat mogą być emitowane tylko w przedziale pomiędzy godz. 23.00 a 6.00
- wyjątki są możliwe jeśli jest to emisja zakodowana, aczkolwiek zgodę wydają kompetentne ciała landowe wspólnie z Biurem ds. Ochrony Młodzieży i Programów

#### **Grecja**

- programy mogące zagrozić małoletnim powinny być nadawane po godz. 21.00
- programy zawierające treści zagrażające małoletnim powinny być nadawane po 24.00

#### **Irlandia**

- programy przeznaczone dla widowni dorosłej mogą być nadawane wyłącznie po 21.00

#### **Włochy**

- programy, które zostały zakwalifikowane jako nieodpowiednie dla dzieci poniżej 14 r. życia muszą być nadawane jedynie od godz. 22.30 do 7.00. (ma to zastosowanie również do reklam)

#### **Holandia**

- filmy, które są sklasyfikowane przez NICAM jako przeznaczone dla widowni powyżej 12 r. życia powinny być nadawane po 20.00
- filmy sklasyfikowane jako „16 i powyżej” powinny być nadawane po 22.00

#### **Portugalia**

- programy z szokującymi scenami przemocy oraz te sklasyfikowane jako „16 i powyżej” powinny być emitowane po 22.00 pod warunkiem, że będzie im towarzyszyło akustyczne ostrzeżenie i symbol ostrzegawczy widoczny przez cały czas

#### **Hiszpania**

- programy, które mogą zagrozić małoletnim mogą być nadawane po 22.00
- Szwecja**
- programy nieodpowiednie dla dzieci powinny być nadawane po 21.00
- Wielka Brytania**
- kanały naziemne mają wyznaczony czas ochronny pomiędzy 5.30 a 21.00. Nadawcy kablowi i satelitarni programy dla widowni dorosłej mogą nadawać po 21.00, za wyjątkiem specjalnie zakodowanych kanałów ( mają one dwojaki rodzaj czasu ochronnego: 20.00 i 22.00)
  - w kanałach płatnych typu Pay- Per- View filmy sklasyfikowane jako „powyżej 18 r. życia” wolno emitować po 20.00, „powyżej 12 r. życia” i „powyżej 15” mogą być emitowane o dowolnej porze.<sup>2</sup>

Już w pierwotnej wersji ustawy o radiofonii i telewizji<sup>3</sup> zakazano propagowania przez media elektroniczne działań sprzecznych z prawem oraz poglądów sprzecznych z moralnością i dobrem społecznym oraz wprowadzono zakaz emisji w godzinach 6<sup>00</sup>-23<sup>00</sup> audycji, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży. Komentując ten przepis prof. Stanisław Piątek<sup>4</sup> zwrócił uwagę na trudności jakie mogą powstać przy ocenie konkretnych audycji w kontekście przytoczonej wyżej regulacji prawnej. Zawsze w takiej sytuacji będą zderzały się różne racje – samodzielność nadawców w kształtowaniu programu, ochrona małoletnich oraz – co się podnosi coraz częściej – kwestie związane z wolnością słowa. Problem jest tym większy, że zarówno ochrona dzieci jak i wolność słowa są wartościami chronionymi przez Konstytucję RP (art. 72 ustawy zasadniczej stanowi, że *Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją*, zaś art. 54 *każdemu zapewnia (...) wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji*). Jak widać już na wstępie występują niemałe problemy.

Obecnie, po dwudziestu latach funkcjonowania ustawy o radiofonii i telewizji, posiadamy nie tylko znacznie większą wiedzę, ale dysponujemy również doświadczeniami popartymi niekiedy orzecznictwem sądowym.

Kwestie ochrony małoletnich reguluje art. 18 ustawy o radiofonii i telewizji *Audycje lub inne przekazy nie mogą propagować działań sprzecznych z prawem, z polską racją stanu oraz postaw i poglądów sprzecznych z moralnością i dobrem społecznym, w szczególności nie mogą zawierać treści nawołujących do nienawiści lub dyskryminujących ze względu na rasę, niepełnosprawność, płeć, wyznanie lub narodowość (...) zawierające sceny lub treści mogące mieć negatywny wpływ na prawidłowy fizyczny, psychiczny lub moralny rozwój małoletnich (...) mogą być rozpowszechniane wyłącznie w godzinach od 23<sup>00</sup> do 6<sup>00</sup>*. Tak sformułowany przepis jest normą bardzo nieostrą. Prof. Jacek Sobczak komentując te przepisy zwrócił uwagę na użyte w nich sformułowania, w których *ustawodawca nie wyjaśnia (... ) treści użytych przez siebie terminów takich jak, „dobro społeczne”, „moralność”, „chrześcijański system wartości” – z natury wieloznacznych, ani tego jak powinien zachować się*

<sup>2</sup> Dane podaję za: H. Jędras „Systemy ochrony dzieci i młodzieży w państwach Unii Europejskiej”, Biuletyn KRRiT 10(59)/2001

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 roku o radiofonii i telewizji t.j. Dz. U. Nr 43 poz. 226 z 2011 r. z późn. zm.

<sup>4</sup> S. Piątek „Ustawa o radiofonii i telewizji. Komentarz”, Warszawa 1993, str. 52 - 54

*nadawca, aby nie naruszyć dyspozycji art. 18 u.o.r.t. Innymi słowy nie wskazano jak należy interpretować takie pojęcia (... ) jak: „propagować”, „szanować”, „zagrozić”. Wbrew pozorom i te określenia nie są jednoznaczne i dają możliwość różnorodnych interpretacji. W tej sytuacji mogą się rodzić wątpliwości, czy nadanie „Makbeta” Szekspira nie będzie uznane za propagowanie zabójstwa, a więc działań sprzecznych z prawem; czy emitowanie „Romea i Julii” nie zostanie uznane za propagowanie poglądów sprzecznych z moralnością, gdyż ukazuje miłość przedmażeńską nieletnich, obrażając w ten sposób uczucia religijne odbiorców; (...) wreszcie czy „Hamlet”, z uwagi na liczne zabójstwa w sztuce tej ukazane, nie zagraża psychicznemu i uczuciowemu rozwojowi dzieci i młodzieży oraz czy w związku z tym nie powinien być audycją rozpowszechnianą po godzinie 23. (...) Wolno żywić nadzieję, że nadania wspomnianych wyżej klasycznych dzieł Szekspira, czy Wyspiańskiego nikt nie uzna za sprzeczne z brzmieniem art. 18 u.o.r.t.<sup>5</sup>*

Na szczęście przewidywania prof. J. Sobczaka się nie sprawdziły. Art. 18 ustawy o radiofonii i telewizji znalazł swoje doprecyzowanie w rozporządzeniu Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji<sup>6</sup>. Zgodnie z załącznikiem 3 do tego rozporządzenia, małoletni poniżej lat 18 nie powinni oglądać audycji lub innych przekazów zawierających sceny lub treści:

- pokazujące jednostronnie przywileje życia dorosłych przy równoczesnym pomijaniu obowiązków, pracy, zobowiązań, i ważnych życiowo decyzji przy pomijaniu ich konsekwencji, zawierające społeczne usprawiedliwianie agresji, wulgarności, uprzedzeń i negatywnych stereotypów społecznych, pokazywanie seksu, agresji i łamania norm moralnych jako źródła sukcesu życiowego;
- prezentujące wadliwy obraz natury ludzkiej polegający na szukaniu tylko egoistycznych przyjemności, dążeniu do sukcesu za wszelką cenę z wykorzystywaniem innych osób dla własnych celów, usprawiedliwiające przemoc, traktujące seks jako źródło dominacji;
- prezentujące obrazy naturalistycznego seksu zwłaszcza połączonego z przemocą i przymusem, patologicznych form życia seksualnego, a także obrazy agresji, zwłaszcza przedstawionej w sposób naturalistyczny i brutalny;
- prezentujące postacie atrakcyjne (np. pod względem urody, bogactwa, sukcesu), a postępujące w sposób moralnie naganny, agresywny, nieuczciwy i wulgarny, bez żadnej oceny niewłaściwości takiego zachowania oraz nagradzanie przejawów społecznej patologii.

Po godzinie 20<sup>00</sup> można emitować audycje zakwalifikowane dla widzów od lat 16. Zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami dzieci poniżej lat 16 nie powinny oglądać audycji:

- pokazujących wypaczone formy współżycia społecznego (albo koegzystencji ludzi) i sprowadzających wizję świata do przemocy i erotyki, a zwłaszcza prezentujących je w sposób prymitywny i brutalny oraz ukazujący obrazy aktywności seksualnej w oderwaniu od uczuć wyższych;

<sup>5</sup> J. Sobczak „Radiofonia i telewizja. Komentarz do ustawy”, Kraków 2001, str. 249

<sup>6</sup> Rozporządzenie KRRiT z dnia 23 czerwca 2005r. w sprawie kwalifikowania audycji lub innych przekazów mogących mieć negatywny wpływ na prawidłowy fizyczny, psychiczny lub moralny rozwój małoletnich oraz audycji lub innych przekazów przeznaczonych dla danej kategorii wiekowej małoletnich, stosowania wzorów symboli graficznych i formuł zapowiedzi Dz. U. Nr 130 z dnia 15 lipca 2005 r., poz. 1089

- dających uproszczoną wizję dorosłości eksponującą nadmiernie: siłę fizyczną, używanie przemocy zwłaszcza demonstrowanej w rolach społecznych (nauczyciel, rodzice itp.), pokazujących moralnie naganne zachowania i postawy bez ocen etycznych oraz moralne obwinianie ofiary za to, że została skrzywdzona, a także przedstawiających nadmierną koncentrację na posiadaniu pieniędzy i dóbr materialnych;
- dostarczających silnych wrażeń i emocji związanych z przemocą i seksem, a zwłaszcza przedstawiających obrazy agresji i okrucieństwa;
- mogących skłaniać do zachowań moralnie nagannych, przez prezentowanie postaci atrakcyjnych, a jednocześnie będących wzorcem zachowań negatywnych, np. picia alkoholu, używania wulgarnych wyrażen i gestów, brutalności, zażywania narkotyków, przemocy itp.

Twórcy Rozporządzenia zwrócili uwagę, że dzieci w wieku dorastania *charakteryzują się nadal dużą pobudliwością emocjonalną, skłonnością skrajnych ocen i pochopnych uogólnień, do impulsywnych zachowań i do podejmowania ryzykownych działań. Starają się demonstrować swoją dorosłość, bez głębszego zrozumienia, na czym ona polega. Są krytyczne w stosunku do rodziców i nauczycieli, a jednocześnie poszukują atrakcyjnych idoli, których bezkrytycznie naśladują. Są konformistyczne, dlatego bardziej liczą się z normami grup rówieśniczych, niż z normami ogólnospołecznymi.*

Przytoczone wyżej przepisy mają na celu egzekwowanie od nadawców nie tylko ochrony małoletnich przed treściami nieodpowiednimi dla małoletnich w określonym wieku, ale również zwrócenie uwagi, że media uczestniczą w procesie socjalizacji dzieci i młodzieży i powinny zdawać sobie sprawę z odpowiedzialności jaka na nich spoczywa. Propagowanie wzorców negatywnych, w odbiorze społecznym, działań, spotyka się często z reakcją widzów oraz działaniami Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji. KRRiT jako regulator rynku mediów elektronicznych, sięga po prawo karania nadawców, za emisję audycji mogących mieć negatywny wpływ na rozwój dzieci i młodzieży stosunkowo rzadko. Na 78 decyzji wydanych w latach 1997 – 2006 o ukaraniu nadawców za naruszenie przepisów o radiofonii i telewizji, tylko 18 dotyczyło ochrony małoletnich (por. tab. 1).

Największe zainteresowanie opinii publicznej budzą kary nakładane za emisję audycji i filmów, których treść może mieć negatywny wpływ na psychiczny, fizyczny czy moralny rozwój niepełnoletnich, a także za naruszenie przepisu o poszanowaniu uczuć religijnych odbiorców. Bardzo często przy okazji takich decyzji KRRiT rozpoczyna się dyskusja o granicach swobody twórców i nadawców. Większość tych spraw kończy się w postępowaniu sądowym, niekiedy nawet przed Sądem Najwyższym. Jak trudne są to sprawy niech świadczy sprawa filmu Spike'a Lee „Jungle Fever” Film ten został wyemitowany w tzw. czasie chronionym (6.00 – 23.00) przez dwie stacje – Canal+ oraz TV 4. W ciągu czterech miesięcy ten sam sąd (orzekając w różnych składach) wydał dwie rozbieżne decyzje – utrzymał decyzję o ukaraniu TV 4 oraz uchylił decyzję o karze nałożonej na Canal+. Ta druga decyzja została uchylona dopiero w drodze kasacji złożonej do Sądu Najwyższego.

Decyzji o ukaraniu nadawców za emisję filmów szczególnie brutalnych było więcej. Zapoczątkowała je decyzja o ukaraniu Telewizji POLSAT za wyemitowanie filmu „Ostry poker w Małym Tokio” w godzinach wysokiej oglądalności (Czytelnikom, którzy nie oglądali filmu niech wystarczy informacja o scenie gwałtu dokonanej na młodej dziewczynie zakończonego dekapitacją ofiary). Mimo, że film zdecydowanie naruszał przepisy ustawy o radiofonii i telewizji, nadawca nie zgodził się z nałożeniem kary w wysokości 300.000 złotych i odwołał się do sądu. W dwa lata po wydaniu

decyzji, w 1999 roku została zawarta ugoda, w wyniku której nadawca zapłacił 220.000 złotych, z czego 100.000 przekazał na cele charytatywne.

Jedną z zabawniejszych spraw była pomyłka stacji Canal+, która wyemitowała film erotyczny „Zazel”, przy czym zamiast wersji soft, wyemitowano wersję hard-porno. Spowodowało to natychmiastową reakcję Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji i na nadawcę nałożono karę w wysokości 30.000 złotych. Nadawca odwołał się do sądu. Decyzja i odwołanie miało miejsce w 1998 roku. Przez cztery lata nie były wyznaczane rozprawy w tej sprawie. Dopiero w 2002 roku udało się zawrzeć ugodę (nadawca zapłacił karę w pełnej wysokości, ale bez odsetek za okres czterech lat). Niestety ta sprawa pokazuje przewlekłość postępowania przed polskimi sądami. W przypadku kar nakładanych na nadawców za złamanie przepisów, taka przewlekłość może powodować poczucie bezkarności.

Sądy wydają także orzeczenia – delikatnie mówiąc - kontrowersyjne. Tak było w przypadku kary nałożonej na TVP S.A. za emisję francuskiego filmu „W matni” (tytuł oryginalny „Canicule”, tytuł angielski „Dog day”). W recenzji zamieszczonej na jednym z portali filmowych napisano o tym filmie m.in. *brutalne francuskie kino akcji, nawiązujące do popularnych amerykańskich wzorców*<sup>7</sup>. Film jest nie tyle brutalny, co bardzo brutalny. Mimo to nadawca złożył odwołanie od decyzji KRRiT. Sąd (prawdopodobnie nie oglądając filmu) oparł się na decyzji biegłego psychologa, który w filmie nie zobaczył niczego zdroźnego, co mogłoby negatywnie wpływać na rozwój niepełnoletnich i decyzję KRRiT uchylił. Decyzja ta została zmieniona przez Sąd Najwyższy na drodze kasacji.

Obecnie toczy się w Krajowej Radzie Radiofonii i Telewizji ciekawe postępowanie przeciwko Telewizji TVN za emisję audycji „Top Model. Zostań modelką”. Zakończony jest już pierwszy etap tzn. Krajowa Rada przyjęła uchwałę Nr 634/2011 z 20 grudnia 2011 roku stwierdzającą naruszenie przepisów art. 18 ust. 4 i 5, upoważniającą Przewodniczącego do nałożenia kary pieniężnej na nadawcę. Krajowa Rada rozpoczęła postępowanie w wyniku skarg skierowanych przez widzów. W skargach podnoszono zarzuty upokarzania, obrażania i poniżania uczestniczek, narażania uczestniczek na uszczerbek na zdrowiu, nachalnego prezentowania nagości z podtekstem erotycznym, naruszania nietykalności cielesnej uczestniczek (molestowania seksualnego), szowinizmu i seksizmu, prezentowania zafałszowanego obrazu kobiety, zagrożenie dla moralnego rozwoju małoletnich poprzez niewłaściwe oznakowanie (od 12 lat), prezentowania treści obscenicznych, wywierania presji na uczestniczki, aby się rozebrały, przekonywania, iż udział w rozbieranej sesji jest warunkiem osiągnięcia sukcesu życiowego. Analizując audycję pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów o ochronie małoletnich, Krajowa Rada zwróciła uwagę m.in. na kwestię wartości promowanych w omawianej audycji. W audycjach z cyklu „Top Model. Zostań modelką” jako cel, do którego uczestniczki dążą za wszelką cenę, wskazane są kariera oraz sukces, a co za tym idzie, sława i pieniądze. Osiągnięcie tego celu to spełnienie marzeń kandydatek biorących udział w konkursie. Niektóre z nich wprost przyznają, że gdyby odpadły, to nie mają do czego wracać (jedna z dziewcząt mówi, że dla udziału w audycji rzuciła szkołę, a dlatego, że nie ma matury, to nie będzie miała co robić w życiu). Takie podejście do osiągania życiowych celów może się wydać naiwne osobie dorosłej, ale dzieci w wieku 12 lat nie dostrzegają niebezpieczeństw związanych z upowszechnianiem wzorca zachowania, w którym edukacja i wykształcenie mają w

---

<sup>7</sup> Cytat za: <http://www.filmweb.pl/film/W+matni-1984-31282/descs>; wejście na stronę 12.03.2012 r.

życiu drugorzędne znaczenie, a na pierwszym miejscu stawia się sławę i pieniądze. Nie zostały pokazane żadne negatywne aspekty pracy modelki, na przykład, że kontrakt z międzynarodową agencją modelek wiąże się z koniecznością rozstania z rodziną i bliskimi, usamodzielnienia się i nieustannej rywalizacji o pozycję w branży. Świat wybiegów, zwłaszcza dziewczynkom w wieku lat 12, wyłącznie jawi się jako atrakcyjny, kojarzy się z pięknymi ubraniami, ładnym wyglądem, podziwem i bezproblemowym życiem ze względu na bogactwo materialne. Do takiego wzorca należy dążyć za wszelką cenę, nawet kosztem przyjaźni i uczuć innych osób. W audycji obecne były wypowiedzi jednej z kandydatek, że *nie przyjechała tu, by się zaprzyjaźniać, tylko odnieść sukces*, że cieszy się, że inna została źle oceniona, bo ona na tym tle wypadła świetnie. Taki obraz rzeczywistości jest bezkrytycznie odbierany przez młodych widzów w wieku lat 12, bo do tej kategorii wiekowej audycja została zakwalifikowana przez nadawcę.<sup>8</sup>

**Tabela 1. Kary nałożone przez KRRiT na nadawców radiowych i telewizyjnych za naruszenie przepisów o ochronie małoletnich w latach 1997-2006**

Lp.	Numer i data decyzji	Nadawca	Powód nałożenia kary
1.	Decyzja nr 139/97 z 10.VII.1997r.	<b>Telewizja Polsat</b>	Kara za emisję 12 marca 1997 roku o godzinie 20.00 filmu pt. „Ostry poker w Małym Tokio”
2.	Decyzja nr 130/98 z 17.VII.1998r.	<b>Canal Plus</b>	Kara za emisję 21 kwietnia 1998r. godz. 20.00 filmu pt. „Crash”
3.	Decyzja nr 189/98 z 20.XI.1998r.	<b>Canal Plus</b>	kara za emisję 18 września 1998r. godz. 00.45 filmu pt. „Zazel”
4.	Decyzja 155/2000 z 28.VI.2000r.	<b>Radio Zet</b>	Kara za rozpowszechnianie 18 maja 2000r. o godzinie 9.00 w audycji informacyjnej w dniu wiadomości o zamierzonej przez policję akcji „Zamknięte miasto”
5.	Decyzja nr 156/2000 z 28.VI.2000r.	<b>TV 4</b>	Kara za emisję 10 stycznia 2000r., godz.20.00 filmu pt. „Tropikalna gorączka”
6.	Decyzja nr 2/2001 z 28.II.2001r.	<b>TVP</b>	Kara za emisję 25 listopada 2000r., godz.19.00 filmu pt. „Dog day” („W matni”)
7.	Decyzja nr 3/2001 z 28.II.2001r.	<b>Canal Plus</b>	Kara za emisję 10 stycznia 2001r., godz.20.00 filmu pt. „Malaria”
8.	Decyzja nr 6/2001 z 11.IV.2001r.	<b>TV 4</b>	Kara za emisję 21 sierpnia 2001r., godz.11.00 filmu pt. „Przygody Freya w kosmosie”
9.	Decyzja nr 9/2001 z 9.VII.2001r.	<b>TVN</b>	Kara za emisję 29 czerwca 2001r., godz.21.40 bez oznakowania filmu

<sup>8</sup> W chwili przesyłania niniejszego referatu do publikacji Przewodniczący KRRiT nie wydał jeszcze decyzji o nałożeniu kary pieniężnej na nadawcę.

			pt. „Psychopata”
<b>10.</b>	Decyzja nr 10/2001 z 16.VII.2001r.	<b>TV 4</b>	Kara za emisję 3 czerwca 2001r., godz. 14.00, filmu pt. :Daleko od domu”
<b>11.</b>	Decyzja nr 15/2001 z 4.X.2001r.	<b>TV 4</b>	Kara za emisję 21 września 2001r., godz.18.58 reality show pt. „Gladiatorzy”
<b>12.</b>	Decyzja nr 4/2002 z 22.II.2002r.	<b>TVP</b>	Kara za emisję 7 lutego 2002r., godz. 22.04 filmu pt. „Mężczyzna który patrzy”
<b>13.</b>	Decyzja nr 7/2002 z 13.III.2002r.	<b>TVN</b>	Kara za emisję w dniach 3-7 marca 2002r. w blokach pomiędzy godzinami 11.30-13.15 oraz 20.00-20.45 audycji pt. „Big Brother-Bitwa”
<b>14.</b>	Decyzja nr 1/2004 z 12.II.2004r.	<b>Radio WAWA</b>	Kara za emisję w dniach 5 stycznia 2004r.—5 lutego 2004r. konkursu pt. „Co zrobisz za 100 tys. zł ?”
<b>15.</b>	Decyzja nr 3/2004 z 18.III.2004r.	<b>TVP</b>	Kara za emisję dniach 28 września - 29 lutego 2004r. telenoweli pt. „Ballada o lekkim zabarwieniu erotycznym”
<b>16.</b>	Decyzja nr 9/2004 z 5.VII.2004r.	<b>Radio 94 FM</b>	Kara emisję audycji z cyklu „Ryłkołak Horror Szol”
<b>17.</b>	Decyzja nr 13/2004 z 29.XII.2004r.	<b>Polsat</b>	Kara za emisję w dniach 8,15,22,29.X.2004 r. oraz 5 i 11.XI.2004 r. w godz. 21.35-22.35 audycji Pt. „Fear Factor-Nieustraszeni”
<b>18.</b>	Decyzja nr 3/2006 z dnia 22.III.2006r.	<b>Polsat</b>	Kara za emisję audycji pt. ”Fear Factor – Nieustraszeni”

Szeroką dyskusję wywołała decyzja KRRiT o nałożeniu kary na Telewizję POLSAT za emisję audycji „Kuba Wojewódzki”. W audycji zaproszona do studia Kazimiera Szczuka parodiowała założycielkę Podwórkowych Kółek Różańcowych, osobę ciężko chorą - Magdę Buczek. Kara w wysokości 500.000 złotych, spowodowała pytania o granice wolności słowa. Publicznie postawiono pytanie, czy parodiowanie dziewczynki zatrudnionej w Radiu Maryja obraża uczucia religijne widzów. Tu powiedziałbym, że widzowie tak specyficznego programu jak talk show Kuby Wojewódzkiego raczej nie są słuchaczami Radia Maryja i prawdopodobnie ich uczucia nie zostały obrażone. Jednak uzasadnienie decyzji Krajowej Rady mnie przekonało. Dlaczego? Konstrukcja uzasadnienia jest oparta nie tylko na przepisach ustawy o radiofonii i telewizji, ale przede wszystkim na przepisach ustawy prawo prasowe. Audycja „Kuba Wojewódzki” nie jest audycją emitowaną „na żywo”, tak więc autorzy – zgodnie z prawem – powinni sprawdzić m.in. kto jest przedmiotem kpín i parodii. Ja zadałem sobie trud i wykonałem pracę, którą powinni wykonać autorzy programu. Wystarczyło wpisać na wyszukiwarkę internetową hasło „Madzia Buczek” i bodajże już w pierwszym adresie znalazłem zdjęcie ciężko chorej dziewczynki. Zakładam, że gdyby

autorzy i goście programu wiedzieli z kogo się śmieją, wówczas ten fragment pewnie nie wszedłby do programu. Krajowa Rada w uzasadnieniu decyzji odwołała się do orzecznictwa sądów polskich w zakresie staranności dziennikarskiej.

Należy podkreślić, że sąd I instancji, rozpatrując skargę Telewizji POLSAT, na decyzję KRRiT, skargę oddalił i podtrzymał decyzję o nałożeniu kary. Sąd podkreślił także wpływ prowadzącego na kreowanie postaw młodych odbiorców *Kuba Wojewódzki jest, co stanowi informację powszechnie znaną – osobą – redaktorem, znanym wśród środowisk młodzieżowych. Okoliczność pozwala przyjąć, że zachowania zaprezentowane w audycji (...) mogą wpłynąć na kształtowanie postaw młodzieży, moralnie nieakceptowalnych, sprzecznych z prawidłowo rozumianym dobrem społecznym*<sup>9</sup>.

Ale zacznijmy od początku, czyli przepisów o radiofonii i telewizji. W decyzji zarzucono nadawcy naruszenie artykułu 18 ust. 1 i 2, który zakazuje propagowania w mediach elektronicznych postaw sprzecznych z moralnością i dobrem społecznym, a szczególności zawierających treści dyskryminujące, ze względu na rasę, płeć, narodowość. Zgodnie z przytaczanym przepisem audycje powinny także szanować uczucia religijne odbiorców.

W tym miejscu należy odnieść się do bardzo nieostrego sformułowania „treści sprzeczne z dobrem społecznym”. W komentarzu do ustawy prof. Jacek Sobczak *Pojęcie „dobra społecznego” zbliżone jest do używanego w prawie karnym i cywilnym terminu „interes społeczny”, cechuje je jednak większy ładunek emocjonalny, połączony z wyraźnym naciskiem na element wartościujący – „dobro”. Działaniem sprzecznym z dobrem społecznym będzie postępowanie nie leżące w interesie ogólnym, godzące w ten interes „zarówno w sensie materialnym jak i duchowym”. Propagowaniem postaw i poglądów sprzecznych z moralnością i dobrem społecznym jest niewątpliwie ukazywanie w dodatnim świetle, pochwalanie bądź usprawiedliwianie takich poglądów i postaw*<sup>10</sup>.

Trzeba zawsze pamiętać o sile oddziaływania mediów elektronicznych, a co za tym idzie na konieczność zachowania tym większej staranności przy tworzeniu audycji. W orzeczeniu Sądu Najwyższego z 7 września 1973 roku (I CR 374/72), stwierdzono, iż zasięg przekazu telewizyjnego i masowość jego odbioru wymagają szczególnej ostrożności i wystrzegania się naruszania czci kogokolwiek. Jeżeli audycja telewizyjna nadawana była „na żywo” w warunkach, w których reporter nie mógł zapobiec treści wypowiedzi poszczególnych rozmówców, to za tę treść odpowiadać może tylko rozmówca. Jeżeli audycja została najpierw nagrana i dopiero po pewnej adjustacji nadana, za jej treść odpowiadają redaktorzy<sup>11</sup>.

Odpowiedzialność za treść łączy się nierozdzielnie z obowiązkiem zachowania należytej staranności przez dziennikarzy. W tej sprawie Sąd Najwyższy wielokrotnie zajmował stanowisko, zawsze podkreślając konieczność przestrzegania przez autorów materiałów prasowych, audycji radiowych i telewizyjnych konieczności przestrzegania obowiązku wynikającego z art. 12 prawa prasowego. Przytoczę tylko jedno orzeczenie wydane prawie dwadzieścia lat temu, w którym Sąd Najwyższy stwierdził, iż podkreślenie w art. 12 ust. 1 prawa prasowego obowiązku dziennikarza do zachowania „szczególnej staranności i rzetelności” przy zbieraniu i wykorzystaniu materiałów prasowych oznacza kwalifikowaną staranność i rzetelność. Nie może to być normalna,

---

<sup>9</sup> Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie, XX Wydział Gospodarczy z 27.11.2007, XX GC 592/06

<sup>10</sup> Sobczak „Radiofonia...” op. cit. str. 254

<sup>11</sup> Ibidem str. 167



zwykła staranność i rzetelność, ale niezwykła<sup>12</sup>. Przypominam to jakże stwierdzenie, bowiem warto o nim pamiętać w dobie coraz większej tabloidyzacji mediów.

Mogą nasunąć się wątpliwości, czy decyzja Krajowej Rady nie narusza artykułu 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, gwarantującego swobodę wypowiedzi. Trudno jest jednoznacznie stwierdzić jaka była decyzja Trybunału w takiej sprawie, jednak znamy wiele orzeczeń, które podkreślają, że wolność słowa nie jest wartością bezwzględna i także podlega ograniczeniom. Tym bardziej, że kara została nałożona za podstawowe błędy w pracy dziennikarskiej, jakie popełnili autorzy audycji.

Autorzy opracowań poświęconych zagadnieniom prawa prasowego oraz prawa radiofonii i telewizji coraz częściej wskazują, na granice wolności słowa, a co za tym idzie na granice wolności mediów. Prof. Jacek Sobczak trafnie podkreślił, że *nieprawdziwe, niesprawdzone wypowiedzi (...) oparte na plotkach i pomówieniach, kłamliwe opinie krytyczne stanowią przekroczenie granic wolności wypowiedzi (...). Wolność prasy większość dziennikarzy traktuje jako wolność absolutną, która nie podlega żadnym ograniczeniom, nie zważając, że tego typu stanowisko jest sprzeczne nie tylko z dokumentami prawa międzynarodowego (...) lecz także z polskim porządkiem prawnym i zasadami konstytucyjnymi. Fetysz wolności prasy stał się wygodnym parawanem, za którym współczesne dziennikarstwo stara się ukryć z jednej strony wiele nie do końca uświadamianych niegodziwości (...) oraz niedojrzałości warsztatowych. Jest to wynikiem odejścia od szczytnych zasad dziennikarstwa, pojmowanego jako służba społeczeństwu, swoiste posłannictwo, zawód publicznego zaufania. (...) Zarówno wydawcy, jak i redaktorzy naczelni, a w końcu dziennikarze – stoją na stanowisku, że prasie wolno wszystko, i że nie może odpowiadać za nic.*<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z 8 października 1987 roku sygn. II CR 269/87

<sup>13</sup> J. Sobczak „*Fetysz wolności prasy*” [w:] „Prawne, ekonomiczne i polityczne aspekty funkcjonowania mediów i kreowania ich zawartości” pod. red. P. Dudek i M. Kusia, Toruń 2010, str. 43 – 44

**Zalewski Grzegorz**

## **Holistyczna psychoterapia ryzyka**

Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Zakład Psychologii Społecznej i Rozwoju Człowieka, Uniwersytet w Białymstoku

### **Wprowadzenie**

Psychologia ryzyka jest to nauka o zachowaniach człowieka w sytuacjach, w których występuje ryzyko definiowane jako zakres zagrożenia i stopień prawdopodobieństwa jego wystąpienia [1]. Wcześniej Beck [2,3] wprowadził określenie „światowe społeczeństwo ryzyka”, uważając, że globalizacja przyniosła ryzyka, które są globalne. Autor ten uważa, że stan globalnego ryzyka był nieprzewidywalny i zaskoczył nas całkowicie. Zaleca on jednak aktywną transformację zagrożenia poprzez społeczne działania i wpływy; uważa, że od kiedy „ryzyko istnieje w permanentnym stanie wirtualnym”, to tylko kwestią czasu jest, kiedy stanie się katastrofą. Transformacja ryzyka jest społecznie wytworzonym zjawiskiem i pewni ludzie mają większe możliwości uniknięcia go, niż inni. Dostęp do odpowiedniej wiedzy i środków pozwala określonym grupom maksymalizować ryzyko w stosunku do innych ludzi i minimalizować je w stosunku do siebie. Np. przedsiębiorcy używając określonych procedur zmniejszają społeczne poczucie ryzyka związanego z pewnymi procesami przemysłowymi i jednocześnie stwarzają zagrożenie dla życia lub zdrowia swoich pracowników. Według Becka nie jest to już tylko semiotyczny problem definiowania zakresu zagrożenia i stopnia jego prawdopodobieństwa, ale zagadnienie sprawowania społecznej i ekonomicznej kontroli.

Współcześni ludzie funkcjonują w sytuacji narastającego kryzysu ekonomicznego i ekologicznego oraz związanej z nimi psychologicznej niepewności, na którą z reguły reagują: zaprzeczeniem, apatią lub – rzadziej - transformacją [1]. Zaprzeczenie jest często stosowanym mechanizmem obronnym; w przypadku kryzysu ekonomicznego oznacza np. niedopuszczanie do świadomości problemu narastającego, niemożliwego do spłacenia zadłużenia – indywidualnego i globalnego. Apatia oznacza częściowe lub całkowite uświadomienie zagrożenia lub kryzysu, ale jednocześnie nie podejmowanie żadnych działań zaradczych (np. postawa: *i tak muszą mi dać zasiłek, a później rentę*). Transformację natomiast możemy zdefiniować psychoterapeutycznie, jako ciągle podnoszenie jakości życia podmiotu.

W ramach autorskiej koncepcji holistycznej psychoterapii ryzyka można zaproponować transformację psychologicznej niepewności czy ryzyka poprzez podnoszenie jakości życia podmiotu na czterech etapach: (1) poradnictwa; (2) psychoterapii krótkoterminowej (3) psychoterapii długoterminowej i (4) autopsychoterapii.

Etap 1 trwa kilka dni lub tygodni, a większość dni jest podzielona na:

1a. Aktywność fizyczną do południa, np. kilkukilometrowy spacer terapeuty z osobami depresyjnymi (lub z ADHD), w terenie zalesionym, w celu nawiązania

kontaktu, dotlenienia organizmu i podniesienia poziomu endorfin (lub lekkiego zmęczenia).

1b. Poradnictwo po południu.

2. Psychoterapia krótkoterminowa połączona z trwającą kilka lub kilkanaście miesięcy turystyką kwalifikowaną i trenowaniem określonej dyscypliny sportowej, a szczególnie defensywnych sportów walki, np. judo albo aikido.

3. Psychoterapia długoterminowa przez wiele lat, połączona z kontynuacją zajęć z poprzednich etapów i kształtowaniem „twardości psychicznej”.

4. Autopsychoterapia, zintegrowana osobowość, twórcze podejście do życia połączone z realizacją COPE modelu Anshel'a i rozwój duchowy do końca życia.

Holistyczna psychoterapia ryzyka łączy więc „wodę z ogniem”, tzn. uznany rodzaj profesjonalnej psychoterapii, opisywany w podręcznikach akademickich (np. Grzesiuk, Suszek, 2011) [4] z doskonalonymi równocześnie umiejętnościami sportowo – turystycznymi, co umożliwi klientom przeciwstawianie się zarówno subiektywnym, jak i obiektywnym zagrożeniom [por. 5].

### **Kilkutygodniowa aktywność fizyczna połączona z poradnictwem**

Nie musi być tak, że depresyjni klienci korzystają z poradnictwa lub przychodzą na terapię grupową zdeintegrowani psychicznie i w znacznie obniżonym nastroju, a doradca (terapeuta) próbuje tchnąć w nich odrobinę optymizmu, często – przez dłuższy czas – nieskutecznie. Wystarczy wprowadzenie pewnej behawioralnej modyfikacji. W pierwszej części dnia, klienci razem z (doradcą) terapeutą idą kilka kilometrów po zalesionym terenie do miejsca, gdzie będzie odbywało się poradnictwo (terapia). W tym czasie ich organizmy dotleniają się, podnosi się u nich poziom endorfin i poprawia nastrój; spontanicznie prowadzone są pierwsze rozmowy. Po dojeździe na miejsce, przed rozpoczęciem poradnictwa lub psychoterapii grupowej, wskazane jest skorzystanie z gorącego prysznica i zjedzenie obiadu. Po takim rozpoczęciu dnia nastrój i nastawienie klientów do poradnictwa (terapii) i całego świata ulegnie niewielkiej, średniej lub znacznej poprawie.

Nie musi być też tak, że klienci z ADHD, przed rozpoczęciem poradnictwa (psychoterapii), są rozkojarzeni i nadpobudliwi psychoruchowo. Rozpoczęcie dnia w podobny sposób do opisanego wyżej doprowadzi do pewnej koncentracji ich uwagi, rozładuje w niewielkim stopniu ich nadpobudliwość psychoruchową i obniży nieznacznie ich poziom wewnętrznego napięcia. Również doradca (psychoterapeuta) w czasie kilkukilometrowego lub kilkugodzinnego spaceru uspokoi się wewnętrznie (choćby teoretycznie jest profesjonalnie opanowany nawet bez podejmowania jakiegokolwiek aktywności psychoruchowej lub dzięki ćwiczeniom fizycznym wykonywanym w czasie wolnym, bez obecności klientów).

Wprowadzenie w pierwszych częściach kolejnych dni relatywnie intensywnych ćwiczeń fizycznych, w których uczestniczą razem doradcy (terapeuci) i klienci, a w drugich częściach dni – poradnictwa lub psychoterapii podniesie jakość życia wszystkich uczestników. Psychoterapeuta ryzyka, na pierwszym etapie swojej pracy np. z młodzieżą, może zorganizować tygodniową (lub kilkutygodniową), odbywającą się w plenerze, zaplanowaną aktywność rekreacyjno – terapeutyczną, uzupełnioną o poradnictwo psychologiczne, przekazywane uczestnikom przez „głowę, serce”, ale także wysiłek, często ekstremalny [por. 6]. Na pierwszym więc etapie swojej działalności psychoterapeuci ryzyka powinni posiadać podstawowe umiejętności z zakresu poradnictwa i udokumentowane umiejętności turystyczne. Prowadząc zajęcia i współ-

uczestnicząc w nich dostarczają oni uczestnikom i sobie wysokiego poziomu stymulacji, co prowadzi do konstruktywnego wyrwania się z monotonii domatorskiego i instytucjonalnego życia, przeciążenia stresem lub początków wypalenia zawodowego oraz doświadczania mocnych wrażeń, wprowadzających w świat dodatkowych, konstruktywnych wartości. Analizując problem w tradycyjny sposób, możemy uważać, że np. psycholog – diagnosta powinien mieć biurko, na którym osoba badana będzie mogła wypełniać testy i kwestionariusze; pozostaje nam też nadzieja, że diagnoza psychologiczna zostanie rzetelnie i trafnie wykorzystana w procesie terapii przez innych specjalistów. Możemy także uważać, że psycholog (psychoterapeuta) – naukowiec potrzebuje katedry, zza której będzie omawiał wyniki badań i prezentował nowatorskie koncepcje, które studenci powinni zapamiętać, a decydenci powinni trafnie i rzetelnie realizować. Psychologowie (psychoterapeuci) ci pracują najczęściej lub wyłącznie w zamkniętych pomieszczeniach, tak jakby dobra praca w plenerze była niemożliwa. Wejście w rolę psychoterapeuty ryzyka oznacza czasową rezygnację z używania biurka, katedry i innych rekwizytów ułatwiających pracę, ale także podnoszących prestiż wykonywanego zawodu; umożliwia jednak ciągle bycie z klientem, diagnozowanie, doradzanie i prowadzenie psychoterapii (w określonym terenie i czasie). Bycie psychoterapeutą ryzyka wymaga podjęcia jednoczesnego wysiłku intelektualnego i psychoruchowego; posiadania dużej wiedzy psychoterapeutycznej, turystycznej i sportowej; odporności psychicznej, sprawności i kondycji fizycznej. Daje jednak psychoterapeutom możliwość połączenia teorii z praktyką, a pozostałym uczestnikom satysfakcję, zdrowie i – w dłuższej perspektywie - pozwala wszystkim uczestnikom podnieść jakość życia.

W tym miejscu warto sobie uświadomić (lub przypomnieć), co składa się na jakość życia. Pojęcie jakości życia jest definiowane w węższy sposób jako subiektywna ocena sytuacji życiowej, celów, oczekiwań, standardów i obaw, dokonywana w kontekście systemów wartości i kultury, w których dana jednostka funkcjonuje na co dzień; w szerszym znaczeniu – spostrzeganie przez jednostkę zdrowia fizycznego i psychicznego, poziomu niezależności, relacji społecznych, relacji ze środowiskiem i osobistych przekonań (WHO Quality of Life Assessment, 1995) [7]. Z realizacją jakości życia wiąże się eudajmonia, czyli „stan, w którym pozytywny afekt jest doświadczany przez jednostkę, gdy podejmuje ona działania zmierzające do samorealizacji, rozwoju potencjałów, umiejętności i talentów służących realizacji ważnych celów życiowych” - Waterman za [8]. Istotne dla przeżywania jakości życia jest też, opisane przez Csikszentmihalyi’ego [9], doświadczanie *flow*, oznaczające: bycie uważnym, zaabsorbowanym, efektywnym intelektualnie, głęboko zaangażowanym w aktualne doznania i zadowolonym. *Flow* jest podobnie doświadczany i ma podobną strukturę w różnych kulturach, zarówno w tych nastawionych indywidualistycznie, jak i kolektywistycznie.

Wykonywanie codziennych obowiązków powinno być wzbogacone przynajmniej o wykonywanie regularnych ćwiczeń fizycznych; potwierdzają to wyniki licznych badań. Np. Penedo i Dahn [10] podzieli osoby badane na grupę kontrolną (wykonującą codzienne, rutynowe obowiązki) i eksperymentalną (uczestniczącą dodatkowo w programie ćwiczeń fizycznych); po zakończeniu programu osoby badane z grupy eksperymentalnej odczuwały wyższą jakość życia i posiadały większą wydolność przy wykonywaniu różnego rodzaju codziennych zadań. Z kolei Karmisholt i Gotzesche [11] wskazują na redukcję poprzez aktywność fizyczną objawów wśród pacjentów z takimi schorzeniami, jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca typu 2, fibromialgia, choroba wieńcowa serca i inne.

Na tym etapie holistycznej psychoterapii ryzyka uczestnik korzysta więc z poradnictwa i rekreacyjnie uprawia sport oraz turystykę. Pierwszy etap wskazuje tylko kierunek, w jakim należy podążać, aby permanentnie podnosić jakość życia klientów i swojego. Jest to możliwe na kolejnych etapach.

### **Psychoterapia krótkoterminowa połączona z trwającą kilka- lub kilkanaście miesięcy turystyką kwalifikowaną i trenowaniem określonej dyscypliny sportowej**

Na drugim etapie holistyczna, krótkoterminowa psychoterapia ryzyka może stać się już wszechstronną sztuką walki z przeciwnościami, urazami i negatywnymi doświadczeniami w rozumieniu np. Ellisa [12]. Na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, w czasach politycznego przełomu, powstało w Polsce wiele inicjatyw włączających elementy szeroko rozumianej kultury (także fizycznej) do procesów psychoterapii i resocjalizacji. Powstały przedsięwzięcia bardziej znane, np. Teatr „Scena Coda” w Warszawie [por. 13] i mniej znane, np. Metoda Terapii przez Judo i Turystykę Górską w Zakładzie Poprawczym w Białymstoku. Kiedy uczestnikami treningów judo, a następnie wyprawy górskiej jest młodzież z zakładu poprawczego, to wychowankowie już po kilku dniach takiej wyprawy stają się bardziej otwarci w stosunku do psychoterapeuty i niekiedy ujawniają nawet najbardziej ukryte problemy osobiste, których istnienia w czasie przebywania wychowanków w zakładzie nikt by nawet u nich nie podejrzewał [por. 14]. Wychowankowie uczą się także przestrzegania higieny, dbania o siebie i innych w plenerowych warunkach, rozwijają sprawność psychomotoryczną, kondycję, wytrzymałość, doznają przygód zupełnie innych niż w mieście czy zakładzie i uczą się efektywnego wykorzystania czasu wolnego, co rozpoczyna powolny proces zmiany ich osobowości. Stosowane przez nich zasady judo można przedstawić w następujący sposób: w sytuacji zagrożenia nie możesz nikogo uderzyć, ani kopnąć; kiedy ktoś krzyczy na ciebie, wysłuchaj go spokojnie i poproś, aby nie krzyczał – jeżeli nie dostosuje się do twojej prośby, to wkrótce i tak się zmęczy; kiedy cię ktoś ciągnie, to go pchaj; kiedy cię ktoś pcha, to go ciągnij; kiedy ktoś usiłuje cię uderzyć albo kopnąć, to zablokuj jego uderzenie, przewróć go na ziemię i przytrzymaj tak długo, aż się uspokoi.

W stosunku do 8 wychowanków Zakładu Poprawczego w Białymstoku w latach 1990-1992 zastosowano czynnik eksperymentalny - 2 lata psychoterapii krótkoterminowej, trenowania judo i wypraw górskich. Przed zastosowaniem tego czynnika wszyscy wychowankowie mieli wstrzymane przepustki, złe wyniki w szkole oraz nałogowo palili papierosy i pili alkohol. Po zastosowaniu czynnika eksperymentalnego wszyscy otrzymali stałe przepustki, poprawili oceny szkolne i sporadycznie pili alkohol, a 5 z nich przestało palić papierosy.

Oba te niezależne od siebie przedsięwzięcia, tzn. Metoda Teatru Resocjalizacyjnego „Scena Coda” w Warszawie i Metoda Terapii przez Judo i Turystykę Górską w Białymstoku odbywały się w podobnym czasie i aktywnie uczestniczyło w nich odpowiednio: po 8 wychowanek (wychowanków). „Walka i teatr uczą więc ostatecznie czegoś podobnego – jak radzić sobie w życiu i stać się człowiekiem roztroprnym i odważnym” [15].

Warto też zauważyć, że psychoterapeuta ryzyka proponujący młodym klientom ofensywne style walki z przeciwnościami (lub z przeciwnikami), takie jak: karate, kendo, kickboxing, czy taekwondo może być spostrzegany jako osoba jeszcze bardziej kompetentna, sprawna i godna zaufania, ale także przeciwnie – niekompetentna, agresywna i nie wzbudzająca zaufania. Psychoterapeuta natomiast i jego klient, którzy

skutecznie nie pozwolą pijanemu napastnikowi lub nieletniemu przestępcy skrzywdzić dziecka albo wyrwać sobie torebki czy walizki; wykorzystają siłę ciągnącego ich lub pchającego przeciwnika i sprowadzą go do „parteru” lub obezwładnią go w inny, defensywny sposób, nie przekroczą granicy obrony koniecznej i zyskają szacunek oraz uznanie w oczach początkujących uczestników (potencjalnych ofiar ryzyka przemocy). Psychoterapeuta taki może też podzielić się z początkującymi uczestnikami swoimi umiejętnościami podczas kilku- czy kilkunastomiesięcznych, mniej lub bardziej intensywnych, treningów w takich rodzajach sztuk walki, jak: judo, aikido czy zapasy. Psychoterapeuta ryzyka aktywnie więc ogranicza opisywany przez psychologię ryzyka zakres zagrożenia i stopień prawdopodobieństwa jego wystąpienia w stosunku do swoich uczestników, przy czym uczestnikiem może być każda osoba (w zakresie wyznaczonym przez jej wiek, wolny czas, sprawność, motywację do uczenia się, zdobywane umiejętności, ale także poziom demoralizacji).

Na tym etapie holistyczna psychoterapia ryzyka przypomina opiekę realizowaną w rodzinnych domach dziecka, gdzie „rodzice” towarzyszą dzieciom nie tylko w okresie ich nauki (a swojej pracy), ale są z nimi także (a może przede wszystkim) w czasie wakacji. Psychoterapeutami ryzyka powinny więc być zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Holistyczna psychoterapia ryzyka nie ma nic wspólnego z praktyką wychowania realizowaną w instytucjonalnych domach dziecka, gdzie „rodziców” zastępują wychowawcy, pełniący tylko dyżury, często niedostępni w czasie, kiedy wychowanek subiektywnie ich najbardziej potrzebuje. Po wykonaniu swojej zawodowej pracy wychowawcy opuszczają „swoich” wychowanków i jadą na wakacje ze swoją biologiczną rodziną, tak jakby subiektywnie czuli się zmęczeni „swoimi” wychowankami i musieli od nich odpocząć. W takiej sytuacji wychowankowie znacznie częściej czują się opuszczeni, niepotrzebni oraz przeszkadzający i to paradoksalnie w czasie kiedy są wakacje, świeci słońce i jest najlepsza pogoda do rozpoczęcia zajęć inspirowanych holistyczną psychoterapią ryzyka.

Istotne jest takie zaplanowanie zajęć, aby charakteryzowały się one niskim lub zerowym ryzykiem obiektywnym i średnim lub wysokim ryzykiem subiektywnym – dla uczestników będzie to np. co najmniej tygodniowy spływ kajakowy nieuregulowaną, rwącą rzeką lub obóz wędrowny w górach z wieloma przejściami po dobrze zamocowanych, ale linowych mostach nad wysokimi urwiskami i przepaściami. U wszystkich uczestników, którzy dotrą do końca zaplanowanych zajęć następuje odoreagowanie zalegających, negatywnych emocji, poprawa samooceny, wzrost poczucia własnej wartości, początek redukcji ewentualnych zaburzeń osobowości, kształtowanie umiejętności realistycznego spojrzenia na siebie wraz ze zdolnością rozpoznawania i akceptowania ograniczeń środowiska, innych uczestników oraz swoich, rozwijanie umiejętności ograniczania własnych potrzeb, konstruktywnego rozwiązywania konfliktów i wzięcia odpowiedzialności za siebie oraz innych. Kontakt z naturą wyzwala także często motywację twórczą, która prowadzi uczestników np. do malowania, komponowania, pisania prozy lub wierszy, czy nawet prac naukowych. Doznawaniu przeżyć estetycznych towarzyszy także - dostrzeżone przez uczestnika lub nie – spotkanie z Bogiem, który ujawnia się w majestacie potęgi i piękna przyrody oraz ciszy pleneru nie przekształconego jeszcze przez człowieka.

Zaproponowanie starszym klientom ofensywnych stylów walki wydaje się jednak możliwe i wskazane. Wprowadzanie elementów sztuk walki do ćwiczeń uprawianych przez zdrowych dorosłych jest zalecane np. przez American College of Sports Medicine [por. 16]. Ćwiczenia takie zwiększają giętkość i zakres ruchów wszystkich stawów oraz zmniejszają ryzyko chorób serca. Douris, Chinan, Steffens i

Weiss [176] udowodnili empirycznie, że ćwiczenia karate, uprawiane przez co najmniej 3 lata przez ludzi w wieku 40 – 60 lat, zwiększają giętkość i siłę nóg oraz rąk, zmniejszają objętość tkanki tłuszczowej, zwiększają ogólną sprawność i poprawiają sylwetkę, co jest szczególnie widoczne na tle grupy w podobnym wieku, która nie uprawia karate.

Kiedy określony rodzaj regularnej aktywności fizycznej prowadzi do poczucia zadowolenia, to w istotny sposób podnosi jakości życia. Berger i. Tobar [18] udowodnili empirycznie, że do osiągnięcia wyższego poziomu jakości życia konieczne są co najmniej dwie grupy czynników:

- A. Występowanie w czasie ćwiczeń rytmicznego oddychania przeponowego, np. w pływaniu, bieganiu, podnoszeniu ciężarów, czy też tańcu, jodze i sportach walki występuje możliwość (a niekiedy konieczność) świadomego koordynowania wdechania i wydechania w kombinacji ze specyficznymi ruchami. Ważne jest w trakcie wykonywania takich ćwiczeń ograniczenie współzawodnictwa i skoncentrowanie się na intensyfikacji przeżywania własnych, pozytywnych emocji. Istotne jest także stałe i przewidywalne środowisko aktywności fizycznej. Brak zmian w środowisku podczas ćwiczeń pozwala na wygosparowanie czasu na: (1) refleksję, (2) dialog wewnętrzny, (3) trening mentalny i (4) koncentrację na poczuciu zadowolenia, które są istotnymi elementami pedagogiki przeżyć [por.19]. Z drugiej jednak strony wymienione wyżej procesy myślowo – emocjonalne: (1) – (4) możliwe są do osiągnięcia także (a może przede wszystkim) w ciągle zmieniającym się środowisku zewnętrznym, np. podczas kilkudniowej wyprawy górskiej czy spływu kajakowego, które z kolei są istotnymi elementami psychopedagogiki ryzyka (przygody) [por. 5].
- B. Wykonywanie danej aktywności fizycznej jednorazowo co najmniej przez 60 minut, 2 – 3 razy w tygodniu i przez okres kilku lub kilkunastu lat jest najbardziej korzystne dla podniesienia poziomu jakości życia [por. 8]. Tego typu aktywność fizyczna redukuje poziom kortyzolu we krwi, korzystnie wpływa na stan układu immunologicznego, a więc przyspiesza proces gojenia się ran, rekonwalescencji po urazach; chroni przed infekcjami i stanami zapalnymi. Wilson i Rodgers [20] twierdzą ponadto, że regularne ćwiczenia fizyczne podnoszą samoocenę podmiotu, poczucie autonomii i osobistej kontroli (sprawczości oraz przekonania o własnej skuteczności).

Na tym etapie uczestnik korzysta więc z psychoterapii krótkoterminowej i uprawia zaawansowane formy sportu oraz turystyki.

### **Holistyczna długoterminowa psychoterapia ryzyka**

Klient już od kilku lat uczestniczy w procesie psychoterapii ryzyka i jednocześnie posiada zaawansowane umiejętności sportowo – turystyczne; przełamał już relatywnie powszechną niechęć do: rozwijania wglądu w siebie, znacznej modyfikacji destruktywnych zachowań i intensywnego wysiłku fizycznego.

