

The Polish Society of Family Medicine
The Association of Friends of Family Medicine & Family Doctors

PL ISSN 1734-3402

Family Medicine & Primary Care Review

Quarterly

2012

January–March

Vol. 14, No. 1

WYDAWNICTWO
Continuo

Elsevier Bibliographic Databases:
EMBASE, EMNursing, Compendex,
GEOBASE, Mosby Yearbooks, Scopus,
Index Copernicus 6.17 pts
MNIŚZW 6 pts

Komitet Naukowy

Prof. dr med. Dieter Adam (Monachium, Niemcy),
Prof. dr med. Jiří Beneš (Praga, Czechy),
Dr n. med. Luc van Berkestijn (Utrecht, Holandia),
Dr hab. Jerzy Błaszczyk (Wrocław),
Dr n. med. Stephan Böse-O'Reilly (Monachium, Niemcy),
Dr Nilzete Liberato Bresolin (Florianopolis, Brazylia),
Dr Walbia Salette Bittencourt Correa (Florianopolis, Brazylia),
Prof. dr med. George Freeman (Londyn, Wielka Brytania),
Prof. dr med. Suleyman Görpelioglu (Izmit, Turcja),
Prof. dr med. Hans-Joachim Hannich (Greifswald, Niemcy),
Dr hab. Wolfgang Hannover (Greifswald, Niemcy),
Prof. dr hab. Antonina Harłodzińska-Szmyrka (Wrocław),
Prof. dr hab. Wanda Horst-Sikorska (Poznań),
Prof. dr med. Steinar Hunskaar (Bergen, Norwegia),
Prof. dr hab. Andrzej Kiejna (Wrocław),
Prof. dr hab. Jerzy Kolodziej (Wrocław),
Prof. dr hab. Tadeusz Koziellec (Szczecin),
Prof. dr hab. Piotr Kuna (Łódź),
Dr n. med. Krzysztof Kuszewski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kübler (Wrocław),
Prof. dr med. Radosław Kveder (Ljubljana, Słowenia),
Prof. dr hab. Witold Lukas (Katowice),
Prof. dr hab. Jerzy Łopatyński (Lublin),
Prof. dr hab. Andrzej Mackiewicz (Poznań),
Prof. dr med. Bengt Mattsson (Göteborg, Szwecja),
Prof. dr hab. Zuzanna Morawska (Wrocław),
Prof. dr med. John Noble (Boston, USA),
Prof. dr med. Marc Nyssen (Bruksela, Belgia),
Dr n. med. Patricia Owens (Liverpool, Wielka Brytania),
Prof. dr hab. Leszek Paradowski (Wrocław),
Sir Prof. Denis Pereira-Gray (Londyn, Wielka Brytania),
Prof. dr hab. Tadeusz Plusa (Warszawa),
Prof. dr hab. Andrzej Radzikowski (Warszawa),
Prof. dr hab. Andrzej Rajewski (Poznań),
Dr n. med. Lindsay Roberts (Balgowlah Heights, Australia),
Prof. dr hab. Zbigniew Rudkowski (Wrocław),
Prof. dr hab. Bolesław Rutkowski (Gdańsk),
Dr n. med. Hogne Sandvik (Bergen, Norwegia),
Prof. dr hab. Janusz Siebert (Gdańsk),
Dr n. med. Jaime Correia de Sousa (Matosinhos, Portugalia),
Prof. dr hab. Andrzej Steciwko (Wrocław),
Dr n. med. Loreta Strumylaite (Kaunas, Litwa),
Prof. dr hab. Andrzej Szczekliki (Kraków),
Prof. dr hab. Zenon Szewczyk (Wrocław),
Dr n. med. Andrzej Szpakow (Grodno, Białoruś),
Prof. dr hab. Piotr Szyber (Wrocław),
Prof. dr hab. Barbara Świątek (Wrocław),
Prof. dr med. Vytautas Usonis (Wilno, Litwa),
Prof. dr med. Irma Virjo (Tampere, Finlandia),
Prof. dr hab. Kazimierz Wardyn (Warszawa),
Dr n. med. Muharem Zildzic (Tuzla, Bośnia Hercegowina),
Prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław),
Prof. dr hab. Irena Zimmermann-Górska (Poznań)

Komitet Redakcyjny

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

Redaktorzy językowi

Joseph Church, Board of Supervisors,
Roanoke County, VA, USA, joebutchchurch@gmail.com
Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny

dr Dominik Marciniak, Akademia Medyczna we Wrocławiu
marciniak.am.wroc@o2.pl

Redaktor tematyczny

Medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, rehabilitacja, balneologia, nefrologia:
prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko, Akademia Medyczna we Wrocławiu, pmr@pmr.am.wroc.pl
dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, Akademia Medyczna we Wrocławiu, agnieszka.migas@gmail.com

Jakość życia, Jakość usług, psychoterapia:
dr n. med. Donata Kurpas, Akademia Medyczna we Wrocławiu, dkurpas@hotmail.com

Zdrowie publiczne: dr n. med. Jarosław Drobnik, Akademia Medyczna we Wrocławiu, jardrob@wp.pl

Diagnostyka: dr n. med. Bartosz Sapiłak, Akademia Medyczna we Wrocławiu, bsapiłak@poczta.onet.pl

Pediatrya: dr n. med. Dagmara Pokorna-Kałwak, Akademia Medyczna we Wrocławiu, daga_kalwak@o2.pl

Adres Redakcji

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

Osoba kontaktowa: dr n. med. Donata Kurpas
tel. 71 326-68-75, e-mail: pmr@pmr.am.wroc.pl

Wydanie publikacji dofinansowane ze środków
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego
z zakresu działalności wspomagającej badania
(Decyzja nr 755/P-DUN/2011 z dnia 10.09.2011 r.)

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo
Biurowisko i prenumerata:
ul. Lelewela 4, pok. 325
53-505 Wrocław
tel./fax 71 791-20-30, 601 77-47-33
e-mail: biuro@continuo.pl
www.continuo.pl

Osoba kontaktowa: Jan Kuźma – Redaktor Wydawnictwa
tel. 71 791-20-30, e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone.
Żaden fragment tego wydania, ani w całości,
ani w części, nie może być powielany lub zapisywany
w formie odtwarzalnej bez uzyskania wcześniejszej pisemnej
zgody Wydawcy. Wydawca nie odpowiada za treść
zamieszczanych reklam i ogłoszeń

Projekt graficzny: Maciej Szłapka
Przygotowanie do druku: Pracownia Składu
Komputerowego TYPO-GRAF
Druk: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN
im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Nakład: 1000 egz.

Spis treści

- 7 Słowo wstępne – Andrzej Steciwko
- 8 Wspomnienie o Profesorze Jerzym Łopatyńskim
- 9 Wspomnienie o Profesorze Andrzeju Szczekliku
- 10 Ludzie nauki – przyjaciele Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

PRACE ORYGINALNE

- 13 Anna Felińczak, Ewa Kuriata, Magdalena Szachniewicz, Jolanta Grzebieluch, Dorota Kiedik, Andrzej M. Fal • Zjawisko nadmiernej masy ciała wśród dzieci zamieszkałych na terenach wiejskich województwa dolnośląskiego
- 19 Maria Jasińska, Katarzyna Żułtak-Bączkowska, Iwona Rotter, Bożena Mroczek, Artur Kotwas, Halina Brzeźniak, Helena Knap-Czechowska, Zbigniew Knap-Czechowski, Beata Karakiewicz • Samoopieka i samopielęgnacja pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na wsi, jako element funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej
- 24 Piotr Karniej, Dawid Łyś, Jolanta Grzebieluch • Wpływ kompetencji pracowników medycznych na funkcjonowanie praktyki lekarza rodzinnego
- 29 Ewa Kuriata, Anna Felińczak, Magdalena Szachniewicz, Krystyna Pawlas, Jolanta Grzebieluch, Dorota Kiedik, Andrzej M. Fal • Rozpoznawanie przez pielęgniarki szkodliwych czynników chemicznych i fizycznych na stanowiskach pracy w szpitalu
- 37 Magdalena Matuszewska, Wioleta Umławska, Anna Felińczak, Ewa Kuriata, Jolanta Grzebieluch, Dorota Kiedik, Andrzej M. Fal • Ocena poziomu rozwoju fizycznego dzieci z zespołem nerczycowym
- 43 Bożena Mroczek, Anna Parakiewicz, Elżbieta Grochans, Dorota Mazurek, Magdalena Maksymowicz, Małgorzata Szkup-Jabłońska • Wizerunek społeczny zawodu pielęgniarki
- 48 Marta Makara-Studzińska, Agnieszka Joanna Kowalska, Anna Urbańska • Ocena postaw wobec informacji medycznej i uczestniczeniu w podejmowaniu decyzji u pacjentek chorych na raka piersi (w jęz. ang.)
- 52 Marta Makara-Studzińska, Małgorzata Wołyniak, Iwona Partyka • Socjodemograficzne determinanty jakości życia u pacjentów ze schizofrenią (w jęz. ang.)
- 58 Ludmiła Marcinowicz, Marek Oleszczyk, Dorota Bielska, Sławomir Chlabicz • Priorytety w opiece lekarza rodzinnego w opinii starszych pacjentów
- 63 Małgorzata Starczewska, Irena Mikołajewska, Elżbieta Grochans, Anna Jurczak, Małgorzata Szkup-Jabłońska, Magdalena Kuczyńska, Anna Grzywacz, Aleksandra Żukrowska • Spóśób odżywiania jako jeden z determinantów stylu życia studentów wybranych uczelni szczecińskich

PRACE POGLĄDOWE

- 71 Magdalena Ankiersztein-Bartczak • 25 lat HIV w Polsce. Czy coś się zmieniło?
- 76 Dariusz Janczak, Jerzy Garcarek, Tomasz Szydełko, Dawid Janczak, Jerzy Pawełczyk, Piotr Kabziński, Marcin Merenda, Andrzej Litarski, Maciej Malinowski • Wrzód żylny goleni – leczenie zachowawcze i operacyjne
- 85 Joanna Rosińczuk-Tonderys, Ireneusz Całkoński, Tomasz Włodarczyk • Wpływ czynników środowiskowych na aktywność fizyczną (w jęz. ang.)

PRACE KAZUISTYCZNE

- 91 Aneta Sepioło, Bożena Mroczek, Andrzej Modrzejewski • Nowoczesne metody leczenia ran w opiece środowiskowej – opis przypadku

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE

- 97** Jolanta Chmielowiec, Andrzej Rajewski • Polityka zdrowotna oraz strategie postępowania wobec narkomanii w krajach Europy i Stanach Zjednoczonych

SPRAWOZDANIA

- 103** Bożena Mroczek, Magdalena Śmietana • Sprawozdanie z X Międzynarodowej Konferencji Polskiego Towarzystwa Medycyny Środowiskowej „Człowiek–Zdrowie–Środowisko”, 25–26 listopada 2011 r., Szczecin

KOMUNIKATY

70

Contents

- 7 Preface – Andrzej Steciwko
- 8 Prof. Jerzy Łopatyński – in memoriam
- 9 Prof. Andrzej Szczeklik – in memoriam
- 10 People of science – friends of the Polish Society of Family Medicine

ORIGINAL PAPERS

- 13 Anna Felińczak, Ewa Kuriata, Magdalena Szachniewicz, Jolanta Grzebieluch, Dorota Kiedik, Andrzej M. Fal • The phenomenon of excess body weight among children living in rural areas of Lower Silesia Province
- 19 Maria Jasińska, Katarzyna Żułtak-Bączkowska, Iwona Rotter, Bożena Mroczek, Artur Kotwas, Halina Brzeźniak, Helena Knap-Czechowska, Zbigniew Knap-Czechowski, Beata Karakiewicz • Self care in general practitioners' patients from rural areas as an element of functioning of medical care system
- 24 Piotr Karniej, Dawid Łyś, Jolanta Grzebieluch • Influence of medical staffs' competences on the general practices operations
- 29 Ewa Kuriata, Anna Felińczak, Magdalena Szachniewicz, Krystyna Pawlas, Jolanta Grzebieluch, Dorota Kiedik, Andrzej M. Fal • Identification of harmful chemical and physical factors at work stations in hospital by nurses
- 37 Magdalena Matuszewska, Wioleta Umławska, Anna Felińczak, Ewa Kuriata, Jolanta Grzebieluch, Dorota Kiedik, Andrzej M. Fal • Evaluation of physical development of children with nephrotic syndrome
- 43 Bożena Mroczek, Anna Parakiewicz, Elżbieta Grochans, Dorota Mazurek, Magdalena Maksymowicz, Małgorzata Szkup-Jabłońska • Social image of the nursing profession
- 48 Marta Makara-Studzińska, Agnieszka Joanna Kowalska, Anna Urbańska • The assessment of the attitudes regarding medical information and participation in making medical decisions in patients with breast cancer
- 52 Marta Makara-Studzińska, Małgorzata Wołyniak, Iwona Partyka • Sociodemographic determinants of the quality of life in patients with schizophrenia
- 58 Ludmiła Marcinowicz, Marek Oleszczyk, Dorota Bielska, Sławomir Chłabicz • Priorities in family physician's care in opinion of elderly patients
- 63 Małgorzata Starczewska, Irena Mikołajewska, Elżbieta Grochans, Anna Jurczak, Małgorzata Szkup-Jabłońska, Magdalena Kuczyńska, Anna Grzywacz, Aleksandra Żukrowska • A diet as an element of the lifestyle of students of the selected higher education institutions in Szczecin

REVIEWS

- 71 Magdalena Ankiersztejn-Bartczak • 25 years of HIV in Poland. Has anything changed?
- 76 Dariusz Janczak, Jerzy Garcarek, Tomasz Szydełko, Dawid Janczak, Jerzy Pawełczyk, Piotr Kabziński, Marcin Merenda, Andrzej Litarski, Maciej Malinowski • Venous tibial ulcer – conservative and operative treatment
- 85 Joanna Rosińczuk-Tonderys, Ireneusz Całkosiński, Tomasz Włodarczyk • Effect of environmental factors on physical activity

CASE REPORTS

- 91 Aneta Sepioło, Bożena Mroczek, Andrzej Modrzejewski • Modern methods of wound treatment in family care – case study

CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION (CME)

- 97** Jolanta Chmielowiec, Andrzej Rajewski • Health politics and strategies of action against drug addiction in European countries and the States

REPORTS

- 103** Bożena Mroczek, Magdalena Śmietana • Report on the X International Conference of the Polish Society of Environmental Medicine, "Man-Health-Environment" 25–26 November 2011, Szczecin

ANNOUNCEMENTS

p. 70



Słowo wstępne

Szanowni Państwo! Koleżanki, Koledzy!

Kolejny zeszyt kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review” otwiera czternasty rok wydawania naszego naukowego periodyku.

Zeszyt 1/2012 zawiera tradycyjnie już artykuł z dziedziny CME umożliwiający sprawdzenie wiedzy na temat polityki zdrowotnej, a także publikacje z zakresu zaburzeń metabolicznych, kompetencji lekarzy rodzinnych i pielęgniarek pracujących w ramach opieki podstawowej.

To tylko niektóre z poruszanych w tym zeszycie zagadnień dotyczących codziennej pracy lekarza rodzinnego oraz pracowników naukowo-dydaktycznych prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej i pielęgniarstwa środowiskowego.

W związku z aktualnymi trendami ewaluacji dorobku naukowego autorów oraz samych czasopism chcielibyśmy Państwa poinformować, że od roku 2013 wstrzymujemy przyjmowanie prac kazuistycznych – opisów przypadków.

Mam nadzieję, że i ten numer spełni Państwa oczekiwania, a zawarte w nim artykuły przyczynią się do uzupełnienia wiedzy niezbędnej w praktyce lekarza rodzinnego.

Równocześnie zapraszam wszystkich Państwa do udziału w „Top Medical Trends”, który odbędzie się w Poznaniu w dniach 23–25 marca 2012 r. oraz w IV Kongresie Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, który odbędzie się w Karpaczu w dniach od 24 do 26 maja 2012 r. Mam nadzieję, że spotkania te staną się po raz kolejny forum wymiany doświadczeń klinicznych i naukowych.

Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko
Redaktor Naczelny
Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej



Prof. dr hab. med. Jerzy Łopatyński

28 grudnia 2011 r. przeżywszy 74 lata zmarł Profesor dr. hab. n. med. Jerzy Łopatyński, członek Komitetu Naukowego kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”.

Po ukończeniu z dyplomem „Przodownika Nauki” prestiżowego lubelskiego II LO im. Hetmana Jana Zamoyskiego podjął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie, które ukończył uzyskując dyplom Lekarza Medycyny 30 września 1961 r. Po ukończeniu stażu podyplomowego podjął pracę jako asystent w II Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie. W grudniu 1966 r., po przedstawieniu pracy *Wpływ nadciśnienia tętniczego i diety miazdżycorodnej na cholesterol i niektóre frakcje białkowe ściany aorty oraz na poziom lipidów w surowicy krwi* uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Wkrótce też uzyskał kolejne stopnie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, odbył staże zawodowe w Danii i wiodących ośrodkach naukowych w kraju. Od 1970 r. był adiunktem w Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie, opiekunem Koła Naukowego Studentów, biegłym sądowym, laureatem zespołowej nagrody naukowej Ministerstwa Zdrowia.

W 1983 r. na podstawie pracy *Badania nad wskaźnikami przemiany lipidowej, tolerancją glukozy oraz sekrecją insuliny i glukagonu w przebiegu zachowawczego leczenia tyreotoksykozy* uzyskał tytuł doktora habilitowanego.

W latach 1985–1993 był ordynatorem Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Lublinie, a następnie pomysłodawcą i twórcą Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Lublinie, który prowadził w latach 1987–2003. Następnie objął kierownictwo Kliniki Chorób Wewnętrznych, którą kierował do przejścia na emeryturę w 2007 r.

Był kierownikiem specjalizacji kilkudziesięciu lekarzy z zakresu chorób wewnętrznych i diabetologii, organizatorem III Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w Lublinie w 2003 r., aktywnym uczestnikiem licznych zjazdów medycyny rodzinnej w Polsce. Organizował też „Lubelskie Spotkania Diabetologiczne”, które odbywały się w Kazimierzu nad Wisłą cyklicznie przez wiele lat.

Opublikował ponad 260 prac naukowych, aktywnie uczestniczył w pracach wielu towarzystw naukowych, pełnił wielokrotnie kierownicze funkcje, m.in. w zarządzie Lubelskiego Oddziału Towarzystwa Internistów Polskich. Profesor Jerzy Łopatyński był Przewodniczącym Lubelskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, a także członkiem Zarządu Głównego PTD. Wraz z grupą zapaleńców odtworzył Ruch „Rotary” w Polsce.

Niestrudzony nauczyciel studentów, do ostatnich dni aktywny i oblegany lekarz–praktyk. Określany współtwórcą oblicza polskiej diabetologii, ogromny autorytet w zakresie schorzeń tarczycy, współtwórca medycyny rodzinnej, zawsze podkreślający konieczność całościowego, internistycznego leczenia pacjenta, uważał, że to interna jest i pozostanie niekwestionowaną królową medycyny.

A poza tym wszystkim – wspaniały ojciec, kochany dziadek, cudowny i mądry człowiek.

Dr n. med. Tomasz Łopatyński



Prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik

Profesor Andrzej Tadeusz Szczeklik (ur. 29 lipca 1938 r. w Krakowie, zm. 3 lutego 2012 r. tamże¹) – polski lekarz, naukowiec, profesor Kliniki Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, pisarz eseista i filozof medycyny, wiceprezes Polskiej Akademii Umiejętności, animator Akademii Młodych „PAUeczka Akademicka”. Zajmował się pracą naukową z zakresu kardiologii i pulmonologii.

Ukończył średnią Szkołę Muzyczną, a w roku 1961 r. Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Krakowie. Dalej kształcił się w Stanach Zjednoczonych i w Szwecji. W 1963 r. rozpoczął pracę w Akademii Medycznej we Wrocławiu. Od stycznia 1972 r. objął kierownictwo Kliniki Akademii Medycznej w Krakowie. W latach 1990–1993 był rektorem Akademii Medycznej w Krakowie. Andrzej Szczeklik doprowadził do włączenia wydziałów medycznych do Uniwersytetu Jagiellońskiego. W latach 1993–1996 pełnił funkcję prorektora ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Od 1994 r. członek Papieskiej Akademii Nauk.

W 1975 r. przedstawił teorię rozwoju postaci astmy oskrzelowej, tzw. astmy aspirynowej.

W latach 70. ubiegłego stulecia prowadził badania nad prostacykliną i przyczynił się do wprowadzenia analogów prostacykliny do farmakoterapii.

Od 2009 r. był członkiem Społecznego Komitetu Odnowy Zabytków Krakowa (SKOZK).

Andrzej Szczeklik był autorem i współautorem około 600 prac naukowych, publikowanych w czasopiśmie międzynarodowych i krajowych. Wydał również kilka monografii i podręczników, także za granicą. Autor książek: *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy nauki i sztuki* (Znak, Kraków 2003) oraz *Kore — O chorobach, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny* (Znak, Kraków 2007) przetłumaczonych na język angielski, niemiecki, hiszpański, węgierski i litewski. Był członkiem Papieskiej Akademii Nauk, PAU, PAN oraz innych towarzystw naukowych. Był doktorem *honoris causa* wielu uniwersytetów medycznych w Polsce.

Był kierownikiem II Katedry Chorób Wewnętrznych CM UJ. Był żonaty, miał dwóch synów i córkę.

Profesor Szczeklik zmarł w Krakowie na zawał serca, połączony z zapaleniem płuc. Pogrzeb profesora odbył się 8 lutego 2012 r. w Bazylice Mariackiej w Krakowie. Uczony został pochowany na Cmentarzu Salwatorskim w Krakowie².

Nagrody i wyróżnienia

1997 – nagroda czasopisma *Lancet* za odkrycie podłoża genetycznego astmy oskrzelowej.

1995 – przyznanie członkostwa honorowego Royal College of Physicians w Londynie za odkrycie zaburzeń krzepnięcia krwi w chorobach serca.

1998 – Nagroda Fundacji na rzecz Nauki Polskiej w dziedzinie nauk przyrodniczych i medycznych za wykrycie mechanizmu przeciwwakrzepowego działania aspiryny oraz badania nad patogenezą i metodami leczenia astmy oskrzelowej indukowanej aspiryną.

1995 – „Krakowianin Roku” (wraz z Józefem Tischnerem).

1999 – nadanie tytułu doktora *honoris causa* Akademii Medycznej we Wrocławiu.

2001 – nagroda Amerykańskiej Akademii Alergii i Immunologii.

2001 – nadanie tytułu doktora *honoris causa* Akademii Medycznej w Warszawie.

2002 – nadanie tytułu doktora *honoris causa* Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

2002 – Nagroda „Krakowska Książka Miesiąca” (grudzień – za książkę *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*).

2003 – nadanie tytułu doktora *honoris causa* Akademii Medycznej w Łodzi.

2008 – Nagroda TOTUS (październik – za „świadeństwo głębokiego humanizmu, inspirowane nauczaniem Jana Pawła II, przekazywane w życiu i twórczości”).

2008 – nagroda Clemensa von Pirquet przyznana przez Europejską Akademię Alergologii i Immunologii Klinicznej.

2008 – nagroda „Ambasador Polszczyzny w piśmie” nadana przez Radę Języka Polskiego przy Prezydium PAN.

2009 – nadanie tytułu doktora *honoris causa* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Odnaczenia

Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski – 2009³.

Order Ecce Homo.

¹ Kraków: Zmarł profesor Andrzej Szczeklik. *Polska The Times* 2012; 3 luty.

² 8 lutego pogrzeb prof. Andrzeja Szczeklika. rynekzdrowia.pl [dostęp 2012-02-08].

³ M.P. z 2009 r. nr 39, poz. 614 – pkt 1.