Opierając się na pracy Anshel'a i Payne'a [6], możemy przyjąć, że cechy osobowości psychoterapeuty w niewielkim stopniu (poniżej 10%) prognozują przyszły sukces; o wiele większe znaczenie mają umiejętności czy predyspozycje (*dispositions*), takie jak: wyuczone wykorzystywanie zasobów (*learned resourcefulness*), styl zmagania się z problemami, zaufanie do siebie czy optymizm. Psychoterapeuci ryzyka powinni także kształtować u uczestników i u siebie: motywację wewnętrzną, samokontrolę i

samoświadomość. Ta ostatnia umożliwia uczestnikom monitorowanie i rozpoznawanie świadomych doznań oraz ukierunkowanie myśli i emocji na osiągnięcie optymalnego poziomu lęku (poczucia zagrożenia) i pobudzenia (odczucia wyzwania i podwyższonych somatycznych symptomów przygotowania do zmagania się z trudnościami). Jones i Swain [21] wykazali, że umiarkowany poziom lęku może ułatwiać zmaganie się, kiedy uczestnik interpretuje doświadczany lęk, jako mobilizujący, a nie demobilizujący. Pewien poziom lęku jest potrzebny do utrzymania czujności i prawidłowego ukierunkowania uwagi.

Kolejną umiejętnością, którą psychoterapeuci ryzyka powinni charakteryzować się i kształtować u innych, jest „twardość psychiczna”. Według Loehra [22] umiejętność ta oznacza: (a) szybkie pokonywanie przeciwności i podchodzenie do wyzywających sytuacji z determinacją i ufnością; (b) poczucie odpowiedzialności za działanie i jego wynik; (c) podejmowanie znacznego, chociaż kontrolowanego, ryzyka np. walki treningowej lub wyprawy turystycznej; (d) ignorowanie lub pokonywanie krótkotrwałych przeciwności; (e) redukcja spostrzeganego stresu; (f) optymalne działanie przez cały zaplanowany okres, ponieważ jeden poważny wypadek może zniweczyć cały dotychczasowy wysiłek. Człowiek z ukształtowaną „twardością psychiczną” będzie kierował się motywacją wewnętrzną i realistycznym optymizmem; będzie kontrolował swoje emocje, opanowany i zrelaksowany „pod ostrzałem”; będzie pełen wigoru i psychologicznej gotowości do działania, zdeterminowany, czujny, mający zaufanie do siebie i odpowiedzialny za podjęte działania. W rzadko przeprowadzanych badaniach „twardości psychicznej” Jones, Hanton i Connaughton [23] ustalili komponenty tego konstruktów wykorzystując metody jakościowe. Zbadali oni 10 zawodników o międzynarodowym poziomie osiągnięć sportowych. W odniesieniu do tych zawodników „twardość psychiczna” oznacza: „posiadanie naturalnego lub ukształtowanego, psychologicznego poziomu, który umożliwia: (a) ogólnie, walczyć lepiej niż twoi przeciwnicy z wieloma przeciwnościami (wymaganiami)..., które sport nakłada na zawodników; (b) szczególnie, być bardziej gotowym i lepszym, niż twoi przeciwnicy pod względem determinacji, koncentracji, pewności siebie i kontroli pod presją” [23]. A. Łuszczczyńska [8] przyjmuje, że mentalna twardość (*mental toughness*) łączy się z *flow* i oznacza pragnienie sukcesu, wytrwałe dążenie do pokonywania przeciwności, zaangażowanie i kontrolę.

W czasie zajęć powinno się u uczestników kształtować także sportowe, turystyczne i życiowe zaufanie, które jest definiowane jako „zdobywanie optymistycznej postawy i przekonania, że moje działania będą miały wpływ na rezultat sytuacji” [24].

Ważne jest także planowanie, ponieważ warunki terenowe (a także życiowe) szybko się zmieniają, napływają nowe informacje, które wymagają uwzględnienia i stworzenia strategii adekwatnego działania. Należy realizować dokładnie opracowany Plan A mając przygotowany także rezerwowy Plan B, który będziemy realizowali w sytuacji, kiedy Plan A okaże się nieefektywny lub nierealny. Istotne jest także „puszkowanie” (*boxing*), czyli umieszczanie negatywnych myśli i emocji w „mentalnych skrzynkach”, znajdujących się na zewnątrz terenu akcji – w domu, w skrytce itp. [por. 25]. Zamiast pozwalać negatywnym myślom czy emocjom wzbudzać lęk czy samowątpienie, które uderzą w naszą „twardość psychiczną”, należy przetrzymać je w „mentalnych skrzynkach” do czasu, aż zakończymy naszą ekstremalną działalność. Równie ważna jest umiejętność relaksacji, która poprzedza intensywne działanie, ułatwia koncentrację na działaniu i umożliwia późniejsze odprężenie. Prowadzi także do jasności i wyrazistości wyobraźni oraz redukuje umysłowe i fizyczne zmęczenie. W psychoterapii ryzyka wskazana jest relaksacja poprzez lekką aktywność fizyczną, na



przykład tai chi jest taką „miękką” formą sztuk walki składającą się z powolnych, płynnych ruchów obejmujących wszystkie części ciała, wprowadzającą w medytację podobną do jogi.

Kiedy istotnym elementem naszych zajęć plenerowych staje się trening w zakresie sztuk walki, to powinniśmy użyć następujących, behawioralnych strategii psychologicznego przygotowania do zajęć w celu usprawnienia myślenia, kontroli emocji i prawidłowego wykonania zadań: ustanawiania celów (*goal setting*), zestawiania (*scheduling*), samo-monitorującego sprawdzania (*self-monitoring checklist, SMC*), notowania osiągnięć (*record keeping*), wsparcia społecznego (*social support*), modelowania (*modeling*) i symulowania walki (*match simulation*) [por. 6]. Omówimy trzy ostatnie strategie:

- A. Wsparcie społeczne ze strony psychoterapeutów ryzyka i innych uczestników jest najlepszym wzmocnieniem. Zgodnie z zaleceniami Ginott’a [26], pochwały powinny dotyczyć zachowań trenującej osoby, np. „To było dobrze wykonane trzymanie, Janku”, a nie jego osobowości, np. „Jesteś dobrym zawodnikiem”. Społeczne wsparcie umożliwia osobie trenującej dokonanie sportowego wglądu, np. „Powinieneś użyć szybkiej ręki w tej technice, robiąc >to i to<”; informacji zwrotnych, np. „Twój sparring-partner może zorientować się, kiedy zamierzasz go podciąć, obserwując wyraźne ruchy twoich gałek ocznych tuż przed wykonaniem podcięcia” i podniesienie motywacji bez oceniania, np. „Prezentujesz większą pewność siebie”.
- B. Modelowanie jest strategią instrukcyjną zachęcającą uczestników do obserwowania walk na wysokim poziomie, kierując uwagę uczestników na właściwe wykonanie konkretnych technik, np. „Krysiu, obserwuj ruch stopy zawodnika, kiedy zbliża się do przeciwnika”.
- C. Symulowanie walki umożliwia sprawdzenie praktycznych umiejętności w warunkach zbliżonych poznawczo i behawioralnie do sytuacji realnego zagrożenia, np. aktywnej obrony krzywdzonego dziecka, kobiety, czy próby wyrwania nam walizki lub torebki.

Na tym etapie holistyczna psychoterapia ryzyka jest już połączeniem wiedzy psychologicznej, psychoterapeutycznej, umiejętności sportowych oraz turystycznych z mądrością i doświadczeniem życiowym. Wśród uczestników wskazana byłaby równowaga mężczyzn i kobiet lub nawet przewaga tych ostatnich. Dziewczęta i kobiety z reguły częściej czują się zagrożone, bardziej boją się agresji i są słabsze fizycznie. W ich przypadku szczególnie ważne byłoby wzmocnienie kondycji fizycznej, nabycie umiejętności skutecznej samoobrony i większej „twardości psychicznej”. Sprawcami około 80% przypadków fizycznej agresji w stosunku do dziewcząt i kobiet są nieletni przestępcy oraz mężczyźni uzależnieni od alkoholu lub narkotyków. Dzieje się tak chociaż praktycznie każda kobieta po kilku latach intensywnych treningów w ramach ofensywnych lub defensywnych sztuk walki bez większych problemów poradziłaby sobie z tego typu przeciwnikami. Jeżeli niektóre kobiety odwołują się do europejskiej tradycji kobiet nie broniących się bezpośrednio (skutecznie) w sytuacjach, kiedy spotyka je fizyczna agresja, to holistyczna psychoterapia ryzyka odwołuje się do tradycji i kultury kobiet z Okinawy, które od kilkuset lat radzą sobie doskonale z większością agresywnych napastników. Oczywiście nie są one w stanie pokonać np. samuraja, ale nie muszą tego robić, ponieważ samuraje nie atakują kobiet, podobnie jak klienci trzech pierwszych etapów holistycznej psychoterapii ryzyka.

### **Autopsychoterapia, zintegrowana osobowość, twórcze podejście do życia połączone z realizacją COPE modelu Anshel'a i rozwój duchowy do końca życia.**

Na czwartym etapie holistycznej psychoterapii ryzyka każdy uczestnik jest już z reguły bardziej doświadczony, mądry, asertywny, sprawny fizycznie, lubi uprawiać turystykę i podróżować; potrafi także utrzymać się w pracy, dostosować ją do swoich potrzeb lub zmienić; założył rodzinę, posiada dzieci lub realizuje filozofię bycia singlem. Jeżeli na tym etapie nadal chcemy nasze życie opierać na jakimś ustrukturalizowanym modelu, to może to być COPE model [por. 27]. Model ten składa się z serii czterech psychobehawioralnych procesów, które pojawiają się w odpowiedzi na nagłe przeciwności (zagrożenia), jakie spotykamy w codziennym życiu:

(*C – controlling emotions*); kontrola emocji obejmuje: przyjęcie odpowiedniej postawy, koncentrację uwagi, wzięcie głębokiego oddechu, użycie zwrotów typu („Jest dobrze, uspokój się”; „Zaczekaj chwilę i obserwuj uważnie”; „Wyluzuj”) i przejęcie kontroli nad sytuacją poprzez wzięcie odpowiedzialności za występujące, niespodziewane przeciwności (zagrożenia). W tym momencie możemy polegać także na wcześniej wyuczonej „twardości psychicznej”.

(*O – organizing input*); organizowanie dopływu informacji oznacza oddzielenie informacji istotnych od nieistotnych (rozpraszających). Jeżeli porównamy zagrażającą sytuację życiową do walki judo, to wychodząc na matę ignorujemy wygląd sali, rodzaj oświetlenia, wrogie okrzyki publiczności i dostrzegamy tylko przeciwnika po drugiej stronie maty, ubranego w podobny strój do naszego i ważącego mniej więcej tyle samo, co my. Zbliżamy się do niego i myślimy przez kilka sekund, że jest on mniej od nas skoncentrowany i gorzej fizycznie oraz taktycznie przygotowany do zawodów, co pozytywnie nas nastraja. Następnie walczymy o uchwyt i koncentrujemy się na jego rękach oraz klatce piersiowej, ponieważ dopóki nas nie złapie, jego nogi są praktycznie niegroźne. Podobnie w zagrażającej sytuacji życiowej skoncentrowanie się na istotnych elementach i ignorowanie nieistotnych zwiększa naszą szansę sukcesu.

(*P – planning the next response*); skoncentrowanie się na informacjach istotnych i szybkie podjęcie decyzji, co robić dalej. Kontynuując porównywanie sytuacji życiowej do kolejnego etapu walki judo, staramy się pierwsi złapać przeciwnika za kimono, aby zdobyć nad nim przewagę; jeżeli on złapie nas pierwszy, to staramy się zerwać jego uchwyt; kiedy trzyma nas zbyt mocno i ciągnie, to my go pchamy, wykorzystując jego siłę; kiedy nas pcha, to my go ciągniemy – wygra ten z nas, który pierwszy mocno chwyci i włączy do walki doświadczenie, mądrość oraz fizyczną siłę rąk i nóg. Cały czas jesteśmy przekonani, że to my wygramy.

(*E – executing the next task or skill*); wykonujemy automatycznie dobrze opanowane zadanie lub (w razie niepowodzenia) kolejne i tak aż do osiągnięcia pozytywnego rezultatu. Kontynuując porównywanie sytuacji życiowej do kolejnego etapu walki judo - jeżeli chwilowo znaleźliśmy się w wyjątkowo niekorzystnym położeniu, np. jesteśmy w powietrzu i za chwilę upadniemy, to należy zrobić to tak umiejętnie (upaść na bok, a nie na plecy), aby sędzia nie zakończył walki i dał nam kolejną szansę zwycięstwa. Pomimo, że przeciwnik stoi, a my leżymy, to możemy jeszcze z nim wygrać w „parterze” poprzez: (a) trzymanie, (b) duszenie lub (c) dźwignię. Koncepcja walki do

końca jest zgodna np. z konstruktem *resilience* Luthara, rozumianym jako „dynamiczny proces, w którym jednostki realizują pozytywną adaptację mimo doświadczania dotkliwych nieszczęść lub traumy” [28].

Na tym etapie uczestnik posiada już zintegrowaną osobowość, prezentuje twórcze podejście do życia, posiada wgląd we własne problemy i możliwości ich rozwiązania, stosuje autopsychoterapię, a Ja podmiotowe (tożsamość) jest dla niego ważniejsze, niż granie ról społecznych.

### Optymistyczne zakończenie

W judo, jak i w całym życiu, w sytuacji prawie totalnej porażki, mamy jeszcze co najmniej trzy okazje (wyżej wymienione: a, b, c lub inne) całkowitego pokonania naszego przeciwnika (przeciwności, zagrożenia, ryzyka itp.) oraz zachowania zdrowia i zintegrowanej osobowości [por. 29]. Należy (można) więc wierzyć, że po pozytywnym przejściu trzech pierwszych etapów holistycznej psychoterapii ryzyka, z pewnością poradzimy sobie na czwartym etapie – dalszego, realnego życia. W dalszej perspektywie – być może – pojawi się życie wieczne; chrześcijanin zawsze ma prawo zapytać: *Dlaczego mnie bijesz?* i skutecznie przeciwstawić się zagrożeniu.

### Piśmiennictwo

1. Breakwell G.M.: *The Psychology of Risk*. Cambridge University Press., Cambridge: 2007.
2. Beck U.: *Risk Society: Towards a New Modernity*. Sage Publications, London, 1992.
3. Beck U.: *Living in the word risk society*. *Econ. Soc.*, 2006, 35, 329-345.
4. Grzesiuk L., Suszek, H.: *Psychoterapia: podręcznik akademicki*. Tom. 5, Eneteia, Warszawa, 2011.
5. Zalewski G.: *Metoda resocjalizacji przez sport, a JA podmiotowe*. Wprowadzenie do psychopedagogiki ryzyka (przygody). *Pedagogika Społeczna*, 2010, 3-4, 91-194.
6. Anshel M., Payne J.: *Application of Sport Psychology for Optimal Performance in Martial Arts* (w:), Dosil, J. (red.), *The Sport Psychologist's Handbook. A Guide for Sport-Specific Performance Enhancement*, John Wiley & Sons, Ltd., 2008.
7. WHOQOL Group. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Soc. Sci. Med.*, 1995, 41, 1403-1409.
8. Łuszczynska, A.: *Psychologia sportu i aktywności fizycznej*. Zagadnienia kliniczne, PWN, Warszawa, 2011.
9. Csikszentmihalyi M.: *Beyond boredom and anxiety (25<sup>th</sup> anniversary ed.)*. Jossey-Bass, San Francisco, 2000.
10. Penedo F.J., Dahn J.R.: *Exercise and well-being; a review of mental and physical health benefits associated with physical activity*. *Curr. Opin. Psych.*, 2005, 18, 189-193.
11. Karmisholt, K., Gotzesche, P.C.: *Physical activity for secondary prevention of disease. Systematic reviews of randomised clinical trials*. *Danish medical Bulletin*, 2005, 52, 90-94.
12. Ellis A.: *Terapia krótkoterminowa. Lepiej, głębiej, trwalej*. GWP, Gdańsk, 2000.

13. Konopczyński M.: Metody twórczej resocjalizacji. Pedagogium, PWN, Warszawa, 2007.
14. Zalewski G.: Złodzieje na wolności. Sfabularyzowana, psychopedagogiczna analiza zachowań nieletnich przestępców w czasie tygodniowej wyprawy górskiej. Białystok: Trans Humana, Białystok, 2003.
15. Hołówka J.: U genezy wychowania społecznego [w:], Konopczyński M., Nowak B.M. (red.). Resocjalizacja: ciągłość i zmiana. Pedagogium, Warszawa, 2008, 16.
16. Toskovic N., Blessing D., Williford H.: The effect of experience and gender on cardiovascular and metabolic response with dynamic tae kwon do exercise. JSCR., 2002, 16, 278 – 285.
17. Douris P., Chinan A., Steffens D., Weiss S.: Fitness levels of middle aged martial arts practitioners. BSJM., 2004, 38, 143 – 147.
18. Berger, B.G., Tobar, D.A.: Physical activity and quality of life. Key considerations. W: G. Tenenbaum i R.C. Eklund (red.), Handbook of Sport Psychology (wyd. 3). Hoboken NJ, Wiley-Blackwell, 2007.
19. Michl W.: Pedagogika przeżyć. Wyd. WAM, Kraków, 2011.
20. Wilson, P.M., Rodgers, W.M.: The relationship between exercise motives and physical self-esteem in female exercise participants: An application of self-determination theory. J Appl Biobehav Res., 2002, 7, 30-43.
21. Jones G., Swain A.: Predispositions to experience debilitating and facilitative anxiety in elite and nonelite performers. The Sport Psychologist, 1995, 9, 201 – 211.
22. Loehr J.E.: Mental Toughness Training for Sports: Achieving Athletic Excellence, Penguin, New York, 1982.
23. Jones G., Hanton S., Connaughton D.: What is this thing called mental toughness? An investigation of elite and nonelite performers. J. Appl. Sport Psychol., 2002, 14, 205-218.
24. Vealey R.: Conceptualization of sport-confidence and competitive orientation: preliminary investigation and instrument development. J. Appl. Sport Psychol., 1986, 8, 221-246.
25. Orlick T.: Psyching for Sport. Champaign, IL: Human Kinetics., 1986.
26. Ginott H.: Between Parent and Child. Avon, New York, 1965.
27. Anshel M.: Toward validation of the COPE model: strategies for acute stress inoculation in sport. Int. J. Sport Psychol., 1991, 21, 24-39.
28. Urban B.: Kognitywno – interakcyjne podstawy współczesnej resocjalizacji [w:], Konopczyński M., Nowak B.M. (red.). Resocjalizacja: ciągłość i zmiana. Warszawa, Pedagogium., 2008, 33.
29. Cohen C.J., Timimi S.: Liberatory Psychiatry, Cambridge University Press, Cambridge, 2008.



**Piekarski Leszek Adam**

## **Teoretyczne podstawy uzależnień**

Oddział Urazowo-ortopedyczny SPZOZ w Radzynie Podlaskim

### **1. Definicja uzależnienia**

Zjawisko używania i idące za tym zaburzenia używania substancji i zaburzenia wywołane używaniem substancji psychoaktywnych w postaci nadużywania i stopniowego rozwoju uzależnienia od niej, w opinii Słowik-Gabryelskiej [1] jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin z nauk społecznych, ale i przede wszystkim medycznych. Substancja psychoaktywna, psychotropowa - to substancja chemiczna (związek chemiczny) oddziałująca na ośrodkowy układ nerwowy przez bezpośredni wpływ na funkcje mózgu, czego efektem są czasowe zmiany postrzegania, nastroju, świadomości i zachowania.

Substancje psychoaktywne, za Leśniak [2], to zbiór substancji o zróżnicowanej budowie chemicznej, otrzymywanych ze źródeł naturalnych np. roślin (opiaty z maku, tytoń, grzyby halucynogenne, marihuana z konopii indyjskich), modyfikowanych chemicznie (heroina) lub wytwarzanych syntetycznie (LSD, kleje rozpuszczalniki, amfetamina). Środki te mogą być przyjmowane różną drogą – doustnie, wziewnie, dożylnie.

W literaturze przedmiotu [3] podkreśla się, iż problematyka uzależnień jest bardzo rozległa, istnieje wiele definicji uzależnienia, ale wspólną cechą wszystkich uzależnień jest utrata zdolności autoregulacji, która prowadzi do rozległych konsekwencji natury fizycznej, psychologicznej i społecznej.

W języku potocznym termin *uzależnienie*, *uzależniony* jest używany przede wszystkim w stosunku do osób, które nadużywają narkotyków - narkomani, leków - lekomani, alkoholu - alkoholicy, czy papierosów – nałogowi palacze.

Słownik języka polskiego [4] podaje, że „*uzależnić, to stawać się zależnym, od kogoś pod jakimś względem lub popadać w jakiś nałóg.*”

W opinii Kiełbasa [5] „*jeśli robi się TO często, jeśli jest się do TEGO silnie przywiązany, powtarza, że jest TO szkodliwe, a mimo wszystko dalej TO się robi, to jest to uzależnienie.*”

Pierwszy kliniczny opis uzależnienia, za Jędrzejko i Kowalewską [6] stworzył Griffith Edwards, ekspert w dziedzinie uzależnień, wraz ze swoimi współpracownikami. Zajmował się on uzależnionymi od alkoholu. Badacze zauważyli, że osoby uzależnione od alkoholu wykazują wspólną grupę charakterystycznych symptomów, do których zaliczono coraz większe pragnienie picia, potrzebę picia coraz większych ilości, a także występowanie charakterystycznych objawów po zaprzestaniu picia alkoholu. Bardzo szybko okazało się, że wykryte przez Edwardsa mechanizmy i cechy można również odnieść do pozostałych substancji [6].

Zgodnie z Ustawą z dnia 24 kwietnia 1997 r. O przeciwdziałaniu narkomanii [Dz.U. NR 75, poz. 468, art.6] [7], *uzależnienie od środków odurzających lub substancji*

*psychotropowych to zespół zjawisk psychicznych lub fizycznych, wynikający z działania tych środków lub substancji na organizm ludzki, powodujący zmianę zachowania i wywołujący reakcje psychofizyczne.* Uzależnienie wiąże się z koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem [7].

Cekiera, za Nowak i Wysocką [8] przyjmuje się szerokie ujęcie zjawisk powiązanych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, określając je terminem toksykomania. Toksykomania, za Nowak i Wysocką [8], to przyjmowanie substancji chemicznych (środków) – syntetycznych lub naturalnych, mających szkodliwy wpływ na organizm i psychikę jednostki, wykazujące patologiczny charakter przyzwyczajenia do przyjmowania określonego środka. Nadmierne używanie lub nałogowe nadużywanie środków nie ma charakteru leczniczego, przyjmowanie ma wywołać działanie relaksujące lub pobudzające, ale zawsze to działanie jest szkodliwe dla organizmu [8].

Inne ujęcie definicji toksykomanii, za Ostrowską [9], to nawyk okresowego lub systematycznego przyjmowania różnych środków szkodliwie oddziałujących na organizm.

Należy w tym miejscu rozróżnić dwa pojęcia nałóg i nawyk, które często są używane w kontekście uzależnień.

Nałóg, za Górskim [10], to *poczucie przymusu w zakresie używania określonego środka (odurzania się), powiązane z koniecznością zwiększania jego dawki, co wiąże się z uzależnieniem fizycznym, a więc z pojawieniem się głodu narkotycznego i objawów odstawienia oraz z wystąpieniem skutków natury psychicznej a przez to zaburzeń w funkcjonowaniu w życiu osobistym i społecznym.*

Nawyk, za Górskim [10], to *przyzwyczajenie, silne pragnienie, chęć ciągłego odurzania się, ale bez konieczności powiększania dawki środka i bez wystąpienia uzależnienia fizycznego, ma związek z uzależnieniem psychicznym.*

W literaturze fachowej [8] zdarza się, że pojęcie toksykomanii zastępowane jest przez termin zależność lekowa, wprowadzony zamiast rozróżnienia na nałóg i nawyk i wskazujący zarówno na stan psychiczny i fizyczny.

Toksykomania występuje w wielu formach wyróżnionych ze względu na rodzaj środka uzależniającego [8]. Każdy środek chemiczny odznacza się określoną zdolnością wywoływania uzależnienia. Osoba odczuwa wtedy przymus zażywania danego środka ze względów psychicznych, fizycznych, w związku z czym mówi się o uzależnieniu fizycznym (fizjologicznym), psychicznym, społecznym (socjologicznym). Uzależnienie ogólnie polega więc na tym, że człowiek robi świadomie to, o czym wie, że jest to dla niego szkodliwe i niezdrowe [8].

Uzależnienie fizyczne, inaczej fizjologiczne, za Kałdon [11], to nabyta silna potrzeba stałego zażywania jakiejś substancji, której towarzyszy szereg dolegliwości fizycznych (np. bóle, biegunki, uczucie zimna, wymioty, drżenia mięśni, bezsenność). Zaprzymanie jej zażywania (odstawienie) prowadzi do wystąpienia zespołu objawów, które określa się jako zespół abstynencyjny (zespół z odstawienia). W leczeniu uzależnienia fizjologicznego stosowana jest detoksykacja, czyli odtrucie. W jego konsekwencji organizm został uzależniony od danej substancji chemicznej, bez której nie jest w stanie normalnie funkcjonować, gdyż dany środek lub jego metabolity zostały włączone w cykl przemian tkankowych, co wywołuje biologiczne zapotrzebowanie na jego obecność dla utrzymania homeostazy. Jest to sztucznie wytworzona potrzeba biologiczna, fizjologiczna. Na skutek braku tej substancji następuje reakcja fizjologiczna, określana zespołem odstawienia, który trwa przez kilkadziesiąt godzin, aż do momentu kiedy osoba przyjmie ponownie środek. Chociaż przyjmowany środek nie

przynosi już żadnych przeżyć przyjemnych (np. zadowolenie, uspokojenie) uzależniona osoba przyjmuje go dalej gdyż dolegliwości fizyczne są nieznosne i organizm domaga się kolejnej dawki środka. Uzależnienie fizyczne to uzależnienie stricte od samego środka [11].

Uzależnienie psychiczne, za Kałdon [11], *to stan psychiczny powstający w wyniku przyjmowania środka uzależniającego, co przejawia się różnym stopniem pragnienia przyjmowanego środka. Odstawienie środka wywołuje negatywne stany psychotyczne w postaci napięcia, depresji, lęku, drażliwość.*

Nowak i Wysocka [36] uważają, że uzależnienie psychiczne można *określić jako silną i trudną w opanowaniu potrzebę, a nawet psychiczny przymus przyjmowania i ciągłego zażywania określonego środka, w celu osiągnięcia efektów natury psychicznej – przyjemności, odprężenia, zadowolenia, ulgi w cierpieniu, szczęścia, zapomnienia o problemach.*

W uzależnieniu psychicznym u osoby uzależnionej pojawiają się zmiany w psychice powodujące, że osoba nie potrafi żyć ani funkcjonować. Powstrzymanie się od spożycia, zachowanie abstynencji wyzwała nagle pogorszenie samopoczucia, zdenerwowanie, niepokój, rozdrażnienie. Uzależnienie psychiczne łączy się z początkowym okresem uzależnienia, bowiem związane jest z zaspokojeniem pewnych potrzeb człowieka. Środek w uzależnieniu psychicznym staje się „lekiem” zapobiegającym złemu samopoczuciu [8]. Uzależnienie psychiczne to uzależnienie od efektów jakie wywołuje w psychice przyjmującego dany środek, a zatem odpowiednim określeniem dla uzależnienia psychicznego jest określenie potrzeba psychologiczna. Charakterystyczne dla niego jest to, że przerwanie przyjmowania danego środka nie wywołuje objawów abstynencji. Pojawiają się tylko problemy związane jedynie ze złym samopoczuciem, które są uciążliwe. Stają się one przyczyną ponownego sięgania po środek, by wyeliminować złe samopoczucie [8].

Uzależnienie społeczne jest związane szczególnie z osobami młodymi. W życiu młodzieży bardzo duże znaczenie odgrywa grupa społeczna, z którą młodzież się utożsamia i przynależność do której pociąga za sobą obowiązek respektowania zasad panujących w danej grupie [8]. Młodzież przynależąca do pewnej grupy musi się podporządkować jej pewnym zasadom, występuje tutaj presja, nacisk. Jeśli członkowie danej grupy zażywają jakiś środek, to staje się to normą dla innych. Pewne zachowania to także moda. Nie dostosowanie się do zasad wiąże się z odrzuceniem. Uzależnienie społeczne to uzależnienie nie od środka, ale od grupy społecznej do której się należy, podporządkowanie się jej zasadom [11].

W klasyfikacji ICD-10 [12] uzależnienia od substancji psychoaktywnych zostały sklasyfikowane do grupy F - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jako zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19).

Oprócz uzależnienia od substancji psychoaktywnych (środków) w postaci narkotyków, nikotyny, alkoholu mówi się, w szerszym kontekście, że uzależnienie może odnosić się do wielu innych zachowań, np. gier hazardowych, oglądania telewizji, Internetu, telefonu komórkowego, seksu, czy też jak ostatnio można zaobserwować do robienia zakupów [13]. Szczególnie te ostatnie zachowania są mniej znane i opisane, nie zawsze nawet określane w oficjalnych klasyfikacjach chorób. Jednakże co raz więcej psychologów, socjologów i lekarzy zwraca na nie uwagę, jako na nowe zjawiska społeczne, związane z uzależnieniem psychicznym, społecznym, a nie z fizycznym. Takie ujęcie wskazuje na słabość i niepełność definicji uzależnienia, które w większości wskazują na uzależnienie od substancji. Niektórzy proponują za Jędrzejko i Kowalewską [13] wprowadzenie umownego podziału na uzależnienia chemiczne – alkoholizm,



narkomania, nikotynizm, lekomania, uzależnienia od substancji wzmacniających typu sterydy, dopalacze i uzależnienia niechemiczne – hazard, seksoholizm, pracoholizm, uzależnienie od jedzenia, uzależnienie od komputera.

## 2. Kryteria diagnostyczne

Uzależnienie rozwija się stopniowo. Słowik-Gabryelska [14] najczęściej wyróżnia następujące fazy prowadzące do uzależnienia:

- eksperymentowanie – używanie sporadyczne
- regularne używanie substancji w większych ilościach
- częste, niekontrolowane nadużywanie substancji
- uzależnienie.

Uzależnienie, za Woronowiczem [15], można stwierdzić, gdy w ciągu 12 miesięcy wystąpią trzy spośród podanych poniżej objawów, które są kryteriami rozpoznawania uzależnienia:

- tolerancja - potrzeba zażycia coraz większej ilości substancji, w celu osiągnięcia podobnego stanu co wcześniej (np. przyjemnych doznań) lub znaczne zmniejszenie skutków użycia po dotychczasowej dawce substancji
- zespół abstynencyjny (odstawienia) charakterystyczny dla danego rodzaju substancji – dolegliwości, które pojawiają się po odstawieniu środka lub zmniejszenia dawki, i które wymuszają dalsze przyjmowanie w celu złagodzenie skutków
- utrata kontroli nad ilością spożywanej substancji - przyjmowanie większej dawki substancji przez dłuższy okres czasu niż to było zamierzone, nieudana próba kontrolowania jej przyjmowania.
- podporządkowanie życia substancji - koncentracja działań na uzyskaniu, zażywaniu substancji oraz uwalnianiu się od negatywnych skutków jej przyjmowania, znacznie ograniczona aktywność społeczna i zawodowa lub jej zaprzestanie z powodu używania środka
- używanie substancji mimo zagrożenia przez nią zdrowia i życia – podejmowanie ryzykownych zachowań np. prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu, branie narkotyków i spożywanie alkoholu podczas choroby.

Kryteria te pochodzą z DSM-IV i są wynikiem pracy badaczy z całego świata [15].

Paluchowski [16] podkreśla, że w placówkach leczenia uzależnień pracują osoby, które mają zdiagnozować uzależnionego. Diagnoza ma odpowiedzieć na pytania *jak jest?, dlaczego tak właśnie jest?, dlaczego będzie tak, a nie inaczej?, co zrobić, by uzyskać pożądaną stan?*.

Metody stosowane w diagnostyce klinicznej dzieli się za Bętkowską-Korpałą i Ryniak [17] na techniki bezpośrednie i pośrednie. Bezpośrednie metody, to wywiad kliniczny i obserwacja kliniczna. Wywiad może przybrać formę ankiety lub wywiadu swobodnego, w trakcie, którego można nawiązać głębszy kontakt. Typowy wywiad kliniczny polega na uzyskaniu następujących informacji: o objawach (od samego pacjenta, z obserwacji podczas wywiadu, od innych osób), o przebiegu choroby, o przebiegu życia (najważniejsze wydarzenia i te dobre i te złe, znaczenie osób), o stosunku pacjenta do własnych doświadczeń, o zachowaniu chorego podczas rozmowy [17].

Do pośrednich metod należą różne narzędzia pomiarowe – testy i kwestionariusze.

### 3. Wybrane teorie rozwoju uzależnień

Rozpatrując zjawisko uzależnienia, kluczową kwestią jest wyjaśnienie dlaczego ludzie sięgają po środki psychoaktywne, a później ich nadużywają.

Nowak i Wysocka [8] zastanawiają się nad przyczynami używania i nadużywania substancji, a także powstania innych uzależnień np. od komputera, telefonu komórkowego.

Problem uzależnień jest odmiennie wyjaśniany na gruncie różnych nauk – biologii, medycyny, filozofii, psychologii, socjologii, pedagogiki. Przedstawiciele tych dziedzin podejmują próby wyjaśnienia przyczyn, symptomów i mechanizmów prowadzących do nałogowego sięgania po środki toksyczne, a Sołtysiak [18] podkreśla, że *etiologia toksykomanii to wszystkie uwarunkowania zewnętrzne, przyczyny środowiskowe oraz wewnętrzne racje psychologiczne, które mogły wyzwalać skłonność do toksykomanii, pobudzić do niej.*

W koncepcjach medycznych uzależnienie jest traktowane, jako choroba w sensie medycznym, a jego przyczyny tkwią we właściwościach przyjmowanego środka i organizmu przyjmującego. Zdaniem Ramsey'a [19], szukając przyczyn uzależnienia należy zwrócić uwagę na efekty farmakologiczne działania środka, jego zdolność do wywołania euforii i nieprzyjemne objawy zespołu odstawienia, które pociągają do ciągłego jego zażywania w celu uniknięcia przykrych objawów, czynniki genetyczne, czynniki wzmacniające, związane z warunkowaniem i agresją, czynniki fizjologiczne. Wynika z powyższego, że właściwości uzależniające posiadają substancje psychoaktywne (skład chemiczny, wielkość dawki, wpływ na metabolizm, toksyczność, działanie fizjologiczne i terapeutyczne) jak i sam organizm ludzki (czynniki genetyczne, fizjologiczne i osobowościowe) [19].

Medyczne koncepcje etiologii uzależnień odnoszą się do alkoholizmu i narkomanii. Za Kossowskim [20] teorie biochemiczno-metaboliczne tłumaczą uzależnienie jako efekt włączenia substancji chemicznej – np. alkoholu etylowego w cykl przemian fizjologicznych organizmu, teorie organicznego uszkodzenia mózgu wyjaśniają uzależnienie zmianą adaptacji organizmu do alkoholu poprzez uszkodzenie organicznego uszkodzenia mózgu, teorie zaburzenia funkcjonowania gruczołów wewnątrzwydzielniczych, nieprawidłowego funkcjonowania OUN lub trzustki oraz teorie genetyczne.

Za Pstrąg [21] badacze szukający wyjaśnienia przyczyn uzależnienia na gruncie psychologii traktują zażywanie środków psychoaktywnych jako zewnętrzny przejaw adaptacyjnych i obronnych mechanizmów osobowości. Koncepcje psychologiczne [cyt. za 21] można pogrupować na 3 grupy teorii:

- psychoanalityczne
- behawioralne
- humanistyczne.

Teorie psychoanalityczne czerpią z dokonań Freuda [cyt. za 21], wskazując na dwie przyczyny powstawania narkomanii: powrót do niespełnionych okresów rozwoju psychoseksualnego i defekty w strukturze osobowości.

Przykładem teorii humanistycznej jest teoria dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego [cyt. za 22]. Dąbrowski, za Jędrzejko i wsp. [22], uważa, że *osobowość*

*narkomanów jest zintegrowana na poziomie pierwotnym, a ich życie jest podporządkowane zaspokajaniu głodu narkotycznego, ryzyko uwikłania się w uzależnienia jest związane z niskim poziomem rozwoju osobowości jednostki.*

Teorie behawioralne, za Jędrzejko i wsp. [22], *opierają się na założeniach teorii uczenia się, toksykomanie traktuje się jako zachowanie wyuczone, podobnie jak inne formy działalności ludzkiej. Uczenie się przebiega na zasadzie warunkowania klasycznego i instrumentalnego przy obecności wzmocnień pozytywnych czyli nagród lub negatywnych czyli kar.* Ich przykładem są: koncepcja Frederick'a, czy społeczno-poznawcza teoria uczenia się Bandury.

Za Pstrąg [21], ujęcie pedagogiczne traktuje człowieka uzależnionego *jako dewianta społecznego, a przyczyn uzależnień upatruje się w nieprawidłowym przebiegu procesu socjalizacji dzieci i młodzieży. Polega to na nieprzyswojeniu podstawowych wartości i powszechnych norm społecznych. Przyczyną takiego stanu rzeczy są zaburzenia w funkcjonowaniu środowiska rodzinnego, rodzina nie przekazuje społecznie pożądanych wzorców. Dziecko, które źle się czuje w rodzinie patologicznej chce odreagować, więc sięga po różne środki psychoaktywne, dziecko to również nie uczy się w domu jak radzić sobie w typowych stresowych sytuacjach życiowych, dlatego też nie radzi sobie potem w życiu.* Przykładami teorii o charakterze pedagogicznym są: homeostatyczny model rodziny narkomańskiej Stantona, czy teoria interakcji rodzinnych Brooka [cyt. za 21].

Koncepcje socjologiczne, za Pstrąg [21], rozpatrują przede wszystkim czynniki o charakterze makrosocjalnym, dotyczące szerszych zjawisk społecznych i kulturowych. Teorie te [cyt. za 21], *traktują przyjmowanie środków psychoaktywnych jako odpowiedź jednostki na presję wynikającą z przemian społecznych, na które się nie godzi. Jedna z teorii głosi, że młodzi sięgają po narkotyki, aby zaprotestować przeciwko obecnemu porządkowi społecznemu (np. hipisi).* Do najpopularniejszych teorii socjologicznych można zaliczyć teorię anomii Mertona, teorię różnicowanych możliwości Clowarda i Ohlina oraz teorię kontroli T. Hirschiego [cyt. za 21].

Wadą wyżej przedstawionych teorii jest skupianie się na roli jednej grupy czynników przy pominięciu innych. W ocenie Jędrzejko i wsp. [22] na gruncie polskim teorie próby skonstruowania teorii całościowych podjęli Podgórecki, Cekiera, Juczyński, Urban oraz Pospiszyl.

## **Piśmiennictwo**

1. Słowik-Gabryelska A.: Patologie społeczne - alkoholizm, narkomania, nikotynizm. Opracowanie dla studentów studiów zawodowych – kierunek zdrowie publiczne, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, 2006, 48-49, 52, 60-62, 113.
2. Leśniak J.: Używanie narkotyków [w:] Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne, Bętkowska-Korpała B. (red.), Warszawa, 2009, 119-121.
3. Zimbardo P. G., Ruch F. L.: Psychologia i życie, Radzicki J. (tł.), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1996, 447-448.
4. Drabik L., Sobol E. (oprac.), Słownik języka polskiego, t. 2, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, 687.
5. Kielbasa B.: Profilaktyka uzależnień. Narkotyki, alkohol, leki, sterydy. Dla pedagogów i terapeutów, Sosnowiec, 2007, 27.

6. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje [w:] Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, Jędrzejko M. (red.), Pułtusk, Warszawa, 2009, 45.
7. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. O przeciwdziałaniu narkomanii [Dz.U. NR 75, poz. 468, art.6], [http://www.niebieskalinia.org/download/ustawa\\_narkomania\\_1.pdf](http://www.niebieskalinia.org/download/ustawa_narkomania_1.pdf), data pobrania 25.04.2012.
8. Nowak A., Wysocka E.: Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie. Elementy patologii społecznej i kryminologii, Katowice, 2001, 62, 65-66.
9. Ostrowska Z.: Przepisy prawne oraz wykaz substancji stosowanych jako środki odurzające [w:] Narkomania znakiem czasu, Dąbrowski R. Ł (red.), Wyd. Znaki Czasu, Warszawa 1983, 89-90.
10. Górski S., Uwaga rodzice – narkomania, Warszawa, 1985, 9.
11. Kałdon B.: Predyspozycje nastolatków do alkoholizmu, Probl. Alkohol., 2006, 1, 6.
12. <http://www.icd10.pl/>, data pobrania 22.02.2012.
13. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje [w:] Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, Jędrzejko M. (red.), Pułtusk, Warszawa, 2009, 45.
14. Słowik-Gabryelska A.: Patologie społeczne - alkoholizm, narkomania, nikotynizm. Opracowanie dla studentów studiów zawodowych – kierunek zdrowie publiczne, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, 2006, 48-49, 52, 60-62, 113.
15. Woronowicz B. T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia, Media Rodzina, Warszawa 2009, 150-151.
16. Paluchowski W.J: Pojęcie, przedmiot i proces diagnozowania [w:] Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy, Paluchowski W.J. (red), Warszawa, 2007, 13.
17. Bętkowska-Korpała B., Ryniak J.: Diagnoza kliniczna w leczeniu uzależnień, [w:] Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne, Bętkowska-Korpała B. (red.), Warszawa, 2009, 27-31.
18. Sołtysiak T.: Młodzież o patologii społecznej i niektórych jej zjawiskach, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy, Bydgoszcz, 1993, 141.
19. Ramsey A.T.: Zależność od opiatów [w:] Biologiczne podstawy zaburzeń psychicznych, Frazer A., Winokur A. (red.), Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1982, 210-211.
20. Kossowski A.: Uzależnienie alkoholowe w świetle nowych poglądów, Probl. Alkohol., 1992, 2, 1-5.
21. Pstrąg D.: Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień, Rzeszów, 2000, 49-51, 63-64, 53.
22. Jędrzejko M i wsp.: Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, [w:] Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, Jędrzejko M. (red.), Pułtusk, Warszawa, 2009, 92-103, 117



**Piekarski Leszek Adam**

## **Rodzaje uzależnień**

Oddział Urazowo-ortopedyczny SPZOZ w Radzynie Podlaskim

### **1.Narkotyki i narkomania**

Ciągle trwają dyskusje nad definicją *narkotyku*, wśród naukowców, polityków i społeczeństwa. Niektórzy [1] optują za podziałem na narkotyki miękkie i twarde. Podejmowane są także próby opracowania systematyki opartej na samym pojęciu *narkotyk* z uwzględnieniem stopnia toksyczności i zdolności do wywołania uzależnienia [1]. Należy jednak stwierdzić, że toksyczność narkotyków zależy przede wszystkim od zażywanej dawki, sposobu przyjmowania, modyfikowania i mieszania różnych substancji i od stanu fizycznego i psychicznego zażywającego [1].

W międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, za Niewiadomską [2], do substancji psychoaktywnych szkodliwych dla organizmu i prowadzących do uzależnienia zalicza się: alkohol, opiaty, kanabinoły, leki uspokajające i nasenne, kokainę i podobne o działaniu stymulującym, w tym kofeinę, substancje halucynogenne, tytoń, rozpuszczalniki lotne oraz inne niewymienione substancje psychoaktywne i łączne użycie wymienionych.

Określenie narkomania, w opinii Leśniaka [3], jest najczęściej używanym terminem o pejoratywnym zabarwieniu wskazującym na nieakceptowany społecznie styl używania substancji psychoaktywnych, zazwyczaj nielegalnych. Nazwa narkomania w warunkach polskich wyklucza używanie takich substancji jak alkohol, tytoń i leki, dla nich istnieją odrębne nazwy, a poza tym są one substancjami legalnymi. Pojęcie narkotyk w języku polskim odnosi się do pewnej grupy substancji, których nazwy kończą się przyrostkiem –ina np. kokaina, amfetamina oraz inne np. marihuana, haszysz [3].

Substancje narkotyczne, za Strelau [4], są najczęściej klasyfikowane ze względu na:

- oddziaływanie narkotyków na OUN:
  - opóźniające np. opiaty
  - pobudzające np. amfetamina, kofeina
  - inne narkotyki wywołujące zaburzenia w OUN np. MDMA
- pochodzenie narkotyków:
  - naturalne np. opium, marihuana, bieluń, grzyby halucynogenne
  - półsyntetyczne np. heroina
  - syntetyczne np. amfetamina, MDMA. LSD
- na sposób zażywania:
  - doustnie np. amfetamina
  - przez palenie np. marihuana
  - przez nos np. amfetamina
  - wstrzyknięcia domięśniowe, dożylnie, podskórne np. heroina

- przez skórę np. heroina
- doodbytniczo, dopochwowo np. kokaina
- wdychanie np. kleje, rozpuszczalniki

Habrat [5] wyróżnia następujące modele używania narkotyków:

- *eksperymentalne* – charakteryzuje się sporadycznością, motywem jest zazwyczaj zaspokojenie ciekawości, chęć zaimponowania, często nie dochodzi ponownego zażycia narkotyków z powodu uciążliwych objawów, albo zażywający szuka w innej grupie narkotyków
- *okazjonalne* – sposób przyjmowania narkotyków jest intencjonalny, celowy, cechuje się powtarzalnością zachowań i częstym sięganiem po różne substancje, towarzyszą temu pozytywne emocje i doznania, które zachęcają do dalszego zażywania, ale ryzyko wystąpienia szkód jest już znaczne
- *tzw. rekreacyjne* – jest to szczególna kategoria używania okazjonalnego, jest to używanie narkotyków mniej lub bardziej regularne, zazwyczaj w weekend dla odprężenia lub przyjemności
- *funkcjonalne* – zażywanie w celu zwiększenia efektów nauki i pracy np. przez studentów podczas sesji, przez osoby z showbiznesu; przykre objawy pojawiające się po zaprzestaniu działania substancji, mogą być bodźcem do dalszego zażywania, co może prowadzić do uzależnienia
- *w celu samoleczenia* – przyjmowanie narkotyków w celu radzenia sobie z problemami psychopatologicznymi typu lęk, depresja, zaburzenia snu, taki sposób używania charakteryzuje się dużym potencjałem uzależniającym
- *uzależnienie* – używanie wynikające z upośledzenia kontrolowania zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków, wymaga gruntownego leczenia medycznego i psychoterapeutycznego.

Uzależnienie od narkotyków, za Szukalskim [6] uznawane jest za ciężką przewlekłą chorobę, dotyczy ona bezpośrednio ośrodkowego układu nerwowego, a nawroty pojawiają się nawet po długim okresie odstawienia. Zarówno wśród młodzieży, jak i dorosłych, uzależnienie od narkotyków przebiega etapami, jednakże u osób młodych uzależnienie rozwija się znacznie szybciej, skutki uboczne są cięższe, występują poważne zmiany osobowości.

Pstrąg [7] podaje, że Dimoff i Carper wyodrębnili cztery fazy używania środków toksycznych, które są jednocześnie stadiami tworzącego się uzależnienia, takie jak:

- poznanie stanu odurzenia – czas eksperymentowania lub towarzyskiego używania substancji,
- stan odurzenia przyjemnością – okres, kiedy zażywający odnosi wrażenie korzystnego wpływu substancji na organizm,
- stan odurzenia celem nadrzędnym – czas całkowitej utraty kontroli nad zażywaniem substancji,
- stan odurzenia normą – uwarunkowanie „normalnego” według zażywającego funkcjonowania zażywaniem substancji.

Słowik-Gabryelska [8] wyróżnia cztery etapy rozwoju uzależnienia u dzieci:

- okres inkubacji
- okres inicjacji
- okres adaptacji
- okres degradacji.

Większość autorów, za Jędrzejko [9] przedstawiając fazy uzależnienia odwołuje się do podziału Jellinka.

Istotna wydaje się znajomość czynników, jakie wpływają na to, że dochodzi do uzależnienia od narkotyków.

Zdaniem Juczyńskiego [10] na rozwój każdego uzależnienia składają się zasadnicze elementy takie jak: człowiek, środowisko w który przebywa i żyje i zażywany środek psychoaktywny. W tym trójkącie wszystkie elementy są ważne i powiązane ze sobą - mechanizmy psychologiczne są powiązane ze społecznymi, dlatego też o powstaniu uzależnienia decydują cechy osobowości zażywającego, które zostały ukształtowane między innymi przez środowisko w którym żył, okoliczności zażywania i samo działanie przyjmowanego środka.

W opinii Juczyńskiego [10] uwarunkowania narkomanii (ale także i innych uzależnień) można więc postrzegać w trzech różnych płaszczyznach, które zazębiają się ze sobą, takich jak:

- psychologiczna – indywidualne predyspozycje jednostki,
- kulturowa – uwarunkowane regionem geograficznym miejsca zamieszkania, panującymi tam zwyczajami i obowiązującym systemem wartości,
- społeczna – procesy kształtowania się więzi społecznych, procesy transformacji, konflikty pokoleń.

Zdaniem Zajączkowskiego [11] najczęstsze przyczyny sięgania po narkotyki to:

- niedojrzała osobowość
- przeżywane trudności
- nuda
- chęć wyluzowania się
- moda
- ciekawość
- presja ze strony przyjaciół
- wpływ grupy rówieśniczej.

Wystąpieniu uzależnienia sprzyjają nieprawidłowości w środowisku rodzinnym (patologie, brak wsparcia, brak kontroli), w szkolnym (stres, niepowodzenia, towarzystwo) oraz rówieśniczym (presja, odrzucenie).

Powody uzależnienia w ujęciu Kotańskiego jak podają Drażkowie [12] to:

- bezwzględna pogoń za sukcesem
- określany jako „wyścig szczurów”, co doprowadza do marginalizacji słabszych jednostek,
- życie w ciągłym stresie
- pogarda społeczna w stosunku do osób słabszych
- nieprzestrzeganie jakichkolwiek norm moralnych przez większość społeczeństwa
- zbyt mała ilość wzorców, która może być przykładem dla młodzieży
- ograniczenia w miłości do drugiego człowieka
- niska wrażliwość na jego dobro.

Chociaż w okresie Młodej Polski wielu artystów używało morfiny, opium i kokainy, w Polsce używanie narkotyków stało się problemem w połowie lat sześćdziesiątych XX wieku, w związku z przenikaniem do naszej kultury wzorców hipisowskich z Zachodu i sięgano wtedy najczęściej po morfinę, butapren, marihuanę, psychedrynę [13]. Druga fala narkomanii miała miejsce w latach osiemdziesiątych, kiedy to zaczęto produkować domowym sposobem kompot, czyli polską heroinę. Około



80% hospitalizowanych w tamtym okresie narkomanów było uzależnionych od tego środka [13]. Od początku lat dziewięćdziesiątych doszło do rozszerzenia asortymentu narkotyków, pojawił się wtedy prawdziwy czarny rynek narkotykowy – producenci, importerzy, dealerzy, a Polska stała się istotnym producentem amfetaminy i przetworów konopi.

Zjawisko narkotyków i narkomanii w Polsce monitorowane jest na podstawie dostępnych danych statystycznych, wskaźników, licznych ekspertyz oraz badań ilościowych i jakościowych, które dotyczą populacji ogólnej, ale i społeczności lokalnych. Monitoring zjawiska nadużywania narkotyków i narkomanii opiera się na gromadzeniu i analizowaniu danych w ramach pięciu kluczowych wskaźników Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) [14], wykorzystujących metodologię i standardy europejskie: rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji generalnej, zgłaszalność do leczenia, choroby zakaźne związane z narkotykami, zgony związane z narkotykami, problemowe używanie narkotyków.

Z powodu problemu narkotyków [15] w 2008 roku do placówek stacjonarnych przyjęto 12 627 osób, co wskazuje na stabilizację trendu w stosunku do roku 2007 (12 582 pacjentów), ale jednocześnie w 2008 roku 5 511 osób zostało przyjętych do lecznictwa stacjonarnego po raz pierwszy w życiu (5 690 osób w 2007 roku).

Najnowsze dane dotyczące nowych zakażeń HIV oraz nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w Polsce pochodzą z 2009 roku [16]. Liczba odnotowanych w rutynowych statystykach nowych przypadków zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki w ostatnich latach utrzymywała tendencję spadkową. W roku 2009 odnotowano 709 takich przypadków ogółem, w tym 49 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, co wskazuje na stabilizację trendu. Nowe zachorowania na AIDS w 2009 roku dotyczyły 126 przypadków ogółem, w tym 51 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków [16].

Problemowe używanie narkotyków jest rozumiane jako długotrwałe używanie narkotyków (substancji nielegalnych), które powoduje u osoby używającej poważne problemy natury zdrowotnej i społecznej [17]. Najnowsze oszacowanie oparte na badaniach populacyjnych z 2006 r. [17] wskazuje, że liczba problemowych użytkowników narkotyków mieściła się w przedziale 100 000 - 125 000 osób, w tym problemowych użytkowników opiatów została oszacowana na poziomie 25 000 - 29 000 [17].

## 1. Alkohol i alkoholizm

Alkohol etylowy (etanol) wykorzystywany do celów spożywczych, za Woronowiczem [18] jest cieczą lżejszą od wody, przezroczystą, o charakterystycznej woni i piekącym smaku. W normalnych warunkach występuje w organizmie człowieka, jako alkohol fizjologiczny, w stężeniu nie przekraczającym 0,15 promila.

Młodzież coraz częściej sięga po alkohol, który uznaje się za jedną z najbardziej rozpowszechnionych substancji uzależniających w świecie młodzieży. Za najczęściej spożywany przez młodzież napój alkoholowy, za Woronowiczem [18] uważa się piwo. Wyraźne zróżnicowanie w popularności poszczególnych trunków wiąże się także z płcią konsumentów. Chłopcy najchętniej piją piwo, następnie wódkę i wino, dziewczęta zaś najczęściej sięgają po wino.

Jarczyńska [19] podaje, że w Polsce, w 1969 r. po raz pierwszy Podgórecki opracował typy wzorów picia alkoholu i stwierdził, iż na picie alkoholu mają wpływ zwyczaje, tradycje panujące w danym społeczeństwie, środowisku.

Podgórecki [cyt za 19] wyróżnia trzy wzory picia alkoholu:

- *rytualistyczny* - początkowo związany był z ceremoniami religijnymi, później z rozmaitymi okazjami życia towarzyskiego;
- *towarzyski* - picie alkoholu dawało poczucie wspólnoty, oparcia, wzajemnego dostrzegania się oraz wzajemnej, pozytywnej samooceny;
- *użyteczny* związany z piciem alkoholu dla jakichś określonych celów, np. do usmierzania bólu żołądka, ogrzania się, uspokojenia, rozładowania napięć emocjonalnych, zaśnięcia itp.

Jarczyńska [19] podaje inny podział wzorów spożywania alkoholu wprowadzony nieco później przez Kępińskiego, który wprowadził termin *styl picia* w miejsce *wzoru picia* oraz wyróżnił cztery typy *stylu picia*:

- „*neurasteniczny*” - picie niewielkiej ilości alkoholu, zwykle w stanie zmęczenia lub rozdrażnienia, zaś stałe używanie alkoholu na zasadzie błędnego koła wzmagają objawy neurasteniczne;
- „*kontaktywny*” – picie niewielkich ilości alkoholu dla uzyskania lepszego kontaktu z innymi ludźmi, dla przezwyciężenia nieśmiałości wzmocnienia więzi;
- „*dionizyjski*” - alkohol pije się, aż do wystąpienia stanu zamroczenia po to, aby oderwać się od rzeczywistości i widzieć świat innym, niż jest;
- „*heroiczny*” - picie dużych ilości alkoholu po to, aby wyzwolić w sobie poczucie mocy i gotowości do czynów zwykle tłumionych w życiu codziennym.

Analizując podział zaproponowany przez Kępińskiego [cyt. za 19] można dostrzec, że autor tworząc powyższe style, które jak najbardziej są aktualne w XXI wieku, wziął pod uwagę przyczyny sięgania po alkohol. W opinii autora najczęściej występującym wśród młodzieży jest styl „heroiczny”.

Inny podział przytaczany przez Jarczyńską [19] to model:

- *picia towarzyskiego* - alkohol pity jest w grupie, z przyjaciółmi na prywatkach lub z okazji wydarzeń sportowych, może być pity z intencją upicia się, bądź bez takiej intencji
- *picia problemowego* - alkohol jest spożywany regularnie w celu upicia się. Picie alkoholu często związane jest z używaniem innych substancji psychoaktywnych. Obecność rówieśników jest ważna, ale niekonieczna, bowiem nie pije się alkoholu dla podtrzymania więzi z innymi, jak to miało miejsce w pierwszym modelu, lecz jest się z innymi po to, by pić.

W literaturze można odnaleźć czynniki, które według Malickiego i wsp. [20] mają decydujący wpływ na spożywanie alkoholu przez młodzież, a które można ująć w cztery grupy:

- *czynniki fizjologiczne* - procesy biochemiczne oraz cechy neurofizjologiczne, wpływające na organizm poprzez zmniejszenie podatności na działanie alkoholu, co w konsekwencji prowadzi do uzależnienia się od niego.
- *czynniki środowiskowe* - wzory wartości, zachowań oraz normy, jakie istnieją w najbliższym otoczeniu, najczęściej rówieśniczym, rodzinnym.
- *czynniki indywidualne*, w których skład wchodzi postawy, przekonania oraz oczekiwania, są odmienne dla danej osoby, często pojawia się buntowniczość, przejawy zachowań ryzykownych.

- *czynniki makrospołeczne*, ich zakres opiera się na wpływie mediów np. telewizja, radio. Decydującą rolę odgrywa reklama, poziom wykształcenia, warunki socjalno- bytowe oraz sytuacja materialna.

Chassin i DeLucia [21] czynniki ryzyka picia alkoholu przez młodzież podzieli na czynniki: socjokulturowe, rodzinne, rówieśnicze, wewnątrzsobnicze i przekonania młodego na temat alkoholu.

Woronowicz [22] natomiast dzieli powody picia alkoholu na: biologiczne, społeczne, psychologiczne i duchowe.

Hermanowski [23] do czynników, które powodują zwiększenie spożycia zalicza:

- przyzwolenie na spożywanie alkoholu przez osoby nieletnie ze strony dorosłych: rodziców, nauczycieli i innych osób.
- brak stabilnej sytuacji rodzinnej: np. konflikty w rodzinie, rozwody rodziców, uzależnienie któregoś z rodziców.
- brak więzi łączącej dorastającego z rodziną: brak uwagi, zrozumienia i emocjonalnego wsparcia ze strony rodziców.
- reklama alkoholu w mediach zachęcająca do jego spożycia i promująca „lekki” styl życia.
- niechęć do szkoły na skutek trudności w nauce bądź poczucia niezrozumienia i braku akceptacji ze strony nauczycieli.

Do najczęstszych przyczyn sięgania przez młodzież po kieliszek, za Tyburska [24] zalicza się:

- łatwą dostępność do alkoholu - mało, kto przestrzega zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim, w domach alkohol znajduje się w dostępnych miejscach, co przekłada się na chęć spożycia, spróbowania jak smakuje.
- chęć przynależenia do jakiejś grupy rówieśniczej - młody człowiek szybko akceptuje zachowania panujące w danej grupie nawet fakt spożywania alkoholu. Chce się przypodobać członkom grupy, zaimponować innym i spożywa alkohol, aby nie czuć się odrąconym.
- chęć za wszelką cenę stania się dorosłymi - próby naśladowania dorosłych poprzez spożywanie alkoholu. Błędem wychowawczym jest częste spożywanie alkoholu w obecności dzieci, gdyż są one świetnymi naśladowcami i obserwatorami.
- specyfikę okresu dorastania jest specyficzny, pojawia się szereg problemów, z którymi młodzież nie potrafi sobie poradzić i szuka ukojenia w alkoholu.
- przekonanie, iż dobra zabawa może być tylko po alkoholu
- chęć złamania zasad
- przekonanie, że alkohol jest dobry, pomaga w trudnych sytuacjach, zapominając o jego skutkach ubocznych.

Tyburska [24] uważa, iż *„Picie alkoholu stało się już nie tylko sposobem spędzania czasu wolnego przez młodych, ale wręcz normą grupową. Niektórzy badacze problemu upatrują przyczyn zwiększonego spożycia alkoholu przez młodzież w przemianach społeczno-gospodarczych i kulturowych ostatnich lat”*.

W literaturze przedmiotu [19, 25] wyróżnia się kilka rodzajów czynników wpływających na nadużywanie alkoholu (wiek spożywającego, ilość w jakiej jest spożywany, okoliczności spożywania) oraz kilka rodzajów natężenia spożywania alkoholu, w tym: epizodyczne, ciągle, w stanie remisji oraz nieokreślone.

Odmianą nadużywania alkoholu, za Jarczyńska [19], jest picie za wcześnie, określające spożywanie alkoholu przez młodzież, która nie osiągnęła pełnoletności. Potwierdzają to badania Łukasik [25], stwierdzające, iż 58% piętnastolatków i 43% piętnastolatek upiło się w ciągu ostatniego roku.

Zdaniem WHO o nadużywaniu mówimy, gdy młodzież spożywa alkohol przed ukończeniem 18 lat uwzględniając okazjonalne spożycie wśród osób, które w niedługim czasie staną się osobami pełnoletnimi.

Odmiana nadużywania, czyli picie w zbyt dużych ilościach, tłumaczona jest przez za Jarczyńską [19], jako wypijanie takich ilości alkoholu, które zaburzają zachowanie i świadomość człowieka. Nie jest dokładnie określone, jaka to ilość, gdyż uzależnione jest to od organizmu nastolatka i płci.

Trzecią odmianą nadużywania alkoholu jest picie w nieodpowiednich okolicznościach, a Jarczyńska [19] zalicza do nich między innymi: picie alkoholu przed prowadzeniem samochodu, w czasie ciąży, w trakcie zażywania różnego rodzaju leków. Są to sytuacje, w których nastolatki nie myślą o żadnych przeciwwskazaniach. Uważają, że tak naprawdę nic nie jest im w stanie przeszkodzić, żadna okoliczność. Sądzą, że kieliszek, dwa spożytego alkoholu, a zarazem spożycie leków nawzajem się nie wykluczają. Zdarza się, że młodzi sięgają po alkohol dla złagodzenia dolegliwości, jeśli to nie skutkuje sięgają po metody farmakologiczne.

Spożywanie alkoholu przez tych najmłodszych, przed ukończeniem pełnoletności jest szczególnie niebezpieczne, gdyż niesie ze sobą ogromne ryzyko uzależnienia się.

Kaldon [26] uważa, iż *„już po 2-3 latach intensywnego picia powstaje uzależnienie, ponieważ rozwijający się u młodego człowieka centralny układ nerwowy łatwiej reaguje na toksyczny wpływ etanolu”*.

Spożywanie alkoholu, które zarazem w większości przypadków prowadzi do alkoholizmu uznawane jest za chorobę przewlekłą, mającą ogromny wpływ na jakość życia i prowadzącą do zmian w wielu jego sferach. Choroba alkoholowa rozwijająca się u młodzieży cechuje się szybkim rozwojem, zwłaszcza u dziw chat, szybszym niż u dorosłego oraz bardzo gwałtownym przebiegiem.

Woronowicz podaje, że Jellinek [22] wyróżnił cztery fazy alkoholizmu:

- *wstępną* – picie dla ulgi, wzrost tolerancji na alkohol,
- *ostrzegawczą* – zwiastunowa – zwiększona koncentracja na alkoholu, picie po kryjomu, szukanie okazji do wypicia, poczucie winy, unikanie rozmów o piciu alkoholu,
- *krytyczną* – *ostrą* – *krzyżową* – utrata kontroli nad picciem, objawy głodu alkoholowego, szukanie usprawiedliwienia, obwinianie otoczenia, agresja, zaniedbywanie obowiązków, samooszukiwanie,
- *przewlekłą* – wielodniowe picie (tzw. ciągi), spadek tolerancji na alkohol, lęki, psychozy alkoholowe, choroby somatyczne.

## 2. Tytoń i nikotynizm

W stanie naturalnym, za Connors i wsp. [27], nikotyna występuje tylko w postaci liściastej i zielonej rośliny tytoniu, który należy do rodziny psiankowatych i występuje w ponad 60 gatunkach, ale tylko dwa gatunki są używane jako używka. Odpowiednio uprawiany i przetworzony tytoń przybiera postać papierosów, cygar, tabaki, tytoniu do żucia i tytoniu do fajek. Tytoń ma wiele składników, ale najszerze i najszybsze działanie farmakologiczne ma nikotyna, wystarczy jej tylko 60 mg, aby

doprowadzić do zgonu człowieka. Palony tytoń zawiera niewielką jej dawkę, którą organizm metabolizuje do nietoksycznej substancji, ale zawiera także toksyczne dla organizmu: tlenek węgla zwany czadem, ciała smołowate, kwasy [27].

Wyjaśniając mechanizm powstania i rozwoju uzależnienia od nikotyny należy odwołać się do trzech grup czynników wzajemnie na siebie działających, takich jak: właściwości chemiczne nikotyny, czynniki społeczne oraz biologiczne i psychologiczne predyspozycje człowieka.

W opinii Zajączkowskiego [28] nikotyna ma potencjał uzależniający, zdolność odkładania się w organizmie lub wywoływania natychmiastowych, ostrych objawów chorobowych, a jej szkodliwe działanie może być „odroczone w czasie”, tzn. może zaatakować po kilku, a nawet kilkunastu latach czynnego palenia papierosów. Doraźnie nikotyna działa pobudzająco. Podczas palenia papierosa dochodzi do wzrostu poziomu glukozy we krwi, co wpływa na poprawę samopoczucia. Zaraz potem następuje gwałtowny spadek glukozy (hipoglikemia tytoniowa). Palacz staje się silnie pobudzony nerwowo, odreagowuje zapalając kolejnego papierosa, by poprawić swoje samopoczucie [28].

Duża grupa czynników warunkujących powstanie i rozwój uzależnienia od nikotyny ma związek z determinantami społecznymi, ponieważ niemałą rolę w powyższym odgrywają rodzina i wzorce jakie proponuje oraz grupa rówieśnicza. Papierosy są bardzo łatwo dostępne, można je np. podkraść dorosłemu, a poza tym zakaz sprzedaży nieletnim nie jest mocno przestrzegany, zawsze można poprosić o to starszego kolegę.

Ostatnie z wymienionych grup czynników koncentrują się wokół cech biologicznych i psychicznych osoby. W opinii Bętkowskiej-Korpały [29], im młodsza osoba rozpoczyna palenie, tym szybciej wpada w sidła nałogu, dłużej pali w życiu, a przez to konsekwencje zdrowotne są bardziej odczuwalne. Ryzyko uzależnienia zwiększają nadaktywność emocjonalna, problemy w kontroli emocji, zaburzenia osobowości, niedojrzałość emocjonalna, niska tolerancja na frustrację, obniżona samokontrola.

Schievlebein, za Pstrąg [7] zajmował się analizą przyczyn sięgania po nikotynę i ich związek z powstaniem uzależnienia, wyróżnił kilka grup motywów, takich jak:

- *natury biologicznej* – wiążą się z indywidualną podatnością na uzależnienia oraz reakcją na dana substancję psychoaktywną,
- *natury sensorycznej* - są to upodobania i właściwości, które przyczyniają się do odczuwania przyjemności z palenia,
- *natury somatycznej* – pojawiają się odruchy warunkowe związane z motoryką palenia,
- *natury psychologicznej* - zalicza się tu nawyki, upodobania, potrzeby, które należy zaspokoić paląc papierosy,
- *natury socjologicznej* - decydującą rolę odgrywa wpływ innych osób, reklama, jak i zwyczajne związane z paleniem nikotyny.

Wobec powyższego, zdaniem Bętkowskiej-Korpały [29] młodzi ludzie sięgają po papierosy z następujących przyczyn: ciekawość, zdobycie nowego doświadczenia, chęć prezentowania siebie jako dorosłych, zwrócenie uwagi innych, chęć zaimponowania w towarzystwie, podniesienie własnej wartości, uzyskanie przyjemności, ale robią to również pod wpływem reklamy, traktując palenie, jako ucieczkę od problemów rodzinnych, od pustki, od nudy, od wykluczenia z grupy.

Pstrąg [7] uważa, iż palenie papierosów jest uzależnieniem o największym stopniu akceptacji społecznej. Można nawet powiedzieć, że nie jest w zasadzie traktowane, jako zjawisko patologiczne, chyba, że dotyczy osób nieletnich. W 1997 roku

nikotyna została uznana, jako psychotropowy środek uzależniający. Nałóg ten jest powszechny we wszystkich kręgach, ale mimo wzrostu świadomości zdrowotnej Polaków nie jest on kojarzony w żaden sposób z narkomanią, mimo, że palenie papierosów powoduje uzależnienie psychiczne i fizyczne, podobne do uzależnienia od kokainy i innych narkotyków.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowia (ICD-10), za Cekierą [30], uzależnienie od tytoniu definiuje jako *zespół objawów behawioralnych, fizjologicznych i psychicznych, które są skutkiem systematycznego używania tej substancji*, charakteryzujący się następującymi objawami:

- silną potrzebą używania tytoniu,
- trudnościami w kontrolowaniu tego zachowania,
- uporczywym używaniem tytoniu mimo widocznych szkodliwych następstw,
- przekładanie palenia tytoniu ponad inne zajęcia i obowiązki
- zwiększającą się tolerancją,
- występowaniem zespołu abstynencyjnego.

Zdaniem Klasyfikacji (DSM-IV) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), za Cekierą [30], objawy zespołu abstynencyjnego mogą pojawić się u osoby, która paliła tytoń codziennie, przynajmniej przez kilka tygodni i u której nagłe odstawienie lub znaczne zmniejszenie ilości nikotyny dostarczanej do organizmu powoduje wystąpienie w ciągu 24 godzin przynajmniej czterech z poniższych objawów:

- głód nikotynowy,
- drażliwość i/lub zniecierpliwienie,
- frustrację lub gniew,
- stany lękowe,
- trudności w koncentracji uwagi,
- bóle głowy,
- bezsenność i/lub trudność w zasypianiu,
- obniżenie częstotliwości tętna,
- wzmożony apetyt i wzrost masy ciała,
- silne pragnienie konsumowania słodczy.

Największe nasilenie przedstawionych objawów zespołu abstynencyjnego występuje w pierwszym tygodniu po zakończeniu palenia, a większość z nich ustępuje zazwyczaj po 3-4 tygodniach, ale chęć palenia może utrzymywać się jednak bardzo długo od kilku miesięcy do nawet kilku lat [29].

Cekiera [30] uważa, iż w początkowej fazie palenia największą rolę odgrywają uzależnienie psychiczne i społeczne, a po pewnym czasie (dość krótkim) dochodzi do uzależnienia fizycznego.

W opinii Słowik-Gabryelskiej [8], stopień uzależnienia od nikotyny określa się na podstawie takich czynników jak:

- pora zapalenia pierwszego papierosa (jeżeli osoba budzi się w nocy, bo odczuwa głód nikotynowy i musi zapalić papierosa, mamy do czynienia z uzależnieniem o dużym stopniu),
- liczba wypalanych papierosów w ciągu doby (powyżej 20 sztuk),
- możliwość powstrzymania się od palenia podczas choroby (osoby uzależnione nie są w stanie powstrzymać się od palenia w chorobach),
- palenie w miejscach publicznych (niezdolność do powstrzymania się).

Badacze obserwując i badając osoby używające tytoniu stworzyli kilka typologii palaczy. Hutchin, za Horoszko-Szmyd [31] zaproponowała następujący podział:

- *palacz psychologiczny* - sięga po tytoń ze względu na poczucie niższości. Palenie wpływa pozytywnie na jego samopoczucie i zwiększa pewność siebie. Ludzie młodzi demonstrują w ten sposób siłę charakteru, a starsi - energię w załatwianiu spraw służbowych.,
- *palacz mimo woli* - sięga po papierosa, aby zapewnić sobie automatyczną czynność w czasie wypoczynku, np. oglądania telewizji, czytania itp., odczuwa przyjemność z trzymania czegoś w ustach, szybko uzależnia się od nikotyny i nie potrafi obejść się bez papierosa przez dłuższy czas,
- *palacz traktujący papierosa, jako środek uspokajający* - uważa, że palenie uspakaja ich, relaksuje, wycisza,
- *palacz traktujący palenie jako środek pobudzający* - sądzi, że papieros pobudza efektywność myślenia i działania,
- *palacz ze skłonnościami neurotycznymi* - nie potrafi przerwać palenia ze względu na słabą wolę i problemy emocjonalne.

Dahlke i Dahlke [32] stworzyli własną koncepcję typów palaczy w oparciu o analizę motywów, sposobu bycia, warunków bytowych, dążeń życiowych, aspiracji, cech osobowościowych oraz społecznych i psychologicznych przyczyn sięgania po tytoń. Wyróżnili oni 12 typów palaczy, które pozwalają na zrozumienie danej osoby:

- *typ agresywny* – palenie zaspokaja potrzebę aktywności, rozładowuje wewnętrzne napięcie, palenie pozwala ukryć frustrację spowodowaną własną słabością,
- *typ sybaryty* – palony wolno papieros dostarcza zmysłowej przyjemności, palenie to rytuał, papieros daje poczucie stabilności i bezpieczeństwa
- *typ komunikacyjny* – osoba taka lubi kontrolować swoje otoczenie, wiedzieć co się dzieje dookoła, dlatego nawiązuje dużo kontaktów, ale tylko takich powierzchownych, niegłębokich, wzajemne częstowanie się papierosami i ich palenie pozwala na takie kontakty nawet z osobami nieznanymi, papieros jest traktowany jako rekwizyt, nie ma przywiązania do konkretnej marki,
- *typ infantrylny* – osoby o niezaspokojonej potrzebie bezpieczeństwa, niepewne, nieśmiałe, łatwo ulegają innym,
- *typ demonstracyjny* – palenie wykorzystuje do pokazania przewagi nad innymi, często wybierają drogie marki lub ekskluzywne cygara
- *typ lękliwy* – osoby perfekcjonistyczne, które przeżywają strach przed nieprzewidywalnymi zdarzeniami, przeżywają stres i papierosami próbują go uleczyć, nie afiszują się z paleniem, często wstydzą się tego, palą w samotności, gdyż uważają palenie za oznakę własnej słabości,
- *typ ekskluzywny* – sposób palenia ma podkreślać ich wyrafinowaną estetykę, wybierane papierosy mają świadczyć o klasie i elegancji danej osoby
- *typ ekstremalny* – palenie jest przejawem negatywnego stosunku do otoczenia ale i samego siebie, palacz taki sięga po mocne papierosy
- *typ człowieka światowego* – szuka przyjemności, walczy z rutyną, sięga po papierosy importowane, często z różnych stron świata, po to by zaimponować innym

- *typ wyczynowca* – ludzie tacy niezwykle poważnie podchodzą do swoich obowiązków, stawiają sobie wiele wymagań, dążą do doskonałości, potrafią wyznaczać sobie godziny palenia lub ilość palonych papierosów,
- *typ poszukiwacza wolności* – palenie jest traktowane jako synonim wolności, buntu, palenie przez młodzież traktowane jest jako wyswobodzenie się spod władzy rodziców,
- *typ marzycielski* – marzenia zastępują rzeczywistość, papieros pozwala oderwać się od szarej rzeczywistości,

Przedstawione powyżej klasyfikacje zwracają uwagę nie tylko na cechy osobowości palacza, ale także na psychospołeczne powody sięgania po papierosa.

### 3. Internet i uzależnienie od Internetu

Internet w przeciągu kilku lat przystoczył się w stały element codziennego życia, a jako sposób wymiany informacji jest obecnie tak powszechny, jak telefon czy poczta. Stale wzrasta także liczba internetowych usług - można zrobić zakupy i opłaty, odbyć zajęcia nie wychodząc z domu, przekazywać wiele informacji biznesowych, a emaile przejęły funkcję tradycyjnej poczty.

W opinii Chodkiewicza i Stasińskiego [33], żeby być na czasie i dobrze wypaść w towarzystwie, trzeba zaglądać do sieci, pojawiać się na portalach społecznościowych, a kiedy już wejdzie się do Internetu to trudno z niego wyjść, ponieważ jeszcze trzeba sprawdzić pogodę, zobaczyć co się dzieje w mieście. W związku z tym coraz częściej słyszymy o uzależnieniach od Internetu czy też szerzej – od komputerów, cyberprzestrzeni.

Internet, za Jaskułą [34] budzi tyleż samo zainteresowania, co i kontrowersji. Dostęp do niego stworzył człowiekowi możliwość funkcjonowania w dwóch alternatywnych światach t.j. rzeczywistym i wirtualnym. Oba te światy kreują przestrzeń do nawiązywania nowych i podtrzymywania istniejących relacji interpersonalnych, rozwijania hobby, wyrażania siebie i swoich uczuć, ale dzieje się to w odmiennych okolicznościach. Świat w sieci pozwala na: pozostanie anonimowym, stworzenie nowej tożsamości, wyrażenie siebie bez zahamowań, ucieczkę od problemów, które stawia przed nami życie, ale w ten sposób sieć może stać się przyczyną potencjalnego uzależnienia..

W opinii Jaskuły [34] wiedza o tym zagrożeniu jest wciąż niewystarczająca, nie ma jednolitego stanowiska na ten temat w środowisku naukowym. Wzmianki dotyczące uzależnienia od komputerów, za Chodkiewicz [33] pojawiły się w Wielkiej Brytanii na początku lat 90-tych XX wieku, a możliwość uzależnienia od Internetu jako pierwszy zasygnalizował w 1995 r. amerykański psychiatra Ivan Goldberg. Jednakże dopiero koncepcja takiego zaburzenia IAD *Internet Addiction Disorder* z 1996 r. autorstwa psychologa Kimberley Young, zwróciła uwagę opinii publicznej. Niektórzy badacze byli jeszcze wtedy zdania, że tylko substancje psychoaktywne mogą uzależniać, wiele zarzutów stawiano badaniom nad osobami korzystającymi z Internetu [33].

Zdaniem Kowalskiego [35], Kimberley Young nie skonstruowała definicji naukowej w ścisłym sensie uzależnienia od Internetu, ale określiła go *jako zaburzenie kontroli impulsów nie powodujących zatrucia, mające znaczący wpływ na pogorszenie funkcjonowania człowieka w sferach społecznej, zawodowej i psychologicznej*.

Jak słusznie podkreśla Jaskuła [34], należy pamiętać, że problem uzależnienia od Internetu nie dotyczy wszystkich użytkowników, ponieważ większość ludzi korzysta z Sieci w sposób konstruktywny. Przez właściwe użytkowanie rozumie się



wykorzystywanie Internetu w sposób zgodny ze swoimi zainteresowaniami i osobowością, przy integracji czasu spędzanego w sieci i poza nią, kiedy jej wpływ jest korzystny, nie obserwuje się społecznych i psychicznych zaburzeń. Korzystanie z Internetu można przedstawić zatem jako poruszanie się po pewnym kontinuum od zdrowego do patologicznego, gdzie od prawidłowego korzystania z sieci można dojść do uzależnienia, ale dopóki przebywanie w sieci ma obiektywną i uzasadnioną przyczynę, to bez względu na ilość spędzanego w niej czasu (np. praca czy nauka) nie można mówić o uzależnieniu. Sam proces uzależnienia ma kilka faz. Początkowo dana forma aktywności wywołuje ogromne zainteresowanie korzystających, stopniowo prowadząc do nadmiernego zaabsorbowania siecią i myślenia o niej w świecie rzeczywistym, w ostatniej fazie dochodzi do ograniczenia a nawet rezygnacji z innych form działania. Pospiszyl [36] nazywa kolejne fazy następująco: zaangażowanie, zastępowanie, ucieczka, desperacja.

W przypadku zjawiska nałogowego przebywania w świecie wirtualnym wymyślono już wiele terminów. Najbardziej popularnym, za Kowalski [37], jest uzależnienie od Internetu (IAD *Internet Addiction Disorder*), a do jego popularności przyczyniły się prace wspomnianej już Kimberly Young. Zamiennie stosuje się pojęcia: zespół uzależnienia od Internetu (IAS *Internet Addiction Syndrome*), WWW-holizm, interholizm, cyberuzależnienie, sieciholizm (netaholics) sieciozależność (netaddiction).

W opinii Kowalskiego [37], zdaniem niektórych badaczy, słowo *uzależnienie* jest zbyt mocnym określeniem, a raczej powinno się mówić o problematycznym używaniu Internetu, patologicznym korzystaniu z Internetu albo o nadmiernym używaniu Internetu. Pojęć tych nie należy łączyć, gdyż są to odmienne stany, ale zarówno nadmierne i problematyczne używanie czy patologiczne korzystanie mogą prowadzić do uzależnienia [37].

Jednostka chorobowa, określana jako uzależnienie od Internetu, za Guerreschim [38], nie doczekała się jeszcze objęcia jej w klasyfikacji DSM IV i ICD-10. Nie ma również jednoznacznych kryteriów diagnostycznych. Próby opisu IAD są oparte na kryteriach diagnostycznych uzależnień od substancji psychoaktywnych tych klasyfikacji.

Goldberg, za Guerreschim [38], opracował klasyfikację, według której, wystąpienie 3 i więcej objawów w przeciągu roku wskazuje na uzależnienie:

- I. Tolerancja rozumiana jako:
  - potrzeba korzystania z Internetu przez coraz dłuższy czas, aby uzyskać satysfakcję;
  - wyraźne, stopniowe obniżanie satysfakcji osiągananej podczas korzystania z Internetu przez tę samą ilość czasu.
- II. Zespół abstynencyjny przejawiający się objawami typowymi dla odstawienia:
  - zaprzestanie lub wyraźne ograniczenie korzystania z Internetu powoduje wystąpienie w ciągu kilku dni (do miesiąca) co najmniej dwóch z następujących objawów: pobudzenie psychoruchowe, lęk, obsesyjne myślenie o tym, co dzieje się w Internecie, fantazje i marzenia sennie o Internecie, dowolne lub mimowolne poruszanie palcami w sposób charakterystyczny dla pisania na klawiaturze;
  - dochodzi do korzystania z Internetu i podobnych instytucji celem uniknięcia zespołu abstynencyjnego.
- III. Częstotliwość i czas korzystania z Internetu są większe od zamierzonych.
- IV. Pojawia się uporczywe pragnienie korzystania z Internetu lub dochodzi do nieudanych prób zaprzestania bądź ograniczenia go.

- V. Dużo czasu poświęca się na czynności związane z Internetem, na przykład kupowanie książek o nim, próbowanie nowych przeglądarek stron www, porządkowanie ściągniętych z Internetu materiałów itp.
- VI. Ograniczenie lub całkowita rezygnacja z innych ważnych czynności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych na rzecz korzystania z Internetu.
- VII. Korzystanie z Internetu mimo zdawania sobie sprawy, że powoduje to narastające problemy fizyczne, społeczne lub psychologiczne, które pogłębiają się w związku z korzystaniem z Internetu, na przykład ograniczenie snu, problemy rodzinne, spóźnianie się do pracy i na spotkania, zaniedbywanie obowiązków.
- Young, za Kowalskim [37] ustaliła, że jeśli osoba, biorąc pod uwagę okres ostatniego roku, odpowie na pięć z poniższych pytań „tak”, to jest uzależniona od Internetu:

1. Czy czujesz się zaabsorbowany Internetem (myślisz o poprzednich, bądź następnym pobytach w sieci)?
2. Czy czujesz potrzebę używania Internetu przez coraz dłuższe okresy czasu?
3. Czy wielokrotnie miałeś nieudane próby kontroli, ograniczenia czasu lub zaprzestania korzystania z Internetu?
4. Czy czułeś się niespokojny, markotny, zirytowany, przygnębiony, gdy próbowałeś ograniczać czas w Internecie lub zaprzestać korzystania z niego?
5. Czy pozostajesz w sieci dłużej niż pierwotnie planowałeś?
6. Czy ryzykujesz utratę ważnych relacji, prac, możliwości kariery lub nauki z powodu Internetu?
7. Czy oszukałeś kogoś z rodziny, bliskich lub terapeutów, aby ukryć narastający problem Internetu?
8. Czy używasz Internetu jako sposobu na ucieczkę od problemów lub sposobu na pogorszony nastrój (uczucia bezradności, winy, lęku, depresji)?

Szczególnie narażone na uzależnienie od Internetu są dzieci i młodzież. W opinii Majchrzak i Ogińskiej-Bulik [39] nałogiem tym zagrożone są osoby skłonne do społecznego izolowania się, pozostawania w samotności, indywidualności polegający przede wszystkim na sobie, ludzie o wysokim stopniu myślenia abstrakcyjnego, osoby o niskiej samoocenie.

Jakubik i Pawłowska [40] wymieniają jeszcze ludzi małomównych, zahamowanych emocjonalnie, o niskiej aktywności ale ostrożne w kontaktach z innymi ludźmi.

W literaturze przedmiotu [33] podkreśla się, że powstały różne typologie uzależnienia od Internetu i osób uzależnionych od niego i np. Suler podzielił uzależnienie na 2 typy:

- *niespołeczne* – korzystanie w celu uzyskania informacji, zaspokojenia ciekawości, do pracy, osoba nie korzysta z możliwości kontaktów i komunikacji z innymi ludźmi,
  - *społeczne* – osoba uzależniona wykorzystuje usługi związane z komunikacją (emaile, chaty, portale społecznościowe, komunikatory, bramki sms).
- Young, za Laszczakiem [41] dzieli uzależnionych na następujące grupy:
- *erotomani Internetowi* – szukający materiałów pornograficznych, poruszający tematykę seksualną na forach,
  - *socjomani Internetowi* – uzależni od kontaktów przez sieć,
  - *uzależnieni od sieci* – mający obsesję śledzenia tego co dzieje się w sieci,

- *przeladowani informacją* – otwierający kilka stron naraz, chcą być na bieżąco w każdej kwestii,
- *uzależnieni od komputera* – spędzający cały czas przy komputerze, ta forma pojawiła się najwcześniej, jeszcze przed rozpowszechnieniem Internetu.

Wydaje się, iż powyższa lista będzie się powiększać, gdyż Internet praktycznie z każdym dniem stwarza nowe możliwości, a wymienione typologie nie uwzględniają np. różnego rodzaju graczy, osób robiących zakupy przez Internet itp. [41].

#### 4. Telefon komórkowy i uzależnienie od telefonu komórkowego

Współcześnie, za Leksy [42] coraz większego znaczenia nabierają media masowe: telewizja, prasa młodzieżowa, gry komputerowe, Internet, ale także telefony komórkowe.

W literaturze przedmiotu podkreśla się [38, 43], iż telefon komórkowy ostatnio stał się już nieodłącznym atrybutem współczesnego człowieka, gdyż posiadanie go daje poczucie wolności, niezależności i bezpieczeństwa, a fakt dysponowania nieustannie dzwoniącym aparatem najnowszej generacji - podnosi status społeczny użytkownika, oznacza nadążanie za modą, posiadanie dobrej pracy i gęstej sieci ważnych kontaktów. Telefon nie jest już wykorzystywany tylko i wyłącznie do rozmów by przekazać ważne informacje, ale dla przyjemności, ponieważ służy nie tylko do rozmów, ale do wysyłania smsów, mmsów, jako aparat fotograficzny, mp3, narzędzie po przeglądaniu stron Internetowych. Więż łącząca użytkownika z telefonem komórkowym wykracza poza zainteresowanie zwykłym urządzeniem technicznym, staje się związkiem emocjonalnym, co przypomina relacje międzyludzkie, a do patologicznego sposobu korzystania z komórki jest już tylko mały krok [38, 43].

Uzależnienie technologiczne, wśród których wymienia się uzależnienie od telefonu komórkowego jest, za Pawłowska i Poremska [44] definiowane, jako *uzależnienie behawioralne, w którym występuje zależność między człowiekiem a maszyną, przy braku jednoczesnej fizycznej intoksykacji*.

Guerreschi [38] podkreśla, iż osoby uzależnione od telefonu komórkowego przywiązują do niego wielką wagę, nie rozstają się z nim nawet na krok, jest dla nich najważniejszym narzędziem do komunikacji. W przypadku rozładowania baterii lub gdy zapomną go ze sobą zabrać wpadają w zły nastrój, czasem panikują. Komórka może im służyć do kontroli bliskich osób i śledzenia miejsc, w których przebywają. Osoby takie odczuwają przymus nieustannego kontaktowania się z innymi, silną potrzebę przynależności grupowej i uznania ze strony innych, a swoje zachowanie tłumaczą wygodą i poczuciem bezpieczeństwa.

Uzależnienie od telefonu komórkowego, jak podkreślają Pawłowska i Poremska [44], jest względnie nowym problemem, mało omówionym, nie ujętym, podobnie jak uzależnienie od Internetu w klasyfikacjach ICD-10 czy DSM-IV. Środowisko naukowe na wzór kryteriów diagnostycznych uzależnień od substancji psychoaktywnych stworzyło kryteria diagnostyczne uzależnienia od telefonu komórkowego, według których o takim uzależnieniu można mówić, jeśli w przeciągu 12 miesięcy wystąpi co najmniej 5 spośród następujących objawów:

- silne pragnienie korzystania z telefonu komórkowego, prowadzenia rozmów czy wysyłania wiadomości tekstowych (SMS), wyrażone stałym myśleniem o wymienionych czynnościach,
- potrzeba zwiększania częstotliwości i czasu rozmów telefonicznych oraz zwiększania liczby i częstości wysyłania SMS-ów;

- powtarzające się nieskuteczne prób zaprzestania lub ograniczenia liczby rozmów i wysyłanych wiadomości SMS,
- występowanie objawów abstynencyjnych, takich jak: niepokój, lęk, depresja, podczas prób zaprzestania lub redukcji liczby i czasu rozmów przez komórkę oraz liczby wysyłanych SMS-ów;
- prowadzenie dłuższych rozmów i wysyłanie większej liczby SMS-ów niż się uprzednio planowało,
- problemy finansowe, zawodowe, rodzinne i społeczne spowodowane korzystaniem z telefonu komórkowego,
- okłamywanie rodziny i znajomych w celu ukrycia kosztów oraz czasu poświęcanego na rozmowy telefoniczne i wysyłanie SMS-ów;
- używanie telefonu komórkowego jako ucieczki przed prawdziwymi problemami lub w celu poprawienia złego samopoczucia (osamotnienia, niepokoju, depresji, winy).

Guerreschi [38] podzielił fanatyków komórek na następujące typy:

- *uzależnieni od SMS-ów* - odczuwający przymus nieustannego otrzymywania i wysyłania wiadomości tekstowych, mający charakterystyczny odcisk na kciuku, ich telefony charakteryzujący się mocnym zużyciem klawiatury, ich nastrój w danym dniu zależy od ilości otrzymanych SMS-ów, zdarza się, że wysyłają wiadomości również do siebie samych (np. z Internetu) lub do osób znajdujących się w pobliżu
- *uzależnieni od nowych modeli* – nabywający coraz to nowsze modeli aparatów komórkowych
- *komórkowi ekshibycjoniści* - przy zakupie aparatu przywiązujący szczególną wagę do jego koloru, stylistyki i ceny, lubiący się nim chwalić innym, prowadzący bardzo głośno rozmowy, długo zwlekający z jego odebraniem, gdy dzwoni, po to by wszyscy obecni go usłyszeli
- *gracze* - aparat jest dla nich konsolą do gry, często grają do momentu, dopóki nie pobije się nowego rekordu w danej grze.

Z telefonów komórkowych korzystają niemal wszyscy, już od najmłodszych kilkuletnich dzieci, aż po osoby starsze. Badanie polskiego rynku telefonii ruchomej (komórkowej) przyniosło wynik ponad 123%, co dało blisko 47 mln kart SIM użytkowanych przez konsumentów (liczba ludności w Polsce wynosi ponad 38 mln) [45]. Od roku 2007 wyraźnie słabnie dynamika wzrostu liczby użytkowników, co jest wynikiem znacznego nasycenia rynku. Według przeprowadzonego na zlecenie Urzędu Komunikacji Elektronicznej [46] badania konsumenckiego, aż 90,1% Polaków (o ponad 5 % więcej niż rok wcześniej) deklaruje w grudniu 2010 roku posiadanie telefonu komórkowego, zaś posiadanie dwóch prywatnych aparatów – 4,6% respondentów. Jeden telefon służbowy statystycznie posiadało 4,1% badanych.

## Piśmiennictwo

1. Leśniak J.: Używanie narkotyków [w:] Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne, Bętkowska-Korpała B. (red.), Warszawa, 2009, 119-121.
2. Niewiadomska I., Stanisławczyk P.: Narkotyki, Wyd. KUL, Lublin 2004, 23-24, 108-113, 115-119.

3. Leśniak J.: Używanie narkotyków [w:] Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne, Bętkowska-Korpała B. (red.), Warszawa, 2009, 119-121.
4. Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3, GWP, Gdańsk, 2002, 568-581.
5. Habrat B.: Podstawowe pojęcia używane w odniesieniu do nielegalnych substancji psychoaktywnych i problemów związanych z ich używaniem [w:] Materiały szkoleniowe do projektu realizowanego w ramach programu Transition Facility 2004 „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym”, Warszawa 2006.
6. Szukalski B.: Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających. Instytut Psychiatrii i neurologii, Warszawa, 2005, 3-4.
7. Pstrąg D.: Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień, Rzeszów, 2000, 49-51, 63-64, 53.
8. Słowik-Gabryelska A.: Patologie społeczne - alkoholizm, narkomania, nikotynizm. Opracowanie dla studentów studiów zawodowych – kierunek zdrowie publiczne, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, 2006, 48-49, 52, 60-62, 113.
9. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje [w:] Współczesne teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych, Jędrzejko M. (red.), Pułtusk, Warszawa, 2009, 45.
10. Juczyński Z.: Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców, rodziców, wyd. 2 poprawione, Warszawa, 2008, 34-36, 31-37.
11. Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień, Krótki poradnik psychologiczny, Rubikon, Kraków, 2001, 31-33, 14-15.
12. Drażek A., Drażek E.: Co warto wiedzieć o narkomanii i terapiach przeciwdziałających temu uzależnieniu [w:] Patologie naszych czasów. Rozważania i opinie pokolenia młodych o istocie zjawisk, rodzajach i zapobieganiu zachowań dewiacyjnych, Drażek A., Drażek E. (red.), Białystok, 2007, 85.
13. Niewiadomska I., Stanisławczyk P.: Narkotyki, wyd. KUL, Lublin 2004, 23-24, 108-113, 115-119.
14. KBPN, <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=105094>, data pobrania 28.02.2012.
15. KBPN, <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=460049>, data pobrania 27.02.2012
16. KBPN, <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=459530>, data pobrania 27.02.2012
17. KBPN, <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=459814>, data pobrania 27.02.2012.
18. Woronowicz B. T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2001, 10, 7.
19. Jarczyńska J.: Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym, Warszawa, 2009, 57-59, 15,
20. Malicki D., Płachecka L., Płotka A.: Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży – przyczyny zjawiska i strategie zapobiegania, Pielęg. XXI wieku, 2007, 1, 123.
21. Chassin L., DeLucia Ch.: Picie w okresie dojrzewania [w:] Alkohol a zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia, Bartosik A. (red.), Warszawa, 2000, 91-95.
22. Woronowicz B. T.: Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu, Media Rodzina, Warszawa, 2008, 24-41, 96-98.
23. Hermanowski Sz.: Okres dorastania. Wybrane problemy, Remedium, 2004, 1, 5.
24. Tyburska A.: Alkoholizowanie się nieletnich i jego konsekwencje, Remedium, 2004, 11, 16.

25. Łukasik J.: Współczesna młodzież a używanie alkoholu, *Problemy Opiekuńczo – Wychowawcze*, 2007, 6, 21.
26. Kałdon B.: Predyspozycje nastolatków do alkoholizmu, *Probl. Alkohol.*, 2006, 1, 6.
27. Connors G. J., Galizio M., Maisto S. A.: Narkotyki: zażywanie i nadużywanie, Czajner W., Kowal G., Zwierzchlewska J. (tł.), Warszawa 2000, 142-143.
28. Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki. Profilaktyka uzależnień, *Krótki poradnik psychologiczny*, Rubikon, Kraków, 2001, 31-33, 14-15.
29. Bętkowska-Korpała B.: Palenie tytoniu jako problem kliniczny [w:] *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, Bętkowska-Korpała B. (red.), Warszawa, 2009, 90-93.
30. Cekiera Cz.: *Tytoń*, Lublin, 2005, 38-39.
31. Horoszko-Szmyd B.: Osobowościowe uwarunkowania uzależnień, [w:] *Palenie tytoniu: wolność czy zniewolenie?*, Cekiera Cz., Zatoński W. (red), Lublin, 2001, 120.
32. Dahlke M, Dahlke R.: *Psychologia błękitnego dymka*, Łyżnik D. (tł.), Warszawa, 1993, s. 57-86.
33. Chodkiewicz J., Stasiński P.: Uzależnienie od Internetu – problem wirtualny, *Świat problemów*, 2005, 6-7, 45, 47.
34. Jaskuła S.: Internet jak narkotyk, *Świat Problemów*, 2008, 12, 12-14.
35. Kowalski R.: Uzależnienie od Internetu – prawda, poszlaka czy fikcja?, *Wychowanie na co Dzień*, 2005, 9, 5.
36. Pospiszyl I.: *Patologie społeczne*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2008, 192, 193-195.
37. Kowalski R.: Uzależnienie od Internetu – prawda, poszlaka czy fikcja?, *Wychowanie na co Dzień*, 2005, 9, 5.
38. Guerreschi C.: *Nowe uzależnienia*, Kraków, 2006, 38-39, 197-207, 210-212 .
39. Majchrzak P., Ogińska-Bulik N.: Uzależnienie od Internetu, *Wydawnictwo WSHE w Łodzi, Łódź*, 2010, 76-86, 100, 113-118.
40. Jakubik A.: Pawłowska J.: Uwarunkowania osobowościowe zespołu uzależnienia od Internetu, *Stud. Psychol.*, 2003, 4, 123-131.
41. Laszczak M.: *Raj.com, Charaktery*, 2006, 3, 24-27.
42. Leksy K.: *Media – dobrodziejstwo, które uzależnia*, *Wychowanie na co Dzień*, 2007, 10-11, 23.
43. <http://www.narkotyki.pl/nietypowe-uzaleznienia/uzaleznienie-od-telefonu/>, data pobrania 05.03.2012.
44. Pawłowska B., Poremska E.: Uzależnienie od telefonu komórkowego u gimnazjalistów zagrożonych uzależnieniem od Internetu, *Fam. Med. Primary Care Rev.*, 2010, 12, 803-804.
45. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. O przeciwdziałaniu narkomanii [Dz.U. NR 75, poz. 468, art.6], [http://www.niebieskalinia.org/download /ustawa\\_narkomania\\_1.pdf](http://www.niebieskalinia.org/download /ustawa_narkomania_1.pdf), data pobrania 25.04.2012.
46. UKE, [http://www.uke.gov.pl/\\_gAllery/48/75/48754/Raport\\_o\\_stanie\\_ryunku\\_telekomunikacyjnego\\_2010\\_06\\_30\\_2011.pdf](http://www.uke.gov.pl/_gAllery/48/75/48754/Raport_o_stanie_ryunku_telekomunikacyjnego_2010_06_30_2011.pdf), data pobrania 05.03.2012.



**Piekarski Leszek Adam**

## **Skala problemu uzależnień**

Oddział Urazowo-ortopedyczny SPZOZ w Radzynie Podlaskim

Monitoring zjawiska nadużywania narkotyków i narkomanii opiera się na gromadzeniu i analizowaniu danych w ramach pięciu kluczowych wskaźników Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) [1], wykorzystujących metodologię i standardy europejskie. Jednym ze wskaźników są wyniki badań zrealizowanych wśród populacji generalnej, które przeprowadzane są na próbie losowej mieszkańców w wieku 15-64 lat, za pomocą wywiadów kwestionariuszowych, przy czym zachowano porównywalność wyników na poziomie europejskim.

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii [1], co cztery lata realizuje badania w populacji generalnej (2002, 2006, 2010) oraz zleca do realizacji badania młodzieży szkolnej - ESPAD - *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (badania IPiN) i „Młodzież” (CBOS). Oprócz badania zjawiska narkomanii sonduje się spożywanie alkoholu i palenie papierosów [1].

Ostatnie ogólnopolskie badania ESPAD 2007 [1] wśród młodzieży szkolnej wykazały stabilizację, a nawet spadek używania narkotyków. Według wyników uzyskanych w badaniu „Młodzież” 2010 [1] o ponad połowę zmniejszyła się liczba uczniów, którym oferowano kupno narkotyków - z 14% w roku 2003 do 6% w 2010. Ponadto należy odnotować, że w 2010 roku 67% badanych twierdziło, że nigdy nie miało propozycji kupna narkotyków. Częściej taką ofertę otrzymywali chłopcy (40%), niż dziewczęta (25%). Spośród narkotyków najczęściej oferowana była marihuana lub haszysz, częściej proponowano je chłopcom (39%), niż dziewczętom (28%). Blisko połowa uczniów (48%, w 2008 roku – 45%) oceniała jako łatwe zdobycie marihuany lub haszyszu. Największy wzrost dostępności nastąpił w przypadku „dopalaczy” [1].

Z danych Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii [1] wynika, iż w 2010 roku 82% uczniów, którzy mieli kontakt z narkotykami w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wymieniło marihuanę (wzrost o 6 punktów w porównaniu z rokiem 2008), a 11% – amfetaminę (spadek o 3 punkty). W 2010 roku sięganie po narkotyki zadeklarowało 20% chłopców i 10% dziewcząt [1].

Badania ogólnopolskie, za Niewiadomska i Stanisławczyk [2] wykazują, że głównymi konsumentami narkotyków są nastolatki eksperymentujący z różnymi środkami. Młodzież szkolna przyznaje się do brania okazjonalnego. Dwukrotnie zmniejszyła się liczba osób biorących narkotyki przez iniekcje. Przyjmowanie narkotyków najczęściej dotyczy osób do 24 roku życia, rzadziej osób między 24 a 35 rokiem życia, a niezwykle rzadkie są przypadki stosowania narkotyków przez osoby starsze. Częściej narkotyki biorą mężczyźni niż kobiety [2].

W badaniach Dunowskiej [3] zrealizowanych w gorzowskich gimnazjach na próbie 3569 osób, stwierdzono, iż 19,1% uczniów klas pierwszych gimnazjalnych, a w



trzeciej, aż około 52%, sięgało po narkotyki z różną częstotliwością. Osoby te znajdują się, zdaniem autorki na najlepszej drodze do uzależnienia [3].

W Polsce szacuje się, za Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [4], iż uzależnienie od alkoholu dotyczy około 2% populacji (ok. 800 tys. osób). W badaniu „Młodzież” [1] przeprowadzonym w roku 2010, podobnie jak w 2003, napoje alkoholowe okazały się wśród młodzieży szkolnej najbardziej rozpowszechnioną używką, po którą sięgano częściej niż po papierosy czy narkotyki. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie 74% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 61% – wódkę i inne mocne alkohole, a 31% – wino. W porównaniu z rokiem 2008 nastąpił wzrost odsetka uczniów sięgających po wódkę (o 7 punktów). Z najnowszego sondażu wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 45% uczniów, co oznacza wzrost o 4 punkty w stosunku do pomiaru z 2008 roku. Liczba badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzykrotnie, była taka sama jak w 2008 roku (14%). W 2010 roku do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (52%, w 2008 – 51%), niż dziewczęta (38%, w 2008 – 34%) [1].

Zdaniem Dunowskiej [3] 65% gimnazjalistów przynajmniej raz miała styczność z mocnym alkoholem (wódka), a picie piwa jest zjawiskiem powszechnym obejmującym ponad 75 % badanych. Wśród pijących regularnie więcej jest chłopców [3].

Wspomniane wcześniej badania Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii [1], z 2006 roku wskazują na to, że palenie tytoniu jest znacznie mniej rozpowszechnione, niż picie alkoholu. Do aktualnie palących zalicza się 40,5% badanych. Wśród osób niepalących wyróżnić można dwie grupy: takich, którzy kiedyś palili, ale obecnie nie palą oraz takich, którzy nigdy nie palili. Na pierwszą grupę składa się 22,7 badanych, a na drugą – 36,9% badanych. Najwięcej badanych deklarowało palenie tytoniu na poziomie 11-20 papierosów dziennie (20,7%). Palący więcej niż przeciętna paczka dziennie (20 papierosów) stanowili 7,3% badanych [1].

W 2010 roku, według badań CBOS „Młodzież” [1] regularne palenie deklarowało 23% badanych. Odsetek uczniów, którzy palą tylko w wyjątkowych sytuacjach, w zasadzie nie zmienia się od kilkunastu lat i wynosi 17%. 59% uczniów odpowiedziało przecząco na pytanie o palenie papierosów, w tym 62% chłopców i 57% dziewcząt. Obecnie dziewczęta palą nieco częściej zarówno regularnie (24% dziewcząt w stosunku do 22% chłopców), jak i w wyjątkowych sytuacjach (19% dziewcząt w stosunku do 15% chłopców) [1].

Według raportu z sierpnia 2011 roku sporządzonego przez CBOS [5], ponad połowa Polaków (56%) korzysta z Internetu. W porównaniu z rokiem poprzednim odsetek użytkowników wzrósł o 5 punktów i jest to zmiana bardziej dynamiczna w porównaniu z okresem 2009-2010. Korzystanie z sieci nie jest uzależnione od płci, nie widać, aż tak znacznej różnicy, różnicuje wiek i wykształcenie. Największą grupę użytkowników stanowią osoby młode w wieku 18-24 lat, ale wraz z wiekiem odsetek użytkowników sieci spada. Z Internetu korzystają prawie wszystkie osoby z wykształceniem wyższym i większość ze średnim, rzadziej osoby, które ukończyły szkołę zawodową i podstawową. Badani spędzają w sieci przeciętnie 12 godzin tygodniowo, co daje 1 h i 40 minut dziennie, młodzi spędzają jednak przed komputerem więcej czasu – 14 godzin tygodniowo. 95 % respondentów korzysta z Internetu w domu [5].

W badaniach Krajewskiej-Kułak i wsp. [6] przeprowadzonych w grupie 232 studentów kierunku pielęgniarstwo oraz 71 kierunku położnictwo, wynikało, iż komputer posiadało 89% badanych z kierunku pielęgniarstwo oraz 87 % z kierunku położnictwo. Nieliczne osoby nie posiadające komputera w domu spędzały przy nim od

0 do 3 godzin korzystając ze sprzętu w bibliotece, kafejce internetowej czy innej osoby. Osoby studiujące pielęgniarstwo spędzały średnio  $1,8 \pm 1,3$  godzin przy komputerze, a studenci położnictwa średnio  $1,9 \pm 1,4$  godz. Wykazano, iż przekonanych o tym, że potrafią kontrolować czas przeznaczony na korzystanie z Internetu, było 91% studentów pielęgniarstwa i 86% położnictwa. Wśród 73% ankietowanych z kierunku pielęgniarstwo i 69% studentów położnictwa, czas przeznaczony na korzystanie z Internetu zmieniał się. Ulegał wydłużeniu u 42 % studentów kierunku pielęgniarstwo i 52 % studentów położnictwa [6].

W badaniach Majchrzaka i Ogińskiej-Bulik [7] wzięło udział 400 osób, z czego 192 osoby to kobiety, studenci II roku z łódzkich uczelni. Ponad połowa ankietowanych miała więcej niż 3-letnie doświadczenie w użytkowaniu Internetu. Średnio badani spędzali w sieci 14 godzin a rozpiętość godzin poświęcanych na surfowanie wynosiła od 1 do 100 godzin tygodniowo. Najwięcej osób siedziało przed komputerem od 1 do 10 godzin w tygodniu (odpowiednio 43,3% mężczyźni i 74 % kobiety) [7].

W literaturze przedmiotu [8] nie ma zgodności co do definicji uzależnienia od Internetu. Jak dotąd nie prowadzi się także statystyk, które jednoznacznie określiłyby liczbę osób uzależnionych od Internetu, a można opierać się jedynie na wynikach badań prowadzonych przez naukowców, często jednak bardzo rozbieżnych, budzących wiele zastrzeżeń, ze względu na dużą swobodę metodologiczną, niejednoznaczne kryteria diagnostyczne, brak jest grup kontrolnych i złe dobranie grup [8].

Niektórzy, za Augustynek [8] o uzależnieniu przesadzają na podstawie ilości godzin na dobę spędzanych w sieci, nie biorąc pod uwagę faktu, że może być on formą pracy czy nauki.

Stwierdzono, za Pospiszyl [9], że od Internetu jest uzależnionych od 6% do 30% użytkowników, w większości młodych mężczyzn i mieszkańców wielkich miast. Przyjmując, że w Polsce mamy około 14,8 mln internautów [8] i „tylko” 6% uzależnionych, daje to około miliona sieciaholiców.

W opinii Augustynka [8], dane te wydają się przesadzone, jeśli spojrzeć na liczbę 22 000 infoholiców zarejestrowanych uzależnionych od Internetu w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej w 2009 roku. Autor [8] uważa, iż biorąc nawet pod uwagę niską świadomość społeczną zagrożenia i niewielkie umiejętności rozpoznawania uzależnienia internetowego, liczba ta jest zaskakująco niska.