Profesor Hilary Koprowski urodził się w Warszawie w 1915 roku. Od najmłodszych lat miał dwa zainteresowania – medycynę i muzykę – dlatego też kształcił się w obu kierunkach. Od 12. roku życia uczył się gry na pianinie w warszawskim Konserwatorium Muzycznym, co kontynuował przez całą szkołę średnią i później, będąc już w trakcie studiów medycznych. Studiując medycynę poznał swoją obecną żonę Irenę, którą poślubił w 1938 r. Dyplom ukończenia studiów medycznych na Uniwersytecie Warszawskim uzyskał rok później. Zaraz po tym wyjechał do Rzymu, by tam studiować muzykę w Akademii św. Cecylii. Po zakończeniu edukacji w Rzymie coraz bardziej poświęcał się badaniom naukowym. Mieszkając przez krótki okres w Brazylii podjął ostateczną decyzję, by poświęcić swą karierę nauce. Nigdy jednak nie porzucił muzyki. Do dziś gra na pianinie niemal każdego dnia, a co roku w Święta Bożego Narodzenia daje koncert pracownikom Instytutu Wistara. Do Stanów Zjednoczonych przyjechał w 1944 r., gdzie kilka lat później objął stanowisko dyrektora Instytutu Wistara w Filadelfii. Zatrudnił tam kilkudziesięciu utalentowanych naukowców i wkrótce uczynił Instytut wiodącym centrum badań nad rakiem i chorobami wirusowymi. Wciąż aktywny naukowo, obecnie jest dyrektorem Instytutu Biotechnologii i Zaawansowanej Medycyny Molekularnej oraz Centrum Neurowirusologii na Uniwersytecie Thomasa Jeffersona w Filadelfii [1, 2].

Profesor Hilary Koprowski jest bez wątpienia jednym z najwybitniejszych naukowców XX wieku. Zawdzięczamy mu wiele znakomitych osiągnięć w dziedzinie wirusologii i immunologii człowieka i zwierząt. Największym sukcesem było opracowanie doustnej szczepionki przeciw wirusowi polio, który zajmując przednie rogi rdzenia kręgowego wywołuje chorobę Heinego-Medina. Wirus polio w owym czasie atakował coraz więcej ludzi, zwłaszcza młodych, doprowadzając u nich do paraliżu kończyn i kalectwa lub nawet śmierci. W 1959 r. prof. Koprowski zorganizował przekazanie do Polski 9 mln dawek szczepionki, co spowodowało zmniejszenie zachorowań na chorobę Heinego-Medina z ponad 6000 w tamtym czasie do 30 w roku 1963. Obecnie dzięki powszechnym szczepieniom wszystkich dzieci przeciw polio zachorowań na tę chorobę praktycznie się nie obserwuje. Innym ważnym osiągnięciem było opracowanie wraz z zespołem ulepszonej szczepionki przeciw wściekliznie – bardziej efektywnej i mniej bolesnej niż tradycyjna szczepionka Pasteura. Profesor poświęcał się ponadto badaniom nad etiologią stwardnienia rozsianego, innych chorób zajmujących centralny układ nerwowy i raka, a także był pierwszym, który wprowadził do użycia przeciwciała monoklonalne specyficzne w stosunku do poszczególnych wirusów oraz stosowane w leczeniu niektórych postaci raka [1, 3].

Jedną z obaw profesora Koprowskiego jest malejące zainteresowanie młodych ludzi poświęceniem kariery badaniom naukowym. Jedną z przyczyn tego zjawiska są cięcia finansowe w stosunku do tychże badań, co może stwarzać niepokój wśród pretendentów o możliwość znalezienia zatrudnienia. Jako naukowiec profesor Koprowski starał się stwarzać młodym, utalentowanym ludziom możliwość rozwijania swoich naukowych zainteresowań. Jako przykład może posłużyć jego działalność w Instytucie Wistara, gdzie zgromadził wokół siebie szerokie grono zdolnych naukowców. Jego sukcesem było wprowadzenie tam unikatowej polityki decentralizacyjnej, polegającej na tym, że dyrektor Instytutu pełnił rolę bardziej naukowca niż administratora. Dawało to pracownikom swobodę w pracy nad czymkolwiek chcieli i jednocześnie jemu jako dyrektorowi dawało możliwość kontynuowania własnych badań. Innym przykładem pomocy młodym ludziom jest założona przez profesora Koprowskiego oraz jego żonę Fundacja Koprowskich, zajmująca się rozwojem polskiej nauki oraz współpracy polsko-amerykańskiej [1].

Profesora Hilarego Koprowskiego mieliśmy zaszczyt gościć w Poznaniu w marcu 2009 r. podczas III Kongresu Top Medical Trends. Podczas uroczystej inauguracji wygłosił wykład zatytułowany *Substancje pochodzenia roślinnego w profilaktyce medycznej*. Przekonywał, że za kilkanaście lat będziemy mogli zapobiegać chorobom już nie za pomocą igły i strzykawki, a dzięki szczepionkom w formie doustnej czy też dopochwowej. Mają one być otrzymywane przez implantację do roślin wirusów. Powstałe w ten sposób zmodyfikowane rośliny będą źródłem szczepień – tańszych, a zatem i bardziej powszechnych. Jako przykład może posłużyć szczepionka dopochwowa przeciw zakażeniu HPV uzyskiwana z aloesu, będąca aktualnie obiektem badań w laboratorium w Filadelfii pod patronatem prof. Koprowskiego. Profesor otrzymał najwyższe wyróżnienie Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej – Statuetkę Hipokratesa, z czego był bardzo dumny i zadowolony. W ten sposób mamy swojego Wielkiego Ambasadora i Przyjaciela na kontynencie amerykańskim.

Wkład profesora Koprowskiego w rozwój nauki jest ogromny. Jest on autorem ponad 875 prac naukowych, pracował również jako edytor wielu czasopism naukowych, począwszy od 1955 r. po czasy obecne. Jest członkiem wielu prestiżowych towarzystw i organizacji, m.in. Polskiej Akademii Nauk, amerykańskiej Narodowej Akademii Nauk oraz Amerykańskiej Akademii Sztuki i Nauk. Jest konsultantem Światowej Organizacji Zdrowia oraz Amerykańskiej Organizacji Zdrowia. Otrzymał szereg wyróżnień i odznaczeń, jak chociażby tytuł doktora *honoris causa* miasta Poznania, Warszawy, Monachium i Filadelfii [2, 3].

O jego życiu i karierze zawodowej opowiada książka napisana przez Rogera Vaughana *Listen to the Music. The Life of Hilary Koprowski* (w polskim tłumaczeniu: *Takty i fakty*) oraz *Wygrać każdy dzień* współautorstwa Agaty Tuszyńskiej. Jest on poza tym autorem kilku utworów muzycznych oraz książek, a także wielbicielem światowej literatury, reprezentowanej m.in. przez Arthura Rimbauda, Ezrę Pounda czy Marcela Prousta [2]. Profesor Koprowski całym swoim życiem daje przykład temu, że praca naukowa ma bardzo wiele wspólnego ze sztuką, co zresztą wyraził słowami: *Dobrze obmyślony, dobrze zaplanowany eksperyment jest tak trudny do skonstruowania jak sonata... a rezultaty, jakie ktoś otrzymuje, kiedy eksperyment się uda, są tak satysfakcjonujące, jak uczucie, gdy ktoś skomponuje muzykę* [4].

Piśmiennictwo

1. A tribute to Hilary Koprowski: scientist, musician and a friend. *Essays of an Information Scientist* 1981–1982; 5: 5–620.
2. [Http://www.koprowski.net](http://www.koprowski.net).
3. [Http://en.wikipedia.org/wiki/Hilary_Koprowski](http://en.wikipedia.org/wiki/Hilary_Koprowski).
4. Lawrence S.V. Wistar: the spirit of free inquiry. *Forum Med* 1980; 3: 658–661.

Zespół Redakcyjny



Kanclerz Kapituły dr Marek Szewczyk wręcza Statuetkę Hipokratesa Profesorowi Hilaremu Koprowskiemu



Rozmowa profesorów przy kawie.
Od lewej: Hilary Koprowski, Andrzej Steciwko, Zenon Stęplewski



Wspólne zdjęcie po wykładach inauguracyjnych podczas Top Medical Trends 2009.
Od lewej: prezes Termedia Janusz Michalak, profesorowie Hilary Koprowski, Zenon Stęplewski, Andrzej Zoll, Andrzej Steciwko

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Zjawisko nadmiernej masy ciała wśród dzieci zamieszkałych na terenach wiejskich województwa dolnośląskiego

The phenomenon of excess body weight among children living in rural areas of Lower Silesia Province

ANNA FELIŃCZAK^{A, C}, EWA KURIATA^{B, D}, MAGDALENA SZACHNIEWICZ^B, JOLANTA GRZEBIELUCH^E, DOROTA KIEDIK^F, ANDRZEJ M. FAL^{D, G}

Zakład Organizacji i Zarządzania Katedry Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr n. med. Anna Felińczak

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Częstość występowania otyłości wzrasta na całym świecie w alarmującym tempie. Szczególnie niepokojący jest wysoki odsetek dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała. Otyłość, a zwłaszcza typu brzusznej, jest czynnikiem niekorzystnym dla zdrowia. W wielu badaniach podkreśla się istnienie silnego związku między otyłością brzuszną a insulinoopornością, dyslipidemią, hipoglikemią czy podwyższonym ciśnieniem tętniczym.

Cel pracy. Ocena częstości występowania nadmiernej masy ciała (nadwagi i otyłości) oraz otyłości brzusznej u dzieci w wieku od 7 do 12 lat, uczących się i zamieszkałych na terenach wiejskich województwa dolnośląskiego.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 628 dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenach wiejskich powiatu lubańskiego i zgorzeleckiego. U wszystkich dzieci wykonano podstawowe pomiary antropometryczne, na podstawie których obliczono wskaźnik masy ciała BMI oraz wskaźnik WHtR jako kryterium otyłości brzusznej. Dane analizowano przy użyciu programu Microsoft Excell i Statistica 8.0.

Wyniki. Nadwagę rozpoznano wśród 13,44% chłopców oraz 22,89% dziewcząt, a otyłość odpowiednio u 6,6% oraz u 13,08%. Wśród ogółu badanych otyłość brzuszną rozpoznano u 12,97% chłopców oraz u 13,08% dziewcząt. Istotnie częściej otyłość brzuszną zaobserwowano u dzieci z nadmierną masą ciała.

Wnioski. Konieczne jest prowadzenie rutynowych pomiarów antropometrycznych wśród całej populacji szkolnej w celu wyodrębnienia osób zagrożonych otyłością i ryzykiem powikłań zdrowotnych oraz objęcia ich programami profilaktyki.

Słowa kluczowe: nadwaga, otyłość, BMI, WHtR.

Summary Background. The prevalence of obesity is increasing worldwide at an alarming rate. High percentage of children and adolescents with excessive body weight is particularly worrying. Obesity, and especially its abdominal type, is an unfavourable factor for health. Several studies have emphasized a strong correlation between abdominal obesity and insulin resistance, dyslipidaemia, hypoglycaemia and elevated blood pressure.

Objectives. The aim of this research was to assess the prevalence of excess body weight (overweight and obesity) and abdominal obesity in children aged 7 to 12 years, studying and living in rural areas of Lower Silesia Province, Poland.

Material and methods. The research was conducted among 628 children attending primary schools in rural areas of Lubań and Zgorzelec districts. Basic anthropometric measurements were taken in all participating children, on the basis of which BMI and WHtR were calculated. Excel and Statistica 8.0 were used to perform data analysis.

Results. Overweight was diagnosed in 13.44% of boys and 22.89% of girls, and obesity in 6.6% and 13.08%, respectively. In all respondents abdominal obesity was diagnosed in 12.97% of boys and 13.08% of girls. Abdominal obesity was significantly more often observed in children with excess body weight.

Conclusions. It is vital to conduct routine anthropometric measurements among all pupils in order to identify those at risk of obesity and the risk of health complications in order to include them in prevention programmes.

Key words: overweight, obesity, BMI, WHtR.

Wstęp

Współczesny styl życia, charakteryzujący się niską aktywnością fizyczną, nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz narażeniem na ciągły stres, jest determinantą występowania wielu schorzeń określanych mianem chorób cywilizacyjnych. Należy do nich niewątpliwie otyłość, której częstość występowania na całym świecie wzrasta w alarmującym tempie. W świetle przeprowadzonych badań przekrojowych reprezentatywnych dla całej populacji Stanów Zjednoczonych, opartych na danych z kolejnych edycji National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), stwierdzono wzrost rozpowszechnienia się nadwagi i otyłości, która w 2008 r. rozpoznana została u 68% dorosłych Amerykanów. Od 1960 r. zanotowano 30% wzrost rozpowszechnienia otyłości w USA. W związku z tym określono, że gdyby ten trend utrzymał się, to w 2030 r. 100% populacji amerykańskiej stanowiłyby osoby otyłe. Otyłość jest chorobą ogólnoustrojową, która niesie ze sobą ryzyko rozwoju wielu innych zaburzeń zdrowotnych, wpływając niekorzystnie na jakość i długość życia. Otyłość, a zwłaszcza typu brzuszego, jest czynnikiem niekorzystnym dla zdrowia. W wielu badaniach podkreśla się istnienie silnego związku między otyłością brzuszną a insulinoopornością, dyslipidemią, hipoglikemią czy podwyższonym ciśnieniem tętniczym [1, 2]. Biorąc pod uwagę ryzyko zdrowotne, jakie niesie ze sobą otyłość, szczególnie niepokojący jest stale wzrastający odsetek dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała. Według Raportu International Obesity Task Force (IOTF), aż 155 milionów młodych osób w wieku szkolnym wykazuje nadwagę lub otyłość. W grupie wiekowej od 5 do 17 lat występuje najwięcej otyłych dzieci (30–45 mln), pozostałe 22 miliony to dzieci w wieku poniżej 5 lat [3]. Otyłość u dzieci stanowi szczególnie ważny problem, gdyż skutki rzutują na całe dorosłe życie. Dziecko z nadmiarem masy ciała jest tylko pozornie dzieckiem zdrowym. Według wielu autorów, 80–86% dzieci otyłych, wykazuje tendencję do nadwagi w wieku dojrzałym, natomiast u około 30% dorosłych otyłość trwa od okresu dzieciństwa. Liczne dowody badań wskazują, że wystąpienie otyłości w wieku wczesnoszkolnym jest jednym z poważniejszych czynników utrzymania się nadmiaru masy ciała w wieku dorosłym [4]. Otyłe dziecko, a potem dorosły człowiek, ma utrudniony start w swoje życie zawodowe i pozazawodowe.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była ocena częstości występowania nadmiernej masy ciała (nadwagi i otyłości) oraz otyłości brzusznej u dzieci

w wieku od 7 do 12 lat, uczących się i zamieszkających na terenach wiejskich powiatu lubańskiego i zgorzeleckiego województwa dolnośląskiego.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 638 dzieci uczęszczających do szkół podstawowych w klasach I–VI. Przed przystąpieniem do wykonania pomiarów uzyskano pisemną zgodę rodziców na przeprowadzenie badań. Pomiarów przeprowadzono w okresie 2 miesięcy (wrzesień, październik 2008 r.). Badania obejmowały pomiary takich parametrów antropometrycznych, jak: wysokości ciała – mierzonej za pomocą antropometru, masy ciała – mierzonej przy użyciu wagi lekarskiej, obwodu pasa mierzonego na wysokości pępka. Pomiarów obwodów zostały wykonane przy użyciu taśmy antropometrycznej z dokładnością do 0,5 cm. Do oceny ogólnego odtuszczenia zastosowano wskaźnik BMI, który jest ilorazem masy ciała i kwadratu jego wysokości (kg/m^2). Wskaźnik ten jest powszechnie stosowany w badaniach epidemiologicznych w rozpoznawaniu nadwagi i otyłości. Jest rekomendowany przez wielu ekspertów, m.in. przez Europejskie Stowarzyszenie ds. Otyłości u Dzieci (ECOG) i powszechnie akceptowany w badaniach epidemiologicznych dotyczących otyłości u dzieci, na świecie [5] i w Polsce [6]. BMI wskazuje silną korelację z całkowitą zawartością tłuszczu w organizmie. Jego wartość jest obarczona w mniejszym stopniu błędem pomiarowym niż pomiary grubości fałdów tłuszczowych. Wielkość wskaźnika BMI pozwoliła na wyodrębnienie spośród przebadanych dzieci grupy osób z nadwagą i z otyłością. W tym celu zastosowano progi wskaźnika BMI, ustalone dla nadwagi i otyłości w zależności od płci i wieku badanego dziecka z przedziału od 2 do 18 lat, a opracowane przez International Obesity Task Force (IOTF) i opublikowane przez Cole'a i wsp. [7]. Nadwagę stwierdzano wówczas, gdy mieściła się między „ekwiwalentem BMI 25 i 30 u dorosłych”, natomiast otyłość, jeżeli BMI znajdowało się na poziomie lub powyżej ekwiwalentu „BMI 30 u dorosłych”. Grupę porównawczą dla dzieci z nadmiarem masy ciała stanowiły dzieci o prawidłowych parametrach wskaźnika względnej masy ciała. Jako kryterium otyłości brzusznej posłużył wskaźnik WHtR (iloraz obwodu talii do wysokości ciała). Przyjęto stałą i jednakową dla obydwu płci wartość wskaźnika $\text{WHtR} \geq 0,5$ [8]. Do analiz statystycznych wykorzystano program Microsoft Excell oraz Statistica wersja 8.0.

Wyniki

Ogółem przebadano 638 dzieci w wieku 7–12 lat, uczących się w szkołach podstawowych w kla-

Tabela 1. Liczebność badanej zbiorowości z uwzględnieniem wieku i płci badanych (procent liczony w odniesieniu do danej grupy wiekowej)

Wiek (w latach)	Chłopcy	%	Dziewczynki	%	Ogółem	%
7	131	30,90	58	27,10	189	29,62
8	41	9,67	16	7,48	57	8,93
9	92	21,70	59	27,57	151	23,67
10	71	16,75	37	17,29	108	16,93
11	32	7,54	21	9,81	53	8,31
12	57	13,44	23	10,75	80	12,54
Ogółem	424	100,00	214	100,00	638	100,00

sach I–VI. W badanej grupie znajdowało się 424 chłopców (66,5%) i 214 (33,5%) dziewcząt.

Wśród ogółu przebadanych chłopców, 13,44% to chłopcy z nadwagą, a 6,60% scharakteryzowano jako otyłych. Natomiast spośród badanych dziewcząt u 22,89% stwierdza się nadwagę, a u 13,08% otyłość (ryc. 1).

Najwyższy odsetek nadwagi zaobserwowano u 11-letnich chłopców (21,87%) oraz dziewcząt 7-letnich (31,03%), 8-letnich (37,50%) i 11-letnich (33,33%). Szczególnie wysoki odsetek otyłych osób zaobserwowano wśród 9-letnich chłopców (9,78%) oraz 7-letnich dziewcząt (43,75%) (tab. 2).

W tabeli 3 zestawiono wartości dotyczące częstości występowania nadmiernej masy ciała (łącznie nadwaga + otyłość) wśród badanych uwzględniając wiek i płeć. Niepokojąco wysoki odsetek powyższego zjawiska zaobserwowano u dziewcząt 8-letnich (68,75%) oraz 10-letnich (59,45%) i 11-letnich (34,37%). U chłopców najwyższy odsetek badanych z nadmiarem masy ciała wystąpił wśród 12-latków, osiągając poziom 33,33%.

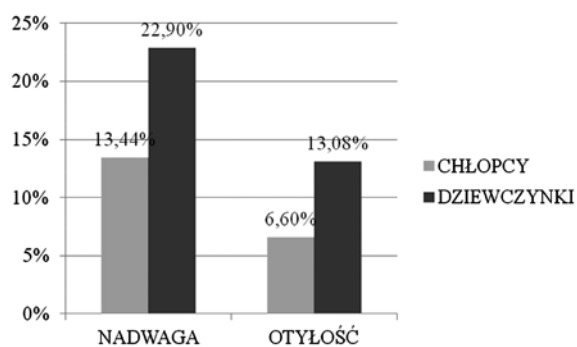
Ocena częstości występowania wartości wskaźnika WHtR $\geq 0,5$, wskazująca na otyłość brzuszną, dotyczy szczególnie dziewcząt 8-letnich (18,75%) i 10-letnich (27,02%) oraz chłopców 7-letnich

(22,90%) i 12-letnich (19,29%) (tab. 4). Otyłość brzuszną rozpoznano u 12,97% spośród ogółu badanych chłopców oraz u 13,08% spośród wszystkich badanych dziewcząt (tab. 4).

Ocena częstości występowania wartości wskaźnika WHtR $\geq 0,5$ wskazuje, że problem ten również istotnie statystycznie częściej dotyczy dzieci z nadmiarem masy ciała ($p = 0,000$). Dokładne wyniki przedstawia tabela 5. U 29,01% badanych z nadmierną masą ciała oraz tylko u 7,56% ($p = 0,000$) badanych z grupy porównawczej wartość WHtR jest niepokojąco wysoka, wskazując na występowanie otyłości brzusznej. Zdecydowanie wyższy odsetek otyłości brzusznej dotyczy chłopców z nadmierną masą ciała (31,76%) niż dziewcząt (25,97%) z tej grupy.

Dyskusja

Wyniki wielu badań wskazują na coraz większe rozpowszechnianie się nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży. Są to fakty bardzo niepokojące, bowiem ryzyko przetrwania otyłości dziecięcej do wieku dorosłego jest bardzo wysokie. Według wielu autorów, 80–86% dzieci otyłych wykazuje tendencję do nadwagi w wieku dojrzałym, natomiast u około 30% dorosłych otyłość trwa od okresu dzieciństwa. Długotrwała i narastająca otyłość może prowadzić do utrwalenia się zaburzeń metabolicznych i hormonalnych, które pomimo spadku masy ciała nie cofają się, przez co zwiększa się ryzyko wystąpienia miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca. Znane są przesłanki pozwalające stwierdzić, że ryzyko pojawienia się komplikacji zdrowotnych jest tym większe, im dłuższy jest okres występowania otyłości. Na całym świecie obserwuje się trendy wzrostowe w zakresie zjawiska nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. Określenie częstości występowania otyłości w różnych populacjach i grupach wiekowych, a także dokonanie



Rycina 1. Udział procentowy nadwagi i otyłości w badanej zbiorowości dzieci z uwzględnieniem płci

Tabela 2. Liczebność (n) i udział procentowy (%) dzieci z nadwagą i otyłością w badanej zbiorowości według wieku i płci badanych

Wiek	Nadwaga				Otyłość			
	chłopcy		dziewczynki		chłopcy		dziewczynki	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
7	16	12,21	18	31,03	9	6,87	6	10,34%
8	0	0,00	6	37,50	0	0,00	7	43,75%
9	12	13,04	7	11,86	9	9,78	6	10,17%
10	11	15,49	8	21,62	3	4,23	3	8,11%
11	7	21,88	7	33,33	2	6,25	3	14,29%
12	11	19,30	3	13,04	5	8,77	3	13,04%

Tabela 3. Liczebność (n) i udział procentowy (%) dzieci z nadmierną masą ciała (nadwaga + otyłość) w badanej zbiorowości z podziałem na wiek i płeć badanych

Wiek	Podwyższona masa ciała			
	chłopcy		dziewczynki	
	(n)	%	(n)	%
7	24	18,32	18	31,03
8	2	4,88	13	81,25
9	21	22,83	17	28,81
10	14	19,72	22	59,46
11	11	34,38	6	28,57
12	19	33,33	5	21,74
Ogółem	91	21,46	81	37,85

Tabela 4. Częstość występowania otyłości brzusznej u badanych z uwzględnieniem wieku i płci

Wiek	Wskaźnik WHtR $\geq 0,5$			
	chłopcy		dziewczynki	
	(n)	%	(n)	%
7	30	22,90	5	8,62
8	0	0,00	3	18,75
9	3	3,26	4	6,78
10	7	9,86	10	27,03
11	4	12,50	3	14,29
12	11	19,30	3	13,04
Ogółem	55	12,97	28	13,08

porównań między poszczególnymi krajami lub regionami jest bardzo trudne, ponieważ:

- otyłość, w żadnym kraju nie podlega obowiązkowej rejestracji, a podawane w piśmiennictwie dane epidemiologiczne odnoszą się do wybranych grup, rzadko reprezentatywnych dla całej populacji kraju czy regionu,
- stosowane są różne kryteria do określenia nadmiaru masy ciała i różne przedziały stopnia nadwagi.