Według Ćwieka [10], niezależnie od uzyskiwanych wyników, jest to i tak niepokojące zjawisko, ponieważ rozwija się stopniowo, a przy tym zarazem niezauważalnie. Wypiera sukcesywnie nasze obowiązki, po czym staje się jedynym sposobem na życie. Wbrew pozorom oprócz skutków natury psychospołecznej wywołuje także skutki fizyczne takie jak: skrzywienie kręgosłupa, zanik mięśni pasa biodrowego, wady wzroku, uszkodzenie nerwów odpowiedzialnych za ruchy nadgarstka i dłoni, bóle głowy [10].

Wyniki uzyskane przez Krajewską-Kułąk i wsp. [11] w grupie 232 studentów kierunku pielęgniarstwo, wykazały. Testem uzależnienia od Internetu z części A ankiety oraz Test Kimberly Young wykazał uzależnienie u 24 (10,3%) osób. Zespół abstynencyjny został stwierdzony u 11 (4,7%) studentów, a cechy "sieciaholizmu" posiadało 6 (2,6%) badanych. U 3 (1,3%) respondentów wykazano jednocześnie uzależnienie od internetu oraz wystąpienie zespołu abstynencji internetowej, a u 2 (0,9%) osob uzależnienie od internetu oraz cechy "sieciaholizmu" [11].

U Majchrzaka [12] w grupie niskiego ryzyka uzależnienia od Internetu znalazło się ponad 18% kobiet i 25 mężczyzn. Ponad połowa studentów obu płci znalazła się w

grupie umiarkowanego ryzyka, natomiast 23 % kobiet i 25 % mężczyzn wśród osób zagrożonym wysokim ryzykiem uzależnienia od sieci [12]

Z telefonów komórkowych korzystają niemal wszyscy, już od najmłodszych kilkuletnich dzieci, aż po osoby starsze, jednak niewiadomo natomiast ile osób jest uzależnionych od telefonu komórkowego, w Polsce jak dotąd nie przeprowadzono na szerszą skalę takich badań, brakuje więc statystyk, ale aktualność i coraz szersze rozpowszechnienie tego problemu mobilizuje do ich przeprowadzania [ cyt. za 13].

W badaniach Potembskiej i Pawłowskiej [13] wzięło udział 101 uczniów gimnazjum, w tym 65 dziewcząt i 36 chłopców, w wieku od 13 do 16 r. ż. Pytanie badawcze brzmiało: czy i jakie różnice w zakresie nasilenia objawów uzależnienia od telefonu komórkowego występują między uczniami gimnazjum zagrożonymi i niezagrożonymi uzależnieniem od Internetu. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu badano przy użyciu testu Kimberly Young, a uzależnienie od telefonu komórkowego przy zastosowaniu autorskiego Kwestionariusza do Badania Uzależnienia od Telefonu Komórkowego. Wyniki badań wskazywały na to, że gimnazjaliści zagrożeni uzależnieniem od sieci charakteryzowali się zwiększonym nasileniem objawów uzależnienia od telefonu komórkowego niż uczniowie niezagrożeni tym uzależnieniem. Siecioholicy częściej rezygnowali ze snu na rzecz rozmów prowadzonych przez komórkę, płacili większe rachunki i ukrywali przed rodzicami koszty, czuli się samotni i nieakceptowani, gdy nie otrzymywali smsów i telefonów od znajomych, telefon służy im również jako mp3, aparat fotograficzny, narzędzie do korzystania z Internetu [13].

Współczesna literatura z wielu dziedzin, w tym pedagogiki, psychologii, medycyny, często podejmuje problem uzależnień, a badania nad przyczynami uzależnienia się człowieka od substancji psychoaktywnych trwają już od przeszło 100 lat.

W ostatnim czasie pojawiła się jednak konieczność zajęcia się nowymi zachowaniami i związanymi z nimi uzależnieniami, szczególnie w cyberprzestrzeni i w środowisku pracy. W związku z tym podejmowane są liczne badania tej materii, mające na celu wyjaśnienie przyczyn i zbadania skali tych zjawisk.

Wyniki badań własnych przeprowadzonych wśród młodzieży jelnickiego gimnazjum, znacznie odstają, oczywiście w pozytywnym sensie od wyników z gimnazjum gorzowskiego (wyniki w rozdziale Dyskusja). W Jelnicy zdecydowanie mniej osób miało kontakt z substancjami psychoaktywnymi, ale być może jest to wynik tego, że narkotyki, jak potwierdzają badania, biorą częściej osoby z dużych miast. Zdecydowana większość uczniów poprzestawała na pojedynczych eksperymentach z narkotykami, alkoholem i tytoniem, co sugeruje iż byli użytkownikami okazjonalnymi i nie stali się użytkownikami regularnymi uzależnionymi od środków psychoaktywnych.

Pamiętać należy, iż cywilizacja nieustannie się rozwija, a we współczesnym świecie cyfrowe technologie wkroczyły niemal we wszystkie dziedziny życia. Internet, telefon komórkowy to rzeczy bez których trudno jest obecnie funkcjonować, szczególnie w opinii młodych ludzi. Internet budzi tyle samo zainteresowania co i obaw.

Uzależnienie od Internetu i komórki jest dziś takim samym problemem społecznym, jak alkoholizm, czy zażywanie narkotyków, powodującymi spustoszenie w psychice, a te ostatnie dodatkowo bardzo widoczne skutki w sferze fizycznej.

## **Piśmiennictwo**

1. KBPN, <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=105094>, data pobrania 28.02.2012.

2. Niewiadomska I., Stanisławczyk P.: Narkotyki, wyd. KUL, Lublin 2004, 23-24, 108-113, 115-119.
3. Dunowska A.: Raport o kontaktach młodzieży z narkotykami, alkoholem, nikotyną i sterydami przygotowany na podstawie sondażu w gorzowskich szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, Probl. Narkom., 2006, 2, 72-73.
4. PARPA, <http://www.parpa.pl/>, data pobrania 27.02.2012.
5. [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K\\_099\\_11.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K_099_11.PDF), data pobrania 26.04.2012.
6. Krajewska-Kułąk E. i wsp.: Uzależnienie od internetu wśród studentów kierunku pielęgniarstwo, Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 41-47.
7. Majchrzak P., Ogińska-Bulik N.: Uzależnienie od Internetu, Wydawnictwo WSHE w Łodzi, Łódź, 2010, 76-86, 100, 113-118.
8. Augustynek A.: Uzależnienia komputerowe. Diagnoza, rozpowszechnienie, terapia, Warszawa, 2010, 49-58.
9. Pospiszyl I.: Patologie społeczne, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2008, 192, 193-195.
10. Ćwiek M.: Uzależnienie od komputera i Internetu, Nowe w Szkole, 2003, 7-8, 2.
11. Krajewska-Kułąk E. i wsp.: Uzależnienie od internetu wśród studentów kierunku pielęgniarstwo, Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 41-47.
12. Majchrzak P., Ogińska-Bulik N.: Uzależnienie od Internetu, Wydawnictwo WSHE w Łodzi, Łódź, 2010, 76-86, 100, 113-118.
13. Pawłowska B., Poremska E.: Uzależnienie od telefonu komórkowego u gimnazjalistów zagrożonych uzależnieniem od Internetu, Fam. Med. Primary Care Rev., 2010, 12, 803-804.



## Krupińska-Żołądek Malwina, Imiela Jacek

### Problem nikotynizmu wśród młodzieży akademickiej

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

#### Wprowadzenie

Zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia palenie tytoniu jest uzależnieniem. Naczelny Lekarz USA w 1988 roku stwierdził, że „Palenie papierosów i inne formy konsumpcji tytoniu prowadzą do uzależnienia. Spożycie tytoniu ma charakter regularny i nałogowy, a zaprzestaniu konsumpcji z reguły towarzyszy tzw. zespół objawów abstynencyjnych.

W obowiązującej także w Polsce Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (X Rewizja) palenie tytoniu uznano za zaburzenia psychiczne, a uzależnienie od tytoniu określa się jako zespół objawów behawioralnych oraz zmian procesów poznawczych i fizjologicznych [3].

Osoba ludzka jest bowiem podmiotem tej czynności, jaką jest palenie tytoniu i jest też nosicielem skutków tego palenia. Człowiek przede wszystkim jest tym w procesie palenia, który podejmuje świadomie decyzję o paleniu, i który jako istota rozumna, powinien przewidywać szkodliwe skutki tego palenia moralnego i w kwalifikacji określania jakiegoś zachowania jako „grzeszne”, a więc niezgodne z normami etycznymi i zachowaniem moralnym.

Palenie tytoniu (tabacco smoking), nawyk o bardzo szkodliwym wpływie na zdrowie, powodujący uzależnienie o charakterze biologicznym, psychicznym i społecznym [1].

W październiku 1492 r., kiedy to Krzysztof Kolumb dotarł do dzisiejszych wysp Bahama, mieszkańcy Florydy wzięli go za zapowiadanego wysłańca bogów. Otrzymał on tam kilka prezentów, m. in. żywność i trochę wysuszonych liści. Nie wiedząc do czego służą te liście, nakazał załodze, aby wyrzuciła je za burtę. Po pewnym czasie, gdy był już na innych wyspach spostrzegł, iż zignorowany dar jest tam palony. W taki to sposób zaczęła się przygoda Europy z papierosami. Załoga Kolumba nauczyła się naśladować tubylców i liście sprowadzono na Stary Kontynent. W 1560r., ambasador francuski w Portugalii, z zawodu lekarz – Jean Nicot, sprowadził z Ameryki tytoń i jego nasiona. Następnie po raz pierwszy przywieziono do Paryża wraz ze sproszkowanymi liśćmi tytoniu jako lek przeciw migrenie. Od tej pory rozpoczęły się eksperymenty medyczne, różnego rodzaju badania ogarnęły całą Europę i trwały parę stuleci. Po odwołaniu Nicota do Paryża z funkcji ambasadora, nie miał on już w ogóle trudności z reklamą papierosów i wkrótce palił cały dwór z monarchą. W ten sposób rozpowszechniła się po świecie moda na palenie. W tym czasie (wiek po Kolumbie) roślina trafiła także do Polski.

W 1613 r. grupa kolonizatorów angielskich, w związku z nieurodzajem panującym w południowej części kontynentu północno-amerykańskiego, przed powrotem do Anglii wysiała tytoń. Tak zaczęła się historia amerykańskiego Południa. Tytoń stanowił później jedną z podstaw handlu z Nowym Światem.

Zacząto eksportować polski tytoń do Francji, w ilościach wskazujących na masową produkcję, prawdopodobnie na południu ówczesnej Polski. Przed rozbiorami Polski istniały

już fabryki spełniające masowe zapotrzebowanie na wyroby tytoniowe. Według analiz zawartych w dokumentach ujawnionych w Minnesocie, Kraków zawdzięcza tytoń kontaktom z Wiedniem. Układy polityczne Habsburgów ułatwiły kontakty handlowe z Hiszpanią. Z trzech zaborców, tylko Austriacy wprowadzili państwowy monopol na produkcję wyrobów tytoniowych. Rosjanie i Prusacy zadowolili się wysoką akcyzą, pozostawiając produkcję w rękach prywatnych. Poważnym konkurentem militarnym i handlowym dla Hiszpanów byli Anglicy, którzy przyczynili się w znacznym stopniu do rozpropagowania tytoniu na świecie.

Najpopularniejszymi produktami były: tytoń fajkowy, cygara oraz mniejsze cygara zwane cygaretkami (cigarettes). W Polsce przez wieki popularne było zażywanie tabaki (szkodliwego pyłu tytoniowego). Nie przyjął się tytoń do żucia, popularny wśród żeglarzy angielskich i irlandzkich, którego konsumpcja jest do dziś powszechna w niektórych częściach świata, np. w Indiach.

Pod koniec XIX wieku wynaleziono w USA maszyny pozwalające na masową produkcję papierosów. Cygaretki zaczęto automatycznie związać w papier, a nie jak dotychczas ręcznie w liście tytoniu, co pozwoliło na dziesięciokrotne zwiększenie produkcji. Przy tak masowej produkcji, dzięki jej unowocześnieniu, podaż towaru na rynek była większa od popytu, co mogło zagrozić zwolnieniami z pracy i osiągnięciem mniejszych zysków. W tej sytuacji bieg historii zmienił syn handlarza tytoniem z Wirginii o nazwisku Buchanan Duke. Stworzył on wielki rynek dla papierosów i wśród wielu metod marketingowych umieszcza w swoich reklamach również seks.

Polska nazwa papierosy pochodzi właśnie od papieru, ale w jego hiszpańskiej wymowie. Nazwa ta została przywieziona do Polski przez repatriantów z USA, wraz z ich masowym nałogiem palenia na przełomie wieków, a następnie po odzyskaniu niepodległości. Ponad milionowa repatriacja z USA w latach dwudziestych spowodowała w Polsce drastyczny wzrost uzależnienia. O ile drukowanych reklam w okresie międzywojennym w Polsce było niewiele, to dzisiaj już mało kto wie, że każdy polski przybysz otrzymał bezpłatnie w nowojorskim porcie prezent w postaci pięciu paczek papierosów od pana Duke'a. Zaskarbiał sobie w ten sposób wiernych klientów na lata. Z falą powrotów, w kraju znalazła się pokaźna liczba osób uzależnionych. Palenie stało się tak popularne, że rząd uruchomił w 1926 r. monopol tytoniowy, przejmując wkrótce 99 prywatnych fabryk [2].

## **Cel pracy**

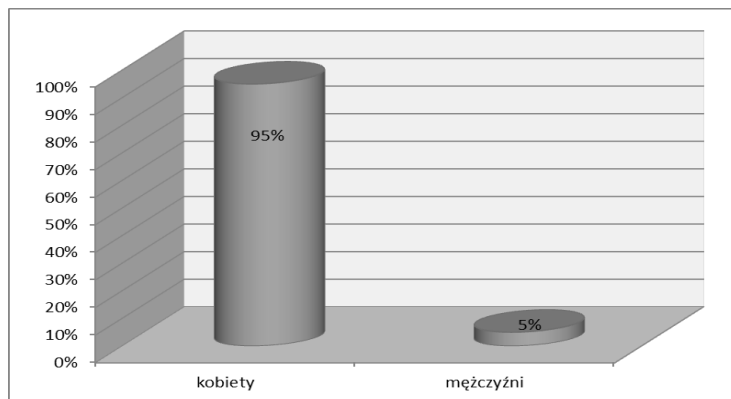
Celem pracy jest ukazanie zjawiska palenia papierosów wśród młodzieży akademickiej.

## **Material i metody**

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W celu poznania poglądów i opinii badanej populacji w pracy jako narzędzia badawczego użyto kwestionariusza ankiety. Składał się on z dwóch części: część I – to metryczka, część II – właściwa. W części II zgrupowano 33 pytania w kręgach tematycznych, które dotyczyły problemów wynikających z palenia tytoniu wśród młodzieży studiującej.

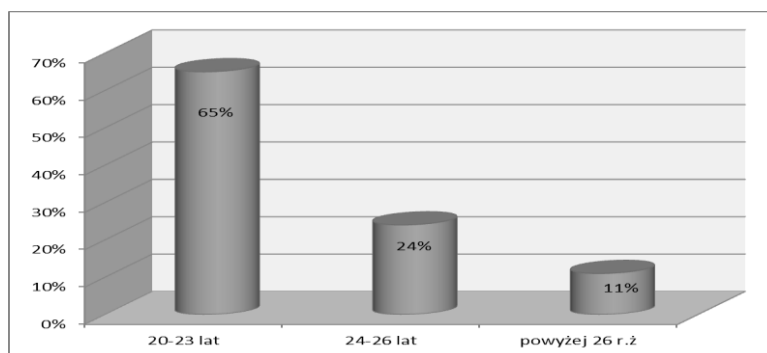
## **Wyniki badań i omówienie**

### **1. Charakterystyka Badanej Grupy**



**Rycina 1. Podział osób badanych ze względu na płeć**

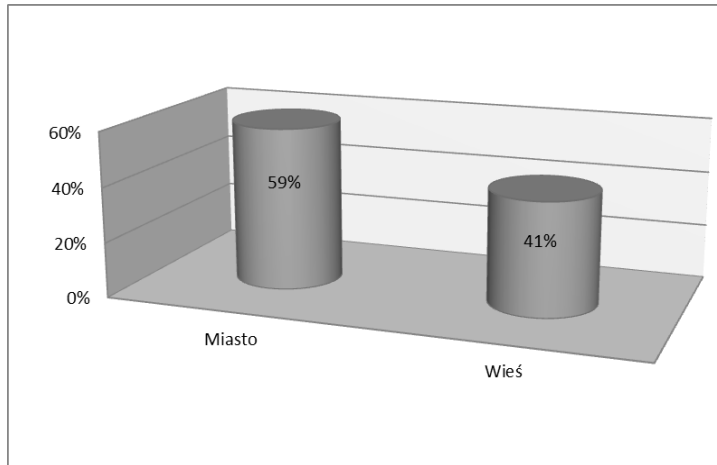
W badaniu ankietowym udział wzięły w większości kobiety 95% (N=95), grupa badanych mężczyzn stanowiła 5% (N=5).



**Rycina 2. Podział osób badanych ze względu na wiek respondentów**

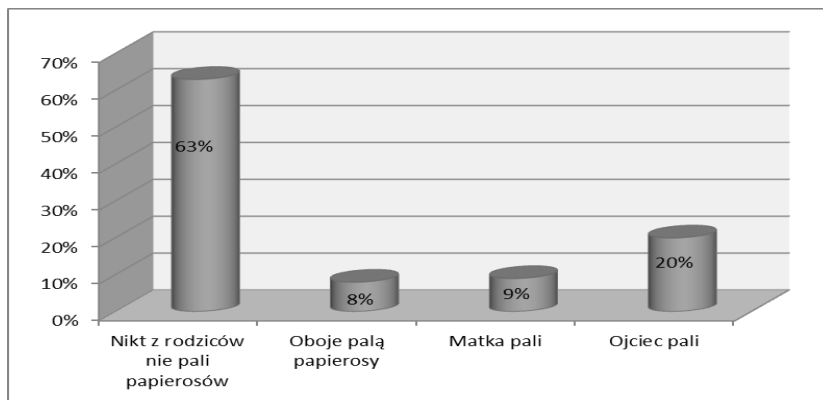
Najliczniejszą grupę 65% badanych (N=65) stanowiły osoby w przedziale wieku 20 – 23 lat. Nieco mniejszy odsetek badanych 24% (N=24) stanowiły osoby w przedziale wieku 24 – 26 lata. Powyżej 26. roku życia udział ankietowanych wynosił 11% (N=11).





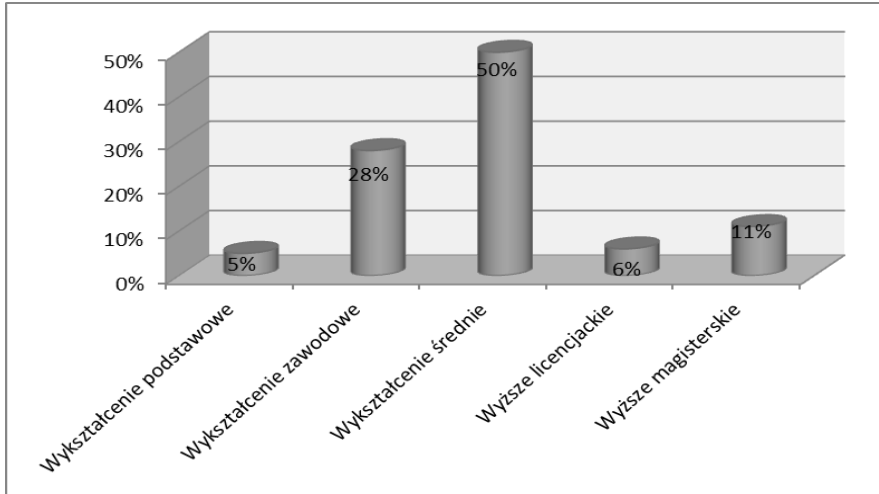
**Rycina 3. Miejsce stałego zamieszkania**

59,0% ankietowanych (N=59) mieszka w mieście, natomiast 41,0 % (N=41) pochodzi ze wsi.



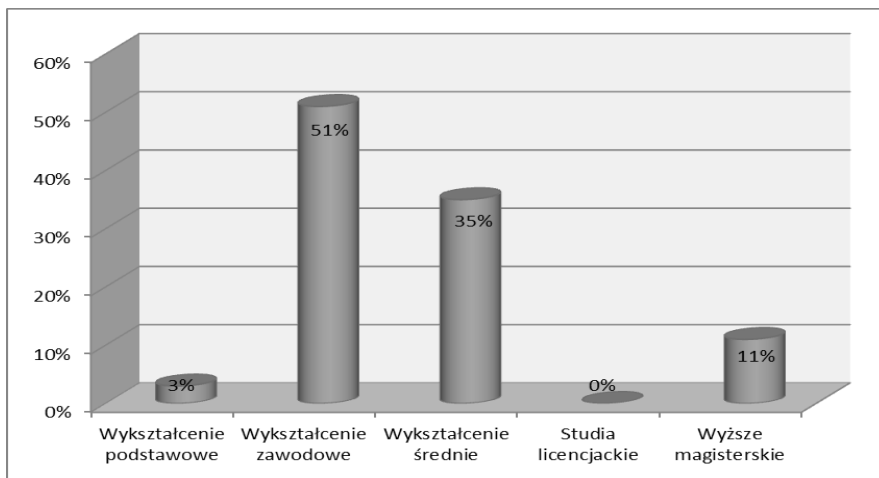
**Rycina 4. Palenie papierosów przez rodziców**

Większość rodziców ankietowanych, tj. 63% nie pali papierosów. Z badań wynika, że ojcowie częściej sięgają po papierosa niż matki. Po papierosa sięga 20% ojców i 9% matek. W nielicznych rodzinach pali zarówno ojciec, jak i matka, tj. 8%.



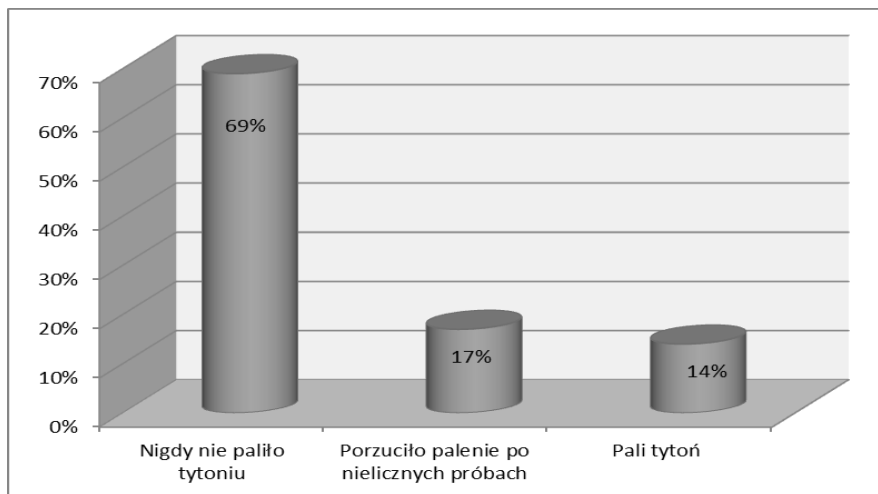
**Rycina 5. Poziom wykształcenia matek respondentów**

Połowa matek ankietowanych 50% (N=50) ma wykształcenie średnie. Absolwenci szkoły zawodowej stanowili 28% (N=28). Natomiast wykształceniem wyższym legitymowało się 17% matek respondentów (N=17). Były to odpowiednio studia licencjackie 6% (N=6) oraz studia magisterskie, 11% matek respondentów (N=11). Do nielicznej grupy należą matki z wykształceniem podstawowym 5% matek respondentów (N=5).



**Rycina 6. Poziom wykształcenia ojców respondentów**

Ponad połowa ojców ankietowanych 51% (N=51) ma wykształcenie zawodowe. Absolwenci szkoły średniej stanowili 35% (N=35). Natomiast wykształceniem wyższym legitymowało się 11% ojców respondentów (N=11). Były to odpowiednio studia magisterskie 11% ojców respondentów (N=11). Nieliczną grupę stanowili ojcowie z wykształceniem podstawowym 3% (N=3).



**Rycina 7. Status respondentów odnośnie palenia tytoniu**

69% respondentów (N=69) nigdy nie paliło tytoniu, zaś 17% (N=17) porzuciło palenie po nielicznych próbach. 14% ankietowanych (N=14) pali tytoń od co najmniej 6 miesięcy.

**Tabela 1. Postać palonego tytoniu**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr	N	%
	N	N	N	%
Papierosy bez filtra	1	0	1	1
Papierosy z filtrem	6	7	13	13
Fajka	0	0	0	0
Cygaretki	0	0	0	0
Nie dotyczy	43	43	86	86
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Jak wskazuje tabela 1 tylko 1% (tj. jedna osoba) pali papierosy bez filtra. Trochę więcej, bo 13% (tj. 13 osób) pali papierosy z filtrem.

**Tabela 2. Zawartość nikotyny w wypalanych papierosach**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr	N	%
	N	N	N	%
Mniej niż 0,9 mg	4	3	7	7
1,0 – 1,2 mg	1	1	2	2
Ponad 1,3 mg	0	1	1	1
Nie wiem	2	2	4	4
Nie dotyczy	43	43	86	86
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Z powyższych badań wynika, iż zawartość nikotyny w papierosach u palących ankietowanych wynosi przeważnie mniej niż 0,9 mg. Tak odpowiedziało 7% respondentów (N=7). 86% ankietowanych (N=86) problem palenia tytoniu nie dotyczy.

**Tabela 3. Szkodliwość palenia dla zdrowia**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr	N	%
	N	N	N	%
Zdecydowanie zgadzam się	50	49	99	99
Raczej zgadzam się	0	0	0	0
Zdecydowanie nie zgadzam się	0	1	1	1
Raczej nie zgadzam się	0	0	0	0
Nie mam zdania na ten temat	0	0	0	0
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdecydowana większość ankietowanych, bo 99% (N=99) twierdzi, iż palenie jest szkodliwe dla zdrowia.

**Tabela 4. Skuteczność działań przeciwytoniowych w Polsce**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr	N	%
	N	N	N	%
Są skuteczne	0	0	0	0
Są nieskuteczne	48	49	97	97
Nie wiem	2	1	3	3
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

97% respondentów (N=97) twierdzi, iż działania przeciwytoniowe w Polsce są nieskuteczne.

**Tabela 5. Próba rzucenia palenia**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr	N	%
	N	N	N	%
Próbowałam/próbowałem	12	9	21	21
Nie próbowałam	7	0	7	7
Nie próbowałam/próbowałem, ale chciałabym/chciałbym	0	2	2	2

Nie zastanawiałam/zastanawiałem się nad tym	0	1	1	1
Nie dotyczy	31	38	69	69
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Z powyższych badań wynika, iż z 14% palaczy (N=14) połowa studentów 7% (N=7 osób ze studiów licencjackich) próbowało rzucić palenie tytoniu. Tylko 2% studentów magisterium (N=2) nie próbowało, ale chciałoby rzucić palenie.

**Tabela 6. Szkodliwość papierosów dla zdrowia**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr		
	N	N	N	%
Zdecydowanie tak, odczuwam negatywne skutki palenia	7	4	11	11
Raczej tak, wydaje mi się, że szkodzi mi palenie	0	2	2	2
Myślę, że tak	0	1	1	1
Myślę, że nie	0	0	0	0
Jestem przekonana/y, że papierosy mi nie szkodzą	0	0	0	0
Nie mam zdania na ten temat	0	0	0	0
Nie dotyczy	43	43	86	86
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Spośród 14% palaczy (N=14) 11% respondentów (N=11 osób) uważa, iż papierosy szkodzą ich zdrowiu.

**Tabela 7. Terapia antynikotynowa**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr		
	N	N	N	%
Tak	1	3	4	4
Nie	4	4	8	8
Nie wiem	2	0	2	2
Nie dotyczy	43	43	86	86
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

8% palaczy (N=8) z 14% (N=14) nie chciałoby poddać się terapii antynikotynowej.

**Tabela 8. Zastosowanie plastrów, gum, tabletek z nikotyną, papierosów elektronicznych w rzuceniu palenia papierosów**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr		
	N	N	N	%
Zdecydowanie zgadzam się	0	4	4	4
Raczej zgadzam się	2	0	2	2
Zdecydowanie nie zgadzam się	1	0	1	1
Raczej nie zgadzam się	0	1	1	1
Nie mam zdania na ten temat	4	2	6	6
Nie dotyczy	43	43	86	86
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tylko 1% ankietowanych (jedna osoba) uważa, że plastry, gumy, tabletki z nikotyną, papieros elektroniczny nie byłyby w stanie pomóc palaczom w rzuceniu papierosów.

**Tabela 9. Wiedza na temat rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT)**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr		
	N	N	N	%
Nie mam żadnej wiedzy na ten temat	6	7	13	13
Jest bardzo słaba	12	13	25	25
Jest dobra	28	14	42	42
Jest bardzo dobra	4	16	20	20
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Z powyższych badań wynika, iż 28% studentów studiów licencjackich (N=28) ocenia, iż ich wiedza na temat zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) jest dobra, zaś 16% studentów magisterium (N=16) twierdzi, iż ich wiedza jest bardzo dobra. 13% respondentów (N=13) twierdzi, iż nie mają żadnej wiedzy na ten temat.

**Tabela 10. Studia medyczne źródłem wiedzy na temat ZUT**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr		
	N	N	N	%
Tak	0	16	16	16

Częściowo tak	41	13	54	54
Nie	9	21	30	30
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Analizując tabelę możemy zauważyć, iż 54% ankietowanych (N=54) twierdzi, iż częściowo studia medyczne były dla nich źródłem wiedzy na temat ZUT.

**Tabela 11. Propagowanie szkodliwości nikotyny wśród młodzieży**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr		
	N	N	N	%
Organizować spotkania z psychologami w szkołach	19	10	29	29
Nakłonić rodziców do rozmów z dziećmi	0	1	1	1
Mówić o tym w mediach ( radio, telewizja )	25	37	62	62
Poprzez ogłoszenia w prasie, na billboardach	6	2	8	8
W inny sposób	0	0	0	0
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

62% ankietowanych (N=62) uważa, iż najskuteczniej można propagować szkodliwość nikotyny wśród młodzieży poprzez media (radio, telewizja) (Tabela 12).

**Tabela 12. Negatywne skutki przebywania w zadymionym pomieszczeniu**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr		
	N	N	N	%
Zdecydowanie zgadzam się	43	38	81	81
Raczej zgadzam się	0	5	5	5
Zdecydowanie nie zgadzam się	0	6	6	6
Raczej nie zgadzam się	3	0	3	3
Nie mam zdania na ten temat	4	1	5	5
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

81,0% ankietowanych (N=81) denerwuje się, gdy przebywa w zadymionym pomieszczeniu (Tabela 12).

**Tabela 13. Szkodliwość dymu papierosowego dla zdrowia innych osób**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr	N	%
	N	N	N	%
Zdecydowanie zgadzam się	49	49	98	98
Raczej zgadzam się	1	1	2	2
Zdecydowanie nie zgadzam się	0	0	0	0
Raczej nie zgadzam się	0	0	0	0
Nie mam zdania na ten temat	0	0	0	0
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Z powyższych badań wynika (Tabela 13), iż 98% respondentów (N=98) zdecydowanie zgadza się z tym, iż dym z papierosa szkodzi zdrowiu innych osób.

**Tabela 14. Choroby będące największym zagrożeniem dla zdrowia palących**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr	N	%
	N	N	N	%
Choroby serca	25	10	35	35
Choroby układu oddechowego	20	37	57	57
Problemy z ciśnieniem	3	3	6	6
Przyspieszenie procesu starzenia	1	0	1	1
Nieprzyjemny zapach z ust	1	0	1	1
Inne (wymień jakie?)	0	0	0	0
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

57% ankietowanych (N=57) za największe zagrożenie dla zdrowia palących uznało choroby układu oddechowego. Na drugim miejscu znalazły się choroby serca (Tabela 14).



**Tabela 15. Rozmowa rodziców z młodzieżą na temat szkodliwości palenia**

Odpowiedź	Wydział Nauki o Zdrowiu		Razem licencjat magisterium	
	Licencjat	Mgr	N	%
	N	N	N	%
Tak	28	36	64	64
Nie	22	14	36	36
<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

64% respondentów (N=64) twierdzi, iż ich rodzice rozmawiali z nimi na temat szkodliwości palenia (Tabela 15).

### Dyskusja

Palenie tytoniu stanowi największe, lecz możliwe do wyeliminowania, zagrożenie dla zdrowia w wymiarze światowym. Niepokojącym jest znaczne rozpowszechnienie inhalowania dymu tytoniowego wśród dzieci i młodzieży, a zwłaszcza jego wczesne rozpoczynanie.

Badania na temat problemu palenia tytoniu przeprowadzono wśród 100 studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu: 50 studentów I roku stacjonarnych studiów II stopnia i 50 studentów II roku stacjonarnych studiów I stopnia. Podobne badania dotyczące palenia tytoniu wśród pracowników służby zdrowia i studentów medycyny przeprowadzone zostały podczas pisania rozprawy doktorskiej pt. „Palenie tytoniu wśród pielęgniarek miasta Gdańsk” przez Tadeusza Wołowskiego w 1994 r. w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Gdańsku [7]. Również zagadnienie palenia papierosów analizowano w rozprawie habilitacyjnej pt. „Genetyczne i środowiskowe uwarunkowania palenia tytoniu” którą napisała Alicja Siemińska w Klinice Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku w 2008 r. [8].

Badanie ankietowe jest jedną z najczęściej stosowanych technik epidemiologicznych. Przeprowadzenie tego rodzaju badań do identyfikacji wielu czynników zagrożenia w tym palenia tytoniu.

Jak wynika z przedstawionych przeze mnie danych papierosy pali 14% ankietowanych. Płeć jest czynnikiem o największej sile różnicowania w odniesieniu do palenia tytoniu, a badaną populacją w większości stanowią kobiety 86,3%..

W 2011 roku w Warszawie znacznie zmniejszyła się różnica w zakresie regularnego palenia tytoniu między kobietami i mężczyznami. Można sądzić, że częstość palenia tytoniu wśród kobiet zmniejszyłaby się, gdyby można było wyeliminować czynnik kontaktu „z innymi osobami palącymi tytoń” [4].

Natomiast z badań przeprowadzonych w 2008 roku w grupie 412 badanych studentów pierwszego roku Wydziału Lekarskiego 86 osób (21%) , w tym 44 kobiety (17%) i 42 mężczyzn (28,0%) deklarowało bieżące, codzienne palenie papierosów. Znamiennie częściej bieżącymi palaczami byli mężczyźni niż kobiety [4]. Palenie tytoniu w przeszłości podało 7% ankietowanych (N=29). Większość respondentów to osoby, które nigdy nie paliły.

Interesującym uzupełnieniem dyskusji mogą być też wyniki przeprowadzonej w 1983 roku przez Klisińskiego [4] oceny stanu palenia tytoniu wśród magistrów pielęgniarstwa w Polsce. Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety wysłanego drogą pocztową, zwrotnie otrzymano 23,9%. Wśród pielęgniarek, które odesłały ankiety 35% pali papierosy. Bowiem tegoroczne badania wykazały, iż tytoń pali 7% studentów magisterium i 7% studentów ze studiów licencjackich.

Z badań przeprowadzonych w 2008 roku wynika, że prawie wszyscy palacze 98% pierwsze próby palenia tytoniu podejmowali tak samo, jak w moich badaniach, przed uzyskaniem pełnoletniości, przeważnie w wieku 15 – 16 lat ( 37% ).

W badaniach Alicji Siemińskiej aż 72,7% palaczy rozpoczynało palenie przed podjęciem pracy w służbie zdrowia, a tylko 27,3% w trakcie pracy lub na studiach medycznych [8].

Do czynników skłaniających do rozpoczynania palenia w czasie studiów medycznych, wymienianych przez respondentów, należały: stres (2 osoby), przykład palących kolegów (1 osoba).

Z badań wynika, iż z 14% palaczy (N=14) połowa studentów 7% (tj. 7 osób ze studiów licencjackich) próbowało rzucić palenie tytoniu. Tylko 2% studentów mgr (N=2) nie próbowało, ale chciałoby rzucić palenie. 8% palaczy (N=8) z 14% (N=14) nie chciałoby poddać się terapii antynikotynowej bowiem twierdzi, iż działania przeciwytoniowe w Polsce są nieskuteczne. Według Zbigniewa Grzonkowskiego ok. 16% palących pielęgniarek zatrudnionych w Instytucie Kardiologii chciałoby korzystać z terapii antytytoniowej [3].

Ponadto z badań wynika, iż zdecydowana większość ankietowanych, bo 99% (N=99) twierdzi, iż palenie jest szkodliwe dla zdrowia. Podobnie w badaniach przeprowadzonych w 2008 roku ankietowani w 94% byli świadomi szkodliwego wpływu palenia tytoniu na zdrowie.

Z badań własnych wynika również, iż 28% studentów studiów licencjackich (N=28) ocenia, iż ich wiedza na temat zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) jest dobra, zaś 16% studentów magisterium (N=16) twierdzi, iż ich wiedza jest bardzo dobra. 13% respondentów (N=13) twierdzi, iż nie mają żadnej wiedzy na ten temat.

W badaniach przeprowadzonych w 2008 roku ponad połowa studentów VI roku przyznała, że nie ma żadnej wiedzy na temat rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu 5,7% lub ich wiedza na ten temat jest bardzo słaba lub słaba 51,%. Aż 43% badanych stwierdziło, że studia medyczne w ogóle nie były dla nich źródłem wiedzy o ZUT [2].

Analizując tabelę 10 z badań własnych możemy zauważyć, iż 54% ankietowanych (N=54) twierdzi, iż częściowo studia medyczne były dla nich źródłem wiedzy na temat ZUT.

Reasumując należy zauważyć, iż duża wiedza pielęgniarek, jak również jeszcze studentów pielęgniarstwa, korzystnie wpływa na świadomość, postawy pacjentów i otoczenia. Jednak 13% respondentów (N=13) twierdzi, iż nie mają żadnej wiedzy na temat szkodliwości palenia, dlatego też tą częścią społeczeństwa należy przekonać, iż bez pogłębiania wiedzy i zmiany postaw najbardziej pod tym względem wpływowej grupy, do której bez wątplenia należą pielęgniarki, nie można skutecznie przeciwdziałać pandemii nikotynizmu w Polsce.

## **Wnioski**

1. Głównym problemem wynikającym z palenia tytoniu przez młodzież jest występowanie zachorowań,
2. Posiadana wiedza młodzieży na temat szkodliwości palenia jest nie do końca zadawalająca, w związku z czym nadal istnieje potrzeba prowadzenia edukacji wśród młodzieży w celu zmniejszania zachowań niekorzystnych dla zdrowia,
3. Obecne programy profilaktyczne zdaniem ankietowanych są nieskuteczne.

## **Podsumowanie**

Palenie tytoniu stanowi największe, lecz możliwe do wyeliminowania, zagrożenie dla zdrowia w wymiarze światowym. Duża wiedza pielęgniarek, jak również jeszcze

studentów pielęgniarstwa może korzystnie wpłynąć na świadomość oraz postawy pacjentów i otoczenia.

### **Hipoteza**

„ Zakładam, że młodzież posiada wiedzę na temat szkodliwości palenia tytoniu”, nie została w pełni potwierdzona. Słuszność tej hipotezy potwierdzają wyniki badań:

- 28% studentów studiów licencyjnych (N=28) ocenia, iż ich wiedza na temat zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) jest dobra,
- 16% studentów magisterium (N=16) twierdzi, iż ich wiedza jest bardzo dobra,
- 13,0% respondentów (N=13) twierdzi, iż nie mają żadnej wiedzy na temat zespołu uzależnienia od tytoniu ( ZUT ).

### **Piśmiennictwo**

1. Kozak S.: Patologie wśród dzieci i młodzieży. Difin sp. z.o.o., Warszawa, 2007, 105.
2. Stelmach W. Palący problem – czyli prawie wszystko o tytoniu i skutkach jego używania. Post. Fitoter., 2009, 1, 58 - 60.
3. Zatoński W.: Rzuć palenie razem z nami. Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie, Warszawa, 2000, 17.
4. [http://pl.wikipedia.org/wiki/Dym\\_tytoniowy](http://pl.wikipedia.org/wiki/Dym_tytoniowy), data pobrania 30.04.2012
5. <http://www.zakaz-palenia.pilnuj.pl/ustawa>, data pobrania 30.04.2012
6. Smoking Cessation, Australian Academic Press, 2007.
7. Wołowski T.: Palenie tytoniu wśród pielęgniarek miasta Gdańsk. Rozprawa doktorska. Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Gdańsku. 1994.
8. Siemińska A.: Genetyczne i środowiskowe uwarunkowania palenia tytoniu. Rozprawa habilitacyjna. Klinika Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku, 2008.

**Maciuk Małgorzata**

## **Zagrożenia zawodowe w środowisku pracy pielęgniarek**

Biała Podlaska Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Oddział Ortopedyczno Urazowy z pododdziałem Rehabilitacji

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania środowiska medycznego problematyką zagrożeń występujących w miejscu pracy oraz ich profilaktyką. Już w starożytności znane były zagadnienia związane z bezpieczeństwem i ujemnymi skutkami pracy.

Hipokrates (460-377 p.n.e.) zauważył, że „*istnieje wiele rzemiosł i sztuk, które sprowadzają na ludzi zajmujących się nimi wiele plag i cierpień*” [cyt. za 1].

Ramazinni (1633-1714), określany „twórcą” współczesnej medycyny pracy, usystematyzował problemy zdrowotne, scharakteryzował objawy wielu chorób zawodowych, a zawody medyczne umieścił na drugim miejscu pod względem zagrożenia zawodowego w pracy [cyt. za 1].

Oddziaływaniem warunków pracy na stan zdrowia człowieka interesuje się medycyna pracy. Jest to zespół wielodyscyplinarny, w jego skład wchodzi takie dziedziny nauki jak: fizjologia i ergonomia, socjologia pracy, epidemiologia, psychologia pracy, zdrowie publiczne, organizacja ochrony zdrowia, prawo i ekonomika. Badaniem negatywnych skutków zdrowotnych pracy zawodowej zajmuje się, w szczególności, higiena pracy i kliniczna patologia zawodowa [2].

**Narażenie zawodowe (ekspozycja zawodowa)** [3] - to pojęcie ilościowe, określające stężenie lub natężenie czynnika szkodliwego dla zdrowia. Istotny jest również czas działania tego czynnika w odniesieniu do dnia pracy oraz dłuższych okresów pracy.

**Ryzyko zawodowe** [3] określa, w zależności od wielkości narażenia zawodowego, prawdopodobieństwo lub częstość występowania niekorzystnych zmian w stanie zdrowia pracowników.

Czynniki zagrożenia występujące bezpośrednio w środowisku pracy stanowią istotny problem w pracy zawodowej pielęgniarek i mogą prowadzić zarówno do chorób zawodowych, jak i para zawodowych (tzn. częstych i mogących mieć związek z wykonywaną pracą) [2]. W sposób nierozdzielny łączą się one z: charakterem wykonywanej pracy, stosowanymi technikami i metodami pracy, środkami dezynfekującymi, zastosowaniem sprzętu medycznego, a także z brakiem wiedzy na temat zagrożenia zawodowego [4]. Pamiętać jednak należy, iż zagrożenia zawodowe zdrowia nie są równoznaczne z chorobą zawodową [4].

**Zagrożenia zawodowe, występujące w środowisku pracy, dzieli się najczęściej na:**

- czynniki niebezpieczne, urazowe - działając w sposób nagły, mogą spowodować uraz czy wypadek przy pracy (poruszające się urządzenia, ruchome, luźne czy ostre przedmioty, wystające elementy, prąd elektryczny, ogień, substancje wybuchowe, nierówna nawierzchnia i inne),

- czynniki biologiczne, chemiczne i fizyczne (czynniki zagrażające chorobą zawodową) [1, 2].

### **Czynniki psychofizyczne**

Czynniki psychospołeczne, związane z zawodem pielęgniarstwa, są niedocenianym elementem wpływającym negatywnie na zdrowie pracowników i jakość wykonywanej pracy [5]. W znacznym stopniu przyczyniają się do powstawania i zaostrzania przebiegu wielu zaburzeń w stanie zdrowia, sprzyjają powstawaniu wypadków obniżają wydajność pracy, przynoszą straty materialne jak również zakłócają funkcjonowanie zakładu [6]. Zalicza się do nich między innymi: obciążenia fizyczne statyczne i dynamiczne, przeciążenia percepcyjne, obciążenia emocjonalne, urazy [4].

Według definicji WHO „...zagrożenia psychospołeczne odnoszą się do interakcji pomiędzy treścią i organizacją pracy, systemami zarządzania, warunkami środowiska pracy, a kompetencjami, potrzebami i indywidualnymi właściwościami pracownika” [5].

Jak dotąd niewiele aktów prawnych reguluje zasady ochrony zdrowia pracujących, przed negatywnymi skutkami narażenia na zawodowe czynniki psychospołeczne. Najważniejszym aktem UE, dotyczącym tego zagadnienia, jest Dyrektywa 89/391/EEC w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy. W Polsce natomiast na szczególną uwagę zasługuje norma PN-N-18002:2000 System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy [4]. Pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikom bezpieczeństwo i ochronę zdrowia w każdym aspekcie związanym z pracą, jak również opracować spójną politykę prewencji [6]. Niektóre z państw np.: Belgia, Niemcy, Norwegia posiadają przepisy odnoszące się wprost do zagrożeń psychospołecznych oraz sposobów ich zwalczania.

### **Stres w zawodzie pielęgniarstwa**

**Stres** to niespecyficzna reakcja organizmu charakteryzująca się mobilizacją psychiczną i fizyczną, do pokonania różnych przeszkód i wymagań. Towarzyszyć jej mogą zarówno pozytywne jak i negatywne stany emocjonalne [7].

**Stres zawodowy** to brak wzajemnego dostosowania się między pracownikiem, a jego środowiskiem pracy [4].

**Stres w zawodzie pielęgniarstwa** może być następstwem zmęczenia oraz nadmiernego obciążenia psychofizycznego, a także podejmowaniem zbyt wielu decyzji i działaniem pod presją czasu i terminów [4].

Wybór zawodu należy do najważniejszych decyzji życiowych każdego człowieka i co ważne oznacza on nie tylko decyzję o sposobie zdobywania środków do życia, ale przede wszystkim decyzję o sposobie przeżywania dużej części naszego życia. Poziom satysfakcji z wykonywanego zawodu stanowi swego rodzaju równowagę pomiędzy zasobami człowieka (czas, wykształcenie, doświadczenie, zaangażowanie), a wynikami (tym co otrzymuje w zamian - awans, wynagrodzenie, możliwość szkoleń).

Międzynarodowa Organizacja Pracy (*International Labour Organization – ILO*) od lat prowadzi szeroko zakrojoną działalność edukacyjną dotyczącą stresu i jego skutków, a także metod prewencji [6].

### **Najważniejsze czynniki stresujące w środowisku pracy pielęgniarstwa to:**

- zakłócenia na linii praca - dom - praca zmianowa, dyspozycyjność - dyżury pod telefonem, niskie zarobki - konieczność dorabiania - przepracowanie,

- specyfika obciążeń związana z zadaniami na stanowisku pracy: stany nagłe, ostre, kontakt ze śmiercią, monotonia dyżurów, pełna sprawność psychofizyczna, dobry wzrok, słuch, pamięć,
- stała konfrontacja z faktem utraty najważniejszych wartości (zdrowie, życie)
- małoistotny udział w decyzjach dotyczących warunków pracy
- specyfika organizacji pracy: sztywne godziny zatrudnienia, stały pośpiech, narzucone tempo pracy,
- interakcje z ludźmi: udzielanie wsparcia psychicznego pacjentom i ich rodzinom, brak wsparcia ze strony przełożonych, współpracowników, rywalizacja w miejscu pracy,
- uciążliwe warunki pracy( brak miejsca do wypoczynku, zbyt małe dyżurki, przepełnienie oddziałów),
- potrzeby i preferencje pracownika: niski prestiż zawodu, małe zarobki, problemy moralne- odpowiedzialność za pacjenta, stałe ryzyko,
- brak jasnych kryteriów oceny pracy [7].

#### **Najczęstsze patologie somatyczne powstające w wyniku stresu to:**

- wzrost ryzyka choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego, nadciśnienia tętniczego i udaru mózgu,
- zaburzenia układu trawiennego (szczególnie wrzody trawienne),
- dolegliwości układu mięśniowo- szkieletowego ( stres powoduje wzrost napięcia mięśni prążkowanych przez co dopływa do niego mniej krwi oraz utrudniony jest odpływ krwi z produktami przemiany materii), konsekwencją tego jest ból,
- zaburzenia depresyjne, nerwicowe, zaburzenia snu,
- zmniejszenie odporności immunologicznej prowadzące do powstania chorób wirusowych, bakteryjnych, degeneracyjnych, a także nowotworowych [7, 3].

Z badań przeprowadzonych przez Centralny Instytut Ochrony Pracy wynika iż stres w pracy polskich pielęgniarek osiąga zdecydowanie wyższy poziom niż w wielu innych krajach [4]. Jego główne źródła, według badanych, to: wysokie wymagania ilościowe i emocjonalne, ogromna niepewność zatrudnienia, niski poziom zadowolenia z perspektyw pracy oraz minimalne możliwości wpływu na pracę i własny rozwój [4].

Powtarzając za Hautmanem stresory psychospołeczne mają wpływ nie tylko na poziom skarg psychosomatycznych, ale również na zaburzenia w obrębie narządu ruchu [8].

Możliwe jest monitorowanie stresu w środowisku pracy przy pomocy tzw. listów kontrolnych i kwestionariuszy. Znanych jest wiele technik wzmacniania odporności na stres, podstawowe działania w tym zakresie to: zdrowy styl życia, techniki relaksacyjne oraz techniki poznawczo- behawioralne. Z ćwiczeń za najlepsze uważa się ćwiczenia aerobowe, pływanie, jazdę na rowerze, jogging [3].

#### **Praca zmianowa**

Pracownicy ochrony zdrowia, w znacznym stopniu, narażeni są na stres i przemęczenie długotrwałą pracą, w tym pracą zmianową, co wpływa negatywnie na funkcjonowanie pracownika w sferze psychicznej oraz fizycznej [5]. Spośród dolegliwości zgłaszanych przez pracowników, najczęstsze to: zaburzenia snu, łaknienia, procesów trawiennych i miesiączkowania [5]. W ostateczności, powyższe, często skutkuje rozwojem przewlekłego zmęczenia, depresją, a nawet **zespołem nietolerancji pracy nocnej i zmianowej** [5]. Zespół ten może dawać następujące skutki: zaburzenia

snu, przewlekłe zmęczenie, dolegliwości sercowo- naczyniowe (choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze), dolegliwości gastryczne (zaburzenia żołądkowo- jelitowe, choroba wrzodowa żołądka), większe spożywanie kawy, napojów alkoholowych, leków uspokajających, zaburzenia funkcjonowania społecznego, zmniejszenie ogólnej satysfakcji życiowej, obniżenie jakości życia seksualnego, depresję, objawy wypalenia się, zaburzenia psychoneurotyczne, przyspieszenie procesów starzenia się [4,9]. W skrajnych przypadkach może zaistnieć tzw. paraliż zmiany nocnej, charakteryzujący się niemożnością wykonywania ruchów lub bardziej skomplikowanych czynności fizycznych przy całkowicie zachowanej świadomości [9].

### **Wypalenie zawodowe**

**Zespół wypalenia zawodowego**, według Tucholskiej (2001) rozwija się w wyniku interakcji między środowiskiem pracy (wysokie wymagania, mały wpływ, małe wsparcia), a indywidualnymi cechami osobowości (biologiczna podatność na stres połączona z umiejętnościami budowania relacji społecznych i tworzeniu wspomagającego środowiska, z tolerancją na frustrację i możliwościami poznawczymi [cyt. za 4].

W opinii Pines i Aronson (1988) wypalenie „*to stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowanego długotrwałym zaangażowaniem w sytuację obciążającą pod względem emocjonalnym*” [cyt. za 4].

Według Maslach i Goldberg (1998) wypalenie jest wynikiem niedopasowania związanego z nadmiernym obciążeniem w pracy, brakiem kontroli i podejmowania decyzji, co do pełnionych ról, niedostatecznym wynagrodzeniem, brakiem sprawiedliwości, a także doświadczanie konfliktów wartości [10]. Często negatywne skutki wypalenia zawodowego rozszerzają się na inne sfery życia, powodując narastanie problemów rodzinnych, nadużywanie alkoholu, leków, narkotyków oraz zjawisk natury psychologicznej [4].

Zespół wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarki, może przejawiać się: utratą uczuć i zainteresowania pacjentami, obojętnością na ich stany emocjonalne, zaniedbaniami w pracy, a nawet wygórowanymi reakcjami na słabe bodźce [7].

W opinii Cherniss (1980) objawy wypalenia zawodowego to: poczucie porażki, bezradności, gniewu, winy, zniechęcenia, izolacji i wycofania, uczucie stałego zmęczenia i wyczerpania, duże zmęczenie po pracy, silna niechęć do codziennego pójścia do pracy, wysoka absencja w pracy [10]. W stosunku do pacjentów jest to: brak pozytywnych uczuć, cynizm, wrogość, traktowanie ich szablonowo, niezdolność do słuchania. Istotny jest również fakt wzrastającej skłonności do ścisłego przestrzegania przepisów [2].

Maslach sprowadza te objawy do trzech głównych kategorii: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz poczucie braku dokonań w pracy [3]. Uważa, że *zespół burnout*, czyli wypalenia zawodowego, dotyczy w głównej mierze, osób szczególnie zaangażowanych w intymne problemy innych ludzi, natury psychologicznej, społecznej i fizycznej [10]. Według niej wypalenie to proces nader destrukcyjny, niejednokrotnie może doprowadzić do całkowitej niezdolności do pracy [10].

Koszty wypalenia zawodowego ponosi, w głównej mierze, jednostka, ale bardzo istotne są też koszty instytucji i osób z którymi dana jednostka pozostaje w kontaktach osobistych i zawodowych [4].

## **Przemoc i agresja**

Problem agresji w placówkach służby zdrowia w Polsce przez wiele lat był tematem „tabu”. Od kilkunastu lat obserwuje się jednak wzrost zainteresowania tym problemem [5].

Według Komisji Europejskiej agresja w miejscu pracy to „wszystkie te sytuacje w których pracownik jest obrażany, zastraszany lub atakowany w okolicznościach związanych z pracą i stanowi to wprost lub pośrednio zagrożenie jego bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia i zdrowia” [11]. Zagrożenie to wynika z mnogości kontaktów interpersonalnych w miejscu pracy. Sprawca to osoba z poza pracy (pacjent, jego rodzina), a także osoby współpracujące ze sobą (koleżanka, kolega, przełożony), na różnych szczeblach zależności zawodowej [5].

Neuman [11], analizując swoje badania, wyodrębnił trzy grupy zachowań agresywnych, w miejscu pracy:

1. manifestowaną wrogość (mówienie podniesionym głosem, używanie wulgaryzmów, obraźliwe gesty, komentarze, groźby, nieuzasadniona, nadmierna i niesprawiedliwa krytyka pracy, rozpowszechnienie nieprawdziwych informacji na temat ofiary),
2. umyślne utrudnianie wykonywania pracy (obstrukcjonizm) czyli: celowe spowalnianie pracy zespołu, spóźnianie się na spotkania, odwlekanie wykonania zadania, zatajanie ważnych informacji i inne,
3. jawną agresję (agresja fizyczna, pogrożki słowne, znieważanie w obecności osób drugich (pacjent, współpracownik), szantaż

Podstawowym źródłem agresji fizycznej są pacjenci. Zdecydowanie mniejsze źródło stanowią najbliżsi współpracownicy oraz przełożeni. Owe zachowania agresywne mogą skutkować, dla pracownika, osoby atakowanej, zaburzeniami zdrowia psychicznego, w postaci zespołu stresu ostrego lub stresu traumatycznego [11]. Stąd też najpilniejszą potrzebą w takiej sytuacji jest chronienie pracowników przed agresją o charakterze psychicznym. Asertywność to podstawowa umiejętność społeczna pozwalająca na jak najmniej kosztowne rozwiązywanie konfliktów i zagrożeń [11].

## **Mobbing**

Słowo mobbing wywodzi się od angielskiego czasownika- „to mob” co oznacza napastować, atakować, zaczepiać. Zjawisko mobbingu po raz pierwszy zostało opisane w środowisku ludzi pracujących na początku lat 80 XX wieku przez Heinza Leymanna [12].

Mobbing jako „szczególny rodzaj konfliktu” został uznany za nowy czynnik ryzyka zawodowego dopiero w ostatnich latach [12]. Z dotychczasowych badań wynika, iż środowiskiem szczególnie narażonym na występowanie tego zjawiska jest służba zdrowia [12]. Termin „mobbing” istnieje w prawodawstwie polskim jako „*usystematyzowana przemoc psychiczna w miejscu pracy*” [5].

Mobbing to długotrwałe, systematyczne nękanie, zastraszanie pracownika, ośmieszanie go, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej. Jest to wielofazowy proces, w którym morder (prześladowca) stosuje metody manipulacji od najbardziej subtelnych i niezauważalnych przez ofiarę, po najbardziej drastyczne, powodujące poczucie krzywdy, bezsilności, odrzucenia, autodeprecjacji. Może prowadzić do wyizolowania spośród współpracowników, a nawet do całkowitej eliminacji z zespołu [12].

Mobbingiem jest też stosowanie przemocy ekonomicznej, psychicznej i społecznej w celu upokorzenia, zastraszenia i ograniczenia zdolności do pracy. Może



powodować silny stres, choroby somatyczne oraz psychiczne [12]. Najczęściej narażone na zachowania mobbingowe są osoby z najkrótszym stażem pracy oraz osoby z wyższym wykształceniem w sytuacji zagrożenia pozycji zawodowej bezpośredniego przełożonego [12].

Mobbing bardzo często jest efektem błędów w procesie zarządzania pełnianych przez przełożonych. Zapomina się o tym, iż to pracownicy stanowią największy zasób i potencjał strategiczny i to od nich zależy realizacja założonych celów [12].

### **Czynniki biologiczne**

Biologiczne czynniki szkodliwe, są to czynniki zakaźne stanowiące potencjalne ryzyko dla człowieka. Ich obecność, w szeroko rozumianym środowisku pracy, może powodować rozwój choroby lub złego samopoczucia u ludzi [cyt.za 4]. Jak wynika z najnowszych danych epidemiologicznych [1] są one najpoważniejszym zagrożeniem w miejscu pracy pielęgniarstwa. Biologiczne czynniki szkodliwe mogą być przeniesione do organizmu człowieka poprzez: wdychanie, połknięcie, dotknięcie czyli bezpośredni kontakt oraz przez zakłucie (iniekcję). Skutki ich oddziaływania na organizm ludzki zależą w dużej mierze od liczby i rodzaju drobnoustroju, indywidualnych cech jednostki oraz od odpowiedzi układu odpornościowego [1]. Pielęgniarki z racji wykonywanych obowiązków narażone są na zakażenie praktycznie wszystkimi drobnoustrojami chorobotwórczymi. Na uwagę zasługuje ekspozycja na HBV, HCV, HIV, gruźlicę i inne choroby zakaźne. Zakażenia HBV stanowiły w 2001 roku 33,3% wszystkich notowanych zakażeń wśród pracowników szpitali [6].

Bardzo istotne jest prowadzenie stałej profilaktyki ograniczającej ryzyko zakażenia. Powinno się kłaść duży nacisk na wpajanie pracownikowi dobrych nawyków dotyczących zasad aseptyki, dostatecznie wyposażać pracowników w środki ochrony indywidualnej, systematycznie przeprowadzać szkolenia personelu dotyczące eliminacji ryzyka zakażeń, a także nadzorować szczepienia ochronne personelu [7].

### **Czynniki chemiczne**

W rozpatrywaniu problemu narażeń zawodowych nie można pominąć aspektu zagrożeń czynnikami chemicznymi. Problem ten zależy w dużej mierze od ich rodzaju, czasu ekspozycji, drogi wniknięcia oraz od wrażliwości osobistej osoby narażonej [6]. Codzienna praca pielęgniarstwa wiąże się nierozdzielnie z chemioterapią, kontaktem z odczynnikami do badań, gazami anestetycznymi, środkami stosowanymi do dezynfekcji i sterylizacji [6]. Są to substancje o działaniu uczulającym, drażniącym, toksycznym, żrącym, rakotwórczym, upośledzającym funkcje rozrodcze, zawarte w środkach dezynfekcyjnych, w lateksie kauczuku naturalnego, w metalach wykorzystywanych do produkcji narzędzi medycznych. W tym względzie bardzo istotne są szkolenia personelu pod kątem rozpoznawania różnego rodzaju nadwrażliwości na lateks [7]. Długotrwałe oddziaływanie szkodliwych czynników chemicznych może doprowadzić do poważnych schorzeń, a nawet choroby zawodowej [7]. Istotne znaczenie w grupie czynników szkodliwych zajmują środki dezynfekcyjne. Ich oddziaływanie na organizm może się objawiać podrażnieniem skóry (zaczerwienienie, obrzęk, suchość, łuszczenie się skóry, wypryski), podrażnieniem układu oddechowego (astma oskrzelowa, nieżyt nosa) oraz podrażnieniem oczu (zapalenie spojówek). W konsekwencji często prowadzi to do powstania choroby zawodowej typu alergii, kontaktowe zapalenie skóry, nieżyt dróg oddechowych [7].

### Czynniki fizyczne

W środowisku pracy pielęgniarki to przede wszystkim: pole elektromagnetyczne, promieniowanie podczerwone i jonizujące, promieniowanie laserowe, hałas, wibracja, mikroklimat gorący, zimny [6].

Promieniowanie jonizujące, w przypadku nadmiernej ekspozycji, może wywołać skutki dwójakiego rodzaju:

- **deterministyczne** (niestochastyczne) - świadczące o pochłonięciu znacznej dawki promieniowania, efekty działania są widoczne w krótkim czasie, na przykład zaburzenia o charakterze odwracalnym (obrzęki, przejściowa niepłodność) lub ciężkie uszkodzenia nieodwracalne (zespół popromienny, uszkodzenie szpiku, zmiany zwyrodnieniowe, wytwórcze, a nawet trwała niepłodność)
- **stochastyczne (bezprogowe, odległe)** - tu zmiany mogą być wywołane przez dowolnie małą dawkę promieniowania, uszkadzającą pojedynczą komórkę, co z kolei może zapoczątkować dalszą patologię(kancerogeneza i metageneza) [7].

### Profilaktyka

**Zbiorowa profilaktyka techniczna** chroni grupę pracowników (np. automatyzacja, klimatyzacja, ekrany, osłony, filtry), **indywidualna** zaś zapewnia środki ochrony osobistej, odzież roboczą.

**Profilaktyka organizacyjno-prawna** obejmuje przedsięwzięcia pracodawcy takie jak: szkolenia pracowników, nadzór, rotacja personelu, urlopy, skrócony czas pracy, regulaminy, standardy postępowania, stosowane w miejscu pracy nakazy, zakazy [2].

**Profilaktyka medyczna** to np. okresowe badania profilaktyczne pracowników, czynne poradnictwo, sanatoria, szczepienia, edukacja zdrowotna [2].

### Piśmiennictwo

1. Kowalczuk K., Krajewska – Kułak E., Ostapowicz-Van Damme K.: Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych, Probl. Pielęg., 2010, 18, 353-357.
2. Mielczarek –Pankiewicz E.: „Problemy zdrowotne pielęgniarek i położnych, Mag. Pielęg. Poł., 2010, 3.
3. Karczewski K.J.: „Higiena” Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa, Wyd. Czelej, Lublin, 2002, 263-290, 250-252.
4. Wrońska I., Krajewska-Kułak E.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego. Wydanie I, Wyd. Czelej, Lublin, 2007.
5. Kowalczuk K., Krajewska–Kułak E., Jankowiak B. i wsp.: Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy, Probl. Hig. Epidemiol., 2008, 89, 211-245.
6. Waszkowska M., Merecz D., Drabek M.: Programy prewencji stresu zawodowego-strategie, techniki, ocena skuteczności, Med. Pr., 2009, 60, 523-529.
7. Bilski B.: „Higiena pracy w pielęgniarstwie-wybrane zagadnienia, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2009, 141-156, 233-252, 118-139, 157-174.
8. Langauer-Lewowicka H.: Uwarunkowania psychospołeczne zespołów bólowych kręgosłupa, Med. Środ., 2007, 10, 17-19.

9. Marcinkowski J.T.: ,Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych, Wyd. PZWL, Warszawa, 2003, 62-73.
10. Wilczek-Różyczka E.: Wypalenie zawodowe a empatia, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, 16-23.
11. Drabek M., Merecz D., Mościcka A.: Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług, Med. Pr., 2007, 58, 299-306.
12. Kurzecka D., Kamińska M., Kozakiewicz B.: Skala mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach, Med. Pr., 2008, 59, 223-228.

**Maciuk Małgorzata**

## **Obciążenia układu ruchu w pracy pielęgniarskiej**

Biała Podlaska Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Oddział Ortopedyczno - Urazowy z pododdziałem Rehabilitacji

Warunki pracy to wszystkie przedmioty, wartości i sytuacje, z którymi styka się człowiek w miejscu pracy, mogące wpływać pozytywnie na pracownika, zwiększając jego zadowolenie i motywację do pracy, bądź negatywnie, stanowiąc element obciążający organizm, prowadzący do dyskomfortu i zagrożeń zdrowotnych [1]. Na wielkość obciążenia układu ruchu wpływa przede wszystkim charakterystyka pozycji ciała oraz wartość obciążenia zewnętrznego [1].

Wysiłek fizyczny, to praca mięśni szkieletowych wraz z całym zespołem towarzyszących jej czynnościowych zmian w organizmie. Praca fizyczna dynamiczna to praca wykonywana z przeważającym udziałem skurczów izotonicznych i krótkotrwałych skurczów izometrycznych mięśni [2]. W pracy zawodowej pielęgniarki, przedmiotem szczególnego zainteresowania, powinny stać się negatywne następstwa obciążenia statycznego oraz stopień ich rozpowszechnienia [2].

### **W ocenie obciążeń statycznych bierze się pod uwagę następujące czynniki:**

- zajmowana pozycja ciała (siedząca, stojąca),
- stopień wymuszenia pozycji ciała m.in.: stopień pochylenia tułowia, jego skręt, zgięcie nóg w pozycji stojącej,
- obecność czynników roboczych wymagających istotnych napięć statycznych mięśni,
- czas trwania obciążeń statycznych,
- wielkość działających sił podczas wykonywania pracy statycznej [2].

Nie ma jednak na chwilę obecną obiektywnych („mierzalnych”) metod służących do oceny obciążenia statycznego. Przyjęto umowną klasyfikację ciężkości tego obciążenia.

W pracy zawodowej pielęgniarki wysiłki typu statycznego stanowią bardzo istotny składnik ogólnego obciążenia, ponieważ nadal nie zmniejszyła się liczba stanowisk pracy, na których dużą rolę odgrywa praca statyczna i obserwuje się nawet wzrost ilości tych prac, czas ich trwania przy jednoczesnym wzroście monotypowości. Oceniając monotypowość ruchów roboczych należy brać pod uwagę stopień ograniczenia ruchowego, liczbę powtórzeń jednakowych ruchów, a także wartość sił rozwijanych przy tych ruchach [2]. Te rodzaje obciążeń powodują zmęczenie i spadek zdolności wysiłkowej, prowadzą również do powstawania różnych form patologii układu mięśniowo- szkieletowego. Wykonanie jakiegokolwiek czynności wymusza na człowieku przyjęcie odpowiedniej pozycji ciała. Jest to możliwe dzięki pracy mięśni szkieletowych i kręgosłupa [3]. By utrzymać ciało w określonej pozycji organizm zawsze musi ponieść pewien koszt energetyczny. Zgodnie ze Standardem Europejskim EN 1005-4 pozycja skrzycona, pochylona z obciążeniem jest całkowicie niedopuszczalna [3]. Bardzo istotne

znaczenie mają działania profilaktyczne zmierzające do optymalizacji warunków pracy [2].

**Tabela 1. Umowna klasyfikacja ciężkości obciążenia statycznego [2].**

Obciążenia statyczne	Pozycja ciała przy wykonywanej pracy
<u>Srednie</u>	Praca w pozycji siedzącej, wymuszonej nieznacznie, bądź stojącej niewymuszonej z możliwością zmiany na siedzącą wymuszoną
<u>Duże</u>	Praca w pozycji siedzącej, wymuszonej, pochylonej lub stojącej bez możliwości zmiany na siedzącą
<u>Bardzo duże</u>	Praca w pozycji siedzącej lub stojącej wymuszonej, znacznie pochylonej lub w nienaturalnej pozycji

Obciążenie statyczne, zwłaszcza to nie związane z podnoszeniem, charakteryzuje się małym zużyciem energii. Utrzymanie ciała w pozycji wymuszonej, nienaturalnej może prowadzić do wzrostu wydatkowania energii do 60%, wielokrotnie przekraczając koszt pracy [3]. Ma to miejsce w przypadku, gdy stanowisko pracy nie jest dostosowane do człowieka i postawionych mu zadań. Długotrwałe napięcie mięśniowe stanowi czynnik zwiększający uciążliwość pracy i w znacznym zakresie niekorzystnie oddziałuje na układ krążenia. Skurcz izometryczny mięśni powoduje zahamowanie przepływu krwi i nagromadzenie w mięśniach produktów przemiany materii powodujących ból i rozwój zmęczenia mięśniowego, a także swoistą reakcją układu krążenia, głównie wzrost ciśnienia tętniczego [4]. Prawidłowa postawa umożliwia jednakowe obciążenie tarczki międzykręgowych. Pozwala na pełne wykorzystanie sprawności fizycznej pracownika, nie jest męcząca. W przypadku zaś niewłaściwej postawy ciała dochodzi do ściskania tarczki międzykręgowej w przedniej jej części i rozciągania od strony tylnej [3]. Pamiętając, że kręgosłup u dorosłego jest odżywiany poprzez dyfuzję w trakcie ruchu, niewłaściwe postawy często prowadzą do niedożywienia kręgosłupa czyli osłabienia jego energetyki [3].

**Pielęgniarki**, wśród pracowników ochrony zdrowia, są grupą szczególnie narażoną na przeciążenia układu ruchu. Utrzymywanie wymuszonej pozycji ciała, to najczęstsza przyczyna obciążenia statycznego podczas pracy. Powszechnie, za pozycję wymuszoną, uważa się taką, która jest odmienna od pozycji stojącej, a konieczność jej przyjęcia podczas pracy jest wymuszona konstrukcją, kształtem i rozmiarami stanowiska pracy, lub też miejscem, sposobem wykonywania pracy. Ze względu na to, że obciążającą sytuacją jest brak ruchu, można przyjąć, że każda pozycja ciała jest pozycją wymuszoną, jeżeli nie można jej zmienić podczas czynności trwającej nieprzerwanie przez okres 1 godziny. Zarówno częstotliwość, jak i czas pozostawania w pozycji pochylonej, uwarunkowane są liczebnością i stanem zdrowia chorych oraz profilem oddziały szpitalnego [4]. Większość czynności pielęgnacyjno-higienicznych, pielęgnacyjno-leczniczych

wykonywana jest w pochyleniu, a czas ich trwania wynosi od 30 s. do 12 a nawet 15 minut. Najbardziej uciążliwe są te, które wymagają pokonania ciężaru, zwłaszcza podczas podnoszenia i przemieszczania pacjentów [4]. Nieprawidłowe obciążenia układu ruchu wynikają z wymuszonych postaw ciała, nierzadko w pozycji głęboko pochylonej i ze skręceniem tułowia i związana jest często z koniecznością utrzymania tej pozycji przy przenoszeniu, podnoszeniu, przytrzymywaniu chorego [4]. Powodują obciążenia statyczne niektórych mięśni i stawów [5].



**Rycina. 1. Pozycja pochylona ze skręceniem tułowia przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych [źródło własne]**



**Rycina 2. Pozycja typowa pochylona przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych u chorego [źródło własne]**

Pozycję pochyloną i głęboko pochyloną pielęgniarki przyjmują najczęściej przy czynnościach pielęgnacyjno– leczniczych, diagnostyczno – leczniczych wykonywanych u chorych w łóżku: pomiar ciśnienia tętniczego, wstrzyknięcia domięśniowe, dożylnie, pobieranie prób krwi do badań, wykonywanie opatrunków, oraz przy niektórych czynnościach pielęgnacyjno-higienicznych (np. mycie głowy chorego w łóżku, ścielenie łóżka, golenie) [4].

W pozycji pochylonej, napięciu ulegają mięśnie grzbietu we wszystkich jego segmentach, mięśnie obręczy stawu biodrowego głównie mięsień lędźwiowo-udowy wielki i mięsień biodrowy. W zgiętym kręgosłupie działają na krążki międzykręgowe siły ściskające, jak i rozciągające połączenia kręgów. Występuje wówczas zmiana wielkości prześwitu otworu międzykręgowego. Ruchy zgięciowe kręgosłupa sięgające ponad 400 powtórzeń dziennie, a także długotrwała pozycja siedząca, przy braku ruchów przeprostu, powodują stopniową dyslokację jądra miazdystego w kierunku tylnym i tylnobocznym. Powodują rozciągania wiązadła podłużnego-tylnego oraz ucisk na korzenie nerwowe opuszczające kanał kręgowy, co w konsekwencji objawia się odczuwanym bólem [4, 6]. Konsekwencją wymuszonych pozycji przy pracy, zarówno o charakterze statycznym jak i dynamicznym, są dolegliwości bólowe w obrębie układu mięśniowo- szkieletowego. Te z czasem często przeradzają się w zmiany zwyrodnieniowe układu narządu ruchu [1]. Winkler i współpracownicy, oceniając przy pomocy programu biomechaniki ruchu 3D SSPP sylwetkę pielęgniarki podczas golenia pacjenta, stwierdzają 5-krotnie większą w porównaniu do pozycji wyprostowanej wartość siły ściskającej krążek międzykręgowy L4/L5 (1820 [N]) i ponad 7-krotnie większą w krążku międzykręgowym L5/S1 (1777 [N]) [4].

**Główne przyczyny skłaniające pielęgniarki do przyjmowania przy pracy nieracjonalnej pozycji pochylonej i głęboko pochylonej to przede wszystkim:**

- niedostosowane pod względem ergonomicznym poszczególne stanowiska robocze pielęgniarek, tj. łóżka chorych, leżanki bez możliwości regulacji wysokości płaszczyzny leżącej, lub z regulacją mechaniczną (korbka, pedał) wymagającą dodatkowego pochylecia się i wysiłku fizycznego, niskie meble, zły stan techniczny urządzeń i sprzętu, pomieszczenie o ograniczonej przestrzeni,
- nieprawidłowe nawyki najprawdopodobniej nabyte już na etapie procesu uczenia się [4].

**W pracy pielęgniarek do wystąpienia objawów zbk predysponują takie czynności jak:**

- przemieszczanie ciężkiego sprzętu medycznego oraz innych, ciężkich obiektów (np.: wózków funkcyjnych, łóżek z pacjentem, zestawów operacyjnych, butli tlenowych, odpadów pozabiegowych i inne)
- podnoszenie ciężarów znacznie przekraczających dopuszczalne granice - w Polsce ciężar dozwolony do podnoszenia dla kobiet wynosi 20 kg, w USA np. 19-21kg.
- wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy pacjentach leżących, zwłaszcza otyłych w pozycji pochylonej,
- wielokrotne powtarzanie czynności zawodowych w nieergonomicznych pozycjach(asystowanie do zabiegów, pobieranie krwi, wykonywanie iniekcji itp.)

- nieprawidłowe podnoszenie i przemieszczanie pacjentów (niestosowanie zasad ergonomii)
- powtarzane, monotonne ruchy,
- wykonywanie czynności w zbyt małej przestrzeni roboczej,
- pokonywanie barier architektonicznych w zakładach opieki zdrowotnej,
- czynniki techniczno-organizacyjne: niewłaściwe usytuowanie urządzeń na stanowisku pracy, nieodpowiednie przejścia i dojścia, brak odpowiedniego wyposażenia w urządzenia dźwigowe, maty poślizgowe, podnośniki,
- długotrwała, pochylona ku przodowi pozycja ciała, często połączona z wykonywaniem ruchów rotacyjnych kręgosłupa i długotrwałym stanem (np. pielęgniarki instrumentariuszki i pielęgniarki sal zabiegowych)
- długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej w nieergonomicznym miejscu pracy [2, 6, 7, 8].

Utrzymywanie przez określony czas wymuszonej, ustalonej pozycji ciała – przeciążenia statyczne, dają efekt tzw. „stresu posturalnego” najczęściej pochodzenia mięśniowego [7].

**Istotne znaczenie, jak podaje polskie i zagraniczne piśmiennictwo, w odczuwaniu zmęczenia i bólów kręgosłupa, mają również :**

- obciążenia pozazawodowe pielęgniarek (prowadzenie domu, opieka nad dziećmi, dojazdy do pracy, system zmian 12-godzinnych)
- indywidualna wydolność organizmu, stan zdrowia, wiek,
- brak nawyku aktywnego spędzania czasu, sedenteryjny tryb życia
- stany napięcia psychicznego towarzyszące przewlekłemu stresowi, znacznemu zmęczeniu czy też występowaniu depresji [8].

Profilaktyka tych schorzeń polega na przestrzeganiu pewnych reguł i zasad ergonomii pracy. Zawarte są one w trzech zasadach – regułach bezpiecznego przenoszenia (Tabela 4).

Według statutu Międzynarodowego Stowarzyszenia Ergonomicznego (*International Ergonomics Association - IEA, 1967 rok*): „*ergonomia zajmuje się związkami zachodzącymi pomiędzy człowiekiem, a jego zajęciem, sprzętem i otoczeniem w najszerszym znaczeniu, włączając w to pracę, wypoczynek, sytuację w domu i w podróży*” [3]. Inna definicja ergonomii: „*jest to nauka stosowana, zajmuje się dostosowaniem pracy do fizjologicznych i psychicznych możliwości człowieka dla zapewnienia pracy możliwie sprawnej, nie zagrażającej zdrowiu i wykonywanej możliwie niskim kosztem biologicznym*” [9].

Zła organizacja pracy i niewłaściwe warunki w jakich jest wykonywana, ujemnie wpływają na zdrowie człowieka, który tę pracę wykonuje, a także są przyczyną wypadków przy pracy i chorób zawodowych, pociągających za sobą znaczne koszty.

**Tabela 2. Reguły bezpiecznego przenoszenia [5]**

<b>Zasada I</b>	<b>Zasada II</b>	<b>Zasada III</b>
Jeśli nie czujesz się na siłach podnieść konkretnego obiektu, poszukaj pomocy	To ty zawsze musisz panować nad ciężarem, a nie ciężar nad tobą	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zanim zaczniesz działać – pomyśl.</li> <li>• Oszacuj możliwość wykonania zadania.</li> <li>• Postaraj się o utrzymanie równowagi.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unikaj silnego pochylania się</li> <li>• Nie skręcaj tułowia.</li> <li>• Zawsze wykonuj łagodne, płynne ruchy.</li> <li>• Upewnij się czy będziesz miał wystarczającą widoczność.</li> <li>• Jeśli to konieczne, używaj narzędzi pomocniczych.</li> <li>• Lepsze jest pchanie lub ciągnięcie ładunku aniżeli przenoszenie go.</li> <li>• Wykorzystuj osobiste wyposażenie ochronne.</li> <li>• Utrzymuj ciężar blisko ciała.</li> </ul>
--	--	--

Według Kułagowskiej (2010), dolegliwości mięśniowo- szkieletowe związane z wykonywaną pracą (WRMSDs - *work-related musculoskeletal disorders*), stanowią coraz poważniejszy problem związany z ochroną zdrowia pracujących. Są bezpośrednim powodem obniżenia jakości życia pracowników, pośrednio wpływają na jakościowe i ilościowe efekty pracy [10]. Również Zięba (2003) podkreśla, iż brak odpowiednich warunków pracy oznacza niedostateczną motywację pielęgniarek, a także niemożność wykonania czynności pielęgniarskich na odpowiednio wysokim poziomie [1].

Obowiązki pracodawcy dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych [6]. Problem narażenia na czynniki szkodliwe, niebezpieczne w miejscu pracy w miejscu pracy stał się tematem wielu decydentów. Badania potwierdzają wagę problemu. Bardzo istotne jest więc monitorowanie narażeń zawodowych, ale przede wszystkim wdrożenie programów profilaktycznych [11].

## Piśmiennictwo

1. Kosińska M. , Niebrój L.: Ergonomia w opiece zdrowotnej, ŚAM, Katowice, 2003.
2. Karczewski K.J.: Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa, Wyd. Czelej, Lublin, 2002, 263-290, 250-252
3. Wykowska M.: Ergonomia jako nauka stosowana, Uczelniane Wyd. Naukowo-Dydaktyczne AGH, Kraków 2009, 11-12, 120-129, 258-266.
4. Kosińska M. , Kułagowska E., Winkler T., Zięba J., Plinta R., Kokosz M., Niebrój L.: Wymuszone pozycje ciała w pracy pielęgniarskiej, Ann. UMCS Sect. D, 7,28, 76-80.
5. Krajewska-Kułak E., Wrońska I.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego, wyd. I, Wyd. Czelej, Lublin, 2007.
6. Jarosiewicz G.: Jak chronić układ mięśniowo- szkieletowy podczas pracy. Poradnik dla pracowników służby zdrowia, PIP, Główny Inspektorat Pracy, Warszawa 2010.
7. Leszczyńska A., Daniszewska B., Dudek K. i wsp.: Wpływ ergonomii pracy pielęgniarek na występowanie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa, Kwartalnik Oropedyczny, 2008, 2, 210-218.

8. Bilski B.: ,Higiena pracy w pielęgniarstwie- wybrane zagadnienia, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2009, 141-156, 233-252, 118-139, 157-174.
9. Idczak D.: Ergonomia w kształtowaniu warunków pracy, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk. 1999, 9, 19-20, 25-26, 72-74.
10. Kułagowska E.: Obciążenia układu mięśniowo- szkieletowego podczas prac wykonywanych przez pielęgniarkę anestezjologiczną, Med. Pr., 2008, 59, 287-292.
11. Kowalczyk K., Krajewska – Kułak E., Ostapowicz-Van Damme K.: ,Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych, Probl. Pielęg., 2010, 18, 353-357.



**Cielebąk Sebastian, Sienkiewicz Zofia, Imiela Jacek**

## **Wypalenie zawodowe u pielęgniarek**

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

### **Wstęp**

Fundamentalne dziedziny aktywności jednostki ludzkiej w ciągu jej całego istnienia to: praca, zabawa oraz nauka. Praca zawodowa, czyli jedna z głównych stref życia ma decydujący wpływ na subiektywną ocenę jego jakości. Może stać się źródłem życiowego zadowolenia, satysfakcji, pozytywnie oddziaływać na kondycję psychofizyczną. Lecz w kilku przypadkach praca zawodowa staje się przyczyną istotnych obciążeń i rodzi mnóstwo stresów. Forma wykonywanej pracy jest jednym z najgłówniejszych elementów wpływającym na stopień zagrożenia wypaleniem zawodowym. Praca w warunkach trwałego oraz bliskiego kontaktu z innymi ludźmi bardzo często wyróżnia się wielkim stopniem zaangażowania emocjonalnego. W połączeniu z oddziaływaniem stresu oraz konieczność radzenia sobie z wygórowanymi oczekiwaniami innych, osoby, których praca polega na relacjach interpersonalnych należą do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego [1].

Na początku sądzono, że proces wypalenia zawodowego jest w stanie z mniejszą lub większą intensywnością wystąpić w każdej profesji. Pewne profesje bardziej niż inne predysponują do wystąpienia wypalenia zawodowego. „Są to zawody, w których bliska, zaangażowana interakcja z drugim człowiekiem stanowi istotę profesjonalnego działania i warunkuje powodzenie w danym zawodzie, sukces i rozwój” [1].

Zespół wypalenia zawodowego dotyczy więc profesji, które są określane jako społeczne i usługowe. Przedmiotem oddziaływań w tych zawodach są kontakty międzyludzkie, które bardzo często polegają na zaangażowaniu oraz wymianie emocjonalnej. Zalicza się tu takie grupy zawodowe, jak: pielęgniarki, lekarze, psychiatry, psychologowie, kuratorzy sądowi, pracownicy opieki społecznej, personel więzienny, doradcy zawodowi w urzędach, księża, pedagodzy, policjanci [2].

Od osób, które pracują w tych profesjach wymaga się dużego stopnia empatii, a także oddania. Jeżeli przeciążenie psychiczne jest długotrwałe, osoby, których dotyka mogą przestać się przed nim bronić, tracą zapał, popadają w rutynę, a nawet całkowicie zniechęcają się do aktywności zawodowej [3].

Pośród grup zawodowych, które są w głównej mierze narażone na wystąpienie wypalenia zawodowego znajdują się również pracownicy służby zdrowia. Może być to powiązane z tym, iż lekarze i pielęgniarki z jednej strony kierują się troską i współczuciem wobec powierzonego im opiece pacjenta, z drugiej natomiast muszą zachować swojego rodzaju dystans emocjonalny wobec problemów zdrowotnych podopiecznych. Lekarze oraz pielęgniarki muszą być świadomi, iż zarówno dla dobra pacjenta, a także dla zachowania własnego zdrowia psychicznego wskazane jest czasem przyjęcie postawy obojętności i niezaangażowania emocjonalnego [4].

Duży stopień psychicznego obciążenia w zawodach medycznych, a zwłaszcza wśród personelu pielęgniarstwa jest skutkiem konieczności osobistego poświęcenia, a także zaangażowania w problemy pacjentów oraz cierpiących ludzi. Teorie stresu i psychi-

cznego wypalenia w profesjach ściśle związanych z pracą z innymi ludźmi, głównie lekarzy pielęgniarek są bardzo istotne we współczesnej psychologii zdrowia, odzwierciedlającej niekorzystne skutki rozwoju cywilizacyjnego w wyniku wzrostu konkurencji na rynku pracy. Dobrostan jednostki, niezależnie od formy i rodzaju wykonywanej pracy, w dużym stopniu jest zależny od umiejętności radzenia sobie ze stresem, natomiast jakość strategii redukcji sytuacji stresowych w znacznym stopniu – od oceny, a także postrzegania siebie, swych ewentualnych możliwości w odniesieniu do danej sytuacji stresowej [5].

Pojęcie zespół wypalenia zawodowego pojawiło się w języku naukowym za sprawą amerykańskiego psychiatry Freudenbergera [6] w 1974 roku. Od tamtego czasu odnotowuje się nieustanny wzrost zainteresowania tym problemem. Wynikiem wzrostu zainteresowania tym tematem są liczne publikacje i prace badawcze, które wykazują, że syndrom wypalenia zawodowego staje się istotnym problemem. Wśród grup zawodowych, będących w centrum zainteresowań badaczy od początku znajdowały się pielęgniarki [7].

## Rozwinięcie

### *Definicje wypalenia zawodowego*

Zjawisko wypalenia zawodowego było znane i opisywane już pod koniec lat 60. XX w. Przykładowo, w niemieckich podręcznikach psychiatrii było ono rozumiane jako tzw. „reakcja wyczerpania” [8].

Termin „burnout” (z języka angielskiego – wypalony) powstało w Stanach Zjednoczonych w latach 70. Jego twórcy, H. Freudenberger i Ch. Maslach, duży nacisk kładą na to, iż syndrom wypalenia psychicznego w wyniku przepracowania odnosi się nie tylko do profesji socjalnych. Indeks zawodów będących zagrożonymi zespołem wypalenia zawodowego zawiera obecnie szeroką paletę aktywności zawodowej jednostki ludzkiej wraz z trudnościami, jakie niesie ze sobą życie osobiste [6].

W literaturze psychologicznej termin „wypalenie zawodowe” pojawił się w 1974 roku. Był to pionierski artykuł, w czasopiśmie *Journal of Social Issues* Herberta J. Freudenbergera. Określił on wypalenie jako wyczerpanie jednostki spowodowane nadmiernymi zadaniami, które są jej stawiane przez społeczne lub fizyczne warunki pracy zawodowej. Według jego opinii, na swoisty zespół wypalenia zawodowego składają się takie oznaki, jak ból głowy, zmęczenie, wzmożona podatność na zachorowania, zmienność zachowań, drażliwość oraz uczucie stałego zniechęcenia i znudzenia [9].

Termin „**zespół wypalenia zawodowego**” określa zespół specyficznych symptomów zarówno psychicznych, jak i somatycznych, które są następstwem długotrwałego stresu, powiązanych z kluczowym i ciągłym zajęciem zawodowym. Proces ten dotyczy tylko tych profesji, których podstawą jest praca z innymi ludźmi: lekarzy, pielęgniarek, psychologów, prawników i pedagogów. Są to grupy zawodowe, wśród których bardzo często dochodzi do bliskich kontaktów interpersonalnych, a niesienie pomocy jest podstawowym założeniem tych profesji. Swoisty charakter zawodów medycznych, który wynika z ich specyficznego zorganizowania oraz środowiska, w którym są one wykonywane, a także stres, który towarzyszy aktywności zawodowej bazującej na bliskiej współpracy pacjentem, w powiązaniu z niskimi zarobkami, wraz z brakiem możliwości rozwoju i awansu, wywołują zawód spowodowany niespełnieniem wyobrażeń i oczekiwań oraz prowadzą do utraty wiary w słuszność sprawy [10].

### Koncepcje wypalenia zawodowego

Spośród wielu badaczy, jednowymiarowo zespół wypalenia zawodowego traktowali między innymi Freudenberger, Pines, Richelson, Aronson. Kierowali się oni między innymi chęcią szacowania wypalenia przy użyciu środków pomiarowych. Aspektem, na którym skupiają się wyżej wymienione teorie, jest szeroko rozumiane wyczerpanie. Pojęcie wyczerpania jest tutaj najbliższe zmiennej ogólnie zaakceptowanej, jaką jest stres.

Christina Maslach swą pracę naukową nad wypaleniem zawodowym rozpoczęła od skupienia się na emocjach, aby przez „systemy błędnej atrybucji” dotrzeć do takiego terminu z literatury medycznej, jak choćby pojęcie "zdystansowanej troski", które wyraża współczucie, przy równoczesnym dystansie emocjonalnym. Następnym terminem, jaki przykuł jej uwagę, była "obronna dehumanizacja", oznaczająca ochronę siebie przed obezwładniającymi emocjami. Innymi słowy, jest to przedmiotowe traktowanie drugiego człowieka oraz traktowanie go jako objawu, przypadku, a nie istoty ludzkiej. Zjawiska te rozpatrywała w koncepcji kontaktów interpersonalnych, w perspektywie osoby pomagającej, jak i tej, której pomoc jest udzielana. W wyniku tego Maslach doszła do wniosku, że istota procesu wypalenia zawodowego tkwi dokładnie w pracy z innymi ludźmi, a szczególnie w relacjach opiekuńczych. Przeprowadzone badania naukowe a także monitoring w naturalnych warunkach pozwoliły dużo lepiej pojąć perspektywę sytuacyjną wyżej wymienionych relacji. Ponadto zorientowały rozwój myśli zwracających uwagę na funkcję chorego w procesie wypalania się. Na początku pojęcie robocze wypalenia zawodowego Maslach i Jackson składało się z dwóch elementów: wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji. Podczas następnych badań okazało się, iż do powyższych komponentów powinno się dołączyć kolejny, odmienny wymiar - obniżone poczucie dokonań osobistych. Maslach uważa zespół wypalenia zawodowego za nieuchronny wynik destrukcji, zachodzącej w sferze psychicznej ludzi, którzy ponad stan eksploatują własne siły w pomaganiu innym. W znacznej mierze dotyczy on ludzi wykonujących zawody społeczne oraz usługowe, w których przedmiotem oddziaływań są relacje interpersonalne, polegające na zaangażowaniu a także na wymianie emocjonalnej [11].

Wielowymiarowy wzorzec wypalenia zawodowego zawiera w sobie pojedynczy wymiar czyli wyczerpanie, dorzucając zarazem reakcję na innych, czyli depersonalizację i zredukowane poczucie własnych dokonań jako swoistą reakcję na siebie. Według Christiny Maslach, w trójskładnikowym wzorcu wypalenia zawodowego zredukowane poczucie własnych dokonań odzwierciedla płaszczyznę samooceny, a depersonalizacja próbuje oddać płaszczyznę kontaktów międzyludzkich w środowisku pracy [12].

Egzystencjalny model wypalenia zawodowego to perspektywa motywacyjna, a jego koncepcja głosi, iż aby się wypalić, trzeba najpierw "płonąć", to znaczy posiadać wysoki poziom umotywowania. Każdy motyw zarówno ten powszechny, jak i charakterystyczny dla danej profesji, jak również ten osobisty formuje oczekiwania co do tego, iż dana profesja będzie miała znaczny wpływ oraz pozwoli na osiągnięcie sukcesu. Wspierające środowisko pracy, znamionujące się pozytywnymi cechami, które umożliwiają osiągnięcie zamierzonych celów, zapewnienie środków, a także wsparcia jest warunkiem niezbędnym do osiągnięcia celów.

W sytuacji, kiedy środowisko pracy jest stresogenne, gdy jednostka napotyka na swej zawodowej drodze dużo utrudnień, kiedy doświadcza w związku z tym potężnego stresu, a wynagrodzenie oraz wsparcie są niewystarczające, wtedy osiągnięcie oraz realizacja celów wydają się być nieosiągalne. Motywacja wówczas znacznie maleje [13].

*Objawy.*

Najbardziej kompletną wizją **objawów** wypalenia zawodowego jest opis jego symptomów podany przez Chernissa [11]. Wyszczególnia on między innymi:

- uczucie zawodu wobec samego siebie;
- poczucie winy;
- złość i niechęć;
- negatywizm, izolacja i wycofanie się, alienacja;
- brak odwagi i obojętność;
- częste "spoglądanie na zegarek";
- codzienne uczucie zmęczenia i wyczerpania;

- wielkie zmęczenie po pracy;
- utrata pozytywnych uczuć w stosunku do klientów;
- niechęć do telefonów i wizyt klientów;
- przesuwanie terminów spotkań z klientami;
- stereotypizacja klientów;
- brak zdolności do koncentrowania się na klientach bądź ich wysłuchania;
- wrażenie bezruchu;
- zakłócenia snu;
- cynizm i postawa strofująca wobec klientów;
- częste bóle głowy i dolegliwości z przewodu pokarmowego;
- częste przeziębienia i grypy;
- nieustępliwość w myśleniu oraz niechęć do zmian;
- problemy małżeńskie i rodzinne;
- nieufność i paranoidalne wyobrażenia;
- częsta nieobecność w miejscu pracy [11].

#### *Wypalenie zawodowe u pielęgniarek*

Praca wykonywana przez pielęgniarki jest ciężka, trudna oraz złożona, dodatkowo ma specyficzny wielozadaniowy charakter. Wymaga posiadania bardzo dużej sprawności manualnej zarówno przy wykonywaniu czynności zabiegowych, jak również pielęgnacyjnych. Oprócz tego do personelu pielęgniarskiego należą takie zadania, jak: zbieranie wywiadu o stanie zdrowia podopiecznego, prowadzenie dokumentacji medycznej, promocja zdrowia, edukacja prozdrowotna chorych oraz ich bliskich, a także obsługiwanie sprzętu czy urządzeń medycznych. Wszystkie te czynności bezpośrednio łączą się z różnorodnymi umiejętnościami, predyspozycjami oraz zdolnościami [14]. W pracy pielęgniarki bardzo często pojawia się również presja czasu. Niejednokrotnie mają miejsce sytuacje zaskakujące, nagle trudne do przewidzenia, jak chociażby gwałtowna zapaść, zmiana stanu zdrowia chorego na gorsze bądź konieczność reanimacji. Zazwyczaj podczas tych sytuacji o życiu okolicznościach może doprowadzić do narastającego zmęczenia oraz do znacznego spadku wydajności pracy, a także do znacznej redukcji komfortu psychicznego personelu pielęgniarskiego [15].

W polskich realiach praca w zawodzie pielęgniarki jest utrudniona przez niski prestiż społeczny zawodu, niską perspektywę rozwoju i awansu, a także niskim wynagrodzeniem finansowym [16].

Personel pielęgniarski, w obecnym stanie systemu ochrony zdrowia, należy do grup zawodowych, które w największym stopniu są narażone na stres.

Główne źródła stresu w zawodzie pielęgniarki to przede wszystkim:

- nierytmiczny tryb pracy, który powoduje okresowo duże przeciążenia,
- 12-godzinny system pracy,
- źle zorganizowana praca,
- zmianowy system pracy, który zaburza naturalny cykl biologiczny organizmu ludzkiego,
- brak satysfakcjonującego wynagrodzenia,
- brak szacunku w oczach przełożonych,
- niepewność zatrudnienia,
- zła komunikacja w zespole,
- brak perspektyw rozwoju zawodowego,
- rozległy obszar odpowiedzialności, która jest ściśle związana z wykonywanymi zadaniami,
- wysokie oczekiwania ze strony podopiecznych i ich rodzin,

- o konieczność bycia dyspozycyjnym i niezawodnym [17].

Personel pracujący w środowisku, w którym bardzo często spotyka się przewlekłe umieranie oraz śmierć twierdzi, iż do najistotniejszych źródeł stresu podczas aktywności zawodowej zalicza się:

- obserwowanie rozwoju choroby i jej skutków,
- umieranie i śmierć chorego,
- psychospołeczne warunki pracy [18].

Inne czynniki wywołujące stres to przede wszystkim: wewnętrzne konflikty – z koleżankami, współpracownikami, przełożonymi, brak autonomii, przeciążenie wykonywaną pracą, charakterystyka niektórych specjalności, przeszkody organizacyjne oraz ekonomiczne, hierarchiczny układ zależności zawodowej, niski status społeczny zawodu, konieczność kontaktu interpersonalnego z różnymi osobami, które są zaangażowane w ten sam problem, ogromne obciążenie psychiczne, niskie zarobki, zła współpraca z podopiecznym oraz jego rodziną [19].

Profilaktyka

Czynności profilaktyczne z zakresu zapobiegania wypaleniu zawodowemu są realne i możliwe do zrealizowania. Istotna jest świadomość, że istnieje takie zagrożenie i stanowcza postawa. Każdy człowiek posiada ogromny potencjał oraz możliwości kształtowania efektywnego stylu zapobiegania wypaleniu zawodowemu. Aktywność fizyczna, relaks, hobby, odpoczynek ma niebagatelne znaczenie. Szacunek i miłość do samego siebie, szeroko postrzegana, lecz nie przekraczająca zdrowych granic troska o samego siebie może przynieść wymierne efekty [20].

Według Sęk, aby skutecznie zapobiec wystąpieniu wypalenia zawodowego należy:

- **Podkreślać pozytywne aspekty wykonywanej pracy i zawodu.**  
W odpowiednim momencie należy udzielić sobie odpowiedzi na następujące pytania: Co doceniasz najbardziej w swojej pracy (niezależnie od tego, co Ci przeszkadza)? Jakie istotne dla Ciebie wartości możesz w swej pracy realizować (niezależnie od przeszkód, jakie czasami napotykasz na swojej drodze)? Co doceniasz najbardziej w swoich kolegach (niezależnie od tego, z czym bywa Ci trudno)? Jakie korzyści wynikają z "bycia na Twoim stanowisku" (niezależnie od wszelkich niedogodności, które są z nim związane)?
- **Uzupełniać świadomość ryzyka wypalenia zawodowego kompetencjami zaradczymi.**  
Sama wiedza na temat czynników sprzyjających wypaleniu zawodowemu nie jest wystarczająca. Konieczne podjęcie odpowiednich działań, zgromadzenie szerokiego wachlarza własnych sposobów, które sprzyjają relaksacji, unikaniu napięć oraz zbudować swoje sfery wsparcia.
- **Pamiętać o doskonaleniu zawodowym.**  
Im więcej jednostka potrafi - tym lżej jej się pracuje. Należy wybierać z szerokiej oferty szkoleń szczególnie te, podczas których zdobywa się określone umiejętności.
- **Zadbać o informacje zwrotne i wsparcie.**  
Paradoks niektórych zawodów polega na tym, że człowiek musi częściowo działać sam, a jednocześnie w kwestiach wychowawczych, jeśli chce być efektywny, musi ściśle współpracować z innymi ludźmi. To, co jest kluczowe do sprawnego funkcjonowania, to ciągła wymiana informacji i ujednoczenie kierunków działania. Wsparcie społeczne jest istotnym czynnikiem przeciwdziałającym wypaleniu. Jego głównym źródłem pozostaje rodzina i przyjaciele.
- **Poznać swoje cele, oczekiwania, nastawienia i uczucia.**



Istotne jest odpowiedzenie sobie na pytanie, co konkretnie jest dla Ciebie warte uwagi, jakim wartościom poświęcasz swój czas, wysiłek i energię. Należy zadbać też o pozytywne nastawienie do samego siebie oraz innych. Trzeba wsłuchać się we własne emocje i nie tracić z nimi kontaktu. Pomaga to w zachowaniu gruntu pod nogami i nie zatracić się w odpowiedzi na często nadmierne oczekiwania otoczenia.

- **Zadbać o własną autonomię.**

Ważne jest odkrycie własnego terytorium wpływu. Człowiek, który został pozbawiony samodecydowania przez innych ludzi zawsze jeszcze może decydować, jak bardzo elementy zewnętrzne wpłyną na jego wnętrze. Jednostka sama decyduje, jaką wybierze wobec nich postawę. Człowiek musi znaleźć sprawy, będące pod jego kontrolą, bez względu na ograniczenia nałożone mu przez przełożonych. Należy określić własne obszary wpływu i na nich się skoncentrować, rozbudowując je i wykorzystując maksymalnie to, na co mamy wpływ.

- **Traktować sprawy zawodowe mniej osobiście.**

Jeżeli w sprawach zawodowych człowiek napotyka na problem, agresję ze strony klienta, nie należy traktować tego osobiście. Zachowanie klienta często nie jest wymierzone personalnie przeciwko pracownikowi, tylko przeciw danej sytuacji, normom czy zasadom. Ci ludzie także mają swoje problemy, kłopoty, frustracje. Taka sytuacja nie dotyczy pracownika osobiście. Pracownik powinien w takiej sytuacji reagować z namysłem i według zasad, które pomogą mu radzić sobie z trudnościami.

- **Stawiać sobie realistyczne cele.**

Frustracja bardzo często wynika stąd, że jednostka chce sięgać zbyt szybko, zbyt daleko oraz tam, gdzie nasz wpływ jest ograniczony. Sztuką jest tworzyć na tyle atrakcyjne cele, aby motywowały nas do działania i jednocześnie były adekwatne do naszych osobistych kompetencji. Na prawdopodobieństwo sukcesu wpływ mają również uwarunkowania zewnętrzne. Planując swoje działania należy je wziąć pod uwagę i precyzyjnie rozważyć.

- **Stosować przerwy w pracy, zadbać o wypoczynek, relaks, hobby.**

Zmiana rodzaju aktywności jest konieczna dla zachowania zdrowia i pozostawania w równowadze. Jednostka musi więc znaleźć czas na aktywność związaną z tym, co naprawdę sprawia jej przyjemność. Człowiek sam wie najlepiej, kiedy i jak wypoczywać.

- **Troskę o innych uzupełnić troską o siebie.**

Warto zadbać o swoje umiejętności asertywnego wyrażania oczekiwań, proszenia o wsparcie i pomoc oraz asertywnej odmowy, tak aby nie podejmować zadań ponad swoje siły. Czasami, kiedy odmowa jest niemożliwa, warto chociażby naświetlić nasze stanowisko. Taka reakcja pozwala w skrajnych sytuacjach wyrazić swoje zdanie i ochronić własne poczucie godności [20].

## Podsumowanie

Zespół wypalenia zawodowego to kolejna choroba cywilizacyjna. Może ona wystąpić u każdego z nas, lecz przede wszystkim dotyczy ona osób, które pracują zawodowo z ludźmi oraz pomagającym innym (nauczycieli, lekarzy, pielęgniarek, pracowników społecznych, księży, policjantów). Osoby reprezentujące te profesje doświadczają coraz więcej stresu, z którym ciężko sobie poradzić, są chronicznie zmęczeni, wyczerpują się, praca zawodowa przynosi im coraz mniej satysfakcji. W celu radzenia sobie z tymi obciążeniami, coraz bardziej dystansują się od osób, którym mają pomagać, które uczą czy

leczą. Śmiało można stwierdzić, że proces wypalenia zawodowego rozwija się u przedstawicieli zawodów, w których bliska, zaangażowana współpraca z drugim człowiekiem stanowi sedno profesjonalnego działania i warunkuje powodzenie w danej profesji. Efekty tych kontaktów międzyludzkich mogą ulec nasileniu wówczas, kiedy dana osoba nie jest w stanie radzić sobie z obciążeniami zawodowymi, przeżywając brak sukcesów lub niepowodzenia, cierpi na coraz większe zmęczenie i emocjonalne wyczerpanie. W celu obrony posługuje się zdystansowaniem, traktując podopiecznych coraz bardziej przedmiotowo, w rezultacie dochodząc do najbardziej charakterystycznego zjawiska dla wypalenia zawodowego, jakim jest depersonalizacja.

Specyfika zawodów medycznych, wynikająca z ich charakterystycznej organizacji i warunków wykonywania oraz stres towarzyszący pracy polegającej na bliskim kontakcie z osobą chorą, w zderzeniu z zarobkami niepozwalającymi na niezależność finansową oraz wywołującymi brak poczucia bezpieczeństwa, przy jednoczesnej niewielkiej możliwości awansu i rozwoju powodują rozczarowanie i utratę wiary w słuszność idei. Obecny stan wiedzy zarówno medycyny światowej, jak i krajowej w zakresie problemu wypalenia zawodowego jest bardzo wysoki. Niestety, posiadanie wiedzy nie przekłada się na zmniejszenie częstości występowania tego zjawiska u pielęgniarek. Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia procesu wypalenia zawodowego należy przede wszystkim podjąć aktywną walkę ze stresem, a dokładniej nauczyć się jak sobie z nim radzić.

## Piśmiennictwo

1. Sęk H.: Wypalenie zawodowe - psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania. Zakład Wydawniczy K. Domke, Poznań, 1996.
2. Tselebis A., Moulou A., Ilias I.: Burnout versus depression and sense of coherence. Study of Greek nursing staff. *Nurs. Heath. Sci.*, 2001, 3, 69–71.
3. Buljan D., Buljan M., Zivković M.V. et al.: Basic aspects of psychodermatology. *Psychiatr. Danub.*, 2008, 20, 415-418.
4. Bauer J., Hainer S., Kachele H. et al.: The burn-out syndrome and restoring mental health working place. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 2003, 5, 213-222.
5. Antonovsky, A.: *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.
6. Freudenberger, H.J.: Staff burn-out. *J. Soc. Issues.*, 1974; 30: 159-165.
7. Mojs E., Głowacka M.D.: Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. *Now. Lek.*, 2005, 74, 238.
8. Burish M.: W poszukiwaniu teorii - przemyslenia na temat natury i etiologii wypalenia [w:] Sęk H. (red.) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
9. Bilka E.: Jak Feniks z popiołów, czyli syndrom wypalenia zawodowego. <http://www.pismo.niebieskalinia.pl/index.php?id=253>, Ewa Bilka, Niebieska Linia, nr 4 / 2004, data pobrania, 30.04.2012
10. Demeronti E., Bakker A.B., Nachreiner F. et al.: A model of burnout and life satisfaction among nurses. *J. Adv. Nurs.*, 2000, 32, 454-464.
11. Fengler J.: *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*, GWP, Gdańsk, 2000.
12. Sęk H.: *Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2004.
13. Aronson, E.: *Człowiek istota społeczna*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1998.
14. Andruszkiewicz A.: Poziom poczucia koherencji a typy zachowań związane z pracą w grupie pielęgniarek. *Piel. Pol.*, 2005, 19, 58-62.

15. Płotka A., Golec D., Cześniakiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Annales UMCS, sect. D. Medicina, Polonia*, 2000, 45, supl. 7, 229-237.
16. Pines A.M.: Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej. [w:] *Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Sęk H. [red.]. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2000.
17. Płotka A., Radwan M., Makara-Studzińska M.: Psychospołeczne konsekwencje stresu zawodowego. *Annales UMCS, sect. D*, 2000, 43, 213-219.
18. Muraczyńska B.: Źródła i nasilenie stresu zawodowego pielęgniarek w pracy z człowiekiem umierającym. *Annales UMCS*, 2000, 34, 165-168.
19. Beisert M.: Specyfika wypalenia u pielęgniarek. [w:] *Wypalenie zawodowe - psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Sęk H. [red.]. Zakład Wydawniczy K. Domke, Poznań, 1996, 99-125.
20. Łęcka B., Szczęsna-Witkowska K.: *Zasady zapobiegania wypaleniu zawodowemu*. Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach, 2009, <http://www.metis.pl/content/view/711/211/>, data pobrania 30.04.2012.