W badaniach własnych, do oceny poziomu otłuszczenia zastosowano kryteria International Obesity Task Force (IOTF), opracowane przez Cole i wsp. Występowanie nadmiernej masy ciała zaobserwowano częściej u dziewcząt (37,85%) niż u chłopców (21,46%). Dla porównania, w badaniach wrocławskich z 2007 r., prowadzonych wśród 820 dzieci w wieku 8–12 lat, nadmierną masę ciała na podstawie kryteriów IOTF zaob-

serwowano u 21,55% chłopców oraz u 22,13% dziewcząt [9]. W badaniach Popławskiej i wsp. przeprowadzonych w latach 1999–2000, która zastosowała te same kryteria w rozpoznawaniu nadwagi i otyłości, zjawisko nadmiernej masy ciała również częściej obserwowane było u dziewcząt niż chłopców. Autorka oceniała częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci wiejskich w wieku od 7 do 19 lat z południowego Podlasia. Nadwaga i otyłość cechowała 14,5% dziewcząt i 8,3% chłopców [10]. W latach 1998–1999 w badaniu przeprowadzonym przez Instytut Matki i Dziecka, a obejmującym populację 4259 dzieci w wieku szkolnym, nadwagę stwierdzono u 8,2% chłopców z ośrodków wielkomiejskich, u 7,6% z ośrodków wiejskich i odpowiednio: 10,5% u dziewcząt z ośrodków wielkomiejskich i u 10,6% z ośrodków wiejskich. Otyłość natomiast stwierdzono u 7,3% chłopców z ośrodków wielkomiejskich i u 6,7%

Tabela 5. Wielkość wskaźnika WHtR a poziom otluszczenia z uwzględnieniem płci oraz wynik testu χ^2

Płeć	Wielkość wskaźnika WHtR	Masa ciała w normie	Nadmierna masa ciała	Wartość testu χ^2 $p \leq 0,001$
Chłopcy	WHtR $\leq 0,5$ (n)	311	58	$\chi^2 = 33,2598$ $p = 0,000$
	WHtR $\leq 0,5$ (%)	91,74%	68,24%	
	WHtR $\geq 0,5$ (n)	28	27	
	WHtR $\geq 0,5$ (%)	8,26%	31,76%	
Dziewczynki	WHtR $\leq 0,5$ (n)	129	57	$\chi^2 = 17,57276$ $p = 0,000$
	WHtR $\leq 0,5$ (%)	94,16%	74,03%	
	WHtR $\geq 0,5$ (n)	8	20	
	WHtR $\geq 0,5$ (%)	5,84%	25,97%	
Ogółem	WHtR $\leq 0,5$ (n)	440	115	$\chi^2 = 49,13587$ $p = 0,000$
	WHtR $\leq 0,5$ (%)	92,44%	70,99%	
	WHtR $\geq 0,5$ (n)	36	47	
	WHtR $\geq 0,5$ (%)	7,56%	29,01%	

z ośrodków wiejskich i odpowiednio: u 10,9% dziewcząt z ośrodków wielkomiejskich i u 11,2% z ośrodków wiejskich. W badaniach tych także wykazano większą częstość występowania otyłości u dziewcząt niż u chłopców [11]. Mazur i wsp. ocenili występowanie nadwagi i otyłości u dzieci ze szkół podstawowych województwa podkarpackiego, według współczesnych kryteriów rozpoznawania tych odchyleń od normy, czyli na podstawie odpowiednio 90. i 97. centyla dla BMI (wg siatek Instytutu Matki i Dziecka) oraz według kryteriów IOTF. W badaniach tych autorów nadwagę stwierdzono u około 8% chłopców i 10,5% dziewczynek, a otyłość: u około 7% chłopców i 11% dziewczynek [12].

Uzyskane wyniki w badaniach własnych wskazują na znaczny wzrost odsetka dzieci z nadmierną masą ciała, w stosunku do wcześniejszych okresów badawczych. Zjawisko to jest wysoce niepokojące, gdyż poziom nadwagi i otyłości w Polsce wśród dzieci i młodzieży wzrasta i zaczyna zbliżać się do poziomu takich krajów, jak Wielka Brytania czy USA, które cechują się jednymi z najwyższych wskaźników procentowych otyłości u dzieci i młodzieży. W ocenie nadwagi i otyłości istotne znaczenie ma nie tylko wielkość wskaźnika BMI (stopień nadmiaru masy ciała), ale również typ rozmieszczenia tkanki tłuszczowej. U dorosłych powszechnie stosowanym miernikiem do oceny rozmieszczenia tkanki tłuszczowej jest wskaźnik WHR, będący ilorazem obwodu pasa i bioder. Natomiast u dzieci częściej w praktyce stosuje się bezwzględne wartości obwodu talii (WC – *waist circumference*), jak

również wskaźnik: obwód talii do wysokości ciała (WHtR – *waist to height ratio*).

W wielu badaniach podkreśla się ich większe znaczenie w diagnostyce ryzyka chorób układu krążenia niż wskaźnika BMI [13, 14]. Badania własne oparte na interpretacji wartości wskaźnika WHtR ukazują występowanie otyłości brzusznej wśród ogółu badanych dziewcząt i chłopców, odpowiednio na poziomie: 13,08 oraz 12,97%. Istotnie statystycznie częściej otyłość brzuszną rozpoznawano u dzieci z nadmierną masą ciała (29,01%) niż u dzieci o prawidłowych parametrach wagi (7,56%). Analizując częstość otyłości brzusznej w badaniach łódzkich, prowadzonych w latach 2005–2006, wartości wskaźnika WHtR wyższe lub równe 0,5 stwierdzono u płci męskiej. U młodszych chłopców (7–13 lat) otyłość brzuszna dotyczyła 13,1% badanych i była istotnie wyższa ($p < 0,001$) w porównaniu z grupą dziewcząt (7,3%) w tym samym wieku [15]. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że w okresie ostatnich lat można zauważyć trend wzrostowy występowania zjawiska nadmiernej masy ciała u dzieci. Szczególnie niepokoi wysoki odsetek dzieci ze stwierdzoną otyłością brzuszną, która coraz częściej dotyczy dziewcząt.

Wnioski

1. Wśród badanych dzieci, w wieku od 7 do 12 lat, uczących się w szkołach wiejskich powiatu dolnośląskiego zaobserwowano wysoki odsetek

- osób z nadmierną masą ciała. Szczególnie dotyczy to dziewcząt 7-, 8- i 10-letnich oraz chłopców 11- i 12-letnich. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność podjęcia działań mających na celu walkę z nieprawidłową, nadmierną masą ciała.
2. Podwyższone parametry wskaźnika dystrybucji tkanki tłuszczowej WHtR występują staty-

cznie częściej u dzieci z nadmiarem masy ciała niż u dzieci o prawidłowej masie ciała. Prowadzenie rutynowych pomiarów antropometrycznych pozwala na wyodrębnienie z populacji dzieci osób zagrożonych w przyszłości rozwojem wielu schorzeń oraz objęcie ich działaniami profilaktycznymi.

Piśmiennictwo

1. Zahorska-Markiewicz B. *Otyłość. Poradnik dla lekarzy*. Kraków: Arch-Plus; 2002.
2. Bryl W, Hoffmann K, Miczke A, i wsp. Otyłość w młodym wieku – epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. *Prz Lek* 2006; 9: 91–95.
3. World Health Organization: Lobstein T, Baur L and Uauy R, for the IASO International Obesity Task Force. *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. Report to the *Obesity Reviews* 2004; 5(Suppl. 1): 4–104.
4. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998; 101: 518–525.
5. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, et al. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 1999; 103: 1175–1182.
6. Oblacińska A, Jodkowska M, red. *Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2007: 21–40.
7. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 321: 1158.
8. McCarthy D, Ashwell M. A study of central fatness using waist-to-height ratios on UK children and adolescents over two decades supports the simple message-keep your waist circumference to less than half your height. *Int J Obesity* 2006; 30: 988–992.
9. Felińczak A, Faustina H. Występowanie zjawiska nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży we Wrocławiu. *Piel Zdr Publ* 2011; 1: 11–18.
10. Popławska H, Dmitruk A, Czczuk A. Częstość występowania nadwagi i otyłości u dziewcząt i chłopców wiejskich w zależności od wykształcenia rodziców. *Zdr Publ* 2007; 117(1): 54–58.
11. Palczewska I, Niedźwiecka Z. *Siatki centylowe oceny rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 1999.
12. Mazur A, Małecka-Tendera E, Lewin-Kowalik J. Nadwaga i otyłość u dzieci szkół podstawowych województwa podkarpackiego. *Ped Pol* 2001; 76: 743–748.
13. Savva SC, Tornaritis M, Savva ME, et al. Waist circumference and waist-to-height ratio are better predictors of cardiovascular disease risk factors in children than body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24: 1453–1458.
14. Kozieł S, Kołodziej H, Lipowicz A, i wsp. *Otluszczenie a ryzyko chorób sercowo-naczyniowych u czternastoletniej młodzieży*. Monografie Zakładu Antropologii PAN, Wrocław 2000.
15. Nawrycz T, Ostrowska-Nawrycz L. Otyłość brzuszna u dzieci i młodzieży – doświadczenia łódzkie. *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii* 2007; 3(1): 1–8.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Anna Felińczak
Zakład Organizacji i Zarządzania
Katedra Zdrowia Publicznego AM
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-19
E-mail: annafelinczak@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2011 r.

Po recenzji: 10.09.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Samopieka i samopielegnacja pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na wsi jako element funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

Self care in general practitioners' patients from rural areas as an element of functioning of medical care system

MARIA JASIŃSKA^{1, A, E, F}, KATARZYNA ŻUŁTAK-BĄCZKOWSKA^{1, D, E}, IWONA ROTTER^{1, D, E}, BOŻENA MROCZEK^{1, D, E}, ARTUR KOTWAS^{1, C, E}, HALINA BRZEŹNIAK^{1, D, F}, HELENA KNAP-CZECHOWSKA^{2, A, B}, ZBIGNIEW KNAP-CZECHOWSKI^{2, A, B}, BEATA KARAKIEWICZ^{1, G}

¹ Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
Kierownik: dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. nadzw. PUM

² Przychodnia Lekarska NZOZ w Młynkowie (woj. wielkopolskie)
Kierownik: lek. Helena Knap-Czechowska

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Obowiązujący system opieki zdrowotnej, poza zhierarchizowanym podziałem kompetencji i zakresów leczenia, zakłada posiadanie przez pacjentów ogromnej wiedzy i umiejętności dotyczącej postępowania w sytuacji wystąpienia schorzeń o niewielkim ryzyku epidemiologicznym lub lekkich urazów. Realizacja tych zadań na odpowiednim poziomie skuteczności wymaga jednak odpowiedniego poziomu wiedzy zdrowotnej, która jest uzależniona od różnych czynników socjoekonomicznych.

Cel pracy. Określenie sposobów postępowania podopiecznych Przychodni Lekarskiej w sytuacji wystąpienia przeziębnienia, lekkiego oparzenia, wpływu ciąży na styl życia kobiet oraz opieki nad noworodkiem.

Materiał i metody. Badaniem objęto 125 pacjentów zadeklarowanych w Przychodni Lekarskiej we wsi Młynkowo, powiat czarnkowsko-trzcianecki, województwo wielkopolskie. Do opracowania wyników badań zastosowano elementy statystyki opisowej i współczynniki zbieżności C-Pearsona, skorygowany współczynnik C-Pearsona oraz T-Czuprowa wykazujące siłę związku między badanymi cechami.

Wyniki. Większość badanych w przypadku każdego zachorowania korzysta z porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bądź z leków kupionych w aptece bez recepty (OTC) i bez wcześniejszej konsultacji. Osoby starsze, biorące udział w badaniu, skłaniają się ku stosowaniu ziołolecznictwa. Wyraźnym problemem jest brak edukacji, rozpowszechnienia głębszej wiedzy z zakresu zasad pierwszej pomocy w przypadku oparzeń, a także stylu życia kobiety ciężarnej i ochrony małego dziecka. W tym obszarze obserwuje się występowanie wielu przesądów, które ukształtowane ludową tradycją i wierzeniami, znacząco odbiegają od bezpiecznych metod samoopieki i samopielegnacji.

Wnioski. Istnieje potrzeba reorientacji programów zdrowotnych z wyraźną indykacją negatywnych skutków masowego stosowania leków OTC.

Słowa kluczowe: samopieka, samopielegnacja, zdrowie, przesady.

Summary Background. According to current medical care system, beyond the hierarchical division of powers and ranges of treatment, the patient is assumed to have vast knowledge and skills on low-risk diseases or light injuries. However, realization of this criterion requires an adequate level of health awareness, which is dependent on various socio-economic factors.

Objectives. Determination of procedures of Outpatient Clinics' patients in sickness, mild burns, influence of pregnancy on women lifestyle and newborn care.

Material and methods. There were included 125 patients attending Medical Health Center in Młynkowo village, czarnkowsko-trzcianecki administrative district, Greater Poland province.

Results. Majority of the surveyed in case of falling ill follow advice of their physician or medicines bought in pharmacy without recipe (OTC). Elderly people are inclined towards herbal treatment. A clear problem is the lack of education and deeper knowledge of the principles of first aid for burns as well as lifestyle of pregnant women and newborn care where many prejudices may occur.

Conclusions. There is a need of reorientation of health care programs and distinct underlining negative effects of mass application of OTC drugs.

Key words: self care, health, prejudices.

Wstęp

Współczesna koncepcja struktury systemów opieki zdrowotnej opiera się na konstrukcji czterech poziomów referencyjnych i zgodnie z założeniami WHO są to: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna specjalistyczna opieka, szpitale oraz wysokospecjalistyczne centra regionalne. Jako poziom zasadniczy wymienia się jednak samoopiekę i samopielegnację, którą definiuje się jako „proces, w którym ludzie sami działają na rzecz wzmocnienia swego zdrowia, zapobiegania chorobom i leczenia w przypadku schorzeń nie wymagających bezpośredniej interwencji fachowych pracowników medycznych” [1]. System ten zakłada ogromną wartość kompetencji pacjentów w sytuacji wystąpienia schorzeń o niewielkim ryzyku epidemiologicznym lub lekkich urazów. Realizacja tych założeń wymaga jednak posiadania przez pacjentów odpowiedniego poziomu wiedzy o zdrowiu. Poziom wiedzy zdrowotnej zależy od ogólnego poziomu wykształcenia obywateli, ale również od tradycji i zwyczajów przekazywanych kolejnym pokoleniom. Wiele sposobów udzielania pierwszej pomocy nadal ugruntowanych jest obrzędem i obyczajem ludowym. Chodzi o sposoby postępowania w przypadku przeziębień, lekkich ran czy oparzeń oraz stosunku do ciężarnych, położnic i dzieci [2]. Istotną też kwestią jest stosowanie ziołolecznictwa.

Cel pracy

Celem badań było poznanie metod i sposobów samoopieki i samopielegnacji pacjentów w sytuacji wystąpienia przeziębienia, lekkiego oparzenia, stylu życia kobiety ciężarnej oraz opieki nad noworodkiem.

Materiał i metody

Badaniem objęto 125 pacjentów zadeklarowanych w praktyce Lekarza Rodzinnego we wsi Młynkowo, powiat czarnkowsko-trzciniński, województwo wielkopolskie. W skład badanej populacji weszło 86 kobiet i 39 mężczyzn w wieku 18–83 lata (tab. 1, 2). Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający pytania o dane socjometryczne, 6 pytań zamkniętych oraz 5 pytań otwartych. Pytano w nich, czy w czasie zachorowania badani korzystają z porad lekarza, stosują domowe sposoby, czy w stanach przeziębienia udają się po poradę lekarza lub samodzielnie stosują leki OTC (*over-the-counter*) – leki kupowane w aptekach bez recepty lekarskiej, które umożliwiają pacjentom samoleczenie w powszechnych dolegliwościach. Pytano też, czy stosują zioła i jaki jest najlepszy

sposób postępowania przy lekkim oparzeniu. Kolejne pytanie dotyczyło, czego nie powinna lub co powinna robić kobieta ciężarna, by urodzić zdrowe dziecko, czy konieczna jest czerwona wstążeczka przy łóżeczku nowonarodzonego dziecka i czy możliwe jest „rzucenie uroku”. Do opracowania wyników badań zastosowano elementy statystyki opisowej i współczynniki zbieżności C-Pearsona, C-skor oraz T-Czuprowa wykazujące siłę związku między badanymi cechami.

Tabela 1. Podział badanej grupy ze względu na wiek

Wiek	Liczebność (N)	%
18–37	34	27
38–57	54	43
58–83	37	30
Razem	125	100

Tabela 2. Podział badanej grupy według wykształcenia

Wykształcenie	Liczebność (N)	%
Podstawowe	26	20,8
Zawodowe	44	35,2
Średnie	42	33,6
Wyższe	13	10,4
Razem	125	100

Tabela 3. Rozpowszechnienie stosowania ziół w poszczególnych grupach wiekowych

Wiek	Rozpowszechnienie stosowania ziół	
	N	%
18–37	4	11,8
38–57	15	27,8
58–83	12	32,4

Tabela 4. Rozpowszechnienie stosowania ziół w podziale według poziomu wykształcenia

Wykształcenie	Rozpowszechnienie stosowania ziół	
	N	%
Podstawowe	13	50
Zawodowe	9	20,45
Średnie	5	11,9
Wyższe	4	30,7

Tabela 5. Sposób postępowania w przypadku lekkiego zachorowania w podziale według grup wiekowych

Wiek	Korzystanie z porady lekarskiej		Stosowanie leków OTC		Stosowanie sposobów domowych	
	N	%	N	%	N	%
18–37	13	38,2	18	52,9	3	8,8
38–57	16	29,6	30	55,6	8	14,8
58–83	9	24,3	15	40,5	13	35,1

Tabela 6. Sposób postępowania w przypadku lekkiego zachorowania w podziale według poziomu wykształcenia

Wykształcenie	Korzystanie z porady lekarskiej		Stosowanie leków OTC		Stosowanie sposobów domowych	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe	7	26,9	14	53,8	5	19,2
Zawodowe	17	38,6	19	43,2	8	18,2
Średnie	11	26,2	21	50	10	23,8
Wyższe	38	23,1	9	69,2	1	7,7

Wyniki

Na pytanie, w jaki sposób badani postępują w razie wystąpienia lekkiego zachorowania, tylko jedna osoba wskazała na stosowanie jedynie i wyłącznie domowych sposobów, 82 spośród ankietowanych deklaruje korzystanie tylko z porad lekarza, a 44 korzysta z nich uzupełniając jednak kurację domowymi sposobami. Wymieniane były takie sposoby, jak spożywanie miodu, cytryny, picie herbat ziołowych, stosowanie inhalacji, baniek, względnie nacieranie stóp czosnkiem.

Współczynniki zbieżności: C-Pearsona = 0,1866; C-skor = 0,2286; T-Czuprowa = 0,1343. W częstości zastosowania ziół w samoleczeniu i samopielęgnacji, w poszczególnych grupach wiekowych nie znaleziono ścisłych korelacji (tab. 3). Porównanie rozpowszechnienia stosowania ziół w leczeniu domowym wskazuje, że przetrwało ono w starszych grupach wiekowych, jednakże ta metoda jest w zdecydowanym odwrocie i ziołolecznictwa nie stosuje aż 94 (75,2%) spośród badanych. Ci, którzy je stosują, wskazują głównie na dobrodziejstwa stosowania majeranku, rumianku, mięty, lipy, kminku, bzu czarnego, dziurawca, pokrzywy, melisy, szafalii i nagietka.

Współczynniki zbieżności: C-Pearson = 0,31; C-skor = 0,358; T-Czuprowa = 0,188. Pomiedzy badanymi cechami wykazano brak ścisłej korelacji. Zestawienie stosowania ziołolecznictwa w stosunku do wykształcenia ujawnia znaczny odsetek stosowania tego rodzaju terapii u osób z wykształceniem podstawowym i wyższym oraz zdecydowanej niechęci do tej metody osób z wykształceniem średnim i zawodowym (tab. 4).

Współczynniki zbieżności: C-Pearson = 0,266; C-skor = 0,281; T-Czuprowa = 0,39. Pomiedzy badanymi cechami wykazano brak ścisłej korelacji. Porównując sposoby leczenia w zależności od wieku stwierdzono, że młodsze grupy wiekowe zdecydowanie częściej posilkują się lekami samodzielnie kupionymi w aptece lub korzystają z porad lekarskich. Starsi pacjenci preferują leki OTC oraz domowe sposoby (tab. 5).

Współczynniki zbieżności: C-Pearson = 0,184; C-skor = 0,209; T-Czuprowa = 0,265. Pomiedzy badanymi cechami wykazano brak ścisłej korelacji. Wybór strategii postępowania w zależności od wykształcenia wykazuje podobną zależność w stosowaniu leków OTC oraz przy wyborze konsultacji lekarskich w odniesieniu do osób z wyższym i średnim wykształceniem. W tej właśnie grupie obserwuje się odejście od stosowania domowych sposobów. Pacjenci z wykształceniem wyższym w najmniejszym odsetku korzystają z domowych sposobów.

W przypadku oparzeń, zimną wodę stosuje 99 (79,2%) ankietowanych, a z pozostałych sposobów wymieniane były kremy i maści, takie jak panthenol. Jednakże podawane były też takie sposoby, jak: smarowanie miodem, obmycie denaturatem, polanie olejem, okład z rumianku, mięsa lub tartych ziemniaków, przyłożenie aloesu lub potłuczonych liści kapusty, obmycie oparzonego miejsca własnym ciepłym moczem.

W przypadku kobiet ciężarnych powszechnie zalecany jest przez respondentów wypoczynek, niedźwiganie ciężarów, zdrowe odżywianie, witaminy, niepalenie, niepicie i niestosowanie innych używek, niebranie antybiotyków, nienarażanie się na stres i pozytywne myślenie.

Przetrwałymi z wierzeń i tradycji ludowych zwyczajami, wskazywanymi przez respondentów w badaniu, są: nie chodzenie na pogrzeby, nie picie czerwonej herbaty, nie zagładanie do studni, nie przechodzenie pod drabiną, nie zerkanie przez dziurki, nie wążanie otwartych słoików, nie trzymanie się za brzuch kiedy się ciężarna przestraszy, nie przechodzenie pod sznurami od prania, nie przelewanie wody, nie patrzenie na ładnych ludzi, nie farbowanie włosów.

Jeśli chodzi o poczucie konieczności zawieszania czerwonej wstążeczki przy łóżeczku lub wózku spacerowym dziecka, to odpowiedzi „tak” i „raczej tak” zakreśliło 69 (55,2%) badanych osób. Odpowiedzi „nie” i „raczej nie” udzieliło 56 (44,8%) respondentów.

Spośród osób, które zakreśliły odpowiedzi twierdzące dotyczące powyższego pytania, wiele wskazuje, że czerwona wstążeczka podobnie jak krzyżyk lub medalik z Matką Boską oraz nie obcinanie włosów, nie wychodzenie z dzieckiem na spacer przed chrzcinami, chroni je przed złymi mocami, duchami lub rzuceniem uroku nazywanym też „ociotowaniem”.

Metodę uzdrawiania przez „babki” jako nieskuteczną uznaje 104 (83,2%) badanych osób, natomiast pozytywnie co do o jej skuteczności wypowiada się 21 (16,8) osób. Również większość, tj. 87 (69,6%) osób, uważa, że nie jest możliwe „rzucenie uroku”. Jednocześnie dość znaczny odsetek – 38 (30,4%) badanych uważa, że jest to jednak możliwe. Spośród badanych osób 9 (7,2%) przyznaje, że korzystało z usług znachora, ale 10 (8%) z nich było świadkiem takiego zdarzenia.

Brak też według badanych 107 (85,6%) osób przedmiotów lub sposobów zabezpieczających przed zachorowaniem, a aż 120 (96%) osób uważa, że nie ma sposobów naturalnych hamujących rozwój raka.

Dyskusja

W badanej populacji przeważały zamężne kobiety w wieku 38–57 lat posiadające wykształcenie zawodowe lub średnie pochodzące i zamieszkałe na wsi. Sondowanie poziomu wiedzy zdrowotnej respondentów wykazało, że dysponują oni zasobami umożliwiającymi sprawowanie samoopieki i sa-

mopielegnacji w stosunku do siebie i swojej rodziny [2]. Jednakże zaobserwowano odwrót od ziołolecznictwa i stosowania innych domowych sposobów na rzecz samodzielnego kupowania leków OTC w aptekach. Świadczy to o powszechnym, silnym oddziaływaniu reklam medialnych na pacjentów i ich wybory strategii postępowania w niektórych schorzeniach.