**Burkiewicz Anna<sup>1</sup>, Buczny Jacek<sup>2</sup>, Sumiła Anita<sup>3,4</sup>, Pakalska –Korcala Anna<sup>4</sup>**

## **Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek i lekarzy a poziom depresyjności i wsparcia społecznego**

<sup>1</sup> Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Psychologii Klinicznej

<sup>2</sup> Wyższa Szkoła Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Sopocie

<sup>3</sup> Fundacja Wspierania Dzieci i Rodzin

<sup>4</sup> Gdański Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego

### **Wstęp**

Zawód lekarza i pielęgniarki ma szczególny charakter. Z jednej strony pomaganie innym stanowi ważne źródło satysfakcji i spełnienia zawodowego, z drugiej niesie za sobą duże obciążenie psychiczne i fizyczne. Wyzwania, jakie stawia praca w służbie zdrowia mogą prowadzić do poważnych obciążeń emocjonalnych, a w konsekwencji do wypalenia zawodowego. W szerokim ujęciu wypalenie zawodowe definiowane jest jako stan fizycznego i psychicznego wycieńczenia spowodowanego długoterminowym zaangażowaniem w sytuacje, które są emocjonalnie wyczerpujące [1].

Najczęściej cytowana i stosowana definicja wypalenia zwraca uwagę na trzy wymiary tego zjawiska: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja w kontaktach z innymi oraz obniżone poczucie dokonań osobistych [2].

Wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarki i lekarzy uwarunkowane jest czynnikami związanymi zarówno z charakterem wykonywanych zadań, jak również z zasobami samych jednostek. Często są to trudne doświadczenia związane z bezradnością i bezbronnością wobec przeżywanych emocji w obliczu cierpienia, czasami śmierci pacjenta.

Do czynników naruszających równowagę psychiczną pielęgniarek, według Fenglera, należą m.in. stres związany z wykonywanym zawodem, perfekcjonizm oraz rzekome braki w zakresie podatności na zranienia [3]. W innych badaniach wyodrębniono następujące kategorie obciążeń w pracy pielęgniarki: wymagania związane ze specyfiką danego zawodu, przeciążenia wynikające z ponoszonej odpowiedzialności, niesatysfakcjonujące zarobki, nieprawidłowa współpraca pomiędzy zespołem leczącym a pacjentem i jego bliskimi, niski status społeczny oraz brak odpowiednich warunków do leczenia [4].

Wypalenie zawodowe w grupie lekarzy wiąże się z występowaniem takich czynników, jak wymagające postawy pacjentów, które często mogą być odbierane jako próba podważania ich autorytetu, brak wsparcia społecznego i zmęczenie [5]. Niektóre badania zwracają szczególną uwagę na stres wynikający z pracy z pacjentami trudnymi, osobami nieuprzejmymi, ciągle czującymi się źle, a przy tym nie zgłaszającymi żadnych oznak poprawy swojego stanu zdrowia [6].

Znaczącą przyczyną wypalenia jest utrata zasobów. Wśród czynników, które umożliwiają radzenie sobie ze stresem doświadczanym w pracy zawodowej wymienia się, m.in. wsparcie społeczne [7,8].

### **Cel pracy**

Celem pracy było porównanie nasilenia zespołu wypalenia zawodowego w grupie lekarzy i pielęgniarek oraz weryfikacja hipotezy o zależności nasilenia syndromu wypalenia od takich czynników jak wsparcie społeczne i poziom depresyjności.

### **Material i metody**

W badaniu udział wzięło 25 lekarzy i 25 pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Szczecinek i Gdańska. Średnia wieku w grupie pielęgniarek wynosiła 42,42 lata (-/+ 8,2 ), natomiast w grupie lekarzy 44, 42 (-/+ 8,91). Staż pracy pielęgniarek wynosił średnio 20,5 lat (-/+ 8,01), w grupie lekarzy 19,21 lat (-/+ 8,71). Analizy problemów badawczych dokonano w oparciu o następujące metody: Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (Maslach Burnout Inventory) [9], Skalę Wsparcia Społecznego autorstwa Kmieciak Baran [10] oraz Skalę Depresji Becka [11].

### **Wyniki**

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. W celu zbadania zależności między rodzajem wykonywanego zawodu, poziomem depresyjności, wsparcia społecznego i czynników syndromu wypalenia zawodowego zastosowano hierarchiczny model regresji wielokrotnej. Każdą z hipotez badawczych przetestowano w jednym modelu regresji. W pierwszym modelu, wynik ogólny w skali wypalenia zawodowego potraktowano jako zmienną kryterialną (objaśnianą). Analizy wykonano wprowadzając w pierwszym kroku czynnik grupy (pielęgniarki vs lekarze). Zmienna ta okazała się istotnym predyktorem wypalenia zawodowego, gdyż lekarze charakteryzowali się silniejszym natężeniem tego syndromu niż pielęgniarki (Tab.1). W drugim kroku wprowadzono do modelu lata pracy w zawodzie, ale zmienna ta nie była istotnym predyktorem. Wprowadzenie do modelu poziomu depresyjności zwiększyło istotnie o 34% procent wyjaśnionej wariancji zmiennej wypalenia zawodowego i okazało się, że im większy poziom depresyjności, tym silniejszy syndrom wypalenia (krok 3). Jednocześnie zaobserwowano, że czynnik grupy przestał być istotnym predyktorem wypalenia; sytuacja ta utrzymała się do ostatniego, szóstego kroku analiz. W kolejnych etapach analizy regresji dodano zmienną poczucia wsparcia społecznego oraz zmienne interakcji między grupą i poziomem depresyjności oraz pomiędzy grupą i poczuciem wsparcia społecznego. Żaden z tych kroków nie zwiększył istotnie procentu wariancji wyjaśnionej wypalenia, ale cały model był istotny statystycznie (skorygowane  $R^2 = 0,42$ ,  $F(6, 43) = 6,83$ ,  $p < 0,001$ ). W pełnym modelu czynnik grupy przestał być istotny statystycznie, a istotnym predyktorem pozostał poziom depresyjności. Ujawniła się także istotna interakcja między czynnikiem grupy i poziomem depresyjności (krok 6, Tabela 1). Interakcja ta ogranicza interpretację związku poziomem depresyjności a wypaleniem zawodowym.

Interakcję tą przedstawia Rycina1. Zastosowano procedury statystyczne umożliwiające wykrycie jej źródeł, (wykonano analizy tzw. *simple slopes*). Na ich podstawie wykazano, że w grupie pielęgniarek poziom depresyjności nie korelował z

poziomem wypalenia zawodowego ( $\beta = 0,28$ ,  $t < 1$ ), natomiast w grupie lekarzy korelacja była pozytywna; im wyższy poziom depresyjności, tym bardziej nasilony syndrom wypalenia ( $\beta = 0,73$ ,  $t(48) = 5,04$ ,  $p < 0,001$ ).

Analiza kolejnych dwóch efektów prostych (*simple slopes*) wykazała, że w grupie charakteryzujących się niskim poziomem depresyjności nie było różnicy między pielęgniarkami i lekarzami w poziomie wypalenia ( $\beta = -0,34$ ,  $t < 1$ ), ale wystąpiła ona u osób o wysokim poziomie depresyjności, gdyż lekarze charakteryzowali się wyższym poziomem wypalenia niż pielęgniarki ( $\beta = 0,61$ ,  $t(48) = 2,19$ ,  $p < 0,05$ ). Rys. 1 obrazuje opisane zależności. Na osi Y umiejscowiono standaryzowane wyniki w skali wypalenia zawodowego (jednostki z), gdzie 0 to uśredniony wynik w całej badanej próbie. Średnia poniżej 0 wskazuje na niskie wypalenie zawodowe, a odwrotnie jest w przypadku średniej powyżej 0. Średni poziom wypalenia zawodowego lekarzy o wysokiej depresyjności był znacząco wyższy od przeciętnego poziomu natężenia tego syndromu w całej próbie.

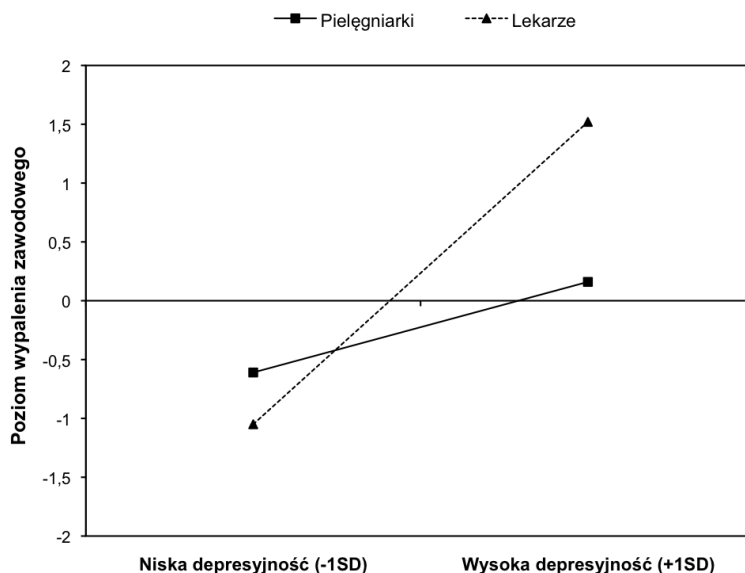
Kolejny model hierarchicznej moderowanej analizy regresji obliczono dla wyczerpania emocjonalnego jako zmiennej objaśnianej. Wykonano takie same procedury, jak w poprzedniej analizie. Po wprowadzeniu czynnika grupy zaobserwowano istotny wzrost wariancji wyjaśnionej o 7% (Tabela 2). W kolejnym kroku wprowadzono lata pracy w zawodzie, ale zmienna ta nie była istotnym predyktorem, ponieważ, po pierwsze, poziom depresyjności wprowadzony do modelu zwiększył istotnie poziom wariancji wyjaśnionej o 21% i po drugie, okazało się, że im wyższy poziom tej zmiennej, tym silniejsze wyczerpanie emocjonalne.

**Tabela 1. Wyniki hierarchicznej moderowanej analizy regresji, gdzie zmienną objaśnianą (kryterialną) był ogólny poziom wypalenia zawodowego**

Predyktor	$\Delta R^2$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Krok 1	0,08*			
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)		1,24	0,61	0,28*
Krok 2	0,01			
Lata pracy w zawodzie		0,06	0,07	0,12
Krok 3	0,34**			
Poziom depresyjności		0,44	0,08	0,60**
Krok 4	0,01			
Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,06	0,03	-0,06
Krok 5	0,03			
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		0,16	0,10	0,22
Krok 6 / pełny model	0,02			
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)		0,80	0,51	0,18
Lata pracy w zawodzie		0,07	0,06	0,12
Poziom depresyjności		0,36	0,10	0,50**
Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,01	0,03	-0,04
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		0,18	0,09	0,24*
Interakcja Grupa x Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,04	0,03	-0,15

*N* = 50. *B* = niestandardyzowany współczynnik regresji. *SE* = błąd standardowy.

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$



**Rycina. 1. Grupa zawodowa jako moderator związku między depresyjnością a wypaleniem zawodowym**

W czwartym kroku dodano do równania regresji zmienną poczucia wsparcia społecznego, ale czynność ta nie zwiększyła istotnie procentu wariacji wyjaśnionej. Inaczej było w kroku kolejnym, bo interakcja czynnika grupy i poziomu depresyjności okazała się istotnym predyktorem poziomu wypalenia emocjonalnego. Interakcja ta ogranicza interpretacje związku między czynnikiem grupy i poziomem depresyjności a wypaleniem zawodowym. Nieistotnym predyktorem wyczerpania emocjonalnego okazała się interakcja między czynnikiem grupy a zmienną poczucie wsparcia społecznego (Tabela 2). Ostateczny model regresji był istotny statystycznie (skorygowane  $R^2 = 0,28$ ,  $F(6, 43) = 4,17$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabela 2. Wyniki hierarchicznej moderowanej analizy regresji, gdzie zmienną objaśnianą (kryterialną) był poziom wyczerpania emocjonalnego**

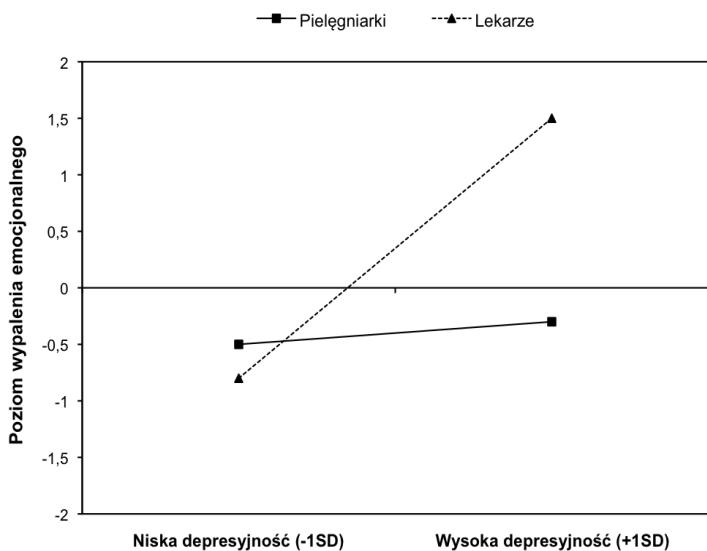
Predyktor	$\Delta R^2$	$B$	$SE$	$\beta$
Krok 1	0,07*			
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)		0,67	0,35	0,27*
Krok 2	0,01			
Lata pracy w zawodzie		0,04	0,04	0,12
Krok 3	0,21**			
Poziom depresyjności		0,20	0,05	
Krok 4	0,01			
Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,01	0,02	-0,06
Krok 5	0,07*			
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		0,14	0,06	0,33
Krok 6 / pełny model	0,00			
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)		0,55	0,33	0,22*

Lata pracy w zawodzie		0,06	0,04	0,18
Poziom depresyjności		0,13	0,06	0,30*
Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,01	0,02	-0,05
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		0,14	0,06	0,32*
Interakcja Grupa x Poziom poczucia wsparcia społecznego		0,01	0,02	0,02

$N = 50$ .  $B$  = niestandardyzowany współczynnik regresji.  $SE$  = błąd standardowy.

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

Interakcję między czynnikiem grupy i poziomem depresyjności prezentuje Ryc. 2. Analiza tej interakcji wykazała, że w grupie lekarzy poziom depresyjności korelował pozytywnie z wypaleniem emocjonalnym ( $\beta = 0,67$ ,  $t(48) = 4,26$ ,  $p < 0,001$ ), a w grupie pielęgniarek takie związku nie zaobserwowano ( $\beta = 0,02$ ,  $t < 1$ ). W grupie osób o wysokim poziomie depresyjności lekarze byli bardziej wypaleni emocjonalnie niż pielęgniarki ( $\beta = 0,85$ ,  $t(48) = 4,56$ ,  $p < 0,001$ ), natomiast w grupie o niskim poziomie depresyjności taka różnica nie wystąpiła ( $\beta = -0,28$ ,  $t < 1$ ).



**Rycina. 2. Grupa zawodowa jako moderator związku między depresyjnością a wypaleniem emocjonalnym**

W trzeciej fazie analiz depersonalizacja była kolejną zmienną objaśnianą. Analizy wykonano również w sześciu krokach, ale ze względu na to, że tylko poziom depresyjności był istotnym predyktorem, w tabeli analizy regresji przedstawiono wyniki dla pełnego modelu regresji, pomijając prezentację wyników wszystkich kroków analizy. Okazało się bowiem, że poziom depersonalizacji skorelowany jest dodatnio wyłącznie z poziomem depresyjności. Wyniki przedstawia Tab. 3.



**Tabela 3. Wyniki hierarchicznej moderowanej analizy regresji (krok 6), gdzie zmienną objaśnianą (kryterialną) był poziom depersonalizacji**

Prezyktor	skor. $R^2$	$B$	$SE$	$\beta$
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)	0,18 <sup>a</sup>	0,10	0,16	0,09
Lata pracy w zawodzie		0,01	0,02	0,05
Poziom depresyjności		0,09	0,03	0,46*
Poziom poczucia wsparcia społecznego		0,01	0,01	0,01
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		-0,01	0,03	-0,01
Interakcja Grupa x Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,02	0,01	-0,21

$N = 50$ . <sup>a</sup> $F(6, 43) = 2,78, p < 0,05$ .  $B$  = niestandardyzowany współczynnik regresji.  $SE$  = błąd standardowy. \* $p < 0,05$ .

Czwarta faza analiz wykorzystywała poziom dyssatisfakcji z pracy (obniżone poczucie dokonań osobistych), jako ostatnią badaną zmienną kryterialną. Wyniki hierarchicznej moderowanej analizy regresji pokazały, że ani wprowadzony w pierwszym kroku czynnik grupy, ani lata pracy zawodowej dodane w kroku kolejnym nie były istotnymi predyktorami dyssatisfakcji z pracy. Inaczej było, gdy do modelu wprowadzono poziom depresyjności, gdyż zakres wariacji wyjaśnionej zwiększył się istotnie o 27%. Okazało się bowiem, że im silniejszy poziom tej zmiennej, tym wyższy poziom dyssatisfakcji.

Dodanie do modelu zmiennej poczucia wsparcia (krok 4) i dodanie interakcji między czynnikiem grupy a poziomem depresyjności (krok 5) nie zwiększyło istotnie procentu wyjaśnionej zmienności dyssatisfakcji z pracy.

Dopiero wprowadzenie do modelu interakcji między czynnikiem grupy a poziomem poczucia wsparcia powiększyło znacząco procent tej wariacji (wzrost o 6%). Rezultaty zastosowania statystycznych procedur ilustruje Tab. 4. Pełny model regresji był istotny statystycznie (skorygowane  $R^2 = 0,30, F(6, 43) = 4,89, p < 0,01$ )

Rys. 3 obrazuje interakcję związaną z wyjaśnianiem poziomu dyssatisfakcji zawodowej. Analiza tego związku pokazała, że w grupie osób charakteryzujących się słabym poczuciem wsparcia społecznego, lekarze deklarowali wyższą dyssatisfakcję niż pielęgniarki ( $\beta = 0,47, t(48) = 2,31, p < 0,05$ ), natomiast u osób charakteryzujących się niskim poczuciem wsparcia nie było różnic między grupami zawodowymi ( $\beta = 0,26, t < 1$ ).

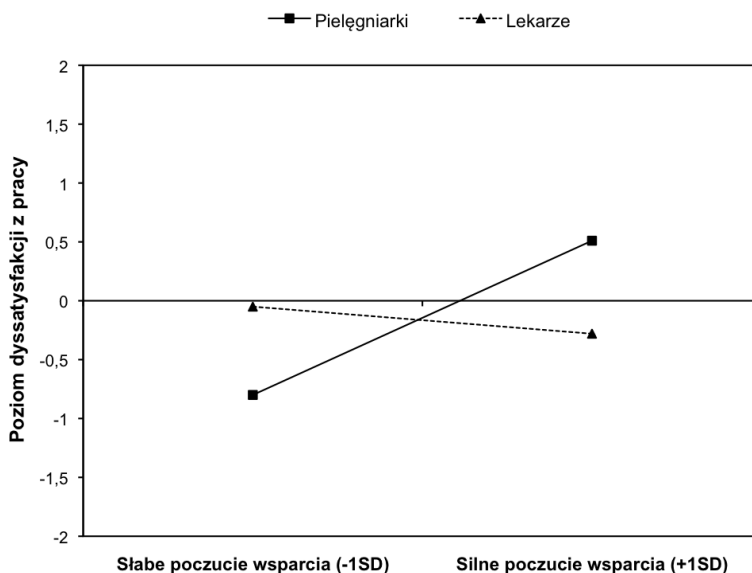
Analiza kolejnych efektów prostych wykazała, że w grupie pielęgniarek im wyższy był poziom poczucia wsparcia społecznego, tym silniejsza była dyssatisfakcja zawodowa ( $\beta = 0,44, t(48) = 2,33, p < 0,05$ ). W grupie lekarzy nie zaobserwowano związku między poziomem poczucia wsparcia a dyssatisfakcją z pracy ( $\beta = -0,16, t < 1$ ).

**Tabela. 4. Wyniki hierarchicznej moderowanej analizy regresji, gdzie zmienną objaśnianą (kryterialną) był poziom dysatisfakcji zawodowej**

Predyktor	$\Delta R^2$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Krok 1	0,04			
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)		0,35	0,25	0,20
Krok 2	0,01			
Lata pracy w zawodzie		0,01	0,03	0,06
Krok 3	0,27**			
Poziom depresyjności		0,16	0,04	0,54**
Krok 4	0,01			
Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,01	0,01	-0,06
Krok 5	0,01			
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		0,03	0,05	0,09
Krok 6 / pełny model	0,06*			
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)		0,15	0,22	0,09
Lata pracy w zawodzie		0,01	0,03	0,02
Poziom depresyjności		0,15	0,04	0,51**
Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,01	0,01	-0,04
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		0,04	0,04	0,12
Interakcja Grupa x Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,03	0,01	-0,27*
Predyktor	$\Delta R^2$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Krok 1	0,04			
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)		0,35	0,25	0,20
Krok 2	0,01			
Lata pracy w zawodzie		0,01	0,03	0,06
Krok 3	0,27**			
Poziom depresyjności		0,16	0,04	0,54**
Krok 4	0,01			
Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,01	0,01	-0,06
Krok 5	0,01			
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		0,03	0,05	0,09
Krok 6 / pełny model	0,06*			
Grupa („-1” pielęgniarki, „1” lekarze)		0,15	0,22	0,09
Lata pracy w zawodzie		0,01	0,03	0,02
Poziom depresyjności		0,15	0,04	0,51**
Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,01	0,01	-0,04
Interakcja Grupa x Poziom depresyjności		0,04	0,04	0,12
Interakcja Grupa x Poziom poczucia wsparcia społecznego		-0,03	0,01	-0,27*

*N* = 50. *B* = niestandardyzowany współczynnik regresji. *SE* = błąd standardowy.

\**p* < 0,05. \*\**p* < 0,01



**Rycina 3. Grupa zawodowa jako moderator związku między poczuciem wsparcia społecznego a dyssatisfakcją z pracy**

### Dyskusja

Pracownicy służby zdrowia stanowią grupę szczególnie narażoną na wystąpienie zespołu wypalenia. Zarówno pielęgniarki, jak również lekarze muszą jednocześnie rozumieć potrzeby pacjentów, z drugiej zachowywać dystans, tak aby nadmiernie nie angażować się emocjonalnie. Konsekwencje zdrowotne towarzyszące wypaleniu, w dalszej perspektywie będą odczuwane również przez pacjentów.

Wyniki opisanych badań potwierdzają aktualny stan wiedzy na temat wypalenia zawodowego w grupie pracowników służby zdrowia. Zarówno u lekarzy, jak i pielęgniarek występują mierzone kwestionariuszem Maslach objawy syndromu wypalenia. Zaskakujące okazały się wyniki porównawcze obydwu grup; w badanej próbie lekarze charakteryzowali się wyższym ogólnym poziomem wypalenia zawodowego niż pielęgniarki. Badaniom nad syndromem wypalenia na tzw. średnim szczeblu służby zdrowia poświęcono dotychczas stosunkowo więcej badań. Znaczna ilość doniesień wskazuje na odwrotną zależność, łącząc wyższy poziom wypalenia u pielęgniarek z takimi czynnikami, jak częstszy kontakt z pacjentem, mniejsze poczucie kontroli [12]. Odmienne wyniki badań można wiązać z występowaniem w badanej grupie innych czynników istotnie korelujących z wypaleniem zawodowym. Interesujące okazały się wykryte w badaniu zależności między wypaleniem zawodowym i jego poszczególnymi czynnikami a poziomem depresyjności. Im wyższy poziom depresyjności uzyskiwano w grupie lekarzy, tym wyższy był syndrom wypalenia ( $\beta = 0,73, t(48) = 5,04, p < 0,001$ ), korelacji tej nie zaobserwowano w grupie pielęgniarek. Na tej podstawie można przypuszczać, że badani lekarze gorzej radzą sobie ze stresem w pracy, czego efektem jest wyższy poziom depresyjności. Negatywne czynniki

emocjonalne, takie jak depresja i lęk wśród pracowników służby zdrowia są często związane z narażeniem na szczególny stres zawodowy [13]. Zależność między depresją a stopniem wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek i lekarzy została potwierdzona we wcześniejszych badaniach [14,15]. Zwraca się również uwagę na fakt, że kobiety, które stanowią przewagę w grupie pielęgniarek są szczególnie narażone na wystąpienie depresji. Łagodne i umiarkowane objawy depresji stwierdza się u ponad 30% kobiet wykonujących tą profesję [16].

Zwiększone ryzyko wystąpienia depresji stwierdzono u pielęgniarek doświadczających napięcia w pracy, przeciążenia wynikającego z pełnionej roli i braku szacunku ze strony pacjentów [17]. Większą podatność na depresję zaobserwowano również u pielęgniarek, które mocno identyfikują się z tradycyjną rolą kobiecą [18]. Poziom depresji często okazywał się czynnikiem najsilniej korelującym wypaleniem zawodowym u pielęgniarek [19].

Większość badań nad występowaniem depresji wśród lekarzy potwierdza ich przynależność do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia tych zaburzeń. Istnieją sprzeczne doniesienia na temat występowania depresji u lekarzy, ale panuje powszechna opinia, że lekarze w obliczu dużej liczby czynników ryzyka zarówno zawodowych, jak i indywidualnych mają trudności ze zwróceniem się po profesjonalną pomoc [20]. Wśród czynników predysponujących do wystąpienia depresji w tej grupie zawodowej wymienia się niektóre cechy osobowości, style radzenia sobie ze stresem i przeżywane w pracy napięcie [21].

Dalszej analizie wymaga wyjaśnienie zależności między wsparciem społecznym a obniżonym poczuciem kompetencji osobistych. W grupie osób charakteryzujących się słabym poczuciem wsparcia społecznego lekarze deklarowali wyższą dyssatisfakcję (obniżone poczucie kompetencji osobistych) niż pielęgniarki ( $\beta = 0,47$ ,  $t(48) = 2,31$ ,  $p < 0,05$ ), natomiast u osób charakteryzujących się niskim poczuciem wsparcia nie było różnic między grupami zawodowymi ( $\beta = 0,26$ ,  $t < 1$ )

Dalsza analiza pokazała zaskakujący efekt, który ujawnił się tylko u badanych pielęgniarek. Wyższy poziom wsparcia społecznego w tej grupie korelował z obniżonym poczuciem kompetencji osobistych. ( $\beta = 0,44$ ,  $t(48) = 2,33$ ,  $p < 0,05$ ). Wykrytą zależność można próbować wyjaśniać, np. zbyt gęstą siecią wsparcia społecznego, związaną z większym przyzwoleniem dzielenia się problemami w pracy. Nadmierna troska i nacisk ze strony otoczenia może stanowić dodatkowy czynnik obciążający, jednakże hipoteza ta wymaga dalszych weryfikacji.

## Wnioski

1. Lekarze charakteryzowali się silniejszym stopniem wypalenia w porównaniu z pielęgniarkami.
2. Lata pracy w zawodzie okazały się nieistotnym predyktorem wypalenia zawodowego.
3. Poziom depresyjności okazał się być istotnie skorelowany z wynikami uzyskanymi w kwestionariuszu wypalenia, im większy poziom depresyjności, tym silniejszy syndrom wypalenia. Zależność ta różniła się w grupie pielęgniarek i lekarzy.
4. W grupie pielęgniarek poziom depresyjności nie korelował z poziomem wypalenia zawodowego, natomiast w grupie lekarzy korelacja była pozytywna; im wyższy poziom depresyjności, tym bardziej nasilony syndrom wypalenia.
5. W grupie pielęgniarek wyższy poziom wsparcia społecznego korelował pozytywnie z obniżonym poczuciem kompetencji osobistych.

## Piśmiennictwo

1. Burisch M.: W poszukiwaniu teorii - przemyślenia na temat natury i etiologii wypalenia. [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Sęk H (red.). Wyd. PWN, Warszawa, 2006, 58 – 83.
2. Maslach C.: Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Sęk H (red.). Wyd. PWN, Warszawa, 2006, 84 – 98.
3. Fengler J.: Pomaganie mężczyznom – wypalenie w pracy zawodowej. GWP, Gdańsk, 2000, 95 – 100.
4. Dębska G., Cepuch G.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Probl. Piel., 2008, 16, 273 – 279.
5. Leder S.: Stres zawodowy pracowników medycznych. [w:] Psychiatria konsultacyjna i psychiatria „liaison”. Leder S., Brykczyńska C. (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 1996, 51 – 65.
6. Knypl K.: Zespół wypalenia zawodowego lekarzy. Służ. Zdr., 2004, 43, 3343 – 3346.
7. Heznel – Korzeniowska A. :Wypalenie zawodowe, zapobieganie i zwalczanie. Lek. Rodz., 2004, 4, 470 – 473.
8. Kamrowska A.: Wypalenie zawodowe. Pol. Merk. Lek., 2007, 23, 136 – 137.
9. Pasikowski T.: Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Sęk H. (red.). PWN, Warszawa, 2006.
10. Kmiecik–Baran K.: Skala Wsparcia Społecznego. Teoria i właściwości psychomotoryczne. Przegl. Psych., 1995, 45, 201 – 214.
11. Parnowski T., Jernajczyk W.: Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. Psychiatr. Pol., 1977, 11, 417 – 421.
12. Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R., Mirowska D., Florkowski A., Zboralski K., Gałeccki P.: Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. Pol. Merk. Lek., 2008, 150, 507 - 509.
13. de Boer J., Lok A., Van't Verlaat E., Duivenvoorden H.J., Bakker A.B., Smit B.J.: Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. Soc. Sci. Med., 2011, 73, 316-326.
14. Masuko E., Yamagishi M., Kishi R., Miyake H.: Burnout syndrome of human services professionals--doctors, nurses, caregivers, teachers and clerks (1). Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of human services professionals, and its relation with Zung's Self-rating Depression Scale (SDS). Jap. J. Industr. H., 1989, 31, 203-215.
15. Iacovides A., Fountoulakis K.N., Moysidou C., Ierodiakonou C.: Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? Int J Psychiatry Med., 1999, 29, 421-433.
16. Subhashni D. Singh J. Kayyali A.: Predicting Depression In Nurses AJN, Am. J. Nurs., 2010, 110, 63 – 64.
17. Ohler M.C., Kerr M.S., Forbes D.A.: Depression in nurses. Can. J. Nurs. Res., 2010, 42, 66-82.
18. Napholz L.: Depression as a function of expressiveness/instrumentality among nurses. Persp. Psych. C., 1994, 30, 29-34.
19. Chang Y., Wang P.C., Li H.H., Liu Y.C.: Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. J. Nurs. Man., 2011, 19, 769-776.

20. Brooks S.K., Gerada C. Chalder T.: Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed?. *J. Ment. H.*, 2011, 20, 146-56.
21. Parsons J.: Are doctors immune to depression?. *Austr. Fam. Ph.*, 2001, 30, 225-231.



**Kołtuniuk Aleksandra, Nester Joanna, Abramczyk Anna**

## **Obciążenie opieką opiekunów osób po udarze**

Zakład Pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

### **Wstęp**

Udar mózgu, wg definicji WHO to zespół objawów klinicznych związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, powstały w wyniku zaburzenia krążenia mózgowego i utrzymujący się ponad 24 godziny lub prowadzący do śmierci [1]. W Stanach Zjednoczonych Ameryki stanowi trzecią, co do częstości, przyczynę zgonów po chorobach układu sercowo - naczyniowego i nowotworach [2,3]. Szacuje się, że odsetek osób, u których wystąpi udar w grupie wiekowej powyżej 65 lat wzrośnie z 20% w 2000 r do 35% w roku 2050 [4]. W Polsce udar mózgu rocznie występuje u 60 –70 tys. osób. Podobną zapadalność odnotowuje się w państwach zachodniej Europy. W Polsce jednak ,w przeciwieństwie do krajów Europy Zachodniej, występuje większy odsetek zgonów w okresie okołoudarowym oraz większy odsetek osób trwale niepełnosprawnych [5].

Z danych *AHA/ASA (American Heart Association/American Stroke Association)* wynika, że około 20% osób po przebytych udarze potrzebuje opieki instytucjonalnej przez co najmniej 3 miesiące, a od 15 do 30% pozostaje trwale niepełnosprawnymi [2].

Udar mózgu jest istotnym wydarzeniem w życiu nie tylko osoby dotkniętej tą chorobą, ale także całej jej najbliższej rodziny. Rodzina stanowi bowiem najważniejsze środowisko, w którym żyje człowiek. Ze względu na obecnie zachodzące zmiany kulturowe, zmiany w dziedzinie ekonomii rodzinom coraz trudniej jest pełnić funkcję opiekuńczą wobec swoich członków, szczególnie w okresie choroby czy niepełnosprawności. Poznanie sytuacji rodzin wspomagających osoby z deficytem zdrowia jest szczególnie istotne w racjonalnym planowaniu niezbędnej profesjonalnej pomocy [6].

### **Cel pracy**

Celem pracy jest poznanie obciążenia opieką rodzin/opiekunów pacjentów po udarze mózgu.

### **Materiał i metody**

Badania dla celów pracy przeprowadzono wśród 50 opiekunów osób po przebytych udarze mózgu na terenie województwa dolnośląskiego. Udział opiekunów w badaniu był anonimowy i dobrowolny.

Najczęściej opiekunem chorego po udarze jest kobieta (78%), osoba w wieku 41 – 64 lat (54%), mieszkająca razem z podopiecznym (62%). Co drugi opiekun realizował opiekę nad podopiecznym objętym wyłącznie opieką zespołu podstawowej



opieki zdrowotnej (50%). Co drugi opiekun realizował opieką nad pacjentem korzystającym z pomocy poradni specjalistycznej lub okresowo przebywającym w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym. Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

**Tabela 1. Teren badań, płeć a wiek i miejsce zamieszkania opiekuna**

Badana cecha	Razem		Teren badań				Płeć			
			POZ		ZOL (N=8) Poradnia neurologiczna (N =17)		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ogółem	50	100%	25	50,0%	25	50,0%	39	78,0 %	11	22,0%
Wiek										
20-40	12	24,0%	8	32,0%	4	16,0%	9	23,1 %	3	27,3%
41-64	27	54,0%	10	40,0%	17	68,0%	21	53,8 %	6	54,5%
65 i więcej	11	22,0%	7	28,0%	4	16,0%	9	23,1 %	2	18,2%
Opiekun mieszka:										
z chorym	31	62,0%	14	56,0%	17	68,0%	25	64,2 %	6	54,5%
w tej samej miejscowości	10	20,0%	4	16,0%	6	24,0%	7	17,9 %	3	27,3%
w innej miejscowości	9	18,0%	7	28,0%	2	8,0%	7	17,9 %	2	18,2%

Dla celów pracy wykorzystano kwestionariusz *Caregiver Burden Scale* (CB Scale) uzupełniony o metryczkę zawierającą dane dotyczące płci, wieku oraz miejsca zamieszkania podopiecznego.

Analizy i oceny obciążenia opieką opiekunów osób po udarze starano się uzyskać odpowiadając na następujące pytania:

1. Źródłem jakiego obciążenia jest dla opiekuna wspomaganie chorego po udarze mózgu?
2. Kto wspiera opiekunów realizujących opiekę nad osobą po udarze mózgu?
3. Jakiego rodzaju wsparcia oczekują opiekunowie osób po udarze mózgu?

## Wyniki

Prawie co piąty opiekun twierdzi, że chory często prosi o nadmierną pomoc (18%). Czasami o nadmierną pomoc prosi częściej niż co trzeci chory po udarze (38%). Nadmiernej pomocy oczekują częściej podopieczni korzystający z pomocy poradni specjalistycznej lub Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Niemal co czwarty opiekun twierdzi, że "prawie zawsze" ma poczucie, że podopieczny jest nadmiernie od niego zależny (24,0%). Częściej nadmierną zależność swojego podopiecznego deklarują opiekunowie osób korzystających tylko z pomocy zespołu POZ (28,0%) niż

opiekunowie osób korzystających z pomocy poradni specjalistycznej lub osób okresowo przebywających w ZOL – u (20,0%). Także mężczyźni (36,4%) częściej czują, że podopieczny jest nadmiernie od nich zależny w porównaniu do doznań kobiet sprawujących opiekę nad osobą po udarze (20,5%). Dane przedstawia tabela 2.

Prawie zawsze lub często ma poczucie, że cała odpowiedzialność spada na jednego opiekuna częściej niż co trzeci respondent (40%). Poczucie obciążenia całą odpowiedzialnością częściej deklarują opiekunowie chorych objętych opieką poradni specjalistycznej i ZOL (52%) oraz kobiety (43,6%).

Prawie co drugi badany twierdzi, że „często obawia się o przyszłość chorego” (48,0%). Zdecydowanie częściej o przyszłość chorego obawiają się opiekunowie osób korzystających z pomocy poradni specjalistycznej lub osób okresowo przebywających w ZOL - u (60,0%) niż opiekunowie osób korzystających tylko z pomocy zespołu POZ (36%). Obawy o przyszłość chorego nieco częściej wyrażają kobiety (48,7%) niż mężczyźni (45,5%).

Na uwagę zasługuje fakt, że tylko co czwarty opiekun osoby po udarze mózgu nie obawia się deficytu pieniędzy niezbędnych do zapewnienia opieki (24%). Częściej komfort pod względem finansowym deklarują wspomagający w opiece mężczyźni (36,4%) niż kobiety (20,5%). Co trzeci jednak opiekun obawia się, czy wystarczy mu środków finansowych na dalszą opiekę (30%). Obawy częściej wyrażają opiekunowie chorych objętych opieką zespołu POZ (36%) oraz kobiety (30,7%). Niemal co trzeci opiekun często lub prawie zawsze obawia się utraty zdolności do kontynuacji opieki (28%). Obawy częściej wyrażają kobiety (30,7%) w porównaniu do mężczyzn (18,2%). Obciążenie opieką nad chorym po udarze powoduje, że tylko prawie co trzeci opiekun (30%) nie zamierza pozostawić chorego po opieką innych krewnych. Częściej chęć odpowiedzialności za opiekę deklarują mężczyźni (45,5%) niż kobiety (25,6%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

**Tabela 2. Poczucie odpowiedzialności opiekunów osób po udarze**

Badana cecha	Razem		Teren badań				Płeć			
			POZ		ZOL (N=8) Poradnia neurologiczna (N =17)		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ogółem	50	100%	25	50,0%	25	50,0%	39	78,0%	11	22,0%
Czy może Pan/i powiedzieć, że z powodu opieki nad chorym:										
ma Pan/i poczucie, że chory prosi o nadmierną pomoc?										
nigdy	7	14,0%	3	12,0%	4	16,0%	5	12,8%	2	18,2%
rzadko	15	30,0%	11	44,0%	4	16,0%	12	30,8%	3	27,3%
czasami	19	38,0%	6	24,0%	13	52,0%	15	38,5%	4	36,4%
często	9	18,0%	5	20,0%	4	16,0%	7	17,9%	2	18,2%
prawie zawsze	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ma Pan/i poczucie, że podopieczny jest nadmiernie zależny od Pana/i?										
nigdy	3	6,0%	2	8,0%	1	4,0%	2	5,1%	1	9,1%
rzadko	10	20,0%	6	24,0%	4	16,0%	7	17,9%	3	27,3%
czasami	8	16,0%	4	16,0%	4	16,0%	7	17,9%	1	9,1%

Obciążenie opieką opiekunów osób po udarze

często	17	34,0%	6	24,0%	11	44,0%	15	38,5%	2	18,2%
prawie zawsze	12	24,0%	7	28,0%	5	20,0%	8	20,5%	4	36,4%
ma Pan/i poczucie że cała odpowiedzialność spada na jednego opiekuna ?										
nigdy	4	8,0%	2	8,0%	2	8,0%	3	7,7%	1	9,1%
rzadko	12	24,0%	7	28,0%	5	20,0%	8	20,5%	4	36,4%
czasami	14	28,0%	9	36,0%	5	20,0%	11	28,2%	3	27,3%
często	12	24,0%	3	12,0%	9	36,0%	11	28,2%	1	9,1%
prawie zawsze	8	16,0%	4	16,0%	4	16,0%	6	15,4%	2	18,2%
obawia się Pan/i o przyszłość chorego										
nigdy	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
rzadko	5	10,0%	3	12,0%	2	8,0%	4	10,3%	1	9,1%
czasami	12	24,0%	5	20,0%	7	28,0%	9	23,1%	3	27,3%
często	24	48,0%	9	36,0%	15	60,0%	19	48,7%	5	45,5%
prawie zawsze	9	18,0%	8	32,0%	1	4,0%	7	17,9%	2	18,2%
ma Pan/i obawy, że nie wystarczy pieniędzy by troszczyć się o chorego										
nigdy	12	24,0%	6	24,0%	6	24,0%	8	20,5%	4	36,4%
rzadko	12	24,0%	5	20,0%	7	28,0%	9	23,1%	3	27,3%
czasami	11	22,0%	5	20,0%	6	24,0%	10	25,6%	1	9,1%
często	13	26,0%	8	32,0%	5	20,0%	10	25,6%	3	27,3%
prawie zawsze	2	4,0%	1	4,0%	1	4,0%	2	5,1%	0	0,0%
boi się Pan/i że nie jest zdolny/a by kontynuować dalszą opiekę nad chorym										
nigdy	11	22,0%	5	20,0%	6	24,0%	7	17,9%	4	36,4%
rzadko	13	26,0%	8	32,0%	5	20,0%	10	25,6%	3	27,3%
czasami	12	24,0%	5	20,0%	7	28,0%	10	25,6%	2	18,2%
często	11	22,0%	4	16,0%	7	28,0%	10	25,6%	1	9,1%
prawie zawsze	3	6,0%	3	12,0%	0	0,0%	2	5,1%	1	9,1%
ma Pan/i chęć pozostawić opiekę nad krewnym komuś innemu										
nigdy	15	30,0%	7	28,0%	8	32,0%	10	25,6%	5	45,5%
rzadko	15	30,0%	8	32,0%	7	28,0%	12	30,8%	3	27,3%
czasami	11	22,0%	3	12,0%	8	32,0%	10	25,6%	1	9,1%
często	9	18,0%	7	28,0%	2	8,0%	7	17,9%	2	18,2%
prawie zawsze	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Opieka nad chorym po udarze jest źródłem wielu doznań i przykrych odczuć wśród opiekunów. Często lub prawie zawsze czują oni, że mają niewystarczającą ilość czasu dla siebie (42%). Na brak czasu dla siebie częściej wskazują kobiety (51,3%) niż mężczyźni (9,1%). Często lub prawie zawsze doświadczają nadmiernego obciążenia obowiązkami, odpowiedzialnością (46%). Nadmierne obciążenie opieką zdecydowanie częściej deklarują kobiety (53,8%) niż mężczyźni (18,2%). Co dziesiąty opiekun deklaruje utratę kontroli nad własnym życiem (16%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 3.

**Tabela 3. Odczucia opiekunów w związku z opieką nad chorym po udarze**

Badana cecha	Razem		Teren badań				Płeć			
			POZ		ZOL (N=8) Poradnia neurologiczna (N =17)		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ogółem	50	100%	25	50,0%	25	50,0%	39	78,0%	11	22,0%
Czy może Pan/i powiedzieć, że z powodu opieki nad chorym:										
czuje Pan/i, że ma niewystarczającą ilość czasu dla siebie?										
nigdy	1	2,0%	1	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%
rzadko	7	14,0%	2	8,0%	5	20,0%	5	12,8%	2	18,2%
czasami	21	42,0%	12	48,0%	9	36,0%	14	35,9%	7	63,6%
często	19	38,0%	9	36,0%	10	40,0%	18	46,2%	1	9,1%
prawie zawsze	2	4,0%	1	4,0%	1	4,0%	2	5,1%	0	0,0%
czuje Pan/i nadmierne obciążenie obowiązkami, odpowiedzialnością?										
nigdy	1	2,0%	1	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	9,1%
rzadko	9	18,0%	3	12,0%	6	24,0%	5	12,8%	4	36,4%
czasami	17	34,0%	10	40,0%	7	28,0%	13	33,3%	4	36,4%
często	21	42,0%	10	40,0%	11	44,0%	19	48,7%	2	18,2%
prawie zawsze	2	4,0%	1	4,0%	1	4,0%	2	5,1%	0	0,0%
czuje Pan/i utratę kontroli nad własnym życiem?										
nigdy	9	18,0%	3	12,0%	6	24,0%	5	12,8%	4	36,4%
rzadko	21	42,0%	13	52,0%	8	32,0%	16	41,0%	5	45,5%
czasami	12	24,0%	5	20,0%	7	28,0%	11	28,2%	1	9,1%
często	8	16,0%	4	16,0%	4	16,0%	7	17,9%	1	9,1%
prawie zawsze	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Niemal co trzeci opiekun odczuwa niepewność odnośnie tego, co jeszcze mógłby zrobić dla chorego (28%). Na uczucie niepewności częściej wskazują kobiety niż mężczyźni. Co piąty opiekun uważa, że dla chorego powinien zrobić więcej (20%). Powinność uczynienia choremu czegoś więcej częściej odczuwają kobiety. Co dziesiąty opiekun prawie zawsze lub często czuje, że mógłby lepiej troszczyć się o chorego (14%). Obciążenia opieką nie odczuwa tylko 8% opiekunów. Często lub prawie zawsze obciążenie opieką odczuwa 42% opiekunów, częściej kobiety niż mężczyźni. Szczegółowe dane przedstawia tabela 4.

**Tabela 4. Odczucia opiekunów dotyczące opieki nad chorym po udarze**

Badana cecha	Razem		Teren badań				Płeć			
			POZ		ZOL (N=8) Poradnia neurologiczna (N=17)		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ogółem	50	100%	25	50,0%	25	50,0%	39	78,0%	11	22,0%
Czy może Pan/i powiedzieć, że z powodu opieki nad chorym:										
czuje się Pan/i niepewny/a odnośnie tego co może jeszcze zrobić dla chorego?										
nigdy	1	2,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%
rzadko	12	24,0%	6	24,0%	6	24,0%	9	23,1%	3	27,3%
czasami	23	46,0%	10	40,0%	13	52,0%	17	43,6%	6	54,5%
często	14	28,0%	8	32,0%	6	24,0%	12	30,8%	2	18,2%
prawie zawsze	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
czuje Pan/i, że powinien/powinna Pan/i zrobić więcej dla chorego?										
nigdy	1	2,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%
rzadko	12	24,0%	5	20,0%	7	28,0%	9	23,1%	3	27,3%
czasami	27	54,0%	13	52,0%	14	56,0%	19	48,7%	8	72,7%
często	9	18,0%	5	20,0%	4	16,0%	9	23,1%	0	0,0%
prawie zawsze	1	2,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%
czuje Pan/i, że mógłby/mogłaby lepiej troszczyć się o chorego?										
nigdy	2	4,0%	2	8,0%	0	0,0%	2	5,1%	0	0,0%
rzadko	14	28,0%	5	20,0%	9	36,0%	13	33,3%	1	9,1%
czasami	27	54,0%	13	52,0%	14	56,0%	19	48,7%	8	72,7%
często	6	12,0%	4	16,0%	2	8,0%	4	10,3%	2	18,2%
prawie zawsze	1	2,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%
ogólnie czuje się Pan/i obciążony/a z powodu opieki nad chorym?										
nigdy	4	8,0%	2	8,0%	2	8,0%	3	7,7%	1	9,1%
rzadko	9	18,0%	4	16,0%	5	20,0%	5	12,8%	4	36,4%
czasami	16	32,0%	8	32,0%	8	32,0%	12	30,8%	4	36,4%
często	19	38,0%	10	40,0%	9	36,0%	17	43,6%	2	18,2%
prawie zawsze	2	4,0%	1	4,0%	1	4,0%	2	5,1%	0	0,0%

W związku z opieką nad chorym po udarze wszyscy opiekunowie z różną częstotliwością doświadczają uczucia wyczerpania z powodu opieki, a co piąty opiekun często doświadcza uczucia gniewu, złości, rozdrażnienia, irytacji (22%). Częściej na wyczerpanie z powodu opieki oraz przykre uczucia gniewu wskazują kobiety w porównaniu do mężczyzn. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 5.

**Tabela 5. Negatywne uczucia związane z opieką nad chorym po udarze**

Badana cecha	Razem		Teren badań				Płeć			
			POZ		ZOL (N=8) Poradnia neurologiczna (N =17)		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ogółem	50	100%	25	50,0%	25	50,0%	39	78,0%	11	22,0%
Uczucie wyczerpania										
nigdy	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
rzadko	14	28,0%	9	36,0%	5	20,0%	9	23,1%	5	45,5%
czasami	17	34,0%	7	28,0%	10	40,0%	13	33,3%	4	36,4%
często	17	34,0%	7	28,0%	10	40,0%	15	38,5%	2	18,2%
prawie zawsze	2	4,0%	2	8,0%	0	0,0%	2	5,1%	0	0,0%
Gniew, złość, rozdrażnienie, irytacja										
nigdy	2	4,0%	1	4,0%	1	4,0%	1	2,6%	1	9,1%
rzadko	15	30,0%	8	32,0%	7	28,0%	11	28,2%	4	36,4%
czasami	22	44,0%	8	32,0%	14	56,0%	17	43,6%	5	45,5%
często	11	22,0%	8	32,0%	3	12,0%	10	25,6%	1	9,1%
prawie zawsze	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Skřępowanie, zakłopotanie										
nigdy	4	8,0%	3	12,0%	1	4,0%	2	5,1%	2	18,2%
rzadko	25	50,0%	11	44,0%	14	56,0%	19	48,7%	6	54,5%
czasami	16	32,0%	8	32,0%	8	32,0%	13	33,3%	3	27,3%
często	5	10,0%	3	12,0%	2	8,0%	5	12,8%	0	0,0%
prawie zawsze	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Uczucie nieprzyjemności z powodu posiadania przyjaciół										
nigdy	19	38,0%	13	52,0%	6	24,0%	11	28,2%	8	72,7%
rzadko	29	58,0%	11	44,0%	18	72,0%	26	66,7%	3	27,3%
czasami	2	4,0%	1	4,0%	1	4,0%	2	5,1%	0	0,0%
często	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
prawie zawsze	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Z analizy materiału badawczego wynika, że sprawowanie opieki nad chorym po udarze w różnym stopniu negatywnie wpływa na życie opiekunów. Tylko co 10 opiekun twierdzi, że opieka nad chorym nigdy nie wpływa negatywnie na jego życie towarzyskie, stan zdrowia i prywatność. Sprawowanie opieki nad chorym po udarze nigdy nie wpływa negatywnie na relacje z rodziną i przyjaciółmi tylko w opinii co piątego opiekuna. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 6.

**Tabela 6. Wpływ opieki na relacje i sytuację opiekunów**

Badana cecha	Razem		Teren badań				Płeć			
			POZ		ZOL (N=8) Poradnia neurologiczna (N= 17)		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ogółem	50	100%	25	50,0%	25	50,0%	39	78,0%	11	22,0%
Czy uważa Pan/i że opieka nad chorym negatywnie wpływa na Pana/i :										
życie towarzyskie										
nigdy	5	10,0%	2	8,0%	3	12,0%	3	7,7%	2	18,2%
rzadko	10	20,0%	3	12,0%	7	28,0%	9	23,1%	1	9,1%
czasami	20	40,0%	11	44,0%	9	36,0%	14	35,9%	6	54,5%
często	14	28,0%	8	32,0%	6	24,0%	12	30,8%	2	18,2%
prawie zawsze	1	2,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%
inne relacje z rodziną i przyjaciółmi										
nigdy	10	20,0%	5	20,0%	5	20,0%	7	17,9%	3	27,3%
rzadko	16	32,0%	6	24,0%	10	40,0%	10	25,6%	6	54,5%
czasami	18	36,0%	11	44,0%	7	28,0%	18	46,2%	0	0,0%
często	7	14,0%	4	16,0%	3	12,0%	5	12,8%	2	18,2%
prawie zawsze	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Zdrowie										
nigdy	5	10,0%	3	12,0%	2	8,0%	2	5,1%	3	27,3%
rzadko	12	24,0%	4	16,0%	8	32,0%	9	23,1%	3	27,3%
czasami	19	38,0%	12	48,0%	7	28,0%	15	38,5%	4	36,4%
często	11	22,0%	4	16,0%	7	28,0%	10	25,6%	1	9,1%
prawie zawsze	3	6,0%	2	8,0%	1	4,0%	3	7,7%	0	0,0%
Prywatność										
nigdy	5	10,0%	3	12,0%	2	8,0%	2	5,1%	3	27,3%
rzadko	11	22,0%	5	20,0%	6	24,0%	8	20,5%	3	27,3%
czasami	19	38,0%	10	40,0%	9	36,0%	14	35,9%	5	45,5%
często	14	28,0%	6	24,0%	8	32,0%	14	35,9%	0	0,0%
prawie zawsze	1	2,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%

Głównym źródłem wsparcia, pomocy dla osób opiekujących się chorymi po udarze mózgu jest ich rodzina (80%). Pomoc ze strony profesjonalistów została zadeklarowana tylko przez 14% badanych. Częściej profesjonalną pomoc uzyskują wspomagający w opiece mężczyźni (27,3%) niż kobiety (10,2%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 7.

**Tabela 7. Źródło wsparcia opiekuna w trudnej sytuacji związanej z opieką nad chorym**

Badana cecha	Razem		Teren badań				Płeć			
			POZ		ZOL (N=8) Poradnia neurologiczna (N =17)		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ogółem	50	100%	25	50,0%	25	50,0%	39	78,0%	11	22,0%
W trudnej sytuacji najczęściej wsparcia opiekun otrzymał ze strony:										
lekarza rodzinnego	4	8,0%	3	12,0%	1	4,0%	2	5,1%	2	18,2%
pielęgniarki rodzinnej	3	6,0%	3	12,0%	0	0,0%	2	5,1%	1	9,1%
rodziny	40	80,0%	21	84,0%	19	76,0%	31	79,5%	9	81,8%
znajomych	7	14,0%	2	8,0%	5	20,0%	7	17,9%	0	0,0%
nie ma nikogo takiego	4	8,0%	1	4,0%	3	12,0%	4	10,3%	0	0,0%

Opiekunowie chorych po udarze najczęściej oczekują wsparcia informacyjnego (46%). Kobiety najczęściej oczekują wsparcia emocjonalnego (46,2%), a mężczyźni informacyjnego (63,6%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 8.

**Tabela 8. Rodzaj oczekiwanego przez opiekuna wsparcia**

Badana cecha	Razem		Teren badań				Płeć			
			POZ		ZOL (N=8) Poradnia neurologiczna (N= 17)		Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ogółem	50	100%	25	50,0%	25	50,0%	39	78,0%	11	22,0%
Najbardziej opiekun oczekuje wsparcia										
emocjonalnego	20	40,0%	10	40,0%	10	40,0%	18	46,2%	2	18,2%
rzeczowego	18	36,0%	10	40,0%	8	32,0%	14	35,9%	4	36,4%
informacyjnego	23	46,0%	13	52,0%	10	40,0%	16	41,0%	7	63,6%
wartościującego	3	6,0%	1	4,0%	2	8,0%	3	7,7%	0	0,0%
nie potrzebuje żadnego wsparcia ponieważ dobrze sobie radzi	3	6,0%	1	4,0%	2	8,0%	2	5,1%	1	9,1%
nie potrzebuje żadnego wsparcia ponieważ i tak nikt mu nie pomoże	4	8,0%	2	8,0%	2	8,0%	4	10,3%	0	0,0%



## Dyskusja

Rodzina stanowi środowisko, w którym pacjent ma największe szanse na uzyskanie jak najlepszych rezultatów prowadzonego leczenia [7]. Wspomaganie chorego, zwłaszcza po przebytych udarze, jest dla jego rodziny zadaniem szczególnie trudnym [8]. Zespół objawów, które powstały w wyniku choroby, ograniczają samodzielne funkcjonowanie jednostki i wymagają od opiekunów świadczenia całościowej, kompleksowej pomocy i opieki oraz zapewnienia wsparcia. Do głównych zadań opiekuna osoby, która przeżyła udar mózgu należy: „rehabilitacja w zakresie codziennych czynności — zadaniem opiekuna jest asystowanie choremu przy czynnościach możliwych do wykonania przez niego samego oraz zachęcanie do podejmowania wielokrotnych prób ich wykonywania w razie niepowodzenia; wykonywanie czynności pielęgnacyjnych we współpracy z pielęgniarką środowiskową, jeśli stan pacjenta jest na tyle poważny, iż nie jest on w stanie sam zaspokoić swoich potrzeb, wspieranie chorego w zaakceptowaniu nowej, trudnej sytuacji, kontynuacja rehabilitacji logopedycznej i ruchowej oraz kontakt z lekarzem prowadzącym” [9].

Liczne badania dowodzą, że wspomagająca chorego po udarze rodzina doświadcza obciążenia, problemów natury fizycznej, psychicznej, społecznej jak i finansowej [8, 10]. Uzyskane w badaniach własnych wyniki potwierdziły tezę o obciążeniu, jakie dla rodziny stanowi opieka nad chorym po udarze. W badaniach własnych, podobnie jak w prowadzonych przez innych autorów, opiekę nad chorym po udarze najczęściej realizują kobiety [8, 10, 11]. Prawdopodobnie wynika to z tradycyjnego pojmowania roli kobiety w społeczeństwie, gdzie kobieta powinna być czuła, wrażliwa na potrzeby innych oraz powinna troszczyć się o członków własnej rodziny [12]. Chęć sprostania wymaganiom wynikającym z opieki powoduje, że opiekunowie osób przewlekle chorych często czują się nadmiernie obciążeni obowiązkami i odpowiedzialnością, a sprawowanie opieki wpływa negatywnie zarówno na ich prywatność, życie towarzyskie, relacje z rodziną i przyjaciółmi, jak również ich stan zdrowia. Uzyskane w badaniach własnych wyniki potwierdziły obserwacje innych autorów [6, 8, 10, 13, 14]. Autorzy badań prowadzonych wśród opiekunów osób przewlekle lub nieuleczalnie chorych wskazują na to, że większość rodzin deklaruje zadowolenie ze sprawowanej przez siebie opieki [6,10]. W badaniach własnych obciążenie spowodowane opieką nad chorym po udarze mózgu, obawy o sytuację finansową powodują, że tylko 1/3 opiekunów nie zamierza pozostawić opieki nad krewnym komuś innemu.

Poprzez szeroko rozumiane wsparcie społeczne osoby niepełnosprawne oraz ich rodziny otrzymują pomoc w mobilizowaniu wszystkich sił dla radzenia sobie w nowej sytuacji życiowej [15]. Badania dowodzą, że opiekunowie, którzy mają wsparcie innych członków rodziny odczuwają mniejsze obciążenie [16]. W badaniach własnych zdecydowana większość opiekunów osób po udarze może liczyć najczęściej na wsparcie najbliższej rodziny. Niestety, wsparcie formalne - instytucjonalne nie jest wystarczające. Obawy o przyszłość chorego częściej wśród opiekunów doświadczających wsparcia ze strony ZOL lub poradni specjalistycznej mogą być wyrazem niewystarczających warunków do zapewnienia choremu niezbędnej pomocy. Potwierdzają to także wyniki uzyskane przez innych autorów [10]. Potwierdzeniem niewystarczającego przygotowania do wspomaganie chorego po udarze oraz problemu, jaki stanowi opieka są liczne oczekiwania opiekunów, którzy najczęściej oczekują wsparcia informacyjnego oraz poczucie świadczenia niewystarczającej w stosunku do potrzeb opieki. Podobne dane uzyskali inni autorzy [6, 10]. Częstsze wskazywanie na obciążenie, jakie stanowi opieka nad chorym po udarze, w relacji wspomagających w opiece kobiet w porównaniu

do mężczyzn oraz pozostawianie realizujących opiekę kobiet bez wsparcia stanowi wyzwanie dla organizatorów i realizatorów opieki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

### **Wnioski**

1. Opieka nad chorym po udarze jest dla rodziny najczęściej źródłem obaw o przyszłość chorego, nadmiernego obciążenia obowiązkami i odpowiedzialnością oraz poczucia wyczerpania.
2. Kobiety częściej deklarują obciążenie opieką i brak wsparcia w porównaniu do mężczyzn.
3. Opiekunowie chorych po udarze nie otrzymują wystarczającego wsparcia profesjonalnego.

### **Piśmiennictwo**

1. Skibicka I., Niewada M., Skowrońska M. i wsp.: Care for patients after stroke. Results of a two-year prospective observational study from Mazowieckie province in Poland. *Neurol. Neuroch. Pol.*, 2010, 44, 3, 231–237.
2. Goldstein L.B., Bushnell Ch.D., Adams R.J., et al.: Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2011, 42, 517 – 584.
3. Rosamond W, Flegal K, Furie K, et. al.: Heart disease and stroke statistics--2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 2008, 117, 25-146.
4. Truelsen T., Piechowski – Józwiak B., Bonita R., et all.: Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Europ. J. Neurol.*, 2006, 13, 581–598.
5. Szczudlik A., Członkowska A, Drozdowski W. i wsp.: Postępowanie w ostrym udarze niedokrwinnym mózgu. Raport zespołu ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. *Przew. Lek.*, 2001, 4, 65 – 82.
6. Kołtuniuk A., Sikorska M., Abramczyk A.: Sytuacja rodzin w opiece paliatywnej. [w:] Rosińczuk – Tonderys J., Uchmanowicz I. (red.) *Chory przewlekłe – aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne*. Wyd. MedPharm Polska, Wrocław, 2011, 377 – 385.
7. Patkiewicz J.: *Udział rodziny w kompleksowej rehabilitacji i życiu dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. TWK, Wrocław, 1999.
8. Grabowska-Fudala B., Jaracz K.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebytych udarze mózgu – wyniki wstępne. *Udar Mózgu*, 2007, 9, 24–31.
9. Świerkocka - Miastkowska M., Biesek D.: Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu. *Chor. Serca i Naczyń*, 2007, 4, 127–129.
10. Morawska J.M., Gutysz – Wojnicka A.: Problemy opiekunów chorych po udarze mózgu. *Udar Mózgu*, 2008, 10, 83–90.
11. Andrade L.M., Costa M.F.M., Caetano J.A., et. al: The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, 2009, 43, 35-40.
12. Marszałek L.: Kulturowe uwarunkowania roli kobiety we współczesnym społeczeństwie. *Seminare*, 2009, 25, 267 – 279.

13. Hudson P.: Home-based support for palliative care families: challenges and recommendations. *Med. J. Aust.*, 2003, 15, 6 Suppl, 35-37.
14. Lutz B.J, Young M. E.: Rethinking Intervention Strategies in Stroke Family Caregiving. *Reh. Nurs.*, 2010, 35, 152-160.
15. Hebel K., Bieniaszewski L.: Wsparcie społeczne i pomoc instytucjonalna dla osób niepełnosprawnych po udarze mózgu. *Forum Med. Rodz.*, 2008, 2, 76–83.
16. Raś P., Opala G.: Obciążenie opiekunów osób z otępieniem. *Wiad. Lek.*, 2001, 54, 94 – 100.

Ślifirczyk Anna<sup>1</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>2</sup>, Zielant Elżbieta<sup>3</sup>

## Wypalenie sił w środowisku osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi, ze szczególnym uwzględnieniem autyzmu

<sup>1</sup> Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża J.P.II w Białej Podlaskiej

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>3</sup> Medyczne Studium Zawodowe w Białej Podlaskiej

### Wprowadzenie teoretyczne

Definicja „zespołu wypalenia” została podana po raz pierwszy w 1974 roku przez Herberta Freudenbergera [1], który pod pojęciem tym rozumiał „*spadek energii u pracownika, pojawiający się na skutek przytłoczenia problemami innych*” i uznał jego występowanie za typowe dla zawodów, których istotą jest praca z ludźmi. Jednocześnie podkreślał, iż rozwija się ono przede wszystkim u osób, których praca jest społecznie i etycznie bardzo odpowiedzialna [2, 3].

Zespół wypalenia (ang. *burnout syndrom*), za Maslach [4], to „*przedłużona reakcja na przewlekle działające stresory emocjonalne i interpersonalne, związane z pełnieniem określonych funkcji, najczęściej pracą zawodową, obecnie definiowaną jako zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonania osobistych*” [5, 6].

Zdaniem Aronsona [7], wypalenie to stan, w którym „*osoba go doświadczająca czuje brak motywacji, ambicji oraz powołania do pracy, którą wykonuje. Jest to stan przemęczenia, który może posiadać wiele podstaw*”.

Maslach [5], prowadząc badania wśród pracowników wykonujących zawody społeczne, wyodrębniła zespół wypalenia zawodowego (*professional/job burnout syndrom*) u ludzi pracujących na rzecz innych osób, pozostających w bezpośredniej z nimi relacji interpersonalnej, a za komponenty uznała:

- wyczerpanie emocjonalne (*emotional exhaustion*) - centralny wymiar, najbardziej odczuwalny i doświadczany w zespole. Poczucie, iż jest się ogromnie zmęczonym, obciążonym i wyeksploatowanym emocjonalnie oraz że zasoby emocjonalne są niezwykle uszczuplone i nie ma się już chęci do działania. Osoba taka staje się drażliwa i impulsywna, brakuje jej radości, jest smutna. Obecnie autorka wyodrębnia tylko wyczerpanie (*exhaustion*), które rozumie jako poczucie wyczerpania sił zarówno emocjonalnych, jak i fizycznych
- depersonalizację (*detached concern/depersonalization*) - negatywne, znieczulone, bezduszne, przedmiotowe, zdystansowane traktowanie innych osób pozostających w zależnym kontakcie interpersonalnym (pacjenci, uczniowie, wychowankowie, itp.). Obecnie wymiar ten nazywany jest przez Maslach cynizmem (*cinicism*) i przejawia się oziębłością, chłodem, czy też

obojętnością, tak w relacjach interpersonalnych, jak również w relacji do wykonywanych zadań

- obniżone poczucie dokonań osobistych (*reduced personal accomplishment*) - rozumiane, jako brak satysfakcji zawodowej, spadek lub utrata poczucia własnych kompetencji zawodowych, a także utratę sukcesów w pracy. Obecnie autorka określa ten element jako nieefektywność (*inefficacy*) i rozumiany jest jako utrata zaufania do siebie samego, swoich umiejętności i zdolność [5].

W fachowym piśmiennictwie [7, 8, 9] objawy wypalenia zawodowego dzieli się na trzy kategorie:

- fizyczne: brak energii, chroniczne zmęczenie, osłabienie, podatność na wypadki, napięcie i kurcze w obrębie mięśni szyi i ramion, bóle pleców, zmiana zwyczajów żywieniowych, zmiana masy ciała, zwiększona podatność na przeziębienia i infekcje wirusowe, zaburzenia snu, koszmary senne, zwiększone przyjmowanie leków lub konsumpcja alkoholu w celu zniwelowania wyczerpania fizycznego
- emocjonalne: uczucie przeziębienia, uczucie bezradności, uczucie bez nadziei i braku perspektyw, niepohamowany płacz, dysfunkcje mechanizmów kontroli emocji, uczucie rozczarowania, poczucie pustki emocjonalnej, pobudliwość, uczucie pustki i rozpacz, uczucie osamotnienia, uczucie zniechęcenia
- psychiczne: negatywne nastawienie do siebie, negatywne nastawienie do pracy, negatywne nastawienie do życia, przesyt, wykształcenie nastawienia dezawuującego klientów (cynizm, lekceważenie, agresja), utrata szacunku do siebie, poczucie własnej nieudolności, poczucie niższej wartości, zerwanie kontaktów z klientami i kolegami.

W literaturze przedmiotu [10 - 14] zwraca się uwagę, że wypalenie zawodowe dotyczy przede wszystkim osób zatrudnionych w zawodach wymagających emocjonalnego i bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem, do których można zaliczyć, np. lekarza, pielęgniarkę, duchownego, pracownika socjalnego, nauczyciela.

### **Wypalenie sił w środowisku osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi**

Zespół wypalenia odnosi się także do osób, które nieprofesjonalnie sprawują opiekę nad osobami chorymi (rodzina, opiekunowie). Opieka nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi, w tym w szczególności dziećmi, sprzyja rozwojowi oraz umacnianiu się u rodziców/opiekunów dziecka niepokoju i poczucia zagrożenia, spowodowanych, np. zaostrzeniami choroby lub uciążliwością terapii. Rodzice ulegają psychicznemu zmęczeniu, przeżywają liczne załamania, ulega osłabieniu ich wiara w zdolność do wysiłku, a to w konsekwencji powoduje wystąpienie objawów wypalenia.

Sekułowicz [15] zwraca uwagę na fakt, iż zespół wypalenia sił może wystąpić również wśród nauczycieli, którzy podejmują się pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym np. z autyzmem.

Tan i wsp., [16] uważają, iż długotrwała konieczność sprawowania opieki nad przewlekle chorym członkiem rodziny może doprowadzić do distresu oraz spowodować wystąpienie „zespołu wypalenia”. Jest to coś zupełnie innego niż wypalenie w pracy zawodowej, ale przyczyny rozwoju tego zjawiska, przebieg i skutki są bardzo podobne [17, 18].

Za pioniera badań dotyczących wypalenia w odniesieniu do sytuacji rodzinnej, za Dąbrowska [19], uznaje się Sullivan. W roku 1979 roku zapoczątkowała ona rozważania nad zespołem wypalenia w kontekście rodzin, a w swoich badaniach zajęła się rodzicami dzieci autystycznych. Stwierdziła, że długotrwałe zajmowanie się dzieckiem niepełnosprawnym prowadzi do poczucia osamotnienia, izolacji, bezradności oraz do utraty sił, a brak chwili wytchnienia i konieczność sprawowania ciągłej opieki nad dzieckiem, staje się w konsekwencji główną przyczyną wystąpienia zespołu wypalenia [cyt. za 19]. Za wyznaczniki zespołu wypalenia u rodziców uznała:

- utratę kontaktów i więzów rodzinnych
- brak zainteresowań
- rezygnację
- nadpobudliwość
- niezadowolenie ze swojej sytuacji
- negatywne odczucia wobec chorego dziecka
- obniżoną ocenę jego rozwoju
- podwyższony poziom lęku związany z doświadczanym distresem
- bezsenność
- bóle głowy
- zaburzenia układu pokarmowego
- zaburzenia i układu krążenia [cyt. za 19].

W polskim piśmiennictwie fachowym na powyższy problem zwrócili uwagę Gałkowski [20], Pisula [21], Sekułowicz [15].

W opinii Pisuli [21] przyczyną pojawienia się u rodziców poczucia „wypalania się sił” może być z jednej strony brak postępów w rozwoju dziecka, a z drugiej fakt nieuzyskiwania „*wsparcia, adekwatnych usług terapeutycznych, edukacyjnych, itp.*”. Autorka, powołując się na wyniki angielskich badań zwraca uwagę na fakt, że w wyniku długotrwałego stresu i poczucia „wypalania się sił” u matek może nastąpić „*zdecydowane pogorszenie się ich stanu zdrowia, nasilenia takich dolegliwości, jak: cukrzyca, rozedma płuc, nadciśnienie.*”, stąd bardzo ważne jest „*udzielanie matce dziecka niepełnosprawnego wsparcia psychicznego w sytuacjach stresu, wyczerpania i zniechęcenia*” [22].

Intensywność przeżyć rodziców chorego przewlekle dziecka, ich siła i czas trwania zależą od wielu czynników, wśród których wyróżnia się:

- etap rozwoju dziecka, w którym pojawia się niepełnosprawność
- sposób, w jaki rodzice dowiadują się o niepełnosprawności dziecka
- rodzaj i stopień niepełnosprawności
- widoczność niepełnosprawności
- zachowania dziecka;
- wartości i cele życiowe preferowane przez rodziców [23].

Badania Marcusa, Kuncce i Schoplera [cyt. za 23] wyznaczyły charakterystyczne dla wyżej omawianych grupy rodzin problemy, przyczyniające się do tego, że opieka nad dzieckiem jest szczególnie stresująca i zaliczyli do nich:

- późną diagnoza, problemy związane z jej uzyskaniem lub mylnie diagnozy
- sposób, w jaki rodzice zostali poinformowani o niepełnosprawności dziecka
- poczucie braku więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz brak oznak przywiązania z jego strony
- trudności w porozumiewaniu się z dzieckiem

- niezwykle, nieharmonijny przebieg rozwoju dziecka - okresy zatrzymania i regresji, nierównomierność tempa rozwoju w obrębie poszczególnych funkcji
- dylemat „nie chce” czy „nie może” - trudności z prawidłową oceną rzeczywistych możliwości dziecka
- normalny wygląd dziecka utrudniający zrozumienie, na czym polegają problemy związane z jego rozwojem
- nadmierne przywiązanie dziecka do stałości, rutyny i opór wobec wszelkich zmian
- zachowanie w miejscach publicznych
- często współwystępujące upośledzenie umysłowe
- różne opinie profesjonalistów na temat najlepszych metod terapii, terapeutyczne „nowinki” i metody niesprawdzone
- złe rokowania i małe możliwości wyleczenia;
- izolacja społeczna, brak zrozumienia ze strony bliskich, przyjaciół i znajomych;
- brak systemu usług
- niepokój o przyszłość dziecka.

W opinii Olechnowicz [24], do czynników silnie traumatyzujących należy zaliczyć także pozostawanie rodziców w sytuacji tzw. „podwójnego związania”. Autor podkreśla, że dzieci autystyczne są silnie związane z rodzicami, ale ujawniają to w sposób męczący i nie zawsze dla nich zrozumiały, np. tulą się, ale unikają spojrzenia, siadają na kolanach, ale nie tolerują dotyku, dążą do bliskości, szarpią za włosy, szczypią, biją po twarzy, „nie dostrzegają” matki, gdy jest blisko nich, jednocześnie nie tolerują jej nieobecności i reagują krzykiem, płaczem. Powoduje to, iż rodzice są stale w znacznym stopniu obciążeni obowiązkami wyznaczonymi przez charakter zaburzeń dziecka i w konsekwencji wypalają się [24].

Według Maciarz [25] na zespół wypalenia sił bardziej narażone są samotne matki, nadmiernie obciążone obowiązkami i nie mające wsparcia ze strony osób bliskich [25].

Siek [26] twierdzi, że matki dzieci niepełnosprawnych „wypalają się” na skutek przeżywania silnych stresów, co pogarsza sprawność funkcjonowania ich aparatu psychicznego. Charakteryzują się one bowiem obniżonym nastrojem, ujawniają zmniejszone poczucie bezpieczeństwa, osłabia się ich wiara w siebie i wzmacnia działanie mechanizmów obronnych. Wieloletnie obciążenie stresem powoduje wzrost poziomu lęku, poczucia winy oraz nastawienia na agresywną obronę [26].

Powyższe potwierdzają badania Marcysiak [cyt. za 21], w których wykazała wyższy poziom obciążenia stresowego u matek dzieci niepełnosprawnych, w porównaniu do matek dzieci zdrowych, uwidaczniającego się podwyższonym poziomem lęku. Autorka, do czynników wyzwających stres zaliczyła:

- obawy o przyszłość dziecka
- zwiększoną wrażliwość na opinię publiczną
- przeżywanie poczucia winy
- bezradność wobec wielu zachowań dziecka, podważeniu własnych kompetencji rodzicielskich
- zablokowanie aspiracji, niemożności realizacji własnych planów życiowych
- ograniczoną ekspansywność społeczną
- nadmiar zadań do wykonania, by utrzymać na normalnym poziomie funkcjonowanie całej rodziny oraz należyście wywiązać się z roli żony i matki w stosunku do zdrowych dzieci

- urazy wynikłe z porównywania własnego dziecka do dzieci zdrowych, reakcjach otoczenia itp., niewłaściwym traktowaniem itp. [cyt. za 21].

Ciekawe okazały się badania porównawcze prowadzone w grupie rodziców dzieci chorych na białaczkę, przez Siemińską [27]. Uwidocznily one charakterystyczne sposoby radzenia sobie z sytuacją stresu, odmienne w przypadku ojców i matek. Autorka stwierdziła duże trudności ojców w przekształceniu znaczenia sytuacji, jej redefinicji. Mimo potencjalnie wyższych zdolności do takich działań na płaszczyźnie intelektualnej (wykazywanej w innych wymiarach), w przypadku choroby własnego dziecka, bezradność ojców w tym zakresie była znacznie większa, odmiennie od postawy matek, które radziły sobie aktywniej i skuteczniej. U podłoża trudności w redefinicji sytuacji choroby dziecka przez ojców autorka upatruje kilka czynników, do których zaliczyła: relatywnie silniejsze odczuwanie choroby przez ojca, niski poziom wiedzy na temat problemów dziecka, ich przyczyn, rokowań, form pomocy, a także większa gotowość matek do podejmowania działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych, uwarunkowana nie tylko biologicznie, ale też kulturowym podziałem ról, wychowaniem, oczekiwaniami społecznymi [27].

### Piśmiennictwo

1. Freudenberger H.: The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1975, 12, 73-82.
2. Freudenberger H.J.: Staff burnout. *J. Social Issues*, 1974, 30, 159-165.
3. Maslach C.: Burnout. *Hum Behav.* 1976, 5, 16-22.
4. Maslach C., Schaufeli WB., Leiter MP.: Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 2001, 52, 397-422.
5. Maslach C: Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Sęk H (red.). Wyd. Nauk. PWN, Warszawa, 2006, 13 - 32.
6. Weber A, Jaekel-Reinhard A.: Burnout syndrome: a disease of modern societies?, *Occup. Med. Lond.* 2000, 50, 512-517.
7. Aronson E.A.M. Pines A.M., Kafry D.: Ausgebrannt Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Klett Cotta Verlag, Stuttgart, 2006, 1-206.
8. Henzel-Korzeniowska A.: Wypalenie zawodowe, fanaberia intelektualna czy rzeczywisty problem. *Lek. Rodz.*, 2004, 9, 146-150.
9. Pines A.M.: Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej [w:] Wypalenie zawodowe- przyczyny, mechanizmy, zapobieganie, Sęk H. (red.), Wyd. Nauk. PWN, Warszawa, 2000, 32- 57.
10. Golembiewski R.T., Boudreau R.A., Sun B.C., Luo H.: Estimates of burnout in public agencies. *Public. Administr. Rev.*, 1998, 58, 59-65.
11. Knypl K.: Wypalenie zawodowe, *Miesięcznik STOMOZ, Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej*, 2001, 9, 53-55.
12. Mojs E., Głowacka M.D.: Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. *Now. Lek.*, 2005, 74, 238–243.
13. Gretkowski A. Ks.: Syndrom wypalenia wśród duchowieństwa na przykładzie wybranej grupy księży diecezji płockiej [w:] Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych, Zbyrad T. (red.). Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie. Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli. Instytut Socjologii, Stalowa Wola, 2008, 170-186.



14. Sapilak B.J., Kurpas D., Steciwko A.F., Melon M.: Wypalenie zawodowe personelu medycznego-problem wciąż aktualny. Metody oceny i przeciwdziałania w ramach oddziałów dializacyjnych, *Probl. Lek.*, 2006, 45, 81–83.
15. Sekułowicz M., Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław, 2000.
16. Tan L.L., Wong H.B., Allen H.: The impact of neuropsychiatric symptoms of dementia on distress in family and professional caregivers in Singapore. *Int. Psychogeriatr.*, 2005, 17, 253-263.
17. Heuvel E.T., de Witt L.P., Schure L.M., Sanderma R., Meyboom – de Jong B: Risk factors for burn – out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention *Clin. Rehabil.*, 2001, 15, 669 – 677.
18. Magliano L., Fadden G., Madianos M., de Almeida J.M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P., Maj M: Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33, 405 –412.
19. Dąbrowska M.: Zjawisko wypalenia wśród matek dzieci niepełnosprawnych. *Kraków*, 2005, 29 – 47.
20. Gałkowski T.: Dziecko autystyczne i jego rodzice. *PTWK*, Warszawa, 1984, 87 – 102.
21. Pisula E.: Zespół wypalenia się sił u rodziców dzieci autystycznych, *Now. Psychol.*, 1994, 3.
22. Pisula E.: Pomoc rodzicom autystycznych dzieci. [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Gałkowski T., Nowak D. (red). Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2004, 202-208.
23. Pisula E.: Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa, 1998, 45 - 47.
24. Olechnowicz H.: Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje. Wyd. WSiP, Warszawa, 2004, 75.
25. Maciarz A.: Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych. *Kraków*, 1998.
26. Siek S.: Poziom agresywności i lęku u matek dzieci niepełnosprawnych. *Studia z psychologii. ATK*. Warszawa, 1999, 9, 49–56.
27. Siemińska M.J.: Percepcja choroby nowotworowej dziecka przez rodziców. *Psychoterapia*, 1999, 2, 5-18

Ślifirczyk Anna<sup>1</sup>, Krajewska-Kulak Elżbieta<sup>2</sup>, Zielant Elżbieta<sup>3</sup>

## Formy wsparcie rodziny dziecka niepełnosprawnego, ze szczególnym uwzględnieniem autyzmu

<sup>1</sup> Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża J.P.II w Białej Podlaskiej

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>3</sup> Zespół Szkół Specjalnych w Białej Podlaskiej.

### Wprowadzenie

W opinii de Walden-Gałuszko [1], pojawienie się choroby/niepełnosprawności jednego z członków rodziny, powoduje zaburzenie całego systemu jej funkcjonowania, konieczność przeorganizowania struktury rodziny, w której każda osoba ma ustaloną pozycję, miejsce i rolę. Zdaniem autorki [1], niepełnosprawność stanowi dla rodziny nowe wyzwanie, do którego musi się ona zaadaptować. Istotne jest więc, aby nie odbierać choremu całkowicie udziału w życiu rodzinnym, czy też w podejmowaniu ważnych decyzji oraz aby pacjent, w miarę sił i możliwości, uczestniczył w różnych wydarzeniach, nie czuł się niepotrzebny i wykluczony z grona rodzinnego. Udział rodziny na każdym etapie przebiegu choroby, w tym niepełnosprawności, jest olbrzymi, a najważniejsze jest wspieranie emocjonalne w trudnych momentach chorowania, motywowanie do leczenia i walki z chorobą, niedopuszczanie do powstania trudnych momentów podczas leczenia, kiedy chory chce się poddać i zaprzestać uciążliwego leczenia [1].

W literaturze przedmiotu, za Sęk [2] wyróżnia się kilka rodzajów wsparcia chorych/niepełnosprawnych:

- naturalne - przez partnera życiowego, grupy przyjacielskie, rodzinę, itd., funkcjonujące spontanicznie
- sformalizowane – przez grupy zawodowe, stowarzyszenia i instytucje, w tym także instytucje związane z opieką zdrowotną, funkcjonujące według określonych reguł, mniej spontanicznie i rzadko na zasadzie wzajemności, a niekiedy dostęp do nich jest utrudniony i mogą nawet stygmatyzować
- poznawcze (informacyjne) - sprzyjające lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu, dzieleniu się własnym doświadczeniem, powstawaniu grup samopomocy, zawierające informacje zwrotne na temat skuteczności różnych działań zaradczych oraz powodujące utrzymywanie się poczucia kontroli nad sytuacją i utrzymanie poczucia sprawstwa
- instrumentalne - rodzaj instruktażu o konkretnych sposobach postępowania, forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych, stosowane w poradnictwie zdrowotnym i psychologicznym oraz w uzasadnionych sytuacjach, na wyraźne życzenie, ważną rolę dla osób przewlekle chorych
- rzeczowe (materialne)- obejmujące pomoc rzeczową i finansową, bezpośrednie fizyczne działanie (karmienie, udostępnienie schronienia, itd), działalność

charytatywną, zaopatrzenie w leki i środki leczenia, działanie na rzecz osób potrzebujących

- duchowe - ożywające dużą rolę w sytuacjach kryzysu egzystencjalnego, terminalnych, nasyconych cierpieniem i lękiem przed śmiercią, udzielane przede wszystkim w hospicjach i zespołach opieki paliatywnej
- emocjonalne - przekazywanie emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, pozytywne ustosunkowanie, mające na celu opiekę, uwalniające od napięć i negatywnych uczuć, wpływające na samoocenę, dające poczucie nadziei
- społeczne (*social support*) - sformułowane w latach 70. XX w., będące pomocą dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych lub okazywaniem potrzebującemu, że jest kochanym, godnym troski, cenionym i wartościowym, częścią „sieci” wzajemnych zobowiązań w relacjach z rodzicami, małżonkiem, partnerem, innymi krewnymi, przyjaciółmi, w kontaktach ze społecznością, kościołem, klubem, a nawet ulubionym zwierzęciem.

W opinii Taranowicza [3] sposób, w jaki rodzina radzi sobie z zaistniałą sytuacją, zależy od zasobów, którymi dysponuje: materialnych (dochody, warunki mieszkaniowe), kulturowych (wiedza, umiejętności, wzory zachowania, system wartości i norm), czasowych (czas poświęcony bezpośrednio dla osoby niepełnosprawnej, bez szkody dla innych obszarów aktywności), ludzkich (liczebność rodziny, wiek członków rodziny, stan ich zdrowia i sprawności) oraz wsparcia społecznego.

### **Wsparcie rodzin z dzieckiem autystycznym**

Jedną z form opieki i wsparcia dzieci, młodzieży, osób dorosłych z autyzmem oraz ich rodzin, za Rajner i Wroniszewscy [4], jest zespół opieki środowiskowej, mający charakter niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, a w jego ramach zajęcia indywidualne, grupowe dla osób z autyzmem, współpraca z ośrodkiem pomocy społecznej, przedszkolem, szkołą, poradnią psychologiczną – pedagogiczną..

Autorzy [4] wyróżniają dwa rodzaje organizacji pozarządowych pracujących na rzecz dzieci i osób dorosłych z autyzmem: organizacje prowadzące działalność tylko na rzecz swoich członków (a w przypadku fundacji na rzecz określonej grupy) oraz organizacje prowadzące działalność na rzecz całej populacji dotkniętej problemem.

Licznie reprezentowaną grupą są placówki oświatowe, do których należą przedszkola, szkoły, specjalistyczne poradnie psychologiczne – pedagogiczne. Rajner i Wroniszewscy [4] podkreślają, iż edukacja dzieci i młodzieży z autyzmem stanowi poważny problem organizacyjny, stąd chcąc zapewnić nauczanie na odpowiednim poziomie należy przyjąć, iż:

- aby uzyskać poprawę w zakresie funkcjonowania dziecka zasadnicze zajęcia terapeutyczne muszą być prowadzone w relacji 1 : 1 (jedno dziecko – jeden terapeuta )
- skuteczna interwencja wymaga 40 – 50 godzin planowych oddziaływań tygodniowo
- wymagane jest stosowanie metod terapii i edukacji specyficznych dla dzieci autystycznych
- konieczne jest zapewnienie w placówce odpowiednich warunków środowiska dotyczących oświetlenia, akustyki, aranżacji przestrzeni, wentylacji i żywienia.

Istnieją także instytucje, które mają podwójny status – zakładu opieki zdrowotnej i placówki edukacyjnej, i prowadzą terapię, rehabilitację, edukację i rewalidację [5]. Do placówek podległych resortowi pomocy społecznej należą wszystkie ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, warsztaty terapii zajęciowej oraz świetlice terapeutyczne. Ciekawą formą pomocy i wsparcia są środowiskowe domy samopomocy, będące zbiorową formą specjalistycznych usług opiekuńczych dla dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym dla osób z autyzmem. Wyróżnia się dwa typy środowiskowych domów samopomocy – pobyt dzienny i pomoc mieszkaniowa. Szczegółowe standardy funkcjonowania domów opracowane zostały przez Dąbrowskiego z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [5].

Największy jednak zasięg działania mają organizacje ogólnopolskie, do których zalicza się Krajowe Towarzystwo Autyzmu oraz Fundacja SYNAPSIS. Jest to stowarzyszenie zarejestrowane w 1990 roku. Od 1984 roku działało w ramach Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem [cyt. za 6]. Posiada oddziały terenowe i należy do Krajowej Rady Osób Niepełnosprawnych oraz Międzynarodowego Stowarzyszenia Autyzmu. Misją Towarzystwa jest wspomaganie programów, których celem jest poprawa sytuacji osób z autyzmem, informowanie społeczeństwa o problemach dzieci i osób dorosłych z autyzmem i ich rodzin oraz o wykorzystywaniu osiągnięć innych krajów w tej dziedzinie. Główne kierunki działań Towarzystwa wyznaczone są przez przyjęte cele. Stowarzyszenie może inicjować i prowadzić różne formy pomocy dla osób autystycznych i ich rodzin, aktywizować społeczeństwo i rozwijać samopomocowy ruch rodzin, wspierać inicjatywy społeczne zmierzające do poprawy warunków życia osób dotkniętych problemem autyzmu. Towarzystwo organizuje turnusy rehabilitacyjne oraz tworzy ośrodki opiekuńcze dla dzieci autystycznych, wydaje czasopisma „Dziecko Autystyczne”, upowszechniania deklaracje Parlamentu Europejskiego pt. „Prawa Osób z Autyzmem”, uczestniczy w kongresach i sympozjach, organizuje konkursy dla młodzieży dotyczące problemów dzieci autystycznych, przygotowuje filmy dydaktyczne, prowadzi poradnictwo, szkolenia dla pedagogów, psychologów oraz działalność informacyjną [cyt. za 6]

Fundacja SYNAPSIS powstała w 1990 roku w Warszawie jako, organizacja pozarządowa [cyt. za 6]. Jej celem jest: pomoc dzieciom i osobom dorosłym z autyzmem i pokrewnymi zaburzeniami rozwojowymi, udzielanie wsparcia ich rodzinom, współpraca z instytucjami i organizacjami zajmującymi się dziećmi i osobami dorosłymi z autyzmem, promocja problemu i potrzeb osób nim dotkniętych oraz przeciwdziałanie ich społecznej marginalizacji oraz rzecznictwo interesów i praw osób z autyzmem i ich rodzin. Fundacja powołała i prowadzi Ośrodek dla Dzieci i Osób Dorosłych z Autyzmem i Pokrewnymi Zaburzeniami Rozwoju oraz Ich Rodzin (niepubliczny zakład opieki zdrowotnej), który zapewnia opiekę medyczną (diagnozę, terapię oraz rehabilitację) dzieciom i osobom dorosłym z zaburzeniami rozwoju oraz ich rodzinom. Organizacja prowadzi również Niepubliczną Specjalistyczną Poradnię Psychologiczno - Pedagogiczną, placówkę oświatową, której celem jest udzielanie pomocy dzieciom i młodzieży z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, szczególnie autystycznym oraz ich rodzinom. Poradnia realizuje swoje zadania poprzez prowadzenie działalności diagnostycznej, doradczej, terapeutycznej i profilaktycznej [cyt. za 6].

Przykładem strategii rzecznictwa systemowego na szczeblu krajowym jest Parlamentarna Grupa ds. Autyzmu, która powstała w grudniu 2001 roku i została powołana przez Senatora Marka Balickiego, Senator Krystynę Sienkiewicz, Posłanki Barbarę Ciruk i Izabellę Sierakowską [cyt. za 4]. Z Grupą współpracuje Porozumienie Autyzm – Polska, skupiające ponad czterdzieści organizacji pozarządowych

zajmujących się autyzmem na terenie całego kraju. Grupa podpisała się pod Deklaracją w Sprawie Autyzmu, w której sformułowano następujące cele: zwracanie uwagi opinii publicznej i nadanie odpowiedniej rangi problemowi, monitorowanie przestrzegania istniejącego prawa, zwłaszcza w zakresie ochrony zdrowia, oświaty i pomocy społecznej w odniesieniu do osób dotkniętych autyzmem oraz działanie na rzecz poprawy i uzupełnienia prawodawstwa [cyt. za 4].

Poza instytucjonalnymi formami wsparcia rodziców i opiekunów dzieci niepełnosprawnych, również autystycznych są grupy samopomocowe. Samopomoc oznacza pracę dla samego siebie, bez czekania na interwencję z zewnątrz. Levy, za Dobrzańska – Socha [6] określa grupę wsparcia, jako „*grupę równoprawnych uczestników, których podstawowym celem jest wzajemne zapewnienie pomocy i oparcia w radzeniu sobie z własnymi problemami, w udoskonalaniu swojego psychologicznego funkcjonowania oraz zwiększeniu skuteczności własnych działań. Źródłem tej pomocy jest wzajemny wysiłek, umiejętności i wiedza członków, często o podobnych kolejach losu oraz doświadczeniach życiowych*”.

Ofertą skierowaną do rodziców dzieci z autyzmem są internetowe fora dyskusyjne [7], pełniące funkcję wspierającą głównie poprzez informowanie rodziców na temat autyzmu, trudnych zachowań, różnych sposobów leczenia, metod terapii, dając poczucie przynależności, pozwala na zawieranie znajomości i przyjaźni. Zaletą forum jest łatwość dostępu oraz szybkość uzyskania wsparcia w sytuacjach kryzysowych [7].

Inną formą społecznego wsparcia są organizowane przez stowarzyszenia rodziców oddziaływania nazywane przez Twardowskiego [8] pedagogizacją, które obejmują udzielanie informacji, porad wychowawczych oraz kształtowanie u rodziców umiejętności prowadzenia rehabilitacji na terenie domu. Mogą to być także indywidualne i grupowe konsultacje dla rodziców, spotkania ze specjalistami organizowane przez nauczycieli i terapeutów, wzajemne spotkania rodziców, szkolenia oraz wymienione wcześniej turnusy rehabilitacyjne, których organizatorami są najczęściej placówki oświatowe i stowarzyszenia rodziców [8].

Kolejną formą oddziaływań terapeutycznych jest systematyczna indywidualna lub grupowa psychoterapia rodziców [9].

Ciekawą formą wsparcia, za Giarelli i wsp. [10], był realizowany w Filadelfii w Stanach Zjednoczonych Interwencyjny program dla rodziców dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych, przeznaczony był dla rodziców wkrótce po otrzymaniu diagnozy dziecka. Jego autorzy stoją na stanowisku, że deficyty społeczne u małych dzieci są trudne do zinterpretowania, dlatego istnieje potrzeba ciągłej edukacji i wsparcia rodziny. Program oparty był na kontaktach telefonicznych i wizycie domowej następujących po sobie w określonych odstępach czasu [10]:

- kontakt I - tydzień po otrzymaniu diagnozy – rozmowa telefoniczna.
- kontakt II - sześć tygodni po otrzymaniu diagnozy – wizyta domowa.
- kontakt III - dwanaście tygodni po otrzymaniu diagnozy – rozmowa telefoniczna.
- kontakt IV - dwadzieścia tygodni po otrzymaniu diagnozy – kontakt telefoniczny.

Rozmowa telefoniczna trwała 60 minut, a wizyta domowa 2 godziny. Program zawierał szczegółowe procedury postępowania. Zadania pielęgniarki realizującej program koncentrowały się wokół następujących zagadnień [10]:

- zrozumienie funkcjonowania dziecka – pomoc poprzez dostarczanie rodzicom oraz rodzeństwu wsparcia informacyjnego na temat funkcjonowania dziecka

oraz wiedzy z zakresu psychologii, edukacji, alternatywnych sposobów leczenia.

- identyfikacja czynników zaburzających funkcjonowanie rodziny i przystosowanie się jej członków do nowej sytuacji, rozpoznanie stosowanych dotychczas sposobów rozwiązywania problemów – pomoc poprzez dostarczanie rodzicom informacji na temat strategii radzenia sobie w sytuacji kryzysu.
- rozpoznanie barier utrudniających realizację planu pracy z dzieckiem – pomoc poprzez wspólne omawianie i wdrażanie zmian.
- rozpoznanie sieci wsparcia rodziny, identyfikacja źródeł wsparcia w środowisku – pomoc poprzez informowanie na temat możliwości korzystania z różnych źródeł wsparcia, ułatwienie dostępu do tych form pomocy.
- dostarczanie wsparcia psychicznego w formie rozmów, zachęty do wyrażania uczuć, motywowania rodziców do wspólnych działań i podejmowania wysiłków w rozwiązywaniu problemów, przekazywanie pozytywnych informacji zwrotnych na temat ich wytrwałości.

Autorzy programu [10] stwierdzili, iż wszystkie rodziny biorące w nim udział zgłosiły, że pielęgniarka pomogła im zrozumieć relacje między rozwojowymi potrzebami ich dziecka i planem leczenia oraz, że interwencja była źródłem wsparcia emocjonalnego. Rodzice stwierdzili również, że odnieśli z tych kontaktów korzyść.

W Stanach Zjednoczonych funkcjonują:

- program „Homebuilders” [11] - przeznaczony dla rodzin, w których doszło do niekorzystnej dla dziecka sytuacji kryzysowej. Opracowany został dla rodzin patologicznych, ale bywa stosowany również w wypadku rodzin z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju, zaburzeniami zachowania i chorymi psychicznie. Jest to krótki, trwający od 4 do 6 tygodni, cykl działań terapeutycznych o dużej intensywności - do 20 godzin tygodniowo. Działania podejmowane są na życzenie rodziny i prowadzone na terenie domu rodzinnego. Celem programu jest pomoc rodzinie w przezwyciężeniu sytuacji kryzysowej i zapobieganie umieszczeniu dziecka poza domem poprzez zapewnienie bezpieczeństwa i zaspokojenie jego potrzeb, naukę niezbędnych umiejętności wychowawczych oraz rozmowę terapeutyczną
- „Portage Projekt” [12] - przeznaczony dla rodziców dzieci od urodzenia do 6. roku życia z zaburzeniami rozwojowymi, również dzieci z autyzmem. Celem programu jest wspieranie rozwoju dziecka i jego pozytywnych interakcji z rodziną oraz nabywanie przez rodziców i dzieci nowych umiejętności.

W opinii Muszyńskiej [13] we wspieraniu rodziców dziecka niepełnosprawnego, olbrzymią rolę może odegrać pomoc dziadków, co umożliwi obojgu rodzicom, np. na podjęcie pracy zawodowej. Podobną rolę pełnią także dziadkowie w innych rodzinach, jednakże w sytuacji rodziny posiadającej dziecko niepełnosprawne, pomoc taka jest szczególnie cenna, chociażby ze względu na fakt, iż potrzeby finansowe takiej rodziny są zwykle większe. Najważniejsze jest jednak wsparcie emocjonalne, duchowe, jakie udzielają dziadkowie. Zwykle dysponują oni, jak określa autorka [13], tzw. „mądrością życiową”, umiejętnością dokonywania rozróżnień między sprawami mniej i bardziej istotnymi, dokonywaniu słusznych wyborów, spokojnego dystansu wobec tego, co nieuchronne - bezcennymi, wprost nieocenionymi darami dla każdej rodziny i każdego jej członka. W opinii Muszyńskiej [13] wsparcie emocjonalne udzielane przez dziadków, wpływa nie tylko na samopoczucie i funkcjonowanie osób

wobec których jest kierowane, ale ich spokój, rozważa, pogoda ducha wpływają znacząco na tzw. atmosferę domową, ponieważ dziadkowie są często dla niepełnosprawnego wnuka osobami szczególnymi, ofiarowującymi mu nie tylko miłość (dla niektórych dziadków niepełnosprawny wnuk jest tym "najukochańszym"), ale i pełne zrozumienie, które ma swoje podstawy w psychologicznej i społecznej sytuacji dziadków. Autorka [13] podkreśla także, iż więź między niepełnosprawnymi wnukami a dziadkami, nie ulega rozluźnieniu, gdy dziecko dorasta, jak to często bywa w przypadku dzieci pełnosprawnych [13].

## Piśmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko, K.: Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000.
2. Sęk H.: Wypalenie Zawodowe, Wyd. PWN, Warszawa, 2010.
3. Rajner A., Wroniszewska M, Wroniszewki M: Raport 2000. Ocena stanu pomocy dzieciom i osobom dorosłym z autyzmem oraz ich rodzinom w Polsce, Światło i Cienie, 2001, 3.
4. Rajner A., Wroniszewski M.: Skutecznie i profesjonalnie. Poradnik dla organizacji pozarządowych zajmujących się z autyzmem. Fundacja SYNAPSIS, Warszawa 2002.
5. Dobrzańska-Socha B.: propozycja profesjonalnego prowadzenia grup wsparcia, Now. Psychol., 1992, 2, 77-87.
6. Twardowski A. (red.): Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń. Wyd. Nauk. PTP., Poznań, 2005.
7. <http://www.dzieci.org.pl/cgi/forum/ikonboard.cgi>, data pobrania 11. 04.2012.
8. Muskat K.: Psychoterapia grupowa rodziców dzieci specjalnej troski. Psychologia Wychowawcza, 1988.
9. Giarelli E., Souders M., Pinto – Martin J., Bloch J., Levy S.E.: Intervention pilot for parents of children with autistic spectrum disorder. *Pediatr. Nurs.*, 2005, 5, 389-399.
10. Stelmaszuk Z. W.: Interwencja w sytuacji kryzysu w rodzinie. Model Homebuilders, wyd. Problemy Opiekuńczo – Wychowawcze, 1994.
11. Agathonos – Georgopoulou H., Programy wspierania rodziny, [w]: Stelmaszuk Z.W., Zmiany w systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą. Perspektywa europejska. Wyd. Śląsk, Katowice, 2000.
12. Pisula E.: Rodzice dzieci z autyzmem - przegląd najnowszych badań. *Psychiat. Pol.*, 2002, 36, 95-101.
13. Muszyńska E.: Wychowanie rodzinne wspierające rozwój dziecka niepełnosprawnego [w:] Podmiotowa rola rodziców w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych, Kostecki R., Maciarz A. (red.), Zielona Góra, 1993.

**Ewa Wiśniewska, Małgorzata B. Marcysiak, Bożena Ostrowska, Małgorzata Zagroba, Miłosz Marcysiak, Grażyna Skotnicka- Klonowicz**

## **Dziecko wobec przemocy – konsekwencje krzywdzenia**

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie Wydział Ochrony Zdrowia

### **Wprowadzenie**

Krzywdzenie dzieci jest odwiecznym problemem. Istnieje wiele przykładów masowego zabijania i krzywdzenia dzieci na przestrzeni dziejów. Dzieci bywały porzucane, sprzedawane, głodzone i wykorzystywane do pracy. Najbardziej drastycznym zwyczajem, praktykowanym w niektórych kulturach, było dzieciobójstwo traktowane jako metoda regulacji urodzeń, sposób na złe duchy, poprawę sytuacji materialnej rodziny, kondycji fizycznej danej społeczności, czy sposobem na poprawę sytuacji materialnej rodziny. Zmiany w sposobie myślenia o godności dziecka następowywały powoli [1]. Stosowanie różnych form przemocy przez dorosłych powoduje u dzieci szkody we wszystkich aspektach życia i powoduje nieodwracalne skutki w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego ale dopiero w 1961 roku został opisany zespół objawów chorobowych wynikających z nadużywania przemocy fizycznej wobec dziecka pod nazwą „*Zespół dziecka maltretowanego*”. Trudno jest określić skalę tego zjawiska, gdyż jest to problem głęboko skrywany i nieczęsto rozpoznawany, o czym świadczą wyniki przeprowadzanych badań w tym zakresie. Bezpośrednimi ofiarami przemocy domowej było około 6 % polskich studentów: blisko 20 % uczestniczyło w tych doświadczeniach w charakterze świadka, natomiast co trzecia badana osoba była zarówno świadkiem, jak i ofiarą tych wydarzeń [2, 3].

### **Istota zjawiska**

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia za krzywdzenie uważa się zamierzone lub niezamierzone działania osoby dorosłej, które mają szkodliwy wpływ na zdrowie i rozwój psychofizyczny dziecka. Są to akty nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej lub psychicznej szkody osoby. Sytuacje te wykraczają poza społeczne zasady wzajemnych relacji [2]. Inna definicja podkreśla intencyjność działania sprawcy: przemoc to zachowanie i czyn, których intencją jest wyrządzenie krzywdy drugiemu człowiekowi. Zjawisko to pojawia się często w środowisku najbliższym każdemu człowiekowi, wśród osób najbliższych. Przemoc domowa definiowana jest więc jako zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciwko członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste, powodując cierpienie i szkody [4].

Przemoc nie jest zjawiskiem jednorodnym. Występuje wiele jej odmian choć wszystkie mają wspólny mianownik: ból, cierpienie, zakłócenie optymalnych warunków rozwoju dziecka. W literaturze przedmiotu wymieniana jest zarówno przemoc: fizyczna, seksualna, emocjonalna, jak i zaniedbywanie dziecka [5].



Inna klasyfikacja przemocy domowej dzieli ją na spontaniczną (gorącą) i instrumentalną (chłodną). *Przemoc gorąca* jest wybuchem skumulowanych uczuć gniewu i wściekłości. U jej podstaw leżą negatywne i intensywne przeżycia związane z frustracją, zablokowaniem dążeń, niespełnieniem pragnień. Wyrażają się one w bezpośredniej agresji fizycznej i psychicznej. Towarzyszy jej pragnienie wywołania cierpienia i spowodowania szkód u ofiary.

*Przemoc chłodna* to rodzaj złego traktowania wpisany w kulturę, obyczajowość lub osobowość sprawcy, który realizuje utrwalony wzór postępowania. Ten rodzaj przemocy rozwija się często na bazie autorytarnych modeli współżycia w grupie. Często dokonywana jest z premedytacją w celu osiągnięcia założonego celu, często celu wychowawczego. Sprawca narusza terytorium psychiczne najbliższych i ich krzywdzi, znajdując jednak dla tego rodzaju zachowań racjonalne w jego odczuciu uzasadnienie [5, 6].

### **Dziecko w obliczu przemocy**

Zasadnicze podstawy przyszłej osobowości kształtują się przede wszystkim w okresie wczesnego dzieciństwa, w kontakcie z rodziną i w oparciu o wzajemne więzi uczuciowe. Oddziaływanie wzorców osobowych rodziców dokonuje się na drodze uczenia przez obserwację. W początkowym okresie dziecko naśladuje rodziców, a później zaczyna się z nimi identyfikować. Warunkiem rozwijania się procesu utożsamiania dziecka z rodzicami jest silna więź emocjonalna [5]. W kształtowaniu emocji dziecka jednym z najistotniejszych elementów jest poczucie bezpieczeństwa. Tylko w sytuacji zaspokojenia tej potrzeby może dojść do uformowania poczucia własnej wartości i autonomii jednostki. Bezpieczeństwo jest również warunkiem budowania zaufania w relacjach z innymi ludźmi. Osoby, które doświadczyły przemocy przeżywają poczucie wstydu, lęku i upokorzenia. Towarzyszą im sprzeczne uczucia krzywdy i winy. Między ofiarą a jej prześladowcą może dojść do traumatycznej więzi, która zawiera podziw i nienawiść. W sferze poznawczej odbija się to na zaburzonym postrzeganiu porządku społecznego, kryzysu ideałów, wartości. Może to prowadzić do poczucia beznadziejności, bezradności, depresji. Dzieci w domu z przemocą muszą przystosować się do warunków, w których panuje wrogość, kontrola, nieprzewidywalne reakcje osób dorosłych. Dziecko stosuje mechanizmy adaptacyjne, aby nie stracić tego co jest najważniejsze – więzi z rodzicami [7].

Dzieci maltretowane uczą się mechanizmów przetrwania, aby chronić się na poziomie emocjonalnym. Mogą używać zaprzeczenia (świadomie lub nieświadomie odczuwają zablokowanie wspomnień związanych z przemocą), wycofują się, aby nie zwracać na siebie uwagi, szukają aprobaty u innych. Dzieci z doświadczeniem przemocy uciekają od doznań fizycznych i emocjonalnych, usiłują być zimne, niewrażliwe; uciekają od uczuć by chronić się przed bólem, zachowują się źle aby wyrazić złość i frustrację lub biorą winę na siebie [8].

Doświadczenie krzywdy, które powstało w wyniku przemocy stosowanej przez osoby dziecku najbliższe, nie tylko wywołuje głębokie poczucie bezsilności i cierpienie, ale także narusza jego godność. Dziecko od najbliższych oczekuje miłości, wsparcia i bezpieczeństwa, gdy zamiast tego jest krzywdzone odbiera to jako wyraz głębokiej niesprawiedliwości. Te negatywne doświadczenia określane są jako ciężar niewybaczalnej krzywdy [9]. Dzieci mogą być nie tylko ofiarami, lecz również świadkami przemocy. Fakt ten wyciska także piętno z funkcjonowaniu emocjonalnym dziecka. W literaturze wymieniane są następujące konsekwencje bycia świadkiem przemocy:

- zaburzenia zachowania /zaburzenia agresywne, okrucieństwo wobec zwierząt, napady złości, przestępstwa/;
- problemy funkcjonowania społecznego /odrzućenie przez rówieśników, niezdolność do empatii/;
- problemy funkcjonowania poznawczego /słabe wyniki w szkole, opóźnienie emocjonalne, opóźnienie rozwoju mowy/;
- objawy dotyczące sfery somatycznej /bezsenna, zaburzenia jedzenia, słaby rozwój motoryczny, moczenie nocne/.

Chłopcy mają więcej zachowań agresywnych, częściej niż dziewczynki mają napady złości. Dziewczynki częściej się wycofują, są pasywne, nieufne. Sytuacja jest szczególnie trudnym przeżyciem gdy ofiarą przemocy jest również matka. Dzieci będące świadkami przemocy między rodzicami, mają trudności we właściwym rozumieniu miłości i bliskości w związku. Błędne wyobrażenia na ten temat stają się podstawą do zaburzeń w relacjach z partnerem [4].