Jednocześnie badanie wykazało ciągle istnienie jeszcze głęboko zakorzenionych zwyczajów stosowania symboliki chroniącej małe dzieci przed tzw. urokami [3–5]. Z. Osiński uznaje, że zwykle to zła sytuacja polityczna, ekonomiczna, a co za tym idzie i edukacyjna, tym większa ignorancja rzetelnej wiedzy, w tym medycznej [6]. Potwierdza to tezy praktyków i teoretyków zdrowia publicznego, co do koncepcji wieloczynnikowych uwarunkowań sytuacji zdrowotnej danej populacji [7]. Badanie niniejsze potwierdziło jednakże trend pogłębiania się kultury zdrowotnej wśród społeczeństwa. Wyraźnie została podkreślona przez respondentów szczególna potrzeba dbałości o zdrowie oraz istotność prozdrowotnego stylu życia kobiet ciężarnych. Jest to zgodne ze współczesnymi rekomendacjami medycznymi. Znane są także aktualnie rekomendowane sposoby postępowania w przypadku niewielkich oparzeń. Jednakże, niektóre sposoby postępowania w tych sytuacjach są zdecydowanie jeszcze anachroniczne, wręcz średniowieczne [3, 4, 6]. Swoistym indykatorem rzetelności współczesnej wiedzy pacjentów o zdrowiu jest też uleganie zwyczajowi zawieszania czerwonych wstążeczek, ciągłym funkcjonowaniu uzdrawiania przez tzw. babki lub wiara w możliwość rzucania uroków. Przemawia to za ciągłym pokutowaniem starych zabobonów i przesądów.

Wnioski

1. Istnieje potrzeba uprzystępniania wiedzy na temat dobrodziejstwa stosowania sposobów naturalnych, w tym i ziołolecznictwa oraz potrzeba rozwoju w samoleczeniu się pacjentów lekami OTC.
2. Istnieje konieczność budowania programów edukacyjnych o szerokiej tematyce zdrowotnej, a nie tylko skupionych na ograniczaniu głównych czynników zachorowalności i umieralności.

Piśmiennictwo

1. Kilańska D. *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. Tom I. Lublin: Wydawnictwo MakMed; 2008: 19.
2. Pieciewicz-Szczęśna H, Karwat ID. Problemy zdrowotne i demograficzne społeczeństwa polskiego a rodzaje zadań w zakresie edukacji zdrowotnej. *Zdr Publ* 2010; 120(3): 259–299.
3. Tettycz-Puzio A. *Zdrowotność ludności ziem polskich w XI–XII wieku w świetle średniowiecznych źródeł narracyjnych*. W: Nosko J, red. *Z dziejów zdrowia publicznego*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera; 2006: 39–40.
4. Kalinowska K, Żuchowicz K. *Medycyna ludowa. Raport z badań*. Warszawa: Instytut Stosowanych Nauk Społecznych; 2007. [dostęp on-line: 9.06.2011]. Dostępny na URL: http://antropologia.isns.uw.edu.pl/archiwum/Medycyna_ludowa/

5. Żołądź-Strzelczyk D. *Troska o zdrowie niemowlęcia i małego dziecka w Polsce XVI–XVIII w.* Poznań: Wydawnictwo Poznańskie; 2006: 279.
6. Osiński Z. Zabobon, przesąd, diabły, czarownice i wilkołaki w pamiętnikach polskich z XVI i XVII w. Lublin: *Ann UMCS* 2003; vol. LVII: 59–72.
7. Wojtczak A. *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 5–7, 77–79.

Adres do korespondencji:

Mgr Maria Jasińska
Zakład Zdrowia Publicznego PUM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel.: 501 359-259
E-mail: maryla-jasinska.s@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.12.2011 r.

Po recenzji: 19.12.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Wpływ kompetencji pracowników medycznych na funkcjonowanie praktyki lekarza rodzinnego

Influence of medical staffs' competences on the general practices operations

PIOTR KARNIEJ^{1, 2, A, B, E}, DAWID ŁYŚ^{1, 2, B, D, F}, JOLANTA GRZEBIELUCH^{1, B, D, G}¹ Zakład Organizacji i Zarządzania Katedry Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr n. med. Anna Felińczak

² Zespół Badań nad Organizacją i Zarządzaniem Szpitalami „AVICENNA”

Instytut Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. Jan Stępniewski

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Wzrost znaczenia kapitału ludzkiego w organizacjach medycznych zintensyfikował stosowanie w naukach o zarządzaniu ochroną zdrowia terminu „kompetencja”. Obecnie uważa się, że kluczowym czynnikiem sukcesu każdej organizacji gospodarczej działającej w sektorze medycznym jest wysoko wykwalifikowana i kompetentna kadra. To właśnie te oczekiwania stawiane przed personelem medycznym przyczyniają się do konieczności konstruowania narzędzi monitorujących zapotrzebowanie na kompetencje wśród pracowników sektora ochrony zdrowia.

Cel pracy. Prezentacja czynników związanych z kompetencjami pielęgniarek i położnych, jakie mogą wpływać na możliwość realizowania określonych świadczeń medycznych w praktyce lekarza rodzinnego. Autorzy zwracają uwagę nie tylko na sam problem kompetencji i ich wykorzystywania w organizacji lekarza rodzinnego, ale także prezentują narzędzia ich monitorowania czy diagnozowania potrzeb edukacyjnych zgłaszanych przez samych pracowników.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano wnioski z badania przeprowadzonego przez Zespół Badań nad Organizacją i Zarządzaniem Szpitalami „AVICENNA” (UJ) wśród pracowników medycznych szpitali na terenie całego kraju. W badaniu tym identyfikowano zapotrzebowanie na wiedzę pozamedyczną lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Wyniki. Pracownicy medyczni (w szczególności pielęgniarki) chętnie uczestniczą w podnoszeniu kwalifikacji w celu uzyskania dodatkowych dyplomów, formalnych uprawnień. Nie są oni jednak zainteresowani uzyskiwaniem wiedzy, która nie ma charakteru bezpośrednio związanego z ich działalnością medyczną, a która przekłada się na jakość pracy i świadomość zmian systemowych. W związku z tym, że praktyki lekarza rodzinnego funkcjonują obecnie w warunkach bardzo wyraźnej konkurencji wydaje się, że świadomość zapotrzebowania i samych kompetencji powinna być znacznie większa.

Statystyczne uzasadnienie wniosków. Badanie przeprowadzone zostało z wykorzystaniem metodologii badania jakościowego; nie stosowano badania ilościowego, a zatem do oceny nie wykorzystano testów statystycznych

Słowa kluczowe: kompetencje, praktyka lekarza rodzinnego, zapotrzebowanie na wiedzę.

Summary **Background.** The growing importance of human capital in organizations has intensified use of the term ‘competence’ in the medical sciences, health management. It is now believed that a key factor in the success of any business organization, operating in the medical sector is a highly qualified and competent staff. These expectations set for the medical staff contribute to the growing demand for construction of monitoring tools for competence among employees in the health sector.

Objectives. Aim is to present factors related to the competence of nurses and midwives that may affect one’s ability to carry out certain medical services in general practice. The authors draw attention not only to the same problem of competence itself and its use in the organization of the family doctor, but also present a tool to monitor them, or diagnosing educational needs reported by the workers themselves.

Material and methods. In this work the conclusions of the study conducted by the Team for Research on the Organization and Management of the Hospital “Avicenna” (UJ) among medical staff of hospitals throughout the country were described. In this study, a need for non-medical expertise of doctors, nurses and midwives was identified.

Results. Medical personnel (especially nurses) are ready to participate in improving skills in order to obtain additional qualifications, formal permission. But they are not interested in obtaining knowledge, which is not directly related to their medical activities, and that translates into quality of work and an awareness of systemic change. In view of the fact that GP practices must be competitive, it seems that the awareness of the needs and competence should be much larger.

Statistical justification of the results. The study was conducted using qualitative research methodology, quantitative research was not used, and therefore the statistical tests were not used.

Key words: competences, primary care practice, demand for knowledge.

Wstęp

Zmiany dokonujące się we współczesnych organizacjach medycznych powodują, że istnieje pilna potrzeba zdefiniowania obszarów, w jakich placówki medyczne muszą poszukiwać możliwości dalszego rozwoju i podnoszenia swojej sprawności organizacyjnej. Obserwując funkcjonowanie prywatnych i publicznych podmiotów medycznych, można odnieść wrażenie, że wiele z nich osiągnęło już maksymalny pułap rozwoju, jeśli chodzi o warunki techniczno-technologiczne, a to oznacza, że dalszy ich rozwój w tym kierunku prowadzić może do nadmiernego wzrostu kosztowności procedur, niewspółmiernego do kosztu docelowego, oczekiwanego przez płatników.

Przyglądając się rynkowi pracy, można odnieść wrażenie, że kompetencje pracowników są najcenniejszym kapitałem, jakim dysponuje organizacja. Zadaniem procesów personalnych musi być zatem nie tylko samo pozyskanie pracowników, ale przede wszystkim doskonalenie takich kompetencji, które już posiadają, które są zgodnie z potrzebami organizacji, a które będą mogły być wykorzystane w maksymalny sposób [1]. Zintegrowane systemy zarządzania kompetencjami pozwalają osiągnąć te cele przez dostarczenie informacji na temat cech pracowników, bowiem zarządzanie oparte na kompetencjach wiąże się z integrowaniem celów organizacji i wymaganiami stawianymi pracownikom [2]. Takie właśnie systemy zarządzania kompetencjami wdrażane są od wielu lat w organizacjach typu przemysłowego lub usługowego na całym świecie, jednak w polskiej ochronie zdrowia nie znajdują jeszcze dostatecznego zastosowania. Oznaczać to może, że istnieją albo trudności w prawidłowym zrozumieniu znaczenia tych procesów w działalności medycznej przez samych pracowników lub menedżerów zakładów opieki zdrowotnej, albo też istnieją czynniki o charakterze obiektywnym, które uniemożliwiają wprowadzenie takich rozwiązań do praktyki zarządzania. Niezależnie jednak od przyczyny wydaje się, że z punktu widzenia efektywności organizacji medycznej należy czynić wszelkie starania, aby monitorowanie zapotrzebowania na kompetencje ze strony pracodawców w ochronie zdrowia korelować w najwyższym stopniu z profesjonalistami medycznymi.

Niniejszy artykuł jest prezentacją części wyników z badań przeprowadzonych przez autorów w ramach Zespołu Badań nad Organizacją i Zarządzaniem Szpitalami „AVICENNA” w Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Badanie to przeprowadzone zostało na próbie celowej pracowników medycznych szpitali. Ponieważ jednak w badaniu stwierdzono wysoką reprezentatywność środowiska pielęgniarek i położnych, dalsze badania dotyczyć będą możliwości implementacji uzyskanych wniosków

w leczeniu otwartym, czego jednym z etapów jest niniejsza publikacja.

Kompetencje pracownika w praktyce lekarza rodzinnego

W literaturze przedmiotu wskazuje się na różne definicje kompetencji. Jednak do najbardziej powszechnych należy koncepcja, zgodnie z którą jest to zbiór następujących cech pracownika: wiedzy dotyczącej określonej dziedziny (wiem co), umiejętności dotyczących wykorzystania posiadanej wiedzy (wiem jak i potrafię), a także postaw zmierzających do wykorzystania wiedzy we właściwy dla organizacji sposób (wiem, chcę i potrafię wykorzystać swą wiedzę) [3]. Do najbardziej pożądanых przez organizację kompetencji należy zaliczyć [1]: komunikację, orientację na osiągnięte wyniki, skupienie na kliencie, pracę zespołową, przywództwo, planowanie i organizowanie, świadomość biznesową, umiejętność przystosowania się, stymulowanie rozwoju innych ludzi, umiejętność rozwiązywania problemów.

Kompetencje indywidualne pracownika można zdefiniować jako składniki nabywane (zmiennie) oraz wrodzone (stałe). Cechy stałe kompetencji są elementami, które niezwykle trudno zmienić, zmodyfikować, jest to czasami niemożliwe. Dlatego w rozważaniach nad doskonaleniem kompetencji wzięto pod uwagę cechy nabywane. Do zbiorów cech zmiennych zalicza się [4]: doświadczenie, zainteresowania, umiejętności, kwalifikacje zawodowe i pozazawodowe.

Inne podejście do kompetencji pracownika prezentuje T. Oleksyn, który uważa, że jest to zakres wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postaw i zachowań oraz innych cech psychofizycznych ważnych w danej pracy, gotowość pracownika do działania w danych warunkach i zdolność przystosowania do zmian, a także formalne wyposażenie w możliwości działania i podejmowania decyzji związanych z pracą [5].

Doświadczenie w ujęciu zawodowym jest procesem zachodzącym niezależnie od osoby, wynika głównie z czasu poświęconego na realizację zadań i misji organizacji. Z kolei zainteresowania są pojęciem, które według wielu uczonych jest elementem wzbogacającym jednostkę, stanowi podstawę rozwoju kompetencji. Bogactwo zainteresowań może świadczyć o aktywności człowieka na polu wzbogacania osobowości, umiejętności. Umiejętności wraz z cechami wrodzonymi stanowią podstawę rozwoju kompetencji pracowników firmy. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że kwalifikacje to wykształcenie, uzdolnienie oraz przygotowanie potrzebne do wykonywania zawodu jakiejś pracy lub czynności [6].

W krajach Unii Europejskiej kompetencje uznawane są za podstawowy komponent standardów zawodowych, rozumianych jako normy wymagań, opisujące zbiór niezbędnych umiejętności i wiedzy do wykonywania danego zawodu. Normy te określają ponadto warunki i metody oceny przydatności zawodowej kandydatów do pracy. Zgodnie z definicją brytyjskiej Rady Pielęgniarek i Położnych (NMC), pod pojęciem kompetencji pielęgniarki rozumieć należy zdolności i umiejętności wykonywania praktyki zawodowej w sposób bezpieczny, efektywny, bez konieczności nadzoru innej osoby [7]. Kwalifikacje nie odzwierciedlają zmian pojawiających się we współczesnych organizacjach medycznych, a są tylko ogólnym, teoretycznym pojęciem. Kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności są czynnikami, które bardzo szybko się dezaktualizują. Potwierdza to konieczność ich stałego doskonalenia, w zależności od zapotrzebowania organizacji medycznej i zmian w otoczeniu.

Warto nadmienić, że w niektórych krajach (m.in. w Australii) istnieją opracowania dotyczące kompetencji pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej, które wskazują na to, że jednym z kluczowych obszarów kompetencji personelu jest zarządzanie (m.in. jakością, czasem pracy, personelem, procesem) [8]. W tym opracowaniu zwraca się uwagę, że pielęgniarka w praktyce lekarza rodzinnego jest odpowiedzialna nie tylko za procesy medyczne, wykonywanie czynności zabiegowych, ale głównie za działania organizujące pracę lekarza rodzinnego, reprezentowanie organizacji w kontaktach z pacjentami, a także zarządzanie niektórymi podległymi jej obszarami organizacji. W tym kontekście próby uaktywnienia pielęgniarek i położnych w praktykach lekarzy rodzinnych w Polsce wydają się uzasadnione i celowe.

Badanie stopnia zainteresowania podnoszeniem kompetencji przez pielęgniarki

Prowadzone badanie miało na celu stwierdzenie stopnia zainteresowania pielęgniarek i położnych podnoszeniem kompetencji z zakresu wykonywanego przez nich zawodu, ale także z innych obszarów, których zrozumienie wydaje się zdaniem badaczy niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania w systemie współczesnej opieki zdrowotnej. Do tych dodatkowych kompetencji należały te związane z umiejętnościami menadżerskimi, znajomością zagadnień organizacyjnych, prawnych czy ekonomicznych. Badanie zostało przeprowadzone w ramach szerszego projektu, który obejmował także zidentyfikowanie obszarów niedostatecznej wiedzy w tych obszarach kadry lekarskiej.

Narzędziem badawczym była ankieta strukturalna skierowana do pracowników medycznych

wszystkich szczebli organizacji medycznej, jednak dla potrzeb niniejszego opracowania zaprezentowano tylko wyniki dotyczące grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, a wyodrębniono ją na podstawie grup zawodowych reprezentowanych przez wszystkich respondentów. W badaniu wzięło udział łącznie 631 pielęgniarek i położnych, reprezentujących wszystkie poziomy organizacji medycznej, a więc zarówno pielęgniarki i położne funkcyjne (oddziałowe i koordynujące), jak również bezpośrednio związane z opieką nad pacjentami.

W badaniu zadano pytanie, ile spośród badanych osób uczestniczyło w dodatkowym kształceniu związanym z wykonywaniem zawodu. Okazało się, że znaczna liczba, bo aż 505 respondentów stwierdziło, że podnosi kwalifikacje zawodowe, podczas gdy zaledwie 126 osób odpowiedziało negatywnie. To oznacza, że zaledwie 20% badanych nie widzi potrzeby dalszego kształcenia zawodowego.

Spośród grupy, która odpowiedziała na poprzednie pytanie twierdząco, najwyższy odsetek odpowiedzi na pytanie dotyczące formy podnoszenia kwalifikacji zanotowano przy szkoleniach i kursach (366), w drugiej kolejności studiach wyższych (142). Kolejno pracownicy podnosili swoje kompetencje zawodowe w innych formach kształcenia, takich jak uzupełniające studia podyplomowe (54) lub inne formy kształcenia (83). Na uwagę w tym miejscu zasługuje rola studiów wyższych z zakresu pielęgniarstwa, na które wskazało 23% respondentów. Ta forma kształcenia niewątpliwie istotnie wpływa na kompetencje zawodowe pielęgniarek i położnych, a jej dostępność należy zawdzięczać w dużej mierze dofinansowaniu Unii Europejskiej, która na podstawie umowy z Ministerstwem Zdrowia prowadzi tego typu kształcenie na terenie całego kraju. Dominującą formą kształcenia są jednak szkolenia, konferencje i inne kursy.

Kolejne pytanie w ankiecie dotyczyło czasu, w jakim respondenci odbyli szkolenia związane z podnoszeniem ich kwalifikacji zawodowych. Spośród wszystkich 631 respondentów największa grupa odpowiedziała, że podnosiła swoje kwalifikacje w ciągu ostatniego roku (222), następnie w okresie 1–3 lat (154). Na okres 3–5 lat wskazywało 55 osób, zaś powyżej 5 lat wskazało 31 osób. Aż 168 osób spośród badanej grupy odpowiedziało, że od czasu uzyskania kwalifikacji zawodowych nie podnosiło swoich kompetencji w żadnej formie. To oznacza, że około 26,6% pielęgniarek i położnych w badanej próbie nie widzi potrzeby dalszego kształcenia w zawodzie.

Kolejna grupa pytań dotyczyła udziału w szkoleniach z zakresu innego niż zawodowy. Ponieważ współczesne organizacje medyczne działają w warunkach rynkowych, pracownicy mają do czynienia z procesami przekształceń organizacji medycznych, ich restrukturyzacji, wydaje się celowe, aby pracownicy sektora zdrowia także i w tym obszarze

znali podstawowe zagadnienia rynkowe, zarządcze i prawne. Tym bardziej, że grupa zawodowa pielęgniarek i położnych jest naturalnie predestynowana do piastowania funkcji kierowniczych średniego i wyższego szczebla, związanych z zarządzaniem zespołami pracowników, zarządzaniem procesami czy podnoszeniem jakości procedur medycznych. Respondentów pytano więc o zainteresowanie podnoszeniem kompetencji w obszarach: zarządzania, ekonomii, prawa medycznego, marketingu, rachunkowości i finansów. Odpowiedzi kształtowały się następująco.

Spośród 631 respondentów pozytywnie na pytanie o udział w kształceniu z zakresów pozazawodowych odpowiedziało zaledwie 111 osób, co stanowi 17,6% wszystkich badanych pielęgniarek i położnych. Aż 82,4% respondentów nie uważa za stosowne kształcenie w tych obszarach. Ta proporcja widoczna jest także w odpowiedzi na pytanie, czy pracownicy medyczni niepełniący funkcji kierowniczych powinni posiadać umiejętności z zakresu kompetencji menadżerskich. Na to pytanie 117 osób odpowiedziało negatywnie, co oznacza, że stosunek tych odpowiedzi został zachowany. Niestety w badaniu uwidoczniono także brak konsekwencji respondentów, bowiem na pytanie o kompetencje oczekiwane przez pielęgniarki i położne sprawujące funkcje zarządcze (np. pielęgniarki oddziałowe, odcinkowe, koordynujące), aż 391 respondentów odpowiedziało, że konieczna jest wiedza z zakresu finansów ochrony zdrowia. Wskazywano także na takie niezbędne obszary wiedzy, jak: marketing jednostek ochrony zdrowia (432), prawo pracy (429), zarządzanie instytucją medyczną (391), zarządzanie zasobami ludzkimi (387), rachunek kosztów (200), zarządzanie organizacją oddziału – poradni (297). Na to pytanie można było udzielić odpowiedzi wielokrotnej, stąd suma odpowiedzi jest znacznie większa niż liczba respondentów biorących udział w badaniu.

Pomimo potwierdzenia braku zainteresowania pielęgniarek i położnych kształceniem w kierunku dziedzin towarzyszących ochronie zdrowia ta sama grupa zawodowa zgłasza postulat, aby osoby nimi zarządzające posiadały wysokie kompetencje z tych właśnie obszarów. Zastanawiające jest zatem to, że pielęgniarka rozpoczynająca swoją karierę zawodową nie bierze w ogóle pod uwagę możliwości kształcenia interdyscyplinarnego, natomiast stwierdza potrzebę posiadania wiedzy pozamedycznej wówczas, gdy zaczyna awansować na stanowiska związane z organizacją systemu opieki zdrowotnej.

Możliwości skorzystania z kompetencji pozazawodowych pielęgniarek w praktyce lekarza rodzinnego

Praktyki lekarza rodzinnego w Polsce to dziś w zdecydowanej większości podmioty prywatne, funkcjonujące w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółek osobowych (głównie cywilnej i partnerskiej). To także organizacje, które z racji niewielkich rozmiarów, nie dość bogatego zaplecza finansowego, w pierwszej kolejności narażone są na negatywne oddziaływanie rynku i negatywny wpływ decyzji publicznego płatnika za świadczenia zdrowotne. Zarządzane są głównie przez samych właścicieli, ale dostrzec można przypadki, w których organizacje te kierowane są przez pielęgniarki funkcyjne (koordynujące) lub menadżerów, reprezentujących zawody inne niż medyczne, głównie ekonomistów lub pracowników. To oznacza, że te organizacje w głównej mierze powinny stawiać na rozwój kompetencji pozazawodowych swoich pracowników, w taki sposób, aby zarówno lekarze, jak i pielęgniarki czy położne szybko i bez większego wysiłku potrafili sprostać oczekiwaniom definiowanym przez pacjentów lub otoczenie konkurencyjne. Trudno oprzeć się wrażeniu, że omówione w niniejszym opracowaniu badania przeprowadzone na grupie pielęgniarek i położnych dowodzą braku zainteresowania podnoszeniem tych kompetencji, co oznacza, że jakakolwiek nieoczekiwana zmiana organizacyjna spotka się albo z nieuzasadnionym oporem pracowników, albo niezrozumieniem istoty przemian.

Sektor opieki medycznej od wielu lat poddawany jest permanentnej zmianie organizacyjnej, począwszy od roku 1991, w którym zaczęły powstawać pierwsze niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i podstawowa opieka zdrowotna zaczęła swoją prywatyzację aż do roku 2011, który zapisze się jako ten, w którym całkowicie zmieniono strukturę funkcjonowania rynku przez utworzenie podmiotów leczniczych, którymi będą także praktyki lekarzy rodzinnych. Tym bardziej należy przyjąć, że przedstawione wyniki powinny skłonić pielęgniarki i położne do zainteresowania podnoszeniem kompetencji w obszarach pozazawodowych, także wtedy, gdy jeszcze nie stoi za tym potrzeba podjęcia obowiązków organizacyjnych i zarządczych, ponieważ wtedy może się okazać, że umiejętności te będą niewystarczające i niedostatecznie ukształtowane.

Piśmiennictwo

1. Epstein RM, Hundert E. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* 2002; 287(2): 226–235.
2. Kautsch M, Whitfield M, Klich J. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków: WUJ; 2001.
3. Kossowska M, Sołtysińska I. *Szkolenie pracowników a rozwój organizacji*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna; 2002.
4. Kęsy M. *Kompetencje zawodowe młodych*. Kraków: WUJ; 2008.
5. Oleksyn T. *Zarządzanie potencjałem pracy w organizacjach różnej wielkości*. W: Ludwicyński A, Stobiński K, red. *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*. Warszawa: Poltext; 2001.
6. Kopaliński W. *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*. Warszawa: PWN; 1994.
7. *Midwifery and Health Visiting*, 1999: 35. United Kingdom Central Council for Nursing.
8. *Competency standards for nurses in general practice*, Australian Nursing Federation.