### **Konsekwencje przemocy**

Konsekwencje doświadczeń związanych z przemocą mogą być takie jak w wyniku każdego innego znaczącego stresu. W momencie zdarzenia stresującego może wystąpić ostra reakcja na stres. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 jest to przemijające zaburzenie o znacznym nasileniu, które rozwija się jako reakcja na stres fizyczny lub psychiczny u osób nieprzejawiających wcześniej żadnego zaburzenia psychicznego. Stresorem może być druzgocące przeżycie pociągające za sobą poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa lub fizycznej nienaruszalności danej osoby. Ryzyko wystąpienia tego zaburzenia wzrasta, gdy obecne są czynniki sprzyjające: wyczerpanie fizyczne, starszy wiek, nadmierna wrażliwość jednostki czy gorsza umiejętność radzenia sobie. W ostrej reakcji na stres początkowo występuje stan oszołomienia z zawężeniem pola świadomości, zwężeniem uwagi, niemożność rozumienia bodźców i zaburzenia orientacji. Ofiara nie potrafi później relacjonować wydarzenia, może wystąpić całkowita lub częściowa niepamięć dotycząca epizodu. Może dochodzić do reakcji zamierania lub nadmiernej aktywności. Mogą towarzyszyć jej lęki i objawy wegetatywne. Objawy mogą pojawić się w kilka minut po zdarzeniu i zanikają w ciągu 2-3 dni [10].

Ofiary przemocy mogą doświadczyć urazu, który spełnia kryteria rozpoznania zespołu stresu pourazowego (PTSD post-traumatic stress disorder). Pierwszym kryterium diagnostycznym jest przeżycie dramatycznej sytuacji, zetknięcie się ze śmiercią lub bezpośrednim zagrożeniem życia, doświadczeniem zagrożenia własnej fizycznej integralności, czemu towarzyszy intensywny strach, przerażenie, i poczucie bezradności. Efektem tych doświadczeń mogą być objawy należące do 3 kategorii:

1. Utrzymujące się odtwarzanie traumatycznego wydarzenia:
  - nawracające i natrętne przypominanie,
  - nawracające przykre sny,
  - nagłe, nieadekwatne do sytuacji zachowania i emocje.
2. Unikowe reakcje na bodźce związane z traumą:
  - unikanie sytuacji nawiązujące do urazu,
  - psychologiczna amnezja,
  - poczucie odrętwienia i obecność wobec innych,
  - skrócenie perspektywy czasowej (nieplanowanie przyszłości).

### 3. Symptomy pobudzenia współtowarzyszące reakcjom naturalnego odtwarzania lub unikania

- zaburzenia snu,
- drażliwość lub wybuchy gniewu,
- trudności w koncentracji uwagi,
- nadwrażliwość na bodźce [4].

Najbardziej uporczywe objawy dotyczą powracania traumatycznych zdarzeń, czy to w formie wspomnień, złudzeń, snów, czy doznań o charakterze halucynacji, polegających na ponownym przeżywaniu sytuacji związanej z urazem, pojawiające się w momentach osłabionej świadomości, np. po przebudzeniu. Chcąc uwolnić się od uporczywie powracających wrażeń człowiek unika wszystkiego, co w najmniejszym stopniu może przypominać okoliczności urazu [11].

Zaburzenia posttraumatyczne u dzieci są następstwem traumy. Traumą mogą być zarówno wydarzenia nagłe i niespodziewane jak i seria powiązanych ze sobą zdarzeń lub przedłużające się sytuacja np. znęcanie się nad dzieckiem lub molestowanie seksualne. Do charakterystycznych objawów zaburzeń posttraumatycznych należą: zabawa posttraumatyczna / zabawa polegająca na odtwarzaniu niektórych aspektów traumy, mająca charakter kompulsywny, słabo redukująca lęk, mało rozbudowana/, wspomnienia traumatyczne pojawiające się poza zabawą, powtarzające się koszmary senne, niekoniecznie związane treściowo z urazem, napięcie i niepokój fizjologiczny – przejawiający się w mowie i zachowaniu oraz powtarzające się epizody reminiscencji i dysocjacji, tj. odgrywanie traumatycznego zdarzenia, ale bez poczucia celowości i zrozumienia. Ponadto zaobserwować można u dziecka przytłumioną reaktywność: wycofanie społeczne, ubogi afekt, ograniczenie zainteresowania zabawą, interakcjami społecznymi, ruchem oraz wysiłek włożony w unikanie zabaw łączących się z traumą. Ponadto u dziecka po traumatycznym zdarzeniu występować mogą objawy nasilonego pobudzenia, np. trudności w kładzeniu się spać, trudności w koncentracji uwagi, nadmierna czujność, wyolbrzymiona reakcja przestrachu oraz podwyższona drażliwość. Wzorec objawów utrzymuje się przynajmniej przez jeden miesiąc. Dzieci mogą na pewien czas utracić wcześniej nabyte umiejętności rozwojowe. Może pojawić się agresja, mogą ujawnić się lęki, które wcześniej nie występowały. Czasem zaobserwować można seksualne i agresywne zachowania niestosowne do wieku dziecka [12].

Inne zmiany to obniżenie ogólnej wrażliwości i anestezja emocjonalna, która przejawia się ograniczeniem zainteresowań lub aktywności, poczuciem odrzucenia przez innych, utratą zaufania do innych, zawężeniem odczuwania afektu, niemożnością odczuwania miłości oraz brakiem perspektyw na przyszłość. U niektórych ofiar przemocy może pojawić się fobia społeczna; lęk występuje w sytuacjach ekspozycji społecznej. Dzieci z lękiem społecznym mają niską samoocenę, częściej oceniają wydarzenia jako stresujące, gorzej radzą sobie w sytuacji stresu, mają ubogie relacje społeczne [10].

Konsekwencją doznawania przemocy w dzieciństwie mogą być również zachowania suisycydalne. Makara-Studzińska powołując się na badania (Evans, Hawtona i Rodham; Green; Lanktree i inni) podkreśla związek między przemocą a zachowaniami samobójczymi u młodych ludzi w okresie adolescencji. Według Brown i wsp. ryzyko powtarzania prób samobójczych było osiem razy wyższe, według Riggs pięciokrotnie wyższe u młodych ludzi z historią przemocy. W literaturze najczęściej podkreśla się związek między przemocą seksualną i fizyczną. Przesłankami do zachowań destrukcyjnych może być całokształt następstw przemocy - zaniedbywanie emocjonalne, niskie poczucie własnej wartości, słabe wyniki szkolnych [13].

Konsekwencje poszczególnych form przemocy wobec dziecka mogą być zróżnicowane w zależności od traumatyzującego bodźca. Najłatwiej rozpoznawalna jest przemoc fizyczna, która często jest stosowana jako środek wychowawczy. S. Forward za przemoc uznaje każde zachowanie, które sprawia dziecku ból, bez względu na to czy pozostawia ślad na ciele czy nie; ofiarą przemocy fizycznej może być także dziecko które nie ma obrażeń ciała. Niektórzy rodzice „chętnie” sięgają po ten środek ponieważ :

- jest prostym sposobem wymuszenia posłuszeństwa,
- daje możliwość łatwego rozładowania emocjonalnego,
- jest projekcją własnych doświadczeń z dzieciństwa oraz własnych ambicji.

Skutki **przemocy fizycznej** obejmują nie tylko urazy ciała, trwałe uszkodzenia ciała, trwałe kalectwo, stałe napięcie mięśni ciała, drżenie rąk, tiki, ale również choroby psychosomatyczne– zaburzenia krążenia, astmę, bóle głowy, żołądka, mięśni, zaburzenia ciśnienia [9].

W zakresie zachowania dzieci maltretowane fizycznie wykazują pewne typowe cechy - obniżoną zdolność do radości życia, zbytnią dojrzałość na swój wiek (pseudodojrzałość), niezdolność do kontroli, poczucie niskiej wartości, niskie mniemanie o własnych zdolnościach, wycofanie, lęk, agresja [5]. Dzieci te mogą być smutne, bierne, małomówne, hipomimiczne, zrezygowane. Często unikają kontaktu wzrokowego, wykazują lęk przed rodzicami. Często następstwem jest niedożywienie, niedobór wzrostu i opóźnienie rozwoju psychoruchowego [14].

W zakres przemocy emocjonalnej (psychicznej) wchodzi cały katalog zachowań: odrzucenie emocjonalne, brak wsparcia i zainteresowania dzieckiem, ignorowanie i szykanowanie, a także różne formy nadopiekuńczości, nadmierne kontrolowanie, wywieranie presji czy brak poszanowania godności. Narzędziem w tej formie przemocy jest słowo, które rani, wywołuje strach, poczucie niesprawiedliwości. Brągiel podkreśla, że przyczyny stosowania przemocy tkwią w rodzicach: nieodpowiednio dobranych, rozczarowanych małżeństwem, rodzicielstwem, z niezaspokojonymi potrzebami, w realizacji których dziecko stanowi przeszkodę. Rodziców maltretujących emocjonalnie dzieci można podzielić na 4 typy:

- ośmieszający dziecko,
  - oskarżający lub znieważający dziecko,
  - mający nierealne oczekiwania wobec dziecka,
  - rywalizujący (mówienie słów, które spowodują, że dziecko będzie się czuło gorzej)
- [9]. Przemoc psychiczna skutkuje określonymi zmianami zachowania:
- zaburzenia mowy i snu,
  - dolegliwości psychosomatyczne ( bóle brzucha, głowy, mdłości),
  - mimowolne ruchy mięśni, szczególnie twarzy,
  - ssanie palca, kołysanie,
  - depresja,
  - nadmiernie ugrzecznione zachowanie, ciągle podporządkowanie się dorosłym,
  - lęk przed porażką, zbyt wysokie wymaganie w stosunku do siebie,
  - próby samobójcze [5].

U ofiar przemocy w wyniku doznanego urazów psychicznych pojawiają się uszkodzenia strukturalne, zwłaszcza w okolicy hipokampa. Może pojawić się dysregulacja osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (szczególnie w przypadku wykorzystywania seksualnego), co może odpowiadać za powstawanie zaburzeń depresyjnych [7]. Z pośród wielu przejawów krzywdzenia emocjonalnego dla dziecka najtrudniejsze jest odrzucenie, chłód i obojętność. Rodzice czasami nie zdają sobie

sprawy, narażając własne dzieci na lęk, samotność, utratę poczucia bezpieczeństwa, brak wiary we własne możliwości co skutkuje okaleczeniem psychicznym [15].

Szczególną formą krzywdzenia jest wykorzystywanie seksualne, które WHO definiuje jako nadużywanie dziecka dla uzyskania przyjemności seksualnej przez osoby dorosłe i starsze [15, 16].

Konsekwencje molestowania seksualnego są rozległe. Obok objawów somatycznych, zaburzeń psychicznych (nadpobudliwość, fobie, depresja, próby samobójcze i samobójstwa dokonane) pojawiają się zaburzenia w życiu seksualnym w dorosłym życiu. U kobiet może występować izolacja seksualna, niechęć do płci przeciwnej, oziębłość płciowa, prostytutka. W grupie mężczyzn pojawia się stosowanie przemocy seksualnej, przemocy domowej, oziębłość płciowa, orientacja homoseksualna, pedofilia. Występować może także zjawisko desyntyzacji czyli odwrócenia skutkujące zahamowaniem reakcji emocjonalnych, polegającym na tym że, incydenty przemocy budzą coraz mniej sprzeciwu [16]. W przypadku wykorzystywania seksualnego dołączają się także zachowania patologiczne: kradzieże, kłamstwa, narkotyki, ucieczki z domu, prostytutka, próby samobójcze [5].

„Subtelny” formami przemocy o skrajnych biegunach jest **zaniedbywanie potrzeb i nadopiekuńczość**. Polansky i Hallem określają, że zaniedbywanie dziecka występuje w sytuacji gdy opiekun odpowiedzialny za dziecko celowo lub przez nadzwyczajny brak uwagi, pozwala by dziecko cierpiało. Istotą tych zachowań jest nie zapewnienie dziecku składników do rozwoju fizycznego, intelektualnego, emocjonalnego i wychowania. Może to być spowodowane brakiem wiedzy rodziców, złą sytuacją finansową, brakiem doświadczenia, ambiwalentnymi uczuciami rodziców do dziecka, zaangażowaniem w pracę zawodową [15]. Zaniedbywanie może dotyczyć sfery fizycznej: np. zaniedbywanie opieki rodzicielskiej, medycznej oraz psychicznej – obojętność, nieokazywanie pozytywnych uczuć, lekceważenie emocjonalne, potrzeb psychicznych. Konsekwencje zaniedbań są różne, w zależności od okresu w którym wystąpiło i od długości trwania. Skutkami bezpośrednimi jest mała masa ciała, niski wzrost, chroniczne choroby, pasożyty, opóźnienie wynikające z niedożywienia oraz poczucie wstydu, inności, trudności w nawiązywaniu kontaktów, zahamowanie rozwoju psychicznego. Odległymi skutkami jest poczucie krzywdy, winy, zaniedbywanie własnych dzieci, niewykształcenie nawyków czystości [15].

Nadopiekuńczość to trudna do zbadania formy przemocy. Definiuje się ją jako działania mające na celu ograniczenia właściwego rozwoju ofiary prowadzące do różnych form okaleczenia fizycznego i psychicznego. Przykładem tej formy może być zespół Munchhausena [5].

## **Dorosły z doświadczeniem przemocy**

Wielu dorosłych nie wie, że problemy z którymi się spotykają w dorosłym życiu są wynikiem doznawania przemocy w dzieciństwie. U niektórych ma miejsce blokada i nie pamiętają oni faktu maltretowania, inni pamiętają lecz nie przyjmują do wiadomości istnienia konsekwencji, jakie wywarły w ich życiu. Przejawami takich doświadczeń mogą być konflikty w małżeństwie, problemy z wychowaniem własnych dzieci, problemy w pracy, działania cechujące się przemocą lub destrukcją, zaburzenia w odżywianiu, problemy seksualne, kłopoty ze snem. Dzieci maltretowane jako dorośli mogą odtwarzać niektóre zachowania:

- brak zaufania, strach przed zmianami, nadmierne zatroskanie o innych, trudności z opanowaniem stresu, niska samoocena. Dalszymi następstwami może być depresja,

poczucie zagubienia w życiu, nieodczuwanie przyjemności, brak celu, relacje konfliktowe oraz zachowania destrukcyjne (zaburzenia w żywieniu - bulimia, anoreksja), prostytutka, narkomania, alkoholizm. Dorośli maltretowani mogą mieć problemy z wychowaniem własnych dzieci (nie znają prawidłowego modelu rodzicielstwa) nie wiedzą czego mają oczekiwać od własnych dzieci, nie są w stanie opanować stresu jaki towarzyszy wychowaniu, maltretują własne dzieci, nie potrafią poczuć bliskości, boją się dotykać całować swoje dzieci [8].

## Podsumowanie

Krzywdzenie dziecka jest zjawiskiem ciągle obecnym w naszym społeczeństwie i ciągle niedoszacowanym w zakresie skali zjawiska. Rejestrowane przypadki stanowią jedynie szczyt góry lodowej. W trakcie krzywdzenia zostaje naruszona godność osobista ofiary, powodując jej cierpienie. W przypadku dzieci doświadczanie przemocy rzutuje na dalsze ich życie, sprzyja poczuciu niskiej wartości, stanom lękowym, depresji, izolacji społecznej a często późniejszym zachowaniom agresywnym. Negatywne wzorce zachowań rodziców tworzą zamknięte koło przemocy, które powoduje powrót zjawiska w kolejnym pokoleniu.

## Wnioski

Krzywdzenie wywiera wpływ na wszystkie aspekty życia dziecka co wpływa na sferę biologiczną i funkcjonowanie społeczne człowieka. Przemoc dorosłych burzy świat małego dziecka i rzutuje na dalsze jego życie stąd też niezbędnym jest podejmowanie działań:

- a. legislacyjnych przeciwdziałających przemocy nie tylko wobec dziecka ale i w jego środowisku domowym
- b. edukacyjnych uświadamiających społeczeństwo o negatywnych skutkach przemocy niezależnie od jej formy.

## Piśmiennictwo

1. Gronowicz E., Stodolak A., Fuglewicz A., Salik K., Masłowska E., Przemoc fizyczna wobec dziecka. Rozpoznanie urazów nieprzypadkowych u dzieci. [w:] Uzależnienia a rodzina – wybrane zagadnienia, Domżał-Drzewicka R.(red), Wyd. Mak-med., Lublin, 2008.
2. Skorzyńska H., Rudnicka-Drożak E., Krzywdzenie dzieci przez dorosłych. Ocena skali zjawiska i umiejętność rozpoznawania go przez nauczycieli, Zdr. Publ., 2002, 3, 351-355.
3. Skala zjawiska krzywdzenia dzieci w Polsce, <http://www.dziecionline.pl/w/trudne/Przemoc/skala.htm>, data pobrania 30.03.2012.
4. Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A.: Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia, Wyd. UJ, Kraków, 2000.
5. Pirogowicz I., Steciwko A. Zespół dziecka maltretowanego [w] Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość, Mazur J. (red.), Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, 2002.
6. Romańska A., Mroczek B., Karakiewicz B., Przemoc w rodzinie jako istotny problem medycyny rodzinnej, Fam. Med. Primary Care Rev., 2008,10, 641-647.

7. Namysłowska I., *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2004.
8. Soriano A. *Przemoc wobec dzieci*. Wyd. Espe, Kraków, 2000.
9. Maćkiewicz J., *Przemoc w wychowaniu rodzinnym*, Wyd. Impuls, Kraków, 2009.
10. Dąbkowska M., *Psychiatryczne następstwa przemocy domowej*, *Psychiat. Prakt. Ogólnolek.*, 2005, 3, 103-108.
11. Łosiak W., *Psychologia stresu*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2008.
12. *Klasyfikacja diagnostyczna DC:0-3R*, Oficyna Wyd. „Fundament”, Warszawa, 2009.
13. Makara-Studzińska M., Moryłowska J., Grzywa A.: *Samobójstwo jako konsekwencja krzywdzenia w dzieciństwie*, *Wiad. Psychiatr.*, 2007, 10, 43-49.
14. Namysłowska I., *Psychiatria dzieci i młodzieży*, PZWL, Warszawa, 2004.
15. Urban E.: *Krzywdzenie dzieci. Ocena skali zjawiska i możliwości interwencji*, *Zdr. Publ.*, 2002, 3, 382-390.
16. Binczycka-Anholcer M.: *Witymologiczna i medyczna problematyka dziecka krzywdzonego*, *Probl. Hig.*, 2003, 2, 93-101.

**Tomaszek Aleksandra<sup>2</sup>, Goźlińska Anna<sup>1</sup>, Janiszewska Elżbieta<sup>2</sup>, Kosson Dariusz<sup>2,3</sup>, Łazowski Tomasz<sup>1</sup>, Studniarek Elżbieta<sup>4</sup>**

## **Inteligencja emocjonalna a style radzenia sobie ze stresem w środowisku lekarskim**

<sup>1</sup> Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup> Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>3</sup> Zakład Neuropeptydów Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN

<sup>4</sup> Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

### **Inteligencja emocjonalna**

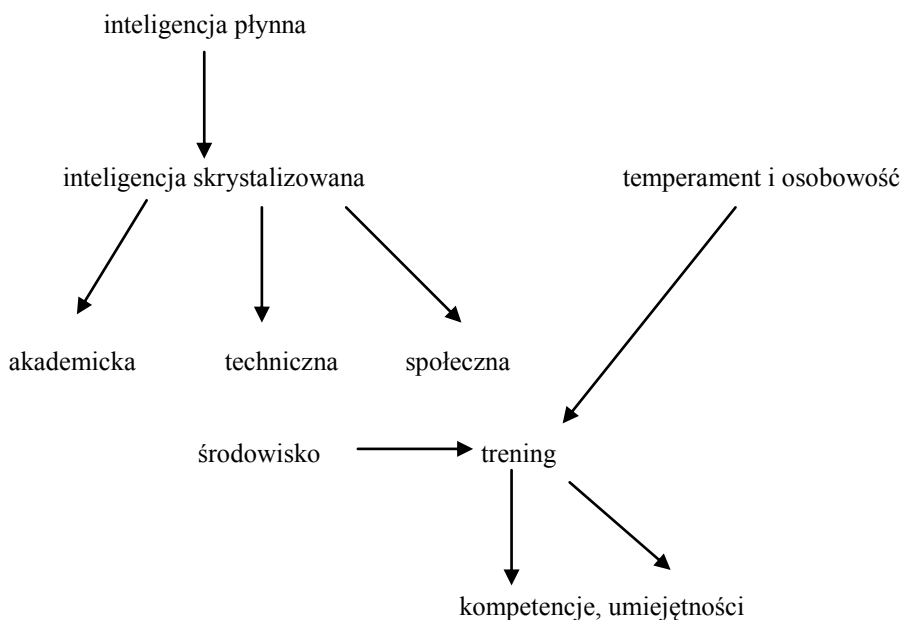
Zainteresowanie człowieka pewnymi specyficznymi procesami psychicznymi rozpoczęło się już ponad sto lat temu. Pierwsze próby pomiaru w miarę prostych właściwości psychicznych traktowanych jako przejaw inteligencji podjął w ostatnim ćwierćwieczu ubiegłego stulecia Galton, pionier badań empirycznych nad inteligencją. Inny badacz - Mc.K Cattell uważał, że na podstawie pomiaru względnie prostych reakcji psychomotorycznych można wnioskować o złożonych właściwościach poznawczych. Cattell wprowadził do psychologii pojęcie testu psychologicznego [1].

Kolejne lata przynosiły wiele nowych pomysłów i prób pomiaru inteligencji. Zaledwie w parę lat po wprowadzeniu przez Galtona i McK. Cattela prostych testów psychomotorycznych do pomiaru inteligencji wykazano, że ocena uzyskana na podstawie tego typu badań nie pozostaje w związku z osiągnięciami szkolnymi mierzonymi wysokością uzyskanych stopni. Badania inteligencji zostały ostro skrytykowane a wśród psychologów zmalał entuzjazm dla ilościowego pomiaru inteligencji. Sytuacja zmieniła się pod wpływem badań Alfreda Bineta, twórcy pierwszego testu inteligencji. Od tamtego czasu, z biegiem lat, pomiar inteligencji był udoskonalany. W pewnym momencie testy inteligencji stały się wyrocznią. Wykorzystywane są w procedurach przyjmowania na studia, do pracy, na określone stanowiska. Często wyniki testów inteligencji decydowały o dalszych losach osoby wypełniającej test [2].

W pewnym momencie jednak stwierdzono, że ani iloraz inteligencji, ani wyniki testów do pomiaru II nie pozwalają bezwzględnie przewidzieć, kto odniesie w życiu sukces. Istnieje oczywiście taka zależność ale nie dotyczy ona jednak wszystkich. Jak się okazuje iloraz inteligencji określa tylko 20% czynników, które decydują o sukcesie, zaś 80% zależy od innych zmiennych. Daniel Goleman te „inne zmienne” nazywa inteligencją emocjonalną, na którą składają się zdolność motywacji i wytrwałość w dążeniu do celu mimo niepowodzeń, umiejętność panowania nad popędami i odłożenia na później ich zaspokojenia, regulowania nastroju i niepoddawania się zmartwieniom upośledzającym zdolność myślenia, wczuwanie się w nastroje innych osób i optymistycznego patrzenia w przyszłość [3].



Pojęcie „inteligencji emocjonalnej” zaistniało dopiero pod koniec XX wieku. W roku 1990 pojawiła się koncepcja Saloveya i Mauera, którą można opisać w następujący sposób:



Salovey i Mayer uznali inteligencję emocjonalną za podzakres inteligencji społecznej i zdefiniowali ją jako zdolność człowieka do śledzenia własnych i cudzych uczuć i emocji, różnicowania ich oraz wykorzystywania uzyskanych na tej drodze informacji w kierowaniu swoim myśleniem i działaniem. Później przyjęli jednak, że inteligencja emocjonalna obejmuje także zdolności do spostrzegania, rozumienia i regulowania przez człowieka własnych emocji nie związanych z relacjami społecznymi. Zdolność do spostrzegania i rozumienia własnych i cudzych emocji oraz wykorzystywania wiedzy emocjonalnej w działaniu zajmują istotne miejsce w modelu inteligencji emocjonalnej Saloveya i Mayera.

Badacze ci uważają, że inteligencja emocjonalna powinna wiązać się z innym rodzajem inteligencji - inteligencją akademicką

Zaproponowany przez Saloveya i Mayera model jest modelem sprawnościowym, traktuje inteligencję emocjonalną jako zdolności.

W strukturze inteligencji emocjonalnej Salovey i Mayer w 1990 roku wyróżniali trzy grupy komponentów. W zmodyfikowanej wersji model Saloveya i Mayera uwzględnia cztery grupy zdolności składających się na inteligencję emocjonalną. Są to:

- 1) zdolność do spostrzegania i wyrażania emocji
- 2) zdolność do emocjonalnego wspomagania myślenia - asymilowania emocji w przebiegu procesów poznawczych

- 3) zdolność do rozumowania i analizowania emocji oraz wykorzystywania wiedzy emocjonalnej
- 4) zdolność do kontrolowania i regulowania emocji

Zdolności do spostrzegania i wyrażania emocji - pierwszą zdolnością jaką człowiek wykazuje najwcześniej jest zdolność do rozpoznawania emocji we własnych stanach fizjologicznych, doznaniach i myślach. Kolejna zaś - to zdolność rozpoznawania emocji u innych ludzi i w dziełach sztuki. Następnie pojawiają się zdolności do wiernego wyrażania emocji i związanych z nimi potrzeb. Najpóźniejsza rozwojowo jest zdolność do różnicowania między adekwatnymi i nieadekwatnymi oraz szczerymi i nieszczerymi wyrazami uczuć.

Zdolności do emocjonalnego wspomaganie myślenia, określane także jako zdolności do asymilowania emocji w przebieg procesów poznawczych - są to zdolność do emocjonalnego sterowania uwagą (ukierunkowywania jej na ważne informacje), zdolność do wywoływania w sobie określonych emocji w celu lepszego zrozumienia przeszłej, aktualnej i przyszłej sytuacji, zdolność do przyjmowania różnych punktów widzenia (odpowiadających zmieniającym się nastrojom), zdolność do stosowania przy rozwiązywaniu problemów różnych sposobów podejścia (zgodnych z odmiennymi stanami emocjonalnymi).

Zdolność do rozumowania i analizowania emocji oraz wykorzystywania wiedzy emocjonalnej - najwcześniejszą jest zdolność do nazywania emocji i rozumienia relacji między słowami a oznaczanymi przez nie treściami emocjonalnymi. Następną jest zdolność do interpretowania znaczenia emocji - ich związku z określonymi relacjami międzyludzkimi. Kolejna to zdolność do rozumienia uczuć złożonych czy stanów będących kombinacją kilku prostszych emocji. Ostatnią zaś jest zdolność do rozumienia i przewidywania zmian w przebiegu emocji.

Zdolność do kontrolowania i regulowania emocji własnych i cudzych - są to zdolności do „otwierania się” na emocje, zarówno przyjemne, jak i przykre. Także zdolność do świadomego angażowania się w emocje lub separowania od nich, odpowiednio do oceny ich wartości informacyjnej czy użyteczności, oraz zdolność do śledzenia emocji i oceniania ich (pod względem wyrażności, typowości, adekwatności, siły wywieranego przez nie wpływu). W grupie tej znajduje się także zdolność do kierowania emocjami własnymi i cudzymi - łagodzenia emocji negatywnych i wzmocnienia pozytywnych.

Bar-On zaś definiuje inteligencję emocjonalną jako „szereg pozapoznawczych zdolności, kompetencji i umiejętności, które umożliwiają jednostce efektywne radzenie sobie z wymaganiami i naciskami środowiskowymi”. Zgodnie z jego modelem, na inteligencję emocjonalną składa się 15 komponentów, reprezentujących pięć grup. Są to: kompetencje intrapersonalne (emocjonalna samoświadomość, asertywność, samo-akceptacja i szacunek dla własnej osoby, samoaktualizacja oraz niezależność), kompetencje interpersonalne (empatia, zdolność do utrzymywania więzi interpersonalnych oraz odpowiedzialność społeczna), kompetencje przystosowawcze (zdolność rozwiązywania problemów, zdolność konfrontowania subiektywnych doświadczeń z rzeczywistością oraz giętkość przystosowawcza), kompetencje związane z radzeniem sobie ze stresem (tolerancja na stres oraz kontrola impulsów) i komponenty związane z ogólnym nastrojem (poczucie szczęścia oraz optymizm). W modelu tym uwzględnione są także dyspozycje tradycyjnie uznawane za cechy osobowości i - określające nie tyle posiadane przez człowieka możliwości, ile jego skłonności czy preferencje.

Radzenie sobie ze stresem jest według Bar-Ona częścią składową inteligencji emocjonalnej.

## Stres

Pojęcie „stres” wprowadzone także przez Selyego określa fizjologiczny stan organizmu człowieka bądź zwierzęcia wywołany działaniem tzw. stresora, czyli bodźca szkodliwego, bólowego, środowiskowego, socjalnego lub psychologicznego o odpowiednim natężeniu. Innymi słowy jest to umowna definicja pozwalająca wyobrazić sobie stan wewnętrzny człowieka i nasuwa pewne jego wyjaśnienia. Stres jest typową i nowszechną reakcją na różnego rodzaju zagrożenia np: utraty zdrowia, życia, bezpieczeństwa i in. Stres jest nie tylko destrukcyjnym czynnikiem, zakłócającym w sposób bezpośredni funkcjonowanie człowieka, lecz powoduje poważne konsekwencje negatywne dla zdrowia i jakości życia wielu ludzi [4,5].

Oprócz stresu doraźnego, pojawiającego się w odpowiedzi na pojedynczą sytuację, wyróżnia się stres długotrwały, wywołany takimi czynnikami jak przewlekła choroba, wymagania roli zawodowej (np. roli żołnierza w czasie wojny), czy załamanie się kariery zawodowej. W stanie stresu pojawia się wzmożone napięcie emocjonalne oraz pewne zmiany w czynnościach poznawczych, organizacji i sprawności działania, które zależą od stopnia natężenia i czasu trwania stresu.

Współczesne psychologiczne teorie stresu podkreślają, że stres jest wynikiem indywidualnej - a więc właściwej dla danego człowieka - interakcji zewnętrznych i wewnętrznych wymagań oraz możliwości. Stres powstaje, gdy dochodzi do rozbieżności wymagań i możliwości. Radzenie sobie ze stresem - rozumiane jako zespół podejmowanych na podstawie oceny wydarzenia wewnętrznych i zewnętrznych działań - jest ukierunkowane na problem (sprostanie wymaganiom, usunięcie zagrożenia) oraz na emocje własne (redukcję poczucia zagrożenia, porażki). Wysiłek związany z problemowym i emocjonalnym radzeniem sobie zależy od czynników środowiskowych (głównie charakteru i czasu trwania wydarzenia, ale również od wsparcia zewnętrznego) oraz indywidualnych (np. kompetencji, celów, wartości, przekonań itp.).

Stres długotrwały, związany z pełnionymi przez nas rolami, wiąże się z występowaniem jednego lub wszystkich z wyżej wymienionych czynników. Należałoby zastanowić się, które z grup zawodowych są najbardziej narażone na występowanie tych czynników. Sądzymy, że jedną z pośród wielu takich grup, jest grupa lekarzy, którzy wciąż narażeni są na stres - są odpowiedzialni za zdrowie i życie innym osób. Stawiane im są wysokie wymagania, a często zdarza się, że nie mają wsparcia ze strony współpracowników ani ze strony pracodawców.

Często także poddawani są bardzo srogim i nie zawsze sprawiedliwym ocenom. Sądzymy, że ta grupa zawodowa ma jeszcze wiele innych „zawodowych” problemów, z którymi muszą sobie radzić. Badaczy interesuje sposób w jaki te osoby radzą sobie ze stresem. W jaki sposób odreagowują? Charakterystyczny dla jednostki repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi nazywany jest stylem radzenia sobie (*cooping stress*).

Heszen-Niejodek (1996) styl radzenia sobie ze stresem opisuje jako „*będący w dyspozycji jednostki i charakterystyczny dla niej zbiór strategii czy sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną konfrontacją stresową*”. Nie sposób jednak ominąć koncepcji Lazarusa i Folkmana (1984), gdzie kluczowe znaczenie (w definicji i opisie stresu oraz radzenia sobie ze stresem) przypisuje się subiektywnej ocenie relacji pomiędzy osobą a otoczeniem, jak

również subiektywnej ocenie własnych możliwości jednostki. To jednostka rozstrzyga, czy dana relacja jest stresowa, a nie obiektywne cechy tej sytuacji. W tym ujęciu podkreśla się ważną rolę uwarunkowań osobowościowych w radzeniu sobie ze stresem.

Należałoby w tym miejscu w sposób dokładny opisać różnice pomiędzy stylem, a strategią radzenia sobie ze stresem. Istnieją bowiem techniki badania strategii jak i stylów radzenia sobie ze stresem:

- Styl radzenia sobie ze stresem to trwała, osobowościowa dyspozycja jednostki do określonego zmagania się z sytuacjami stresowymi, która nie zależy od rodzaju sytuacji stresowej, jest atrybutem podmiotu.
- Strategia radzenia sobie ze stresem natomiast to poznawcze i behawioralne wysiłki, jakie jednostka podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej.

Autorzy kwestionariusza mającego badać style radzenia sobie ze stresem oparli się na interakcyjnym modelu teoretycznym. Działania zaradcze, jakie człowiek podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej, są efektem interakcji zachodzącej pomiędzy cechami sytuacji a stylem radzenia sobie, charakterystycznym dla danej jednostki (Endler, Parker, 1990, 1994). Kwestionariusz ten to The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) opracowany przez Endlera i Parkera. Składa się z 48 prostych stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach sterowych. Obok każdego stwierdzenia umieszczone są cyfry od 1 do 5, określające częstotliwość, z jaką dana aktywność jest podejmowana w sytuacjach trudnych, stresowych. Osoba badana musi ustosunkować się do każdego zdania poprzez zakreślenie jednej cyfry, tej, która najlepiej określa częstotliwość wykonywanej aktywności. Badania można prowadzić grupowo lub indywidualnie. Wyniki uzyskuje się dla trzech skal:

- styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu
- styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach
- styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na unikaniu

Styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu - osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali mają tendencję w sytuacjach stresowych do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu, poprzez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.

Styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach - charakterystyczny jest dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak: złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową.

Styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na unikaniu - osoby charakteryzujące się tym stylem w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tych sytuacji. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynność zastępcze, np. oglądanie telewizji, objadanie się, sen, albo poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Autorami polskiej wersji CISS są Strelau i Wrześniewski we współpracy z Szczepaniakiem.

## **Cel badania**

Celem badania było sprawdzenie jakie strategie radzenia sobie ze stresem będą obierali lekarze, którzy dodatkowo zostali przebadani testem MEIS. Chcieliśmy także sprawdzić czy lekarze będą osiągać wysokie wyniki w teście MEIS.

## **Pytanie badawcze**

Jakie wyniki w teście MEIS będą osiągać lekarze oraz jakie style radzenia sobie ze stresem będą wybierać?

## **Hipoteza badawcza**

Hipoteza badawcza brzmi: Lekarze będą osiągać wysokie wyniki w teście MEIS oraz będą obierać styl radzenia sobie ze stresem „zadaniowy”.

## **Metody**

Osoby badane - 30 lekarzy różnych specjalności: kardiologzy, psychiatrzy, chirurdzy, lekarze medycyny oraz internści. Osoby te są pracownikami Warszawskich Szpitali. Wiek badanych wahał się od 26 roku życia do 56 roku życia. Staż pracy: od 1 roku do 30 lat. Średnia stażu pracy: 10 lat. Dobierając osoby do badania braliśmy pod uwagę zawód, staż pracy oraz wiek osoby badanej.

Narzędzia badawcze - do badania użyto dwóch testów: MEIS-D J.D. Mayer, P.Salovey, D.R. Caruso (pilotaż 3 w adaptacji Anny Matczak, Joanny Piekarskiej oraz Elżbiety Studniarek) oraz CISS N.S.Endler i J.D.A. Parker.

Test MEIS-D stworzony został w celu badania inteligencji emocjonalnej. Składa się z 6 zadań, które dzielą się na „podzadania” – rozpoznawanie emocji u innych, łączenie emocji prostych w złożone, określanie nasilenia własnych emocji, nazywanie własnych emocji, współodczuwanie (empatia), wybór skutecznych rozwiązań w sytuacjach społecznych.

Procedura - osoby badane proszone były o wypełnienie najpierw testu MEIS-D, a następnie testu CISS. Przed przystąpieniem do wypełniania testów były informowane o celu badania, a następnie proszone były o wyrażenie zgody na przeprowadzenie testów.

Upewnialiśmy się także czy osoby badane rozumieją instrukcje oraz sposób wypełniania testów.

## **Wyniki**

Na podstawie wstępnych analiz można stwierdzić, że ludzie uzyskują wysokie wyniki w coopingu zadaniowym (Tabela 1,2), co zostało stwierdzone na podstawie otrzymanych danych korelacyjnych (Tabela 4,5). Osoby, uzyskujące wysoki wynik w coopingu unikowym, w teście MEIS otrzymywały wynik niski. Analiza coopingu unikowego PT nie wykazała istotnych korelacji z żadną pozycją w teście MEIS-D, podobnie jak zmienna wiek. Zadanie 1 korelowało ujemnie z coopingiem unikowym ( $r = -0,427$ ;  $p < 0,01$ ) oraz z coopingiem unikowym ACZ ( $r = -0,566$ ;  $p < 0,05$ ) (Tabela 5). Zadanie 2 korelowało ujemnie z coopingiem unikowym ( $r = -0,590$ ;  $p < 0,05$ ), coopingiem unikowym ACZ ( $r = -0,701$ ;  $p < 0,01$ ) oraz z coopingiem emocjonalnym ( $r = -0,368$ ;  $p < 0,05$ ). Zadanie 3 korelowało ujemnie z coopingiem unikowym ACZ ( $r = -0,376$ ;  $p < 0,05$ ), oraz z płcią ( $r = -0,378$ ;  $p < 0,01$ ). Zadanie 5 korelowało ujemnie z coopingiem unikowym ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,01$ ), coopingiem unikowym ACZ ( $r = -0,498$ ;

$p < 0,05$ ) i dodatnio z copingiem zadaniowym ( $r = 0,378$ ;  $p < 0,01$ ). Natomiast zadanie 6 korelowało ujemnie z copingiem unikowym ( $r = -0,442$ ;  $p < 0,01$ ), z copingiem unikowym ACZ ( $r = -0,492$ ;  $p < 0,05$ ) oraz ze specjalizacją ( $r = -0,401$ ;  $p < 0,01$ ).

**Tabela 1. Częstości CIS**

	Cooping zadaniowy	Cooping emocjonalny	Cooping unikowy	Cooping unikowy ACZ	Cooping Unikowy PKT
N	30	30	30	30	30
M	58	45	40,8	17,8	14,6
Me	58	45	40	16	15,5
Md	61	51	38	12	18
Sd	7,5	10,27	11,2	8,32	4,5
Min	40	26	22	8	6
Max	79	70	60	31	25

### 1. Trudność

Wskaźnikiem trudności pozycji był stosunek liczby osób, które poprawnie rozwiązały dane zadanie do ogólnej liczebności grupy. Natomiast wskaźnikiem trudności poszczególnych testów w baterii był stosunek liczby punktów uzyskanych przez badanych w danym teście do maksymalnej liczby punktów, jakie badani mogli w tym teście uzyskać. Im wyższe wartości tych wskaźników, tym pozycje i testy są łatwiejsze.

**Tabela 2. Częstości MEIS-D**

	Zad 1	Zad 2	Zad 3	Zad 4	Zad 5	Zad 6	Wynik ogólny
N	30	30	30	30	30	30	30
M	4,2	2,9	6,2	2,2	9,7	6,5	31,9
Me	4	3	7	2	10	7	34
Md	4	4	7	2	12	5	28
Sd	2,2	1,2	2,8	1,4	4,0	3,0	10,5
Min	0	0	1	0	0	0	8
Max	9	5	12	5	16	11	46

### 2. Rzetelność

Rzetelność została wykonana za pomocą testu Alpha – Cronbacha (wyniki ilustruje Tabela 3), który pokazuje iż otrzymane wyniki są wysokie.

**Tabela 3. Rzetelność testu Alpha – Cronbacha**

	MEIS-D	CISS Cooping zadaniowy	CISS Cooping emocjonalny	CISS Cooping unikowy	CISS Cooping unikowy ACZ	CISS Cooping unikowy PKT
Alpha	0,8481	0,7746	0,8698	0,8587	0,8820	0,8402

**Tabela. 4. Korelacje pomiędzy MEIS-D a Coopingiem zadaniowym i unikowym**

	Cooping zadaniowy	Cooping unikowy
MEIS -D	0,390 *	- 0,537**

\* korelacja dodatnia dwustronna, \*\* Korelacja ujemna jednostronna

### 3. Trafność

Z wyników otrzymanych z przeprowadzonych korelacji wynika, że oba testy (CIS i MEIS-D) okazały się trafne a otrzymane wyniki potwierdzają założenia głównej hipotezy (Tabela 3).

**Tabela 5 Korelacje**

MEIS-D	Cooping zadaniowy	Cooping emocjonalny	Cooping unikowy	Cooping unikowy ACZ	Płeć
Zad.1			-0,427 *	- 0,566 **	
Zad. 2		-0,368 *	-0,590 **	-0,701 **	
Zad.3			- 0, 376 *		- 0,378 *
Zad. 5	+ 0,378 *		- 0,240 **	- 0,498 *	
Zad. 6			- 0,442 *	- 0,492 **	

\* korelacja dodatnia dwustronna, \*\* Korelacja ujemna jednostronna

Na podstawie otrzymanych wyników możemy zauważyć, że lekarze uzyskujący niski wynik w kwestionariuszu inteligencji emocjonalnej MEIS-D otrzymują wysokie wyniki w coopingu unikowym.

### Piśmiennictwo

- 1.Cooper R.: EQ Inteligencja Emocjonalna, Wyd. Studio EMKA, Warszawa, 2000.
2. Zimbardo P.G., Richard G.: Psychologia i życie, Wyd. PWN, Warszawa, 2000.

3. Goleman D.: Inteligencja Emocjonalna w Praktyce, Wyd. Media Rodzina, Poznań, 1999.
4. Oniszenko W.: Sters to brzmi groźnie, Wyd. Żak, Warszawa, 2001.
5. Strelau J.: Psychologia Temperamentu, Wyd. PWN, Warszawa, 2001.





## Spis treści

### HOLISTYCZNY WYMIAR WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny

Szuta Wiesław: <i>Rola sumienia w praktyce pielęgniarstwa</i> .....	15
Paszek Teresa, Sienkiewicz Zofia, Leńczuk – Gruba Anna, Kobos Ewa, Sulewska Mirella: <i>Zastosowanie holizmu w praktycznej działalności pielęgniarki</i> .....	27
Karpiuk-Domagała Maria: <i>Czego Polacy dowiedzieli się o pielęgniarkach z akcji społecznej „Leczyć po ludzku”?</i> .....	39
Dziadel Agnieszka: <i>Bajkoterapia, jako metoda pomocy i wsparcia dla małych pacjentów</i> .....	47
Fiedorczyk Irena, Fiedorczyk Justyna, Fiedorczyk Anna: <i>Troska matek o dziecko w okresie życia wewnątrzmacicznego i porodu – wskazówki do uwzględnienia w standardzie okołoporodowym</i> .....	53
Fiedorczyk Irena, Fiedorczyk Justyna, Fiedorczyk Anna: <i>Macierzyństwo wobec dziecka o specyficznych problemach zdrowotnych</i> .....	65
Fiedorczyk Irena, Fiedorczyk Justyna, Fiedorczyk Anna, Szyszko-Perłowska Agnieszka: <i>Wzory opieki matek nad noworodkiem – wskazówki do uwzględnienia w zakresach tematycznych edukacji przedporodowej</i> .....	75
Barańska Agnieszka, Siwczyńska Dorota, Mińko Magdalena, Religioni Urszula, Wojcik Marlena: <i>Telemedycyna - zaawansowane technologie w województwie lubelskim</i> .....	83
Tomaszek Aleksandra, Goźlińska Anna, Kosson Dariusz, Łazowski Tomasz, Janiszewska Elżbieta: <i>Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna</i> .....	87

### PROBLEMY WSPÓŁCZESNEJ PEDIATRII

Midro Alina T.: <i>W poszukiwaniu genetycznej weryfikacji diagnozy zespołu Russela Silvera</i> .....	95
Abdel-Aziz Adelina, Dobrzycka Bożena, Kulesza-Brończyk Bożena, Michalak Stanisław, Terlikowski Sławomir Jerzy: <i>Wybrane aspekty poprawy opieki perinatalnej w Polsce</i> .....	105
Fiedorczyk Irena, Fiedorczyk Justyna, Fiedorczyk Anna: <i>Choroba przewlekła dziecka a zmiany w funkcjonowaniu rodziny</i> .....	111
Ślifirczyk Anna, Krajewska-Kułał Elżbieta, Grajcar Marzena: <i>Autyzm, jako problem diagnostyczny</i> .....	119
Ślifirczyk Anna, Krajewska-Kułał Elżbieta, Grajcar Marzena: <i>Podstawy terapii w autyzmie</i> .....	135

Ślifirczyk Anna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Grajcar Marzena: <i>Główne problemy funkcjonowania społecznego i rodzinnego dziecka z autyzmem</i> .....	157
Romanowska Joanna, Turko Barbara, Kuszczak Anita, Tyrakowska Zuzanna, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Chilińska Ewelina, Ryniec Malwina, Porowska Weronika, Kotowicz Małgorzata, Małachwiej Paulina, Żarnoch Ewelina, Drzymkowski Jarosław, Rozwadowska Emilia, Krajewska-Kułak Elżbieta: <i>Rola logopedy w życiu dziecka autystycznego</i> .....	161
Lewandowska Anna, Zych Barbara : <i>Alkoholowy Zespół Płodowy</i> .....	169
Lewandowska Anna, Tabor Bernadeta, Zych Barbara: <i>Problemy pielęgnacyjne rodzin dzieci chorych na fenylketonurię</i> .....	177
Okurowska-Zawada Bożena, Kułak Wojciech: <i>Toksyna botulinowa typu A w terapii spastyczności pacjentów wieku rozwojowego</i> .....	185
Okurowska-Zawada Bożena, Korzeniecka-Kozerska Agata, Kułak Wojciech, Żelazowska-Rutkowska Beata, Wasilewska Anna, Wysocka Jolanta: <i>Niedobór witaminy 25 (OH) D3, a ryzyko samoistnych złamań wśród dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową</i> .....	193
Klimaszewska Krystyna, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Kondzior Dorota, Kowalczyk Krystyna, Jankowiak Barbara, Baranowska Anna, Krajewska-Kułak Elżbieta: <i>Stosowanie leków przeciwbólowych wśród studentów</i> .....	203
Kowalewska Beata, Ocelewska Iwona Bożena, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Krajewska-Kułak Elżbieta Kondzior Dorota Joanna, Ortman Elżbieta Beata: <i>Zachowania żywieniowe dzieci z otyłością</i> .....	215
Kowalewska Beata, Ocelewska Iwona Bożena, Krajewska-Kułak Elżbieta, Klimaszewska Krystyna, Rolka Hanna, Jankowiak Barbara, Kondzior Dorota Joanna, Ortman Elżbieta Beata: <i>Zachowania żywieniowe a powstawanie otyłości u dzieci</i> .....	239
Barańska Agnieszka, Skórzyńska Hanna, Pacian Anna, Siwczyńska Dorota, Bojakowska Urszula, Gil Ewelina: <i>Wpływ mass mediów na stosowanie diet redukujących masę ciała wśród młodzieży</i> .....	253

## **PROBLEMY WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY**

Tokarczyk Kornelia, Mazur Katarzyna Paulina: <i>Zalecenia dla turystów wyjeżdżających na tereny Australii i Wysp Południowego Pacyfiku</i> .....	265
Paszek Teresa, Bralewska Dorota, Sienkiewicz Zofia: <i>Wiedza kobiet z zakresu menopauzy</i> .....	269
Maciuk Małgorzata: <i>Bóle kręgosłupa - przyczyny, objawy, diagnostyka, leczenie</i> .....	281
Klimaszewska Krystyna, Jórzak Marcin, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Kondzior Dorota, Kowalczyk Krystyna, Jankowiak Barbara, Baranowska Anna, Krajewska-Kułak Elżbieta: <i>Ocena poziomu wiedzy społeczeństwa województwa podlaskiego na temat choroby wieńcowej serca</i> .....	299

Sobocińska Agnieszka, Bachórzewska-Gajewska Hanna, Krynicki Romuald, Karwowski Maciej, Wróblewska Krystyna, Chilińska Joanna, Jaszewski Marian, Bajno Jan: <i>Ostry zespół wieńcowy u chorych w podeszłym wieku</i> .....	313
Kowalewska Beata, Świącińska Wiesława, Klimaszewska Krystyna, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Ortman Elżbieta Beata, Kowalczuk Krystyna: <i>Czynniki ryzyka, objawy i metody leczenia żyłaków podudzi</i> .....	323
Kowalewska Beata, Świącińska Wiesława, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Rolka Hanna, Ortman Elżbieta Beata, Kowalczuk Krystyna: <i>Ocena wiedzy pielęgniarek na temat czynników ryzyka i metod leczenia żyłaków podudzi</i> .....	335
Sypniewska Anna, Rolka Hanna, Jankowiak Barbara, Kowalewska Beata, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Klimaszewska Krystyna, Ortman Elżbieta Beata, Kraszyńska Anna: <i>Ocena zachowań zdrowotnych i zapotrzebowania na edukację zdrowotną pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym</i> .....	347
Wójcik Marlena, Barańska Agnieszka, Gil Ewelina: <i>Wpływ stylu życia na wyrównanie ciśnienia tętniczego krwi</i> .....	363
Domian Karolina, Kułąk Wojciech: <i>Udar niedokrwienny mózgu-wyzwanie współczesnej medycyny, badanie własne</i> .....	371
Małachwiej Paulina, Chilińska Ewelina, Drzymkowski Jarosław, Hładuński Marcin, Kotowicz Małgorzata, Kuszczak Anita, Młynarczyk Izabela, Porowska Weronika, Romanowska Joanna, Ryniec Malwina, Szymańczyk Piotr, Turko Barbara, Tyrakowska Zuzanna, Żarnoch Ewelina, Rozwadowska Emilia, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Kaniewska Katarzyna: <i>Prawidłowe odżywianie i aktywność fizyczna w życiu studentów uniwersytetu medycznego w Białymstoku</i> ....	381
Oleszczuk Tadeusz, Wagner Ryszard, Kowalewska Beata, Wagner-Oleszczuk Małgorzata: <i>Zmiany patomorfologiczne tarczycy a zaburzenia budowy gruczołu piersiowego. Mastopatia a rak tarczycy</i> .....	405
Chilińska Joanna Zofia, Poppek Ewa, Sobocińska Agnieszka, Wróblewska Krystyna: <i>Opieka długofalowa nad pacjentem z czerwienicą prawdziwą</i> .....	411
Ortman Elżbieta Beata, Gryc Jolanta, Kowalewska Beata, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Klimaszewska Krystyna: <i>Metody leczenia obturacyjnych bezdechów sennych</i> .....	417
Kalinowski Paweł, Bojakowska Urszula, Kowalska Marta, Barańska Agnieszka, Siwczyńska Dorota: <i>Analiza stanu wiedzy osób chorych na cukrzycę na temat zespołu stopy cukrzycowej</i> .....	427
Chilińska Joanna Zofia, Mierzejewska Halina, Sobocińska Agnieszka, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Wróblewska Krystyna, Cyranowska Eliza: <i>Wpływ metod rehabilitacji mowy i głosu na funkcjonowanie chorego po całkowitej laryngektomii</i> .....	433

Chilińska Joanna Zofia, Chludzińska Beata, Sobocińska Agnieszka, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Wróblewska Krystyna, Krynicki Romuald: *Częstość wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego do nagłego zatrzymania krążenia w latach 2008-2010 na podstawie dokumentacji WSPR w Łomży*..... 447

Bogusz Joanna: *Udział pielęgniarki w nefarmakologicznym leczeniu dny moczanowej*..... 457

## **ZAGROŻENIA, PRZEMOC, UZALEŻNIENIA**

Żurawski Jacek: *Prawne aspekty ochrony małoletnich przed treściami szkodliwymi w mediach elektronicznych*..... 465

Zalewski Grzegorz: *Holistyczna psychoterapia ryzyka*..... 475

Piekarski Leszek Adam: *Teoretyczne podstawy uzależnień*..... 487

Piekarski Leszek Adam: *Rodzaje uzależnień*..... 495

Piekarski Leszek Adam: *Skala problemu uzależnień*..... 513

Krupińska-Żołądek Malwina, Imiela Jacek: *Problem nikotynizmu wśród młodzieży akademickiej*..... 519

Maciuk Małgorzata: *Zagrożenia zawodowe w środowisku pracy pielęgniarek*..... 533

Maciuk Małgorzata: *Obciążenia układu ruchu w pracy pielęgniarskiej*..... 541

Cielebąk Sebastian, Sienkiewicz Zofia, Imiela Jacek: *Wypalenie zawodowe u pielęgniarek*..... 549

Burkiewicz Anna, Buczny Jacek, Sumiła Anita, Pakalska-Korcala Anna: *Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek i lekarzy a poziom depresyjności i wsparcia społecznego*..... 557

Kołtuniuk Aleksandra, Nester Joanna, Abramczyk Anna: *Obciążenie opieką opiekunów osób po udarze*..... 569

Ślifirczyk Anna, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Zielant Elżbieta: *Wypalenie sił w środowisku osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi, ze szczególnym uwzględnieniem autyzmu*..... 581

Ślifirczyk Anna, Krajewska-Kułąk Elżbieta, Zielant Elżbieta: *Formy wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego, ze szczególnym uwzględnieniem autyzmu*.... 587

Wiśniewska Ewa, Marcysiak Małgorzata Barbara, Ostrowska Bożena, Zagroba Małgorzata, Marcysiak Miłosz, Skotnicka-Klonowicz Grażyna: *Dziecko wobec przemocy – konsekwencje krzywdzenia*..... 593

Tomaszek Aleksandra, Goźlińska Anna, Janiszewska Elżbieta, Kosson Dariusz, Łazowski Tomasz, Studniarek Elżbieta: *Inteligencja emocjonalna a style radzenia sobie ze stresem w środowisku lekarskim*..... 601





**ISBN - 978 - 83 - 89934 - 79 - 6**