Adres do korespondencji:

Dr n. ekon. Piotr Karniej

Zakład Organizacji i Zarządzania

Katedra Zdrowia Publicznego AM

ul. K. Bartla 5

51-618 Wrocław

Tel.: 71 784-18-00

E-mail: piotr.karniej@am.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2011 r.

Po recenzji: 10.09.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Rozpoznawanie przez pielęgniarki szkodliwych czynników chemicznych i fizycznych na stanowiskach pracy w szpitalu

Identification of harmful chemical and physical factors at work stations in hospital by nurses

EWA KURIATA^{1, A, B}, ANNA FELIŃCZAK^{1, C, D}, MAGDALENA SZACHNIEWICZ^{1, E}, KRYSZYNA PAWLAS^{2, D}, JOLANTA GRZEBIELUCH^{1, F}, DOROTA KIEDIK^{3, B}, ANDRZEJ M. FAL^{3, G}

¹ Zakład Organizacji i Zarządzania Katedry Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Anna Felińczak

² Katedra i Zakład Higieny Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. Krystyna Pawlas, prof. nadzw. AM

³ Zakład Alergologii Katedry Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. Andrzej M. Fal, prof. nadzw. AM

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Praca w zawodzie pielęgniarstwie wiąże się z licznymi narażeniami na szkodliwy wpływ warunków pracy, w tym m.in. czynników chemicznych i fizycznych. Powodują one nie tylko negatywne skutki zdrowotne w postaci chorób zawodowych lub wypadków w pracy, ale także stanowią o uciążliwości pracy, obniżają efektywność pracownika.

Cel pracy. Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat charakterystycznych czynników chemicznych i fizycznych występujących na stanowiskach pracy w szpitalu. Założeniem przyjętym w badaniu było, iż stan wiedzy kadry pielęgniarskiej na temat występowania tych czynników jest niewystarczający i różni się między dwoma typami zakładów opieki zdrowotnej: publicznymi i niepublicznymi na korzyść tych drugich.

Materiał i metody. Do scharakteryzowania czynników występujących na pielęgniarstwach stanowiskach pracy wykorzystana została autorska ankieta. W celu kompleksowej oceny występowania czynników szkodliwych na stanowiskach pracy opracowano oryginalny miernik rozpoznawania zagrożeń na stanowiskach pracy.

Wyniki. Wyniki opracowano z uwzględnieniem dwóch typów zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ i NZOZ) oraz według kategorii oddziałów szpitalnych. Uzyskane opinie pielęgniarek wskazują na niezadowalający poziom rozpoznawania przez nie czynników szkodliwych w szpitalach. Analiza porównawcza z wykorzystaniem miernika między SPZOZ i NZOZ pozwala korzystniej ocenić sytuację w NZOZ. W podziale na kategorie oddziałów szpitalnych wyniki nie różniły się istotnie.

Wnioski. 1. Wysoce niepokojący jest duży deficyt wiedzy wśród kadry pielęgniarskiej w zakresie rozpoznawania czynników szkodliwych, zarówno w grupie czynników fizycznych, jak i chemicznych. 2. Na podstawie porównania wartości miernika rozpoznawania zagrożeń na stanowiskach pielęgniarstwach korzystniej można ocenić poziom wiedzy kadry pielęgniarskiej zatrudnionej w NZOZ niż w SPZOZ.

Słowa kluczowe: zakłady opieki zdrowotnej, świadomość pielęgniarek, czynniki szkodliwe.

Summary **Background.** Working in the profession of nursing is associated with multiple exposures to many harmful working conditions, including chemical and physical factors. They not only have a negative effect on health, are responsible for occupational diseases and accidents at work, but also make the work more exhausting, therefore decreasing the efficiency of the employee.

Objectives. The aim of the study was the analysis of nurses' knowledge, concerning the characteristics of chemical and physical factors occurring at their workplaces at the hospital. It has been assumed that knowledge of nurses in this area is inadequate and varies between public and private hospitals.

Material and methods. In order to characterize the factors existing in nursing profession the author's survey was used. For a comprehensive identification of harmful agents in the workplaces, the original measure was developed.

Results. The results were analyzed taking into consideration two types of health care institutions (public and private) as well as the categories of hospital wards. The responses of nurses reveal their unsatisfactory level of identification of harmful factors existing in hospitals. The comparative analysis with the use of the measure of public and private health care institutions allows to assess the situation in private sector as more favourable. The results of analysis of the division to categories of hospital wards did not differ significantly.

Conclusions. 1. The lack of knowledge among nursing staff with respect to identification of both chemical and physical harmful factors is alarming. 2. The comparison of measure results concerning identification of risks in nursing profession shows that the awareness of nursing staff in private health care institutions is higher than in public ones.

Key words: health care institutions, awareness of nurses, harmful factors.

Wstęp

Pielęgniarstwo jest profesją o szczególnym charakterze i niepospolitej misji [1]. Przedstawiciele tego zawodu wykonują pracę wymagającą od nich umiejętności radzenia sobie z wieloma problemami oraz pokonywania trudności, m.in.: wykonywania obowiązków w systemie zmianowym, destrukcyjnie oddziałującym na zdrowie psychiczne i fizyczne, towarzyszenia ciężko chorym i umierającym, umiejętności sprostania krytycznym sytuacjom wynikającym z interakcji ze współpracownikami, pacjentami oraz ich rodzinami [2]. Niezależnie od miejsca pracy pielęgniarki powinny mieć możliwość wykonywania swojego zawodu w warunkach zapewniających im poczucie bezpieczeństwa, gwarantujących pewność działania, chroniących przed niekorzystnymi następstwami dla ich stanu zdrowia. W określonych sytuacjach warunki pracy mogą mieć charakter czynników szkodliwych, stwarzających zagrożenie dla zdrowia pracowników [3]. Konieczne staje się zatem systematyczne badanie czynników szkodliwych w miejscu pracy [4]. Czynniki szkodliwe to takie, których oddziaływanie na pracownika może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, aż do wystąpienia schorzenia zakwalifikowanego jako choroba zawodowa [5]. Praca w zawodzie pielęgniarskim wiąże się z licznymi narażeniami na szkodliwy wpływ zarówno czynników biologicznych, chemicznych i fizycznych, psychospołecznych oraz ergonomicznych. Ekspozycja kadry pielęgniarskiej na czynniki chemiczne wiąże się najczęściej ze stosowaniem: środków dezynfekcyjnych, leków, w tym cytostatyków oraz narzędzi metalowych, wykonanych ze szkodliwych stopów niklu, chromu lub kobaltu. Ponadto ważnymi czynnikami chemicznymi na stanowiskach pielęgniarskich są: lateks rękawic ochronnych oraz gazy anestetyczne [6]. Według danych amerykańskiego Narodowego Instytutu Bezpieczeństwa i Zdrowia Zawodowego (NIOSH), w szpitalach stosuje się co najmniej 159 substancji działających drażniąco i 135 związków chemicznych o potencjalnym działaniu rakotwórczym, teratogennym lub mutagenym [7]. Stale mówi się też o wzroście liczby pracowników służby zdrowia uczulonych na różnorodne czynniki występujące w ich środowisku pracy. Szacuje się, że alergia zawodowa występuje u 5–25% pielęgniarek [8]. W badaniach lekarskich (2004 r.), w których wzięło udział 60 pracowników służby zdrowia (w tym ponad połowa pielęgniarek), ze złą tolerancją rękawiczek gumowych wykonane testy naskórkowe były dodatnie u 5 osób (w tym u 2 pielęgniarek) [9]. Wyniki innych badań wykazują, że jesteśmy objęci epidemią chorób alergicznych z nadwrażliwości na lateks [10]. Badacze angielscy (Wilkinson i wsp. 1998) obserwowali uczulenie kontaktowe na lateks i w grupie pracowników medycznych częstość ta wynosiła 6% [11].

Równie poważny problem zawodowego narażenia na działanie czynników chemicznych w przypadku pielęgniarek stanowi nadwrażliwość na środki odkażające. To potencjalne zagrożenie wiąże się z dość powszechnie wykonywanymi przez pielęgniarki czynnościami związanymi z dezynfekcją i sterylizacją [12]. Według danych Instytutu Medycyny Pracy im. J. Noffera w Łodzi, w populacji badanych 520 polskich pielęgniarek częstość występowania tego typu alergii wynosi co najmniej 1%, w tym astmy oskrzelowej 0,5%. Alergia opóźniona na substancje tego rodzaju występuje u około 30% PSZ [10]. W badaniach Pałczyńskiego (2004 r.) dowiedziono, że znaczna część populacji pracujących jest chora na astmę oraz, że duży odsetek osób rozpoczynających pracę zawodową w najbliższych latach jest obciążona obecnością choroby alergicznej. Ocenia się, że około 10% astmy dorosłych spowodowana jest narażeniem w miejscu pracy [13]. Potwierdzeniem na występowanie negatywnych skutków narażenia na czynniki chemiczne w pracy pielęgniarek jest fakt, iż wśród wielu dolegliwości obserwowanych przez autorki badań (Kulałowska, Kosińska 2005 r.), zaobserwowano także znaczny wzrost częstości zgłaszania przez pielęgniarki pieczenia powiek. Również stałe występowanie swędzących zmian skórnych, zmian o charakterze alergicznym (7,1%), jak i ich zaostrzenie po dyżurze (14,5%) ściśle wiąże się ze środkami pracy stosowanymi w oddziałach szpitalnych [14]. Informacje dotyczące narażenia pracowników oddziałów chemioterapii pojawiają się w piśmiennictwie już od połowy lat 60. ubiegłego wieku [6]. O ile toksyczny wpływ leków cytostatycznych na pacjentów znany jest od dawna, o tyle wątpliwości budzą skutki zawodowego kontaktu personelu medycznego z tymi substancjami. W piśmiennictwie światowym podejmowano wiele prób określenia ryzyka zdrowotnego zawodowego narażenia na cytostatyki. Większość z doniesień informuje o zagrożeniach dla pracowników eksponowanych na leki przeciwnowotworowe [15–17]. Wśród zdrowotnych skutków narażenia personelu zakładów opieki zdrowotnej na szkodliwy wpływ cytostatyków opisywane są najczęściej zaburzenia hematologiczne oraz alergie (pokrzywka, kontaktowe zapalenie skóry). W opracowaniu Skov i wsp. (1992 r.) dotyczącym zachorowań na nowotwory układu chłonnego i szpiku u pielęgniarek w następstwie przygotowywania leków cytostatycznych wykorzystano dane Duńskiego Rejestru Nowotworów z lat 1970–1987 [18]. Niepokojące są również skutki odległe działania cytostatyków dotyczące zaburzeń w obszarze funkcji prokreacyjnych [19]. W prowadzonych przez Walusiak i wsp. (2003 r.) wywiadach położniczych wśród pielęgniarek ustalono znaczny odsetek występowania ciężkich wad wrodzonych u potomstwa pracowników narażonych na działanie cytostatyków (4,8% ogólnej liczby ciąż w okre-

sie pracy w narażeniu), także poronienia samoistne w tej grupie były częstsze (8,3%) [8]. Uwagę zwraca również częstość występowania zmian skórnych w wywiadzie badanych osób (26%). Wiele z nich można tłumaczyć wysoką częstością występowania zawodowej alergii na lateks gumy naturalnej wśród pielęgniarek, jednak w wielu przypadkach występowanie zmian skórnych przypisuje się ekspozycji zawodowej na cytostatyki [20]. Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają konieczność prowadzenia szkoleń pracowników w zakresie respektowania zasad bezpiecznego stosowania chemioterapii. Sale operacyjne są szczególnym miejscem, w którym czynniki chemiczne w postaci gazów anestetycznych stanowią w szpitalach największe zagrożenie, a najbardziej narażoną na czynniki chemiczne grupą zawodową są anestezjolodzy oraz pielęgniarki anesteziologiczne [21]. O procedurach, podczas których występuje narażenie na gazowe środki do narkozy, wspomina 37% pielęgniarek zatrudnionych na OIOM i w oddziałach zabiegowych, do 90% pielęgniarek z psychiatrii, pediatrii i oddziałów zabiegowych wymienia rozpuszczalniki organiczne, tlenek etylenu, do 30% pielęgniarek z OIOM i oddziałów zabiegowych [22]. Innym dość powszechnie występującym narażeniem na stanowiskach pracy w zakładach opieki zdrowotnej jest narażenie na czynniki fizyczne. Są to takie czynniki, jak: hałas, pola i promieniowanie elektromagnetyczne (PEM), promieniowanie jonizujące, promieniowanie optyczne laserowe czy ultradźwięki. Zagrożenie dla zdrowia człowieka ze strony działania pola elektromagnetycznego zależy od różnych czynników, głównie od jego częstości i natężenia oraz od przestrzennego rozkładu napromienienia (ekspozycja całego ciała lub jego części) i od rozłożenia ekspozycji w czasie [23]. Urządzenia wytwarzające pola elektryczne i magnetyczne z zakresu 0–300 GHz są szeroko stosowane w medycynie. W związku z tym duża część personelu medycznego, w tym także personel pielęgniarski, może być eksponowana na takie pola. Ocenę ekspozycji pielęgniarek na PEM przeprowadzono na podstawie analizy wielkości PEM w otoczeniu aparatów do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego (MRI) oraz aparatów do elektrochirurgii. Wykazano, że w miejscu przebywania pielęgniarki (w pobliżu manipulatorów aparatów MRI) pole magnetyczne ma stałą wartość – około 7 mT do 83 mT, w zależności od urządzenia. [24]. Natomiast z analizy czynności pielęgniarek asystujących przy zabiegach diagnostycznych (MRI) wynika, że ekspozycja na PEM dotyczy w zasadzie wyłącznie pacjentów, albowiem podczas badania personel pozostaje w dużej odległości od urządzenia, najczęściej w innym pomieszczeniu. Wśród członków zespołów operacyjnych najbardziej eksponowane na PEM są pielęgniarki instrumentariuszki, jednak ta ekspozycja, zgodnie z obecnym stanem wiedzy,

nie powinna być szkodliwa i można ją uznać za dopuszczalną. Pielęgniarki anesteziologiczne znajdują się z reguły poza strefą narażenia [25]. Ponadto, na podstawie pomiarów wykonanych przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi za całkowicie bezpieczne zostały uznane urządzenia obecne na pielęgniarskich stanowiskach pracy z grupy: urządzenia, jak i drobny sprzęt medyczny (automatyczne strzykawki, diadynamiki, inkubatory, kwarcówki, lampy bakteriobójcze, pompy infuzyjne, respiratory, zestawy monitorujące) [22]. Środowisko medyczne należy niewątpliwie do zapomnianych i zaniedbanych pod względem dokonywania pomiarów narażenia na szkodliwe czynniki fizyczne w środowisku pracy i dlatego zbyt często w praktyce nawet nie wiadomo, jaka jest skala ich występowania. Pomimo ustalenia wartości dopuszczalnych dla tych czynników pomiary narażenia na stanowiskach w służbie zdrowia nie są wykonywane, a profilaktyka tylko w przypadku ekspozycji na promieniowanie rentgenowskie i w pracowniach izotopowych ogranicza się do stosowania dozymetrii indywidualnej [21].

Cel pracy

Celem badań była ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat charakterystycznych czynników chemicznych i fizycznych występujących na stanowiskach pracy w szpitalu. W pracy przyjęto założenie, iż stan wiedzy kadry pielęgniarskiej na temat występowania czynników szkodliwych jest niewystarczający i różni się między dwoma typami zakładów opieki zdrowotnej: publicznymi i niepublicznymi, na korzyść tych drugich.

Metoda

Do scharakteryzowania czynników występujących na pielęgniarskich stanowiskach pracy wykorzystany został autorski kwestionariusz. Anonimowe badania ankietowe przeprowadzone zostały wśród pielęgniarek na przełomie lat 2004/2005. Do badań wybrano instytucje o różnym statusie własnościowym o porównywanych kategoriach oddziałów szpitalnych: 1) SPZOZ we Wrocławiu: ASK i Dolnośląskie Centrum Onkologii; 2) NZOZ: Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miedziowe Centrum Zdrowia S.A w Lubinie, Centrum Pulmonologii i Alergologii w Karpaczu S.A, Dolnośląskie Centrum Chorób Serca MEDINET S.A i EuroMediCare Szpital Specjalistyczny z Przychodnią we Wrocławiu. Uzyskany materiał badawczy poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem dwóch programów komputerowych: Microsoft Excell oraz Statistica 8.0. W celu scharakteryzowania badanej zbiorowości posłużono się wskaźnikami procen-

towymi (%) oraz średnią arytmetyczną (\bar{x}), a także miarami pozycyjnymi: medianą (Me) oraz modalną (Mo). Do weryfikacji hipotez statystycznych posłużono się testem χ^2 oraz *t*-Studenta [26]. Analizy hipotez badawczych w tej pracy dokonano na poziomie istotności $p \leq 0,01$.

W celu kompleksowej oceny występowania czynników szkodliwych na stanowiskach pracy opracowano oryginalny miernik rozpoznawania zagrożeń na stanowiskach pracy, w tym rozpoznawanie czynników szkodliwych. Dla obliczenia wartości miernika przyjęto następujące zasady. Poszczególnym kategoriom odpowiedzi na wszystkie pytania zamknięte przypisana została odpowiednio ocena: 0; 0,5 lub 1, w zależności od interpretacji odpowiedzi wskazanej przez badane pielęgniarki. W sytuacji, kiedy respondenci negatywnie oceniali badane aspekty warunków pracy przypisano odpowiedniom wartości 0 pkt., odpowiedniom średnio oceniającym badane aspekty – 0,5 pkt., natomiast odpowiedniom o znaczeniu pozytywnym przypisano wartość 1 pkt. Na podstawie uzyskanej liczby punktów obliczono wartości średnie (z odchyleniem standardowym) oraz wartość mediany i modalnej każdego miernika. Miernik został policzony oddzielnie dla SPZOZ i NZOZ.

Wyniki

Do analizy zakwalifikowano ogółem ankiety wypełnione przez 346 pielęgniarek, w tym 226 zatrudnionych w SPZOZ i 120 zatrudnionych w NZOZ. Średnia wieku ankietowanych pielęgniarek w SPZOZ wynosiła 40 lat ($\pm 7,95$). Najliczniej reprezentowaną grupą z SPZOZ były pielęgniarki w przedziale wiekowym 35–44 lat (39,38%). Średnia wieku ankietowanych pielęgniarek z NZOZ była nieco niższa i wynosiła 37,94 lat ($\pm 7,25$). Średni staż pracy w zawodzie dla pielęgniarek uczestniczących w badaniu z SPZOZ wyniósł 16,77 lat ($\pm 8,15$), a w NZOZ – 16,26 lat ($\pm 6,08$). Wysokie zróżnicowanie ilościowe przedstawicieli kadry pielęgniarskiej, reprezentującej poszczególne

oddziały, było powodem decyzji o pogrupowaniu miejsc zatrudnienia w szpitalu według znanej powszechnie klasyfikacji oddziałów szpitalnych, wyróżniającej oddziały zabiegowe oraz niezabiegowe. Pewna grupa respondentów nie podała w kwestionariuszu nazwy oddziału, stąd pozycja w obydwu typach szpitali: „oddział nieznan”. Najpierw oceniono stopień ogólnej wiedzy pielęgniarek na temat uciążliwości, zagrożeń i szkodliwości warunków pracy (tab. 1).

W większości pielęgniarki dobrze oceniały swoją wiedzę w tym zakresie, wskazując najczęściej na odpowiedź *bardzo duży stopień* rozpoznawania szkodliwych czynników na swoich stanowiskach pracy (69,91% z grupy SPZOZ i 74,17% z NZOZ). Słabą znajomość w zakresie szkodliwych warunków pracy wykazały nieliczne grupy pielęgniarek z obydwu kategorii zakładów (odpowiednio: 1,77 i 1,67%) (tab. 2, 3).

Następnym, spośród rozpoznawanych czynników szkodliwych w pracy pielęgniarek była praca w kontakcie z lekami cytostatycznymi. Według odpowiedzi udzielonych przez pielęgniarki na to pytanie, kontakt taki był *znikomego stopnia* (53,1% w grupie SPZOZ i 41,67% z NZOZ). Natomiast wysokie odsetki odpowiedzi *nie wiem* w obu grupach respondenckich wskazują na brak wiedzy o tego rodzaju narażeniach (odpowiednio: 29,65 i 43,33%). Następne pytanie dotyczyło oceny narażenia na promieniowanie jonizujące na stanowiskach pracy w szpitalach. Bardzo wysokie odsetki badanych z obydwu typów szpitali (29,2% z SPZOZ oraz 40% z NZOZ) wskazują na brak wiedzy pielęgniarek w tym zakresie, co zostało potwierdzone odpowiedzią *nie wiem*.

Ocena stopnia zawodowego narażenia na kontakt z lekami cytostatycznymi wskazuje, że nie jest to czynnik występujący powszechnie na stanowiskach pracy pielęgniarek, które uczestniczyły w tym badaniu, bowiem najwięcej respondentek z obu grup uznało, że są narażone na te czynniki w niewielkim stopniu. Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest wysoki odsetek wskazań na odpowiedź *nie wiem*. Kolejnym badanym aspektem charakteryzującym warunki pracy pielęgniarek w szpitalach było narażenie na promieniowanie od monitorów ekranowych. Najwięcej respondentów spośród pracowników SPZOZ (39,82%) wskazywało *najniższy stopień* ekspozycji na promieniowanie, natomiast najwięcej pracowników NZOZ (35,83%) wskazało na *najwyższy stopień* ekspozycji. Brak wiedzy w tym zakresie zgłosiło aż 19,03% badanych z SPZOZ oraz 29,17% z NZOZ. Różnice w wypowiedziach między przedstawicielami zespołów pielęgniarskich obydwu typów zakładów są jednak nieistotne statystycznie.

Wartości miernika rozpoznawania zagrożeń na stanowisku pracy w porównywanych szpitalach sytuowały się blisko siebie i wynosiły $0,58 \pm 0,32$ dla

Tabela 1. Ocena wiedzy pielęgniarek na temat uciążliwości, zagrożeń i szkodliwości warunków na stanowisku pracy (dane wyrażone w %)

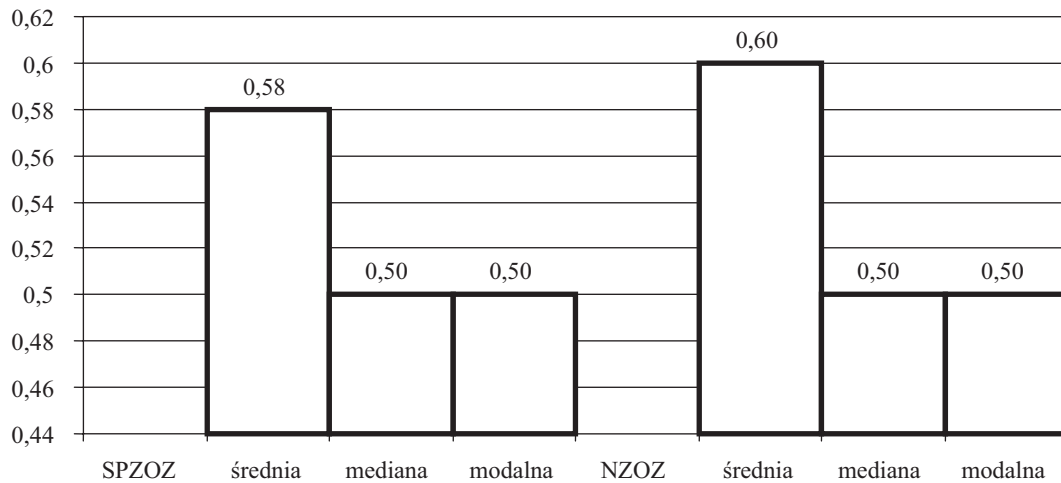
Skala odpowiedzi	SPZOZ	NZOZ
W znikomym stopniu	1,77	1,67
W średnim stopniu	23,89	23,33
W bardzo dużym stopniu	69,91	74,17
Nie wiem	4,43	0,83
Razem	100	100

Tabela 2. Charakterystyka czynników wpływających na uciążliwość pracy na stanowiskach pielęgniarskich (dane wyrażone w %)

Skala odpowiedzi Charakteryzowane czynniki	W znikomym stopniu		W średnim stopniu		W bardzo dużym stopniu		Nie wiem		χ^2	p
	SPZOZ	NZOZ	SPZOZ	NZOZ	SPZOZ	NZOZ	SPZOZ	NZOZ		
Praca w kontakcie z cytostatykami	53,10	41,67	1,33	5,00	15,93	10,00	29,65	43,33	12,40	0,006
Ekspozycja na promieniowanie od monitorów	39,82	24,17	10,62	10,83	30,53	35,83	19,03	29,17	9,84	0,01
Ekspozycja na promieniowanie jonizujące	53,10	37,50	17,70	21,67	0,00	0,83	29,20	40,00	9,30	0,02

Tabela 3. Charakterystyka czynników wpływających na uciążliwość pracy wg kategorii oddziałów (dane wyrażone w %)

Skala odpowiedzi według oddziałów Charakteryzowa- ne czynniki	W znikomym stopniu				W średnim stopniu				W bardzo dużym stopniu				Nie wiem		χ^2	p		
	za- bieg	n/za- bieg	mie- szane	NN	zabieg	n/za- bieg	mie- szane	NN	zabieg	n/za- bieg	mie- szane	NN	za- bieg	n/za- bieg			mie- szane	NN
Praca w kontakcie z cytostatykami	54,05	47,27	45,38	50,00	3,60	3,64	1,54	2,00	12,61	16,36	17,69	4,00	29,73	32,73	35,38	44,00	9,63	0,29
Ekspozycja na pro- mieniowanie od monitorów	34,23	45,45	32,31	28,00	13,51	1,82	12,31	10,00	24,32	25,45	36,92	46,00	27,93	27,27	18,46	16,00	18,55	0,03



Rycina 1. Miary przeciętne i pozycyjne miernika rozpoznawania zagrożeń na stanowisku pracy między SPZOZ a NZOZ

SPZOZ i $0,60 \pm 0,34$ dla NZOZ (ryc. 1). Zgodnie z przyjętą interpretacją miernika sytuację w SPZOZ oceniono na poziomie przeciętnym, natomiast w NZOZ sformułowano ocenę pozytywną w zakresie rozpoznawania czynników szkodliwych przez pielęgniarki.

Dyskusja

Szczególnie ważnym elementem wprowadzenia pracownika na stanowisko pracy jest prawidłowe przeszkolenie w zakresie BHP oraz egzekwowanie przepisów bezpieczeństwa. Znaczny odsetek wskazań respondentek na odpowiedź *nie pamiętam* może nasuwać przypuszczenie, że albo nie wszystkie pielęgniarki uczestniczyły w obowiązkowych szkoleniach w zakresie BHP albo szkolenia miały dość pobieżny charakter i dlatego pielęgniarki nie pamiętają tego faktu. Ocena stopnia poinstruowania pracowników w zakresie rygorów stosowania środków ochrony osobistej w szpitalach także nie jest w pełni zadowalająca. Tylko niewiele więcej niż połowa ankietowanych pielęgniarek oceniła bardzo dobrze te działania. Może to oznaczać niedopełnienie przez pracodawców obowiązku w zakresie poinformowania pracownika o ryzyku zawodowym na stanowisku pracy oraz niezbędnych środkach bezpieczeństwa. Opinie pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach publicznych oraz niepublicznych są w tym zakresie bardzo podobne.

Również Natorska, opisując warunki pracy w zakładach opieki zdrowotnej na podstawie przeprowadzonych w 1997 r. kontroli PIP, stwierdziła, że nie w każdym zakładzie pracownicy zostali przeszkoleni w zakresie BHP. Nie przywiązywano też wagi do jakości czy systematyczności szkoleń. W sposób niewystarczający informowano pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą [27]. Zastrzeżenia w zakre-

sie przygotowania personelu do pracy pod kątem bezpieczeństwa i higieny realizacji powierzonych zadań pokazują także badania Kułagowskiej (2007 r.), z których wynika, że prawie 70% pielęgniarek pracujących na salach operacyjnych poznało występujące na ich stanowiskach pracy zagrożenia dopiero w trakcie długoletniej praktyki zawodowej a 10%, pomimo przepracowania wielu lat w zawodzie, wciąż nie posiada wystarczających informacji w tym zakresie. Tylko 40% uzyskało informacje na ten temat przed rozpoczęciem pracy zawodowej, pomimo że obowiązujące przepisy prawa wyraźnie nakładają taki obowiązek na pracodawcę [28].

Ocena stopnia zawodowego narażenia na kontakt z lekami cytostatycznymi wskazuje, że nie jest to czynnik występujący powszechnie na stanowiskach pracy pielęgniarek, które uczestniczyły w tym badaniu, bowiem najwięcej respondentek z obu grup uznało, że są narażone na te czynniki w niewielkim stopniu. Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest wysoki odsetek wskazań na odpowiedź *nie wiem*. Nasuwa to uzasadnione przypuszczenie o braku wiedzy na ten temat wśród pielęgniarek, a tym samym o braku świadomości w zakresie konsekwencji wynikających z pracy w szkodliwych warunkach, bez odpowiedniego zabezpieczenia. Nawet wtedy, kiedy w konkretnym oddziale nie stosuje się chemioterapii pielęgniarki powinny mieć absolutną pewność o braku takiego narażenia. Średnio co trzecia z badanych pielęgniarek nie wiedziała również, czy jest narażona na działanie promieniowania jonizującego w obrębie swojego stanowiska pracy. Budzi to ogromne wątpliwości, co do ich wiedzy z zakresu warunków pracy, a tym samym, co do możliwości identyfikacji przez pielęgniarki zagrożeń na stanowiskach pracy. Takie wyniki badań przy wcześniej wyrażonym niezadowoleniu z poziomu szkoleń w zakresie BHP wskazują na konieczność dostosowania cyklu obowiązkowych szkoleń do poziomu wymaganej wiedzy pracowników w zakładach opieki zdrowotnej.

Zatem potwierdza się jedno z przyjętych w tej pracy założeń o występowaniu znacznego niedostatku wiedzy wśród pielęgniarek w zakresie rozpoznawania czynników szkodliwych na stanowiskach pracy.

Opinie pielęgniarek dotyczące rozpoznawania przez nie czynników szkodliwych na stanowiskach pracy w szpitalach zostały podsumowane w mierniku cząstkowym, obliczonym dla tego aspektu analizowanych warunków pracy. Uzyskane wartości tego miernika w obydwu sektorach porównywanych szpitali są niskie i nie mogą zadowalać. Miernik cząstkowy dla SPZOZ kwalifikuje rozpoznawanie zagrożeń przez pielęgniarki na stanowiskach pracy do oceny przeciętnej, a w NZOZ – dość dobrej. Pozwala to na stwierdzenie, że w szpitalach pu-

blicznych pielęgniarki gorzej rozpoznają czynniki szkodliwe niż w niepublicznych, jednak nie są to różnice istotne statystycznie.

Wnioski

1. Wysoce niepokojący jest duży deficyt wiedzy wśród kadry pielęgniarskiej w zakresie rozpoznawania czynników szkodliwych, zarówno w grupie czynników fizycznych, jak i chemicznych.
2. Na podstawie porównania wartości miernika rozpoznawania zagrożeń na stanowiskach pielęgniarskich korzystniej można ocenić poziom wiedzy kadry pielęgniarskiej zatrudnionej w NZOZ niż w SPZOZ.

Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W, red. *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006: 44.
2. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K. Kontrola gniewu, lęku i depresji u pielęgniarek nefrologicznych a satysfakcja z życia i z pracy zawodowej. *Piel Pol* 2003; 1(15): 88–91.
3. Kułagowska E. Warunki pracy na salach operacyjnych. *Med Pr* 2007; 58(1): 1–5.
4. Kutaj-Wąsikowska H. *Jakość w Europie. W: Zdrowie i bezpieczeństwo w drodze do Unii Europejskiej*. Kraków: CMUJ; 2004.
5. Marcinkowski JT. *Higiena. Profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
6. Karczewski JK, red. *Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002.
7. Larese FF, Radman G. Latex allergy: a follow up study of 1040 healthcare workers. *Occup Environ Med* 2006; 63: 121–125.
8. Walusiak J, Wągrowska-Koski E, Pałczyński C. Ocena skutków zdrowotnych zawodowej ekspozycji na cytostatyki u personelu medycznego w świetle obowiązującej profilaktyki: badanie przekrojowe. *Med Pr* 2003; 54(3): 229–236.
9. Kręcisz B, Kieć-Świerczyńska M. Alergia kontaktowa na lateks u pracowników służby zdrowia – studium przypadków. *Med Pr* 2004; 55(6): 477–480.
10. Pałczyński C, red. *Alergia zawodowa u pracowników służby zdrowia*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Noffera; 2000.
11. Wilkinson SM, Burd RL. Latex: a cause of allergic contact eczema in users of natural rubber gloves. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 36–42.
12. Majka M. Niezdrowo w służbie zdrowia. *Atest. Bezpieczeństwo Pr* 2007; 10: 45–46.
13. Pałczyński C. Alergia w miejscu pracy – prognozy epidemiologiczne i perspektywy profilaktyki higienicznej. *Med Pr* 2004; 55(1): 41–45.
14. Kułagowska E, Kosińska M. *Obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego*. Ann UMCS, Sectio D 2003; 58 (Supl.13): 145.
15. Kieć-Świerczyńska M, Kręcisz B, Krysiak B, i wsp. Occupational allergy in health workers. Clinical observations. Experiments. *Int J Occup Med Environ Health* 1998; 11: 349–358.
16. Dąbrowski T, Dąbrowska EA. Leki cytostatyczne i ich kancerogenność – problem zagrożenia zawodowego personelu medycznego. *Współcz Onkol* 2007; 11(2): 101–105.
17. Walusiak-Skorupa J, Wągrowska-Koski E, Pałczyński C. Cytostatyki. *Narażenie zawodowe. Skutki zdrowotne. Profilaktyka. Orzecznictwo*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2009.
18. Skov T, Maarup B, Olsen J, et al. Leukaemia and reproductive outcome among nurses handling anti-neoplastic drugs. *Br J Ind Med* 1992; 49: 855–861.
19. Valanis B, Vollmer W, Steele P. Occupational exposure to anti-neoplastic agents: self-reported miscarriages and stillbirths among nurses and pharmacists. *J Occup Environ Med* 1999; 41(8): 632–638.
20. Bilski B. Postępowanie personelu pielęgniarskiego z lekami cytostatycznymi – wstępne wyniki z badań. *Med Pr* 2004; 55(3): 243–247.
21. Majka M. Niezdrowo w służbie zdrowia (cz. II). *Atest. Bezpieczeństwo Pr* 2007; 11: 46.
22. Makowiec-Dąbrowska T, Sprusińska E, Krawczyk P, i wsp. *Jak stworzyć bezpieczne i zgodne z zasadami ergonomii warunki pracy dla personelu kobiecego w zakładach służby zdrowia*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Noffera; 2000.
23. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 29 listopada 2002 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz.U. 2002 nr 217, poz. 1833).

24. Zmyślony M, Mamrot P, Politański P. Ekspozycja pielęgniarek na pola elektromagnetyczne. *Med Pr* 2004; 55(2): 183–187.
25. Majka M. Promieniowanie ultrafioletowe. *Atest. Bezpieczeństwo Pr* 2006; 5: 46–47.
26. Ostasiewicz S, Rusnak Z, Siedlecka U. *Statystyka. Elementy teorii i zadania*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu; 2003.
27. Natorska J. Warunki pracy w zakładach opieki zdrowotnej w ocenie Państwowej Inspekcji Pracy. *Humanizacja Pr* 1997; 3(177): 32–38.
28. Kułagowska E. Warunki pracy na salach operacyjnych. *Med Pracy* 2007; 58(1): 1–5.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Ewa Kuriata

Zakład Organizacji i Zarządzania

Katedra Zdrowia Publicznego AM

ul. K. Bartla 5

51-618 Wrocław

Tel.: 71 784-18-19

E-mail: ewakuriata@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2011 r.

Po recenzji: 10.09.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Ocena poziomu rozwoju fizycznego dzieci z zespołem nerczycowym

Evaluation of physical development of children with nephrotic syndrome

MAGDALENA MATUSZEWSKA^{1, A, B, D, E}, WIOLETA UMŁAWSKA^{2, A, D}, ANNA FELIŃCZAK^{1, C}, EWA KURIATA^{1, D, F}, JOLANTA GRZEBIELUCH^{1, D, F}, DOROTA KIEDIK^{3, F}, ANDRZEJ M. FAŁ^{3, G}

¹ Zakład Organizacji i Zarządzania Katedry Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: dr n. med. Anna Felińczak

² Katedra Antropologii Uniwersytetu Wrocławskiego

Kierownik: prof. dr hab. Bogusław Pawłowski

³ Zakład Alergologii Katedry Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. Andrzej M. Fał, prof. nadzw. AM

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wprowadzenie.** Rozwój somatyczny dziecka obrazuje stan jego zdrowia, stąd obserwacja tego procesu powinna być prowadzona w całym okresie jego trwania. Pojawienie się choroby przewlekłej, tj. zespołu nerczycowego, niesie ze sobą ryzyko wystąpienia różnorodnych zaburzeń w torze rozwoju. Ich nasilenie zależy od przyczyny schorzenia, jego przebiegu oraz sposobu leczenia.

Cel pracy. Ocena poziomu rozwoju fizycznego dzieci z zespołem nerczycowym na podstawie cech somatycznych.

Materiał i metody. Zebrany materiał stanowią pomiary antropometryczne wykonane wśród 59 pacjentów w wieku od 1 roku do 18 lat; tj. wysokość ciała, długość kończyn dolnych oraz tułowia, szerokość barków, szerokość największa bioder, obwód ramienia, masa ciała. Obliczono także wskaźniki BMI, biodrowo-barkowy, długości kończyny dolnej, tułowiowo-wzrostowy. Na podstawie ankiety zebrano informacje dotyczące statusu socjalno-ekonomicznego oraz dane dotyczące przebiegu choroby.

Wyniki. Analiza wyników badań wskazuje na istnienie różnic w rozwoju fizycznym dzieci z zespołem nerczycowym w stosunku do ich zdrowych rówieśników. Potwierdzono nieznacznie słabszy rozwój fizyczny chłopców niż dziewcząt. Wśród dzieci chorych zaobserwowano znaczący wzrost masy ciała oraz zwiększone wartości BMI w trakcie prowadzonego leczenia. Niedobór wzrostu odnotowano u 15 osób (25,4% badanej grupy). Zaobserwowano ponadto zaburzenia w proporcjach ciała.

Wnioski. Prowadzone przez wielu lekarzy i antropologów badania dotyczące rozwoju fizycznego dzieci z zespołem nerczycowym skupiają się głównie na ocenie masy i wysokości ciała. Ich obserwacje potwierdzają badania własne. Brakuje opracowań omawiających przyczyny i rodzaje zaburzeń w proporcjach ciała dzieci. Uzyskane wyniki sugerują konieczność prowadzenia długofalowych i ujednoczonych obserwacji tak złożonego procesu, jakim jest rozwój fizyczny.

Słowa kluczowe: rozwój fizyczny, choroby przewlekłe, zespół nerczycowy.

Summary **Background.** Somatic development of the child reflects its health condition. The emergence of the chronic disease such as nephrotic syndrome carries the risk of a variety of disorders. Their intensification depends on the cause of the disease, its course and the treatment.

Objectives. The assessment of physical development of children with nephrotic syndrome done on the basis of somatic features.

Material and methods. The authors analysed anthropometric measurements taken among 59 patients aged 1 to 18, i.e. height, lower limbs and trunk length, shoulder width, maximum hip breadth, arm circumference and weight. BMI, shoulder-to-hip ratio, trunk length index and lower limb length were calculated. The data were collected by a questionnaire.

Results. The analysis indicates differences in physical development of children with nephrotic syndrome compared to their healthy peers. Slightly weaker physical development among boys was confirmed. A considerable increase in body weight and higher BMI were observed in sick children in the course of treatment. Deficiency of increase was observed in 15 individuals (25.4% of research group). Abnormal body proportions were also noted.

Conclusions. The research on physical development of children with nephrotic syndrome conducted by many doctors and anthropologists focus mainly on the assessment of weight and height. Present research confirm their observations. There is a lack of studies on the causes and types of disturbances in body proportions of children. These results suggest the need for long-term and standardized observation of such a complex process as physical development.

Key words: physical development, chronic diseases, nephrotic syndrome.

Wstęp

Rozwój fizyczny dziecka obejmuje zmiany, jakie zachodzą w procesie ontogenezy w odniesieniu do cech morfologicznych, wymiarów i proporcji budowy ciała. Na poziom i dynamikę osiąganych zmian ma wpływ wiele czynników: uwarunkowania genetyczne, czynniki społeczno-ekonomiczne, stan odżywienia, stan zdrowia i inne. Spośród wielu czynników negatywnie wpływających na osłabienie potencjału rozwojowego możemy wyróżnić wystąpienie choroby przewlekłej. Według różnych danych, aktualnie na świecie średnio od 10% do nawet 30% dzieci i młodzieży pozostaje pod stałą opieką medyczną z powodu różnego rodzaju schorzeń przewlekłych [1].

Zespół nerczycowy jest narastającym problemem zdrowotnym wśród dzieci i młodzieży. W młodszym wieku występuje znacznie częściej u chłopców niż dziewczynek. Przewlekły i nawrotowy charakter choroby, a także metody leczenia w znacznym stopniu wpływają na poziom rozwoju fizycznego i jakość życia pacjentów. Podstawowym objawem zespołu nerczycowego jest znaczny białkomocz (u dziecka 50 mg/kg/d) oraz zmniejszone stężenie albuminy w surowicy (< 2,5 mg/dl). Równocześnie stwierdza się zwykle obrzęki i hiperlipidemię [2]. Początkowe objawy, przebieg kliniczny i wyniki leczenia zależą od rodzaju nefropatii, która stanowi podłoże choroby [3]. Najczęstszymi przyczynami zespołu nerczycowego są choroby nerek, jednakże występuje on również w przebiegu chorób ogólnoustrojowych. Podstawę leczenia zespołu nerczycowego stanowią kortykosteroidy [4].

Ocena rozwoju somatycznego dzieci chorych stanowi uzupełnienie diagnostyki oraz dostarcza informacji na temat skuteczności podjętego leczenia. Regularny monitoring chorego dziecka pozwala również ocenić, kiedy i w jakim stopniu tempo wzrastania dziecka uległo zahamowaniu lub przyspieszeniu.

W literaturze przedmiotu najwięcej miejsca poświęca się zmianom wysokości i masy ciała, natomiast w mniejszym stopniu innym parametrom somatycznym. Przedstawione w pracy wyniki badań obrazują, jak ważnym i czułym wskaźnikiem stanu zdrowia, oprócz powyżej wymienionych, są proporcje budowy ciała.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena poziomu rozwoju fizycznego dzieci z zespołem nerczycowym.

Materiał i metody

Materiał został zebrany podczas badań trwających od czerwca do grudnia 2007 r. Stanowią

go pomiary somatyczne i informacje ankietowe dzieci chorych na zespół nerczycowy. Badaniem objęto 59 pacjentów w wieku od 1 roku do 18 lat (20 dziewcząt i 39 chłopców) diagnozowanych i leczonych w Klinice i Poradni Nefrologii Pediatrycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Badaniem objęte zostały dzieci o różnej etiologii schorzenia. Warunkiem wykonania pomiarów było samodzielne utrzymanie przez pacjenta postawy spionizowanej.

U każdego dziecka wykonano pomiary:

- a) Wysokościowo-długościowe:
 - wysokość ciała ($B - v$),
 - długość kończyn dolnych ($B - sy$),
 - długość tułowia ($sst - sy$),
- b) pomiary szerokościowe:
 - szerokość barków ($a - a$),
 - szerokość największa bioder ($ic - ic$),
- c) obwody:
 - obwód ramienia
- d) pomiary masy ciała:
 - masa ciała (kg).

Obliczono także wskaźniki: BMI, biodrowo-barkowy, długości kończyny dolnej, tułowiowo-wzrostowy. Pomiary zostały wykonane zgodnie z techniką i zasadami podanymi przez Martina i Sallera (1957) przy użyciu klasycznego zestawu sprzętu pomiarowego: waga lekarska, antropometr, cyrkiel kabłąkowy, taśma centymetrowa. Pomiary wykonano w godzinach porannych z dokładnością do 0,1 kg względem wagi, do 1 mm pozostałe badania. Ze względu na małą liczebność w poszczególnych klasach wiekowych dokonano standaryzacji indywidualnych cech pomiarowych. Układ odniesienia stanowiły pomiary antropometryczne dzieci i młodzieży warszawskiej [5]. W celach obliczeniowych wykorzystano test *t*-Studenta dla pojedynczej próby. Analizy dokonano z wykorzystaniem pakietu STATISTICA 9.0.

Wyniki

Porównanie średnich wartości cech somatycznych i wskaźników budowy ciała dzieci z zespołem nerczycowym z wartościami stanowiącymi układ odniesienia wykazało, że badane dzieci różniły się w sposób istotny statystycznie budową ciała od zdrowych rówieśników (tab. 1).

Badani okazali się przeciętnie niżsi od dzieci zdrowych. Poważne zaburzenia wzrastania i w konsekwencji niskorosłość stwierdzono u 15 dzieci (25,4%). Dzieci z zespołem nerczycowym charakteryzowały się zachwianiem prawidłowych proporcji ciała, zarówno liniowych, jak i w kształcie tułowia. Dzieci chorujące na zespół nerczycowy charakteryzowały się krótkimi kończynami dolnymi oraz długim tułowiem w stosunku do wysokości ciała, cechowały się więc wczesnodziecięcymi

Tabela 1. Standaryzowane średnie wartości cech somatycznych dzieci z zespołem nerczycowym oraz istotność różnic w porównaniu z układem odniesienia

Cecha somatyczna	\bar{x}	s	Minimum	Maksimum	t
Wysokość ciała (B – v)	-0,92	1,53	-4,83	2,29	4,65***
Długość kończyn dolnych (B – sy)	-1,46	1,63	-5,43	2,08	6,85***
Wskaźnik długości kończyn dolnych [(B – sy)/(B – v)] x 100	-1,50	1,77	-4,86	3,96	6,49***
Długość tułowia (sst – sy)	0,63	1,53	-4,05	3,33	3,15***
Wskaźnik tułowiowo-wzrostowy [(sst – sy)/(B – v)] x 100	1,71	1,68	-4,18	4,86	7,84***
Szerokość barków (a – a)	-0,50	1,57	-4,13	3,03	2,44*
Szerokość bioder (ic – ic)	1,19	1,68	-2,15	5,62	5,42***
Wskaźnik biodrowo-barkowy [(ic – ic)/(a – a)] x 100	2,02	1,82	-2,06	6,88	8,54***
Masa ciała	0,42	1,56	-2,49	4,59	2,05*
BMI [masa ciała/(B – v)]	1,18	1,70	-1,45	5,10	5,31***
Obwód ramienia	1,09	1,48	-1,65	4,19	5,64***

* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ (ns) $p > 0,05$.

proporcjami ciała. Badani mieli także istotnie statystycznie szersze biodra w stosunku do szerokości barków, co wyrażało się większymi średnimi wartościami wskaźnika biodrowo-barkowego.

Dzieci z zespołem nerczycowym charakteryzują tendencją do gwałtownych przyrostów masy ciała, a co z tym związane – niekorzystnej przebudowy tkanki tłuszczowej (obserwowane chociażby przy pomiarach obwodów). Zaobserwowano większą niż u dzieci zdrowych średnią wartość masy ciała oraz wskaźnika BMI. Należy jednak oprócz dokładności wykonania pomiarów zwrócić uwagę na cechy charakteryzujące chorobę, np. obrzęki ciała (ryc. 1).

Porównano budowę ciała dziewcząt i chłopców z zespołem nerczycowym. Istotność statystyczną wykazano w trzech badanych cechach: wskaźniku długości kończyn dolnych, tułowiowo-wzrostowego oraz biodrowo-barkowego (tab. 2).

Dyskusja

W 2006 r. w Klinice Nefrologii Pediatricznej AM we Wrocławiu hospitalizowano 281 dzieci z zespołem nerczycowym. Stanowiło to 24% wszystkich przyjęć do kliniki. Przedstawione w pracy wyniki wskazują na istnienie zaburzeń i negatywnych zmian w rozwoju fizycznym u dzieci chorych w stosunku do ich zdrowych rówieśników.

Gedalia A. i in. oraz Galar i in. zajmujący się problemem rozwoju somatycznego dzieci z zespo-

łem nerczycowym w swoich pracach koncentrują się w największym stopniu na wpływie jednostki chorobowej oraz metodach leczenia dotyczących wysokości i masy ciała pacjentów. Brakuje opracowań zawierających analizę innych parametrów rozwojowych [6, 7].

Pomimo wielu badań etiologia zespołu nerczycowego pozostaje niejasna. W przebiegu choroby dochodzi do zaburzeń wszystkich procesów, które do prawidłowego działania wymagają prawidłowych poziomów nośników białkowych, enzymów czy hormonów [8]. Częstość i nasilenie zaburzeń związane są z czasem trwania choroby (w tym wielkości białkomoczu), jak i okresem oraz metodami leczenia. Choroba występuje dwa razy częściej u chłopców niż u dziewczynek [2]. Powyższe obserwacje kliniczne potwierdzają badania antropologiczne obrazujące negatywne zmiany w rozwoju ontogenetycznym dzieci chorych.

Zaburzenia rozwojowe u dzieci z zespołem nerczycowym charakteryzują się przede wszystkim niedoborem wzrostu i zaburzeniem proporcji ciała. Wyniki przeprowadzonych badań własnych pokazują niedobór wzrostu u chorych w porównaniu z dziećmi zdrowymi. Niskorosłość stwierdzono u ¼ badanych. Zaburzenia wzrastania opisuje także w swojej pracy Schare i in. Uzyskane przez niego wyniki świadczą, że na niedobór wzrostu ma wpływ stężenie białka w surowicy [9]. Galar i in. obserwując wpływ leczenia steroidami wykazali, że wielkość dawki dobowej, jak i sumarycznej nie ma większego wpływu na wysokość ciała. Zauważono

Tabela 2. Standaryzowane wartości cech somatycznych badanych dzieci u obu płci (test t-Studenta)

Cecha	Płeć	\bar{x}	s	Min	Max	t
Wysokość ciała (B – v)	K (N = 39)	-0,97	1,58	-4,83	1,17	0,30 (ns)
	M (N = 20)	-0,84	1,45	-3,29	2,29	
Długość kończyn dolnych (B – sy)	K (N = 39)	-1,67	1,56	-5,43	1,10	1,38 (ns)
	M (N = 20)	-1,05	1,73	-4,03	2,08	
Wskaźnik długości kończyn dolnych [(B – sy)/(B – v)] x 100	K (N = 39)	-1,84	1,70	-4,86	2,26	2,12*
	M (N = 20)	-0,83	1,75	-2,94	3,96	
Długość tułowia (sst – sy)	K (N = 39)	0,77	1,48	-3,19	3,33	1,00 (ns)
	M (N = 20)	0,35	1,64	-4,05	2,99	
Wskaźnik tułowiowo-wzrostowy [(sst – sy)/(B – v)] x 100	K (N = 39)	2,04	1,57	-0,66	4,86	2,17*
	M (N = 20)	1,07	1,73	-4,18	3,45	
Szerokość barków (a – a)	K (N = 39)	-0,64	1,68	-4,13	3,03	0,98 (ns)
	M (N = 20)	-0,22	1,31	-3,23	2,70	
Szerokość bioder (ic – ic)	K (N = 39)	1,29	1,58	-2,15	5,48	0,63 (ns)
	M (N = 20)	0,99	1,89	-1,58	5,62	
Wskaźnik biodrowo-barkowy [(ic – ic)/(a – a)] x 100	K (N = 39)	2,36	1,73	-0,84	6,88	2,08*
	M (N = 20)	1,35	1,85	-2,06	6,32	
Masa ciała	K (N = 39)	0,30	1,39	-2,49	3,85	0,81 (ns)
	M (N = 20)	0,65	1,85	-2,02	4,59	
BMI [masa ciała/(B -v)]	K (N = 39)	1,06	1,53	-1,45	4,98	0,71 (ns)
	M (N = 20)	1,40	2,03	-1,21	5,10	
Obwód ramienia	K (N = 39)	0,93	1,40	-1,65	3,91	1,19 (ns)
	M (N = 20)	1,41	1,62	-1,07	4,19	

* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ (ns) $p > 0,05$.

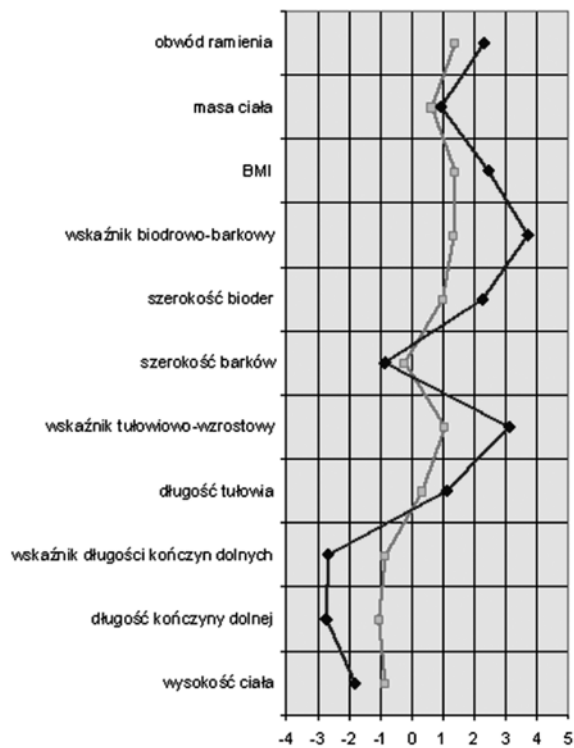
jednak, że wpływ na zahamowanie wzrastania ma brak przerw w stosowaniu leczenia oraz wiek, w którym rozpoznano chorobę. Potwierdzili także większy deficyt w rozwoju chłopców, co związane jest z ekosensytywnością płci [7].

W literaturze przedmiotu odnajdujemy opisany efekt „catch-up growth” („doganianie wzrastania”). Proces ten jest możliwy do zaobserwowania kilka miesięcy po zaprzestaniu podawania hormonów nadnerczy. Mechanizm ten blokowany jest w chwili pojawienia się kolejnego rzutu choroby.

W badaniach Gury grupę badawczą stanowiły dzieci z długotrwałą remisją zespołu nerczycowego. W swojej pracy opisała wpływ na rozwój fizyczny zaburzeń metabolicznych oraz stosowanego leczenia związanych z rzutem zespołu. Uzyskane przez nią wyniki dowodziły, że nawrót zespołu nerczycowego powoduje upośledzenie odżywiania, natomiast zwiększona przepuszczalność błony

filtracyjnej kłębuszka nerkowego – zwiększone wydalanie z moczem białka, hormonów tarczycy, TSH, płciowych, a także metabolitów witaminy D. Autorka zwróciła uwagę na zjawisko hipokalcemii mogące być przyczyną wzmożonej sekrecji PTH, który może z kolei zmniejszyć objętość masy kostnej. Zdaniem Gury, leczenie steroidami prowadzi do zaburzeń metabolizmu wapniowo-fosforanowego, zmniejszenia wytwarzania osteokalcyiny i prokalogenu I, wzrostu stężenia PTH, hamowania syntezy i rytmu dobowego hormonu wzrostu i IGF-1, obniżenia sekrecji testosteronu, estrogenów i gonadotropin [10].

W badaniach Madani i wsp. opublikowanych w *Iranian Journal of Pediatrics* w marcu 2011 r. zwrócono uwagę na rozbieżności w poglądach dotyczących wpływu leczenia kortykosteroidami na rozwój fizyczny dzieci. Autorzy zauważają łagodne opóźnienie wzrastania dzieci leczonych prednizonem.



Rycina 1. Profil morfologiczny unormowanych wartości antropometrycznych cech u dziewcząt i chłopców chorujących na zespół nerczycowy

Wskazują jednak na konieczność dalszych długo-terminowych obserwacji, szczególnie białkomoczu, niedoczynności tarczycy i niedoboru witaminy D, jak i ilości i długości trwania nawrotów [11].

Na upośledzenie linearnego wzrastania negatywny wpływ mają także inne schorzenia o charakterze przewlekłym, tj. choroby układu pokarmowego, oddechowego, stany zapalne tkanki łącznej. Gniadek i Postępski opisali zahamowanie wzrostu w przebiegu młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów, związane głównie z istniejącym procesem zapalnym i nasilone przez niepożądane działanie glikokortykosteroidów, zwracając jednocześnie uwagę na potrzebę wykorzystania w procesie leczenia hormonu wzrostu [12]. Umławska prowadziła badania nad rozwojem somatycznym dzieci z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów, astmą oskrzelową, nawracającymi obturacyjnymi zapaleniami oskrzeli. We wszystkich wspomnianych jednostkach chorobowych zaobserwowała występowanie niedoborów wzrostu o różnym nasileniu [13].

Dużą część dzieci chorujących na zespół nerczycowy cechuje gwałtowny przyrost masy ciała w trakcie kolejnych nawrotów choroby. Może to świadczyć o kumulacji płynów w tkankach chorych w ostrej fazie choroby. Wielu autorów, m.in. Gedalia i in., Galar i in., podkreśla w swoich pracach wpływ leczenia kortykosterydami na zwiększenie redystrybucji tkanki tłuszczowej a także zwiększe-

nie łąknienia [6, 7]. W przypadku dzieci z zespołem nerczycowym mamy do czynienia z otyłością typu brzuszego. Zaobserwowano także wysokie wartości wskaźnika BMI. Gwałtowne zmiany masy ciała oraz obrzęki występujące w trakcie trwania rzutu choroby ograniczają ocenę wiarygodności parametru BMI.

W analizowanym materiale zaobserwowano istotność statystyczną standaryzowanych wartości obwodu ramienia. Wartości BMI oraz obwodu ramienia wskazują na dobry stan odżywienia pacjentów. Jednakże w interpretacji wyników należy zachować rozwagę, gdyż na podstawie tylko dwóch cech nie można jednoznacznie stwierdzić zaburzeń odżywienia białkowego ani gospodarki tłuszczowej wśród dzieci chorych.

Badania własne wykazały, że dzieci z zespołem nerczycowym mają krótsze kończyny dolne w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami. Niższe wartości wskaźnika długości kończyn dolnych u badanych potwierdzają skrócenie tego odcinka ciała. Zaobserwowano ponadto zwiększenie długości tułowia. Także badania Umławskiej i Sussanne pacjentów z mukowiscydozą pokazują występowanie „infantylnych” proporcji ciała. Uzyskane wyniki autorki tłumaczą niewykorzystaniem w pełni potencjałem przedpokwitaniowej fazy rozwoju oraz skróconym czasem trwania skoku pokwitaniowego [14]. Występowanie nieprawidłowej budowy ciała w pracy dotyczącej młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów opisała także Gniadek [12].

Zmiany w proporcjach ciała dzieci z zespołem nerczycowym wyrażają się także zwiększeniem szerokości bioder, a zmniejszeniem szerokości barków.

Zaburzenia liniowego wzrastania w przebiegu choroby prowadzą do zmian w proporcjach ciała. U dzieci z zespołem nerczycowym zaobserwować możemy dziecięcy typ sylwetki, charakteryzujący się przeciętnie krótszymi kończynami dolnymi oraz dłuższym tułowiem w stosunku do wysokości ciała.

Czułym miernikiem stanu zdrowia dziecka jest jego rozwój fizyczny. Uzyskane wyniki wskazują na występowanie szeregu nieprawidłowości w rozwoju somatycznym dzieci z zespołem nerczycowym.

Wnioski

Prowadzenie dalszych badań pozwoli poszerzyć wiedzę na temat samej choroby, jak i metod jej leczenia i rehabilitacji. Uzyskane wyniki przyczynią się także do poprawy jakości życia pacjentów.

Obiektywna i rzetelna ocena rozwoju fizycznego dzieci z zespołem nerczycowym wymaga dokładniejszych i długofalowych badań. Należy ujednoczyć metody badawcze, a także określić ramy czasowe, w jakich powinny być wykonywane. Pozwoli to na uzyskanie wiarygodnych wyników możliwych do oceny i porównań.

Piśmiennictwo

1. Turner JL. Children with chronic illness. *Med Update Psychiatr* 1998; 3(2): 45–48.
2. Sieniawska M. *Najczęstsze choroby układu moczowego u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996.
3. Grenda R. Steroidooporne i steroidozależne submikroskopowe kłębuszkowe zapalenie nerek. *Nefrol Dializoter Pol* 2006; 10: 62–67.
4. Goszczyk A, Bochniewska V, Jung A. Zasady postępowania w zespole nerczycowym i kłębkowych zapaleniach nerek u dzieci. *Pediatric Med Rodz* 2007; 3(2): 74–82.
5. Palczewska I, Niedźwiedzka Z. Wskaźniki rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży warszawskiej. *Med Wieku Rozw* 2002; 2 (Supl. 1).
6. Gedalia A, Shetty AT. Przewlekłe leczenie steroidami i terapia immunosupresyjna u dzieci. *Pediatrics po Dypl* 2006; 2: 66–77.
7. Galar A, Mader I, Zwolińska D, i wsp. Ocena wpływu dawkowania kory nadnerczy na rozwój dzieci z zespołem nerczycowym. *Post Med Klinj* 1997; Supl. 1: 45–52.
8. Klinger M, Zmonarski SG. *Zespół nerczycowy*. W: Książek A, Rutkowski B, red. *Nefrologia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004: 152–165.
9. Schärer K, Essigmann HC, Schaefer F. Body growth of children with steroid-resistant nephrotic. *Pediatr Nephrol* 1999; 13: 828–834.
10. Gura CT. Wpływ przebiegu klinicznego zespołu nerczycowego i leczenia steroidami na wzrastanie dzieci. *Prz Pediatr* 1996; 1: 102–108.
11. Madani A, Umar S-U, Taghaodi R, et al. The effect of long-term steroid therapy on linear growth of nephrotic children. *Iran J Pediatrics* 2011; 21: 21–27.
12. Gniadek E, Postępski J. Zastosowanie hormonu wzrostu w leczeniu zaburzeń wzrastania u dzieci chorych na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2010; 48(2): 112–120
13. Umławska W. *Antropologiczna ocena stanu rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży z niektórymi przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego oraz tkanki łącznej*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum; 2011: 117–148.
14. Umławska W, Susanne Ch. Growth and nutritional status in children and adolescents with cystic fibrosis. *Ann Hum Biol* 2007; 35: 1–9.

Adres do korespondencji:

Mgr Magdalena Matuszewska

Zakład Organizacji i Zarządzania

Katedra Zdrowia Publicznego AM

ul. K. Bartla 5

51-618 Wrocław

Tel.: 71 784-18-19

E-mail: magdalena.matuszewska@onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2011 r.

Po recenzji: 10.09.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Wizerunek społeczny zawodu pielęgniarstwa

Social image of the nursing profession

BOŻENA MROCZEK^{1, A, C-G}, ANNA PARAKIEWICZ^{1, A-G}, ELŻBIETA GROCHANS^{2, F}, DOROTA MAZUREK^{3, C-E}, MAGDALENA MAKSYMOWICZ^{4, C-E}, MAŁGORZATA SZKUP-JABŁOŃSKA^{2, C-E}

¹ Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. nadzw. PUM

² Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Kierownik: dr n. med. Elżbieta Grochans

³ Koło Naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Opiekun Koła: dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. nadzw. PUM

⁴ Koło Naukowe przy Samodzielnej Pracowni Propedeutyki Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Opiekun Koła: dr n. med. Elżbieta Grochans

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Pielęgniarstwo zaliczane jest do zawodów zaufania publicznego. Powierza się mu najwyższe dobro, jakim jest zdrowie i życie drugiego człowieka. Społeczeństwo pragnie widzieć w pielęgniarce profesjonalistę przygotowanego do pełnienia swojej roli zawodowej w danej dziedzinie, jak również osobą o nienaganej moralności.

Cel pracy. Analiza opinii dorosłych Polaków na temat wizerunku społecznego zawodu pielęgniarstwa, oczekiwań społecznych w stosunku do pielęgniarstwa oraz zakresu wiedzy społeczeństwa dotyczącego funkcjonowania zawodu pielęgniarstwa.

Materiał i metody. Badaniem objęto 200 osób, wykorzystano metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza. W badaniach uczestniczyło 66% kobiet, których wiek średni wynosił 40 lat i 34% mężczyzn, średni wiek 42,5 roku. Respondenci to mieszkańcy Szczecina – 50%, Choszczna – 25%, Gryfice – 25%. Wyższe wykształcenie posiadało 31%, natomiast średnie 69% respondentów.

Wyniki. Badania wykazują, że do rozmów dotyczących stanu zdrowia respondenci najchętniej wybierali lekarza prowadzącego (65% – I ranga), którego jednocześnie darzyli największym zaufaniem, pielęgniarka odcinkowa zajęła III pozycję w rankingu. Około 64% respondentów twierdzi, że pielęgniarstwo nie jest zawodem samodzielnym i podlega lekarzowi. Dla 54% ankietowanych pielęgniarstwo jest służbą i powołaniem. Najistotniejszym czynnikiem wpływającym na uznanie określonego zawodu była duża odpowiedzialność (49,5%), przy czym zdecydowana większość respondentów (72%) za najbardziej pozytywny aspekt wykonywania zawodu pielęgniarstwa uznała możliwość pomagania ludziom. Najważniejszym czynnikiem według 46,5% ankietowanych wpływającym na wzrost rangi zawodu pielęgniarstwa jest wzrost kultury osobistej pielęgniarek wobec pacjentów.

Wnioski. 1. Nadal mimo wielu informacji o pielęgniarstwie brakuje w polskim społeczeństwie rzetelnej wiedzy dotyczącej funkcjonowania współczesnego pielęgniarstwa. 2. Pielęgniarstwo zdobyło wysokie uznanie w hierarchii prestiżu zawodowego na tle innych profesji. 3. Poprawy i ciągłego doskonalenia wymaga organizacja pracy pielęgniarstwa oraz prawidłowe komunikowanie się z podmiotem opieki.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, zawód, prestiż zawodu, społeczny wizerunek.

Summary **Background.** Nursing is classified as a profession of public trust. A nurse is entrusted with the highest good that is health and life of another man. The members of a society want to perceive nurses as professionals prepared to fulfil their professional role and also as individuals of impeccable morals.

Objectives. The aim of the study was to analyze the opinions of the Polish adults about the social image of the nursing profession, social expectations from nurses and the social knowledge of the functioning of nursing.

Material and methods. The study was conducted by means of a diagnostic survey with the use of the author's questionnaire. It involved 200 people including 66% of women whose average age was 40 years, and 34% of men aged 42.5 years on average. Respondents were residents of Szczecin – 50%, Choszczno – 25%, and Gryfice – 25%. Out of them, 31% had higher and 69% – secondary education.

Results. The results show that the majority of respondents mentioned an attending physician as a person they trusted in and wanted to talk about their health problems (65% – I rank), while a nurse was third in the ranking. About 64% of respondents claimed that nursing was not an independent profession and that a nurse was subordinate to a doctor.

Some 54% of respondents perceived nursing as a service and a vocation. High responsibility was believed to raise the prestige of a job (49.5%) and a clear majority of respondents (72%) stated that an opportunity to help people was the most positive aspect of nursing. According to 46.5% of respondents the main contributor to an increase in the importance of the nursing profession was nurses' polite and thoughtful behaviour towards patients.

Conclusions. 1. The Polish society still lacks genuine knowledge concerning the functioning of the modern nursing even though information about this profession is increasingly available. 2. Nursing gained wide recognition as a profession comparing to other occupations. 3. The organization of nursing work and proper communication with clients requires reforms and improvement.

Key words: nurse, profession, professional prestige, public image.

Wstęp

Pielęgniarstwo zaliczane jest do zawodów zaufania publicznego. Powierza się mu najwyższe dobro, jakim jest zdrowie i życie drugiego człowieka. Reprezentanci tego zawodu zobligowani są do przestrzegania standardów etycznych i moralnych, jak również świadczenia wysokiej jakości usług medycznych. Społeczeństwo pragnie widzieć w pielęgniarce profesjonalistę w danej dziedzinie, osobę o nienagannej moralności i rzetelnie przygotowaną do pełnienia swojej roli zawodowej [1, 2].

Należy zatem zastanowić się, co pielęgniarki powinny zrobić, by poprawić wizerunek swojego zawodu, a tym samym nie zawieść oczekiwań społecznych? Wizerunek – oznacza subiektywne wyobrażenie, jakie mamy o danej osobie, jest to obraz powstały przez fragmentaryczne i przypadkowe uchwycenie poszczególnych cech i szczegółów wyglądu zewnętrznego i zachowania, a wynikające z relacji, w jakiej z daną osobą pozostajemy [3–5].

Pierwsze reformatorki pielęgniarstwa – Florence Nightingale czy Katarzyna Bakunina – obok konieczności podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki wskazywały na powinność walki ze stereotypami społecznymi dotyczącymi pielęgniarek. Zaproponowany i wdrożony przez Nightingale model opieki pielęgniarskiej opierał się na założeniu pełnej poświęcenia i kompetentnej działalności pielęgniarskiej podporządkowanej jednak dominującej roli lekarza [6].

Współcześnie media w znacznym stopniu przyczyniły się do kreowania określonego wizerunku społecznego pielęgniarki. Filmy takie jak: „Dekalog”, „Lot nad kukułczym gniazdem”, „Siostra Betty” wylansowały model pielęgniarki, której dalekie jest podniosłe powołanie. Również polscy reżyserzy niszczą rangę i podniosłość zawodu pielęgniarskiego ukazując np.: postać „Siostry Basen” w serialu „Daleko od noszy”. Optymistyczny jest jednak fakt, że coraz częściej pojawiają się produkcje takie, jak serial „Na dobre i na złe”, w którym aktorki wręcz idealnie „prostują” ogólnospołeczne wyobrażenie o mało inteligentnej, źle prowadzącej się, na dodatek popijającej w pracy „siostrze”.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była analiza opinii dorosłych Polaków na temat wizerunku społecznego zawodu pielęgniarki, oczekiwań społecznych w stosunku do pielęgniarki oraz zakresu wiedzy społeczeństwa dotyczącego funkcjonowania zawodu pielęgniarki.

Materiał i metody

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Pytania w kwestionariuszu dotyczyły m.in. postrzegania zawodu pielęgniarskiego, wpływu mediów na wizerunek społeczny i czynników obniżających rangę zawodową pielęgniarek.

Badania przeprowadzono na terenie województwa zachodniopomorskiego wśród 200 osób. Uczestniczyło w nich 66% kobiet, których średni wiek wynosił 40 lat i 34% mężczyzn, o średnim wieku 42,5 lat. Badane osoby to mieszkańcy Szczecina – 50%, Choszczna – 25%, Gryfic – 25%. Wyższe wykształcenie posiadało 31%, natomiast średnie 69% respondentów.

Wyniki

Respondenci uznali, że o swoich problemach zdrowotnych najchętniej rozmawialiby z lekarzem prowadzącym – 65% (I ranga), którego jednocześnie w przeprowadzonych badaniach obdarzyli największym zaufaniem. Na II miejscu badani wskazali, że nie chcą z nikim poruszać spraw dotyczących wyżej wymienionego zagadnienia, natomiast pielęgniarka odcinkowa zajęła III pozycję w rankingu. Wśród osób poświęcających najwięcej czasu chorym 38% ankietowanych wskazało pielęgniarkę. Analiza wyników wykazała, że 70% badanych potwierdziła życzliwość pielęgniarek okazywaną w kontaktach z chorymi, natomiast zaledwie 35% potwierdziło okazywanie zainteresowania problemami pacjentów. Na to, że pielęgniarka udziela sprawnej oraz fachowej pomocy wskazało 60% ankietowanych. Tylko 36%

było poinformowanych o podejmowanych przez pielęgniarkę działaniach opiekuńczych.

Według respondentów najważniejszymi cechami, które powinna posiadać pielęgniarka, było opanowanie – 69%, następnie rzetelność – 55,5%, na kolejnym miejscu wskazali wrażliwość – 52%, znaczenie uczciwości podkreśliło 32% badanych. Wśród pozostałych cech wymienianych przez badanych swoje miejsce znalazło zdecydowanie – 23,5%, takt – 23,5% oraz szybkość w działaniu – 20,5% (respondenci mieli wielokrotna możliwość wyboru odpowiedzi) (tab. 1).

Analiza wyników badań wskazuje, iż najbliższy społecznemu wyobrażeniu jest wizerunek pielęgniarki szybkiej w działaniu, uśmiechniętej, oddanej i zdecydowanej – 52% ankietowanych (tab. 2). Istotne znaczenie dla odbiorców ma estetyka wyglądu pielęgniarki, 93% badanych przywiązywało do tego ogromne znaczenie. Zdaniem zdecydowanej większości badanej populacji (82%), strój służbowy pielęgniarki, jego schludność i estetyka wpływa znacząco na jej wizerunek, 12,5% miało odmienne zdanie, a 5,5% nie wyraziło swojej opinii na ten temat. Według 73% respondentów pielęgniarka nie wypada nosić w pracy spódnicy typu „mini”, odmiennego zdania było 27% ankietowanych. Ponad dwie trzecie badanej populacji (69,5%) uważało noszenie przez pielęgniarkę dużej ilości biżuterii w pracy za niewłaściwe. Większość badanych (68%) podkreślała znaczenie atrybutów pielęgniarstwa, związanych głównie z noszeniem czepka.

Analiza opinii respondentów na temat nieetycznego postępowania pielęgniarek wykazała że 31% badanych uważało, że doniesienia są nieco przesadzone, a 20% potępiało ujawnione zachowanie pielęgniarek, 19,5% uważało te doniesienia za prawdziwe, 18,5% była oburzona ujawnionymi zachowaniami pielęgniarek. Ponad połowa badanych

Tabela 1. Najważniejsze cechy pielęgniarki według opinii badanych (możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi)

Najważniejsze cechy pielęgniarki	Ogółem	
	liczba wskazań	%
Opanowanie	138	69
Zdecydowanie	47	23,5
Rzetelność	111	55,5
Szybkość w działaniu	41	20,5
Uczciwość	65	32,5
Wrażliwość	104	52
Takt	47	23,5
Inne	9	4,5

Tabela 2. Oczekiwany przez badanych model pielęgniarki

Model pielęgniarki najbliższy wyobrażeniu społecznemu	Ogółem	
	liczba wskazań	%
Sprawna, konkretna, zdecydowana, poważna	32	16
Współczująca, powolna, budząca zaufanie	24	12
Szybka w działaniu, uśmiechnięta, oddana, zdecydowana	104	52
Wykonująca sprawnie wszystkie czynności	40	20

(60,5%) deklarowała poparcie dla protestujących pielęgniarek.

W badaniach przeprowadzono także ranking zawodów cieszących się największym uznaniem w społeczeństwie, takich jak: polityk, naukowiec, prawnik, policjant, strażak, pielęgniarka, lekarz, nauczyciel i górnik. W rankingu respondenci wskazali na I miejscu lekarza, II – strażaka, III – naukowca, na IV miejscu uplasował się zawód pielęgniarki. Najistotniejszym czynnikiem wpływającym na uznanie określonego zawodu była duża odpowiedzialność – 49,5%, a dla 30% badanych był to szacunek ze strony innych ludzi, natomiast 29% podkreśliło znaczenie wykształcenia, a dla 10,5% respondentów ważna była samodzielność zawodowa.

Analiza czynności, jakich nie powinna wykonywać pielęgniarka, wykazała, że są to: noszenie basenów – 56,5%, sianie łóżek – 45%, karmienie chorych – 28,5%, prowadzenie pacjentów na badania – 21%. Wśród ankietowanych 28% uznało, że wszystkie wymienione czynności powinna wykonywać pielęgniarka. Proponowane przez respondentów osoby mogące wykonywać inne czynności wynikające z opieki, to w 51% – salowe, 23% – asystentki pielęgniarstwa, 14% – pielęgniarki, a 12% – opiekunki.

Ponad połowa (56%) respondentów uznała, że niskie zarobki pielęgniarek obniżają rangę zawodu, a 44% nie dostrzegało związku między wynagrodzeniem a prestiżem zawodowym pielęgniarek. Według 46,5% badanych, czynnikiem powodującym wzrost rangi zawodu jest wzrost kultury osobistej pielęgniarek wobec pacjentów. Za równie istotny czynnik 39% respondentów uznało kreowanie przez pielęgniarki pozytywnego wizerunku zawodu. Zdaniem 33,5% badanych wzrost zarobków jest czynnikiem najistotniejszym. Wśród pozostałych czynników wyróżnili: wzajemne okazywanie szacunku przez pielęgniarki – 14,5%, zaprzestanie noszenia basenów, ścielenia łóżek – 10,5% oraz niewykorzystywanie wizerunku

Tabela 3. Czynniki mogące wpłynąć na wzrost rangi zawodu pielęgniarskiego według opinii badanych (możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi)

Czynniki mogące podnieść rangę zawodu pielęgniarki	Ogółem	
	liczba wskazań	%
Zaprzestanie noszenia basenów, ślania łóżek itp.	25	12,5
Wzrost zarobków	67	33,5
Niewykorzystanie wizerunku pielęgniarki w ośmieszających serialach, reklamach	15	7,5
Okazywanie sobie szacunku przez pielęgniarki	29	14,5
Kreowanie przez pielęgniarki pozytywnego wizerunku zawodu	78	39
Wzrost kultury osobistej pielęgniarek wobec pacjentów	93	46,5
Inne	5	2,5

pielęgniarki w ośmieszających serialach, reklamach – 9,5% (tab. 3).

W opinii 64% respondentów pielęgniarstwo nie jest zawodem samodzielnym i podlega lekarzowi. Ponad połowa (54%) ankietowanych uważa, że pielęgniarstwo jest służbą i powołaniem; 29%, że jest to zawód wymagający podnoszenia kwalifikacji, natomiast tylko 14,5% potwierdziło profesję pielęgniarstwa.

Wśród źródeł pozyskiwania informacji dotyczących funkcjonowania pielęgniarstwa respondenci wskazali na I miejscu telewizję, następnie prasę, radio, Internet i fachową literaturę. Zdaniem respondentów pozyskują oni informacje z mass mediów o tym, że: pielęgniarki podnoszą kwalifikacje zawodowe – 33,9%, stają się specjalistkami w danej dziedzinie medycyny – 12,9%, coraz więcej pielęgniarek podejmuje naukę na studiach – 9,7%. Natomiast około 43,6% badanych nie spotkało się z informowaniem przez mass media o sukcesach zawodowych kadry pielęgniarskiej.

Dyskusja

Polskie pielęgniarstwo do dnia dzisiejszego boryka się z trudnościami zaprezentowania profesjonalnego wizerunku na tle innych zawodów medycznych. Pomimo autonomii zawodowej opieka pielęgniarska traktowana jest jako dodatek do leczenia, a jednocześnie pielęgniarki nie zdają sobie sprawy z tego, iż wszystko co robią wpływa na wizerunek zawodowy [7]. Analiza badań własnych wykazała, że zaledwie 36% ankietowanych uzyskało informacje o planowych czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Podobne wyniki uzyskała D. Ksykiewicz w przeprowadzonych badaniach techniką obserwacji ciągłej z lat 2004–2005, porównując je z badaniem przeprowadzonym w roku 1991, kiedy to informowanie chorych nawet o podstawowych czynnościach było rzadkością [8].

W społeczeństwie istnieje przekonanie, że pielęgniarka jest osobą, która poświęca chorym najwięcej uwagi, ma z nimi najlepszy kontakt, dzięki czemu jej relacja z pacjentem jest głębsza i bardziej osobista. Przeprowadzone badania własne kwestionują tę tezę, bowiem 65% respondentów najchętniej o swoich problemach zdrowotnych rozmawiało z lekarzem prowadzącym, pielęgniarkę wskazało tylko 23% badanych.

Zdaniem 53% ankietowanych najczęściej uwagi pacjentom w szpitalu poświęcali lekarze, natomiast pielęgniarki wskazało 38% badanych. Podobne wyniki uzyskała I. Tarnowicz w 1998 r., wskazując, iż 58% respondentów najchętniej rozmawiało o problemach zdrowotnych z lekarzem [9].

Respondenci w szczególności podkreślali znaczenie nienagannej postawy moralnej pielęgniarek objawiającej się w sposobie wykonywania przez nie czynności zawodowych. Zdaniem 69% badanych pielęgniarka powinna być opanowana, na rzetelność zadań zawodowych wskazało 55%, a 52% badanych uważało, że pielęgniarka powinna być wrażliwa. Podobne wyniki w 1999/2000 roku uzyskała J. Zalewska-Puchała [10]. Natomiast odmienne wyniki otrzymał zespół pracowników Akademii Medycznej we Wrocławiu, wykazując, że najważniejszą cechą była życzliwość – 71%, następnie opiekuńczość i odpowiedzialność – po 68% [11].

W naszej kulturze istotnym elementem jest szacunek społeczny dla profesji pielęgniarskiej, mimo to prestiż zawodowy pielęgniarki wypada znacznie gorzej na tle zawodu lekarza. W badaniach potwierdzono tezę wykazując, iż ponad połowa respondentów (57%) największym zaufaniem darzyła lekarza, a dopiero na czwartym miejscu znalazł się zawód pielęgniarki, uzyskując 31% uznania wśród ankietowanych. Nieco odmienne wyniki traktujące o prestiżu zawodowym przeprowadzone w 2009 r. przez CBOS. Spośród trzydziestu trzech zawodów znajdujących się na liście najwyższą pozycję zajął

profesor uniwersytetu i strażak – 84%, następnie górnik – 78%, pielęgniarka – 77%, lekarz – 73% [12].

Na wizerunek pielęgniarki składają się nie tylko cechy osobowości, ale także sposób zachowania, posiadana wiedza czy wygląd zewnętrzny. Estetyka wyglądu pielęgniarki miała znaczenie dla 93% badanych, 82% podkreśliła znaczenie odpowiedniego umundurowania, przy czym 72% uznała, że nie wypada pielęgniarce nosić w pracy spódnicy „mini” oraz 69,5% badanych wyraziło negatywną opinię o noszeniu biżuterii w trakcie pracy. Zbliżone wyniki uzyskała A. Kędzia i wsp. w badaniu oceniającym kulturę pracy pielęgniarek przez pacjentów. Wśród badanych 79% uznało za niedopuszczalne noszenie biżuterii przez pielęgniarkę, natomiast 27% opowie-

działo się, że wygląd pielęgniarki jest ważny, ponieważ stanowi przejaw kultury pracy [13].

Wnioski

1. Nadal mimo wielu informacji o pielęgniarstwie brakuje w polskim społeczeństwie rzetelnej wiedzy dotyczącej funkcjonowania współczesnego pielęgniarstwa.
2. Pielęgniarstwo zdobyło wysokie uznanie w hierarchii prestiżu zawodowego na tle innych profesji.
3. Poprawy i ciągłego doskonalenia wymaga organizacja pracy pielęgniarstwa oraz prawidłowe komunikowanie się z podmiotem opieki.

Piśmiennictwo

1. Ślusarska B, Sadurska A, Zarzycka D. Postrzeganie zawodu pielęgniarki z doświadczeń studentów studiów licencjackich, kierunku Pielęgniarstwo. *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie* 2004; 2: 55.
2. Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego. Badanie 20–23 luty 2004. <http://www.cbos.pl>. (dostęp 11.04.2008).
3. Weber M. *Klasy, stany, partie – podział władzy w obrębie wspólnoty. Elementy teorii socjologicznych (ETS)*. Warszawa: PWN; 1975: 415–428.
4. Kaczorowski B. *Nowa Encyklopedia Powszechna*. Warszawa: PWN; 2004: 156.
5. Domański H. *Prestiż*. Wrocław: Wydawnictwo Funna; 1999: 145.
6. Rżewska I. *Spoleczne problemy zawodu pielęgniarki*. Warszawa: Instytut Wydawniczy CRZZ; 1973: 26.
7. Tomaszewska M. Pielęgniarstwo współczesne a tradycyjne. *Mag Piel Położn* 2007; 7–8: 14.
8. Ksykiewicz-Dorota A. Zakres samodzielności decyzyjnej w podsystemie pielęgniarstwa. *Piel Pol* 2005; 1(19): 64.
9. Tarnowicz I. Kilka refleksji o samodzielności zawodu pielęgniarki. *Piel Położn* 1998; 7: 4.
10. Zalewska-Puchała J. Marzenia i rzeczywistość. *Mag Piel Położn* 2001; 10: 18.
11. Grajczyk E. Cechy pracy pielęgniarstwa w opinii pacjentów i pielęgniarek. *Piel Położn* 2002; 12: 18.
12. Komunikat z badań CBOS BS/8/2009. *Prestiż zawodów*. Warszawa; 2009.
13. http://www.solidarnosc.uni.wroc.pl/dokumenty/PRESTIZ_ZAWODOW (dostęp 5.01.2011).
14. Kędzia A, Szymanowska I, Wiśniewska M, i wsp. Kultura pracy pielęgniarki w oczach pacjenta. *Pol Med Rodz* 2004; 6 (Supl. 1): 116.

Adres do korespondencji:

Dr n. hum. Bożena Mroczek
Zakład Zdrowia Publicznego PUM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel.: 91 483-45-18
E-mail: b_mroczek@data.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2011 r.

Po recenzji: 10.09.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

The assessment of the attitudes regarding medical information and participation in making medical decisions in patients with breast cancer

Ocena postaw wobec informacji medycznej i uczestniczeniu w podejmowaniu decyzji u pacjentek chorych na raka piersi

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA^{1, A-G}, AGNIESZKA JOANNA KOWALSKA^{1, A-D}, ANNA URBAŃSKA^{2, A, D-F}

¹ Independent Laboratory of Mental Health, Medical University in Lublin

Head: Marta Makara-Studzińska MD, PhD

² Department of Psychiatry, Medical University in Lublin

Head: prof. Andrzej Czernikiewicz MD, PhD

A – Study Design, B – Data Collection, C – Statistical Analysis, D – Data Interpretation, E – Manuscript Preparation, F – Literature Search, G – Funds Collection

Summary Background. Breast cancer is the most diagnosed cancer in female population all over the world, it afflicts more than 200,000 women annually. Medical care provided to patients with breast cancer is based on cooperation of medical professionals, afflicted women and their families with special attention paid to partnership relation between physician and patient based on mutual confidence and esteem.

Material and methods. Research method used in the work is diagnostic survey and research technique – a questionnaire. 120 respondents with breast cancer took part in the survey.

Results. Significant majority of women suffering from breast cancer want to actively participate in making decisions regarding the process of treatment. More than 90% respondents expect valid and full medical information from a physician. Statistical analysis of the results showed correlation between marital status of respondents and expectations regarding information about health status, diagnosis and prognosis in the illness: married women more often expect full medical information in comparison with unmarried ones.

Conclusions. Requirement for broadly understood medical information, including knowledge about the illness, treatment methods and prognosis as well as participation in making medical decisions – is very high among respondents with breast cancer. Married women expect full medical information significantly more often than unmarried ones. Marital status has also a meaning in the aspect of the assessment of validity of medical information provided by physician: married women and widows assessed their quality positively, divorced women assessed it decidedly negatively.

Key words: breast cancer, medical information, medical decisions.

Streszczenie Wstęp. Rak piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem w populacji kobiet na świecie, dotyka rocznie ponad 200 000 kobiet. Opieka zapewniana pacjentkom z rozpoznaniem nowotworu piersi oparta jest na współdziałaniu profesjonalistów medycznych, samych chorych oraz ich rodzin, ze szczególnym naciskiem na partnerską relację lekarz–pacjent opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.

Materiał i metody. Metodą badawczą zastosowaną w badaniu jest sondaż diagnostyczny, techniką badawczą – kwestionariusz ankiety. W badaniach ankietowych wzięło udział 120 respondentek z rozpoznaniem nowotworu piersi.

Wyniki. Zdecydowana większość kobiet chorych na nowotwór piersi chce aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących przebiegu leczenia. Ponad 90% respondentek oczekuje od lekarza rzetelnej i pełnej informacji medycznej. Analiza statystyczna uzyskanych wyników wykazała zależność pomiędzy stanem cywilnym respondentek, a oczekiwaniami w zakresie informacji o stanie zdrowia, diagnozie oraz rokowaniach w chorobie: kobiety zamężne znacznie częściej niż samotne oczekują pełnej informacji medycznej.

Wnioski. Zapotrzebowanie na szeroko pojętą informację medyczną, obejmującą wiedzę o samej chorobie, metodach leczenia oraz rokowaniach, jak również współudział w podejmowaniu decyzji medycznych jest wśród respondentek cierpiących na nowotwór piersi znaczny. Zdecydowanie częściej informacji medycznych oczekują kobiety zamężne niż samotne. Stan cywilny ma również znaczenie z punktu widzenia oceny rzetelności przekazywanych przez lekarza informacji medycznych: pozytywnie ich zakres oraz jakość oceniły mężatki oraz wdowy, zdecydowanie negatywnie kobiety rozwiedzione.

Słowa kluczowe: rak piersi, informacja medyczna, decyzje medyczne.

Introduction

Breast cancer is the most often diagnosed tumour in the female population all over the world and the second (after lung carcinoma) reason of death in women. Over 200,000 new cases of breast cancer are diagnosed annually in the United States [1]. About 300 women in the average age of slightly more than 50 years fall ill with BRCA1-dependent breast cancers or genetically determined one. A huge progress in the cancer genetic – which can be witnessed in the last decades – allows today successfully to prevent increasing incidence. Moreover genetically determined breast cancers can be successfully detected and treated thanks to using of different system of prophylaxis and control examinations – in comparison with standard one [2].

In connection with the fact that majority of women in the early stage of the illness are treated with chemotherapy and/or hormonal therapy – understanding how applied treatment influences women comfort and quality of life is enormously important among physicians and all members of therapeutic team. Also important thing is understanding how requirement for broadly taken support (also informational) changes in the various stages of cancer disease [1].

Care provided to the patients with breast cancer is based on the cooperation of medical professionals, suffered women and their families [3]. A need of addition of the elements of psychology and behavioural medicine to medical knowledge in the future physician is noted more and more often now. Abilities of making use of therapeutic function of word and mobilizing of psychological reserves of patients can give physician new tools in the fight with malignant disease through empowering of inner patient motivation [4].

The relationship between a physician and a patient is a very important element of the treatment process. However there are multiple barriers regarding communication between physicians and patients, especially in the terms of breast diseases. Informing patients about the diagnosis, discussing about possible treatment methods can be – both for the physician and the patient – true challenge in view of common fear of serious prognosis [5] and of crippling treatment.

Medically there are numerous important elements influencing quality of provided care to patients during their contact with a medical professional. It is especially ability of taking the history of the patient, which aim is not only gathering information about health complaints, but also about concerns, insights and fears present in patients. The second incredibly important element is delivering to patient adequate to her needs knowledge about the health status and proposed treatment methods. Building appropriate relationship with patient by

physician, which is based on mutual confidence and sense of security and giving support during the whole treatment process is also very significant [6].

Material and methods

Research method used in the work is diagnostic survey and research technique is the questionnaire of authors own authorship and standardized questionnaire by Peter Salmon and John Quine adopted by Z. Juczynski.

120 respondents took part in the survey; 16% of them were women in the age of 25–49 years, 46% in the age of 50–60 years and 38% in the age of 61–81 years. The majority of the group were married women (71%) and women living in the cities and towns (83%).

The study was conducted with randomly assigned group of patients of Department of Oncological Surgery and Oncological Clinic, Independent Public Clinic Hospital no. 1 in Lublin, Rehabilitation Centre with Clinic and Rehabilitation Office at Oncology Centre of Lublin. Women from the Lublin Club of Women after Mastectomy “Amazonas”, Amazona Club of the Group of Specialistic Clinics in Ostrowiec Świętokrzyski and Amazona Club in Radom took part in the study too. The study lasted from December 2008 to May 2009.

Verification of the statistical hypotheses based on independence test χ^2 was used in the statistical analysis of gained results. Difference significance between results was showed at the level $p \leq 0.05$. Data handling was done using the statistical software “STATISTICA”.

Results

Significant majority of the respondents suffering from the breast cancer (93%) think that patient should be informed about his health status and prognosis and up to 91% of group want to know the results of performed diagnostic tests. Nearly 90% of the studied women expect information about possible illness adverse events from the physician and 78% of them want to know if some other health problems can occur in the future due to present illness. Only 39% of polled women suffering from the breast cancer had a sense of cooperation in the decision process.

Statistical analysis of the results showed correlation between respondents' marital status and expectations regarding information about health status, diagnosis and prognosis in the illness ($p = 0.045722$). Married women more often expect full medical information, which they need to conscious participation in the decision process. There is also correlation between the assessment of validity of

information given by medical professionals and the marital status of studied women. Widows (59%) and married women (52%) assessed positively validity of information given by physician, in turn divorced women (80%) assessed the information as insufficient and incomprehensible. Maids in 75% refrained from unequivocal assessment of provided medical information choosing mostly the answer "I don't know" to the question in the questionnaire.

Statistical analysis showed correlation between the assessment of the method of provided adverse information and the time that passed from the moment of diagnosis ($p = 0.003197$). Persons that developed cancer more than 3 years ago assessed this method as professional one – similar to women diagnosed in last half-year (81%). Respondents suffering from breast cancer for seven months to one year assessed positively this method only in 50%.

Discussion

Based on research performed in Poland and all over the world during last few years can be stated that needs regarding information and participation in the decision process are high in women with the diagnosis of breast cancer. Both results presented in this work and results of other authors (Lobb et al.) [6, 7] showed that requirement for medical information among women with breast cancer is reported by most of respondents (about 90%). Patients are interested in information concerning their future functioning in context of malignant disease. Both present results and results of other authors (Degner et al.) [6, 8] showed that significant majority of the studied women (about 88%) expect information regarding possible future consequences of their malignant syndrome from the physicians. Studies conducted by the team of E. Bruer showed that most of women suffering from breast cancer want to actively participate in making decision about the treatment process, only 11% mindfully

duck out of participation in the decision process, relying on professional knowledge and experience of the physician [5, 9]. The results presented in this work unequivocally point to necessity to pay special attention to role and participation of patients in the treatment process, because only 39% studied women suffering from the breast cancer had a sense of their participation in the decision process regarding the medical treatment.

It is worth to note that being in marriage has a significant influence on the range of patient expectations about their participation in making medical decisions. Both present results and findings of other authors [6] do not remain any doubts that married women significantly more often expect full medical information in comparison with unmarried women.

It is also important that patients suffering from the breast cancer expect kind-hearted and sincere discussion with the physicians, even though prognosis is not too good [6]. Open physician attitude, full of friendly frankness and truth gives a sense of safety and to some extent – comfort during crossing by difficult moments of fight for life.

Conclusions

Requirement for broadly minded medical information, including knowledge about the illness, treatment methods and prognosis, as well as participation in making medical decisions is crucial in the group of respondents suffering from the breast cancer. Married women expect medical information significantly more often than unmarried women. Marital status has also a significance from the point of the assessment of validity of medical information provided by physician: married women and widows assessed them positively and divorced women assessed them as insufficient and incomprehensible. Maids in most cases refrained from the unequivocal assessment.

References

1. Chantler M, Podbilewicz-Schuller Y, Mortimer J. Change in Need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2005; 23(2/3): 65–77.
2. Lubiński J. *Podstawy genetyki klinicznej nowotworów*. W: Kordek R, red. *Onkologia*. Gdańsk: Via Medica, 2007: 14–15.
3. Deshields TL, Rihanek A, Potter P, et al. Psychosocial aspects of caregiving: perceptions of cancer patients and family caregivers. *Supp Care Cancer* (published online: 06.02.2011).
4. Maciejewski B. Mówić czy nie mówić prawdy chorym na raka. *Pol Prz Chir* 2008; 80(1): 1–9.
5. Elmore JG, Ganschow PS, Geller BM. Communication between patients and providers and informed decision making. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010; 41: 204–209.
6. Parker PA, Aaron J, Baile WF. Breast cancer: unique communication challenges and strategies to address them. *Breast J* 2009; 15(1): 69–75.
7. Lobb EA, Butow PN, Meiser B, et al. Tailoring communication in consultations with women from high risk breast cancer families. *Br J Cancer* 2002; 87: 502–508.
8. Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997; 277: 1485–1492.

9. Bruera E, Willey JS, Palmer JL, Rosales M. Treatment decisions for breast carcinoma: patient preferences and physician perceptions. *Cancer* 2002; 94(7): 2076–2080.

Address for correspondence:

Dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska
Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego UM
ul. Chodźki 15
20-093 Lublin
Tel.: 81 718-65-92
E-mail: marta.makara-studzinska@umlub.pl

Received: 15.07.2011

Revised: 17.11.2011

Accepted: 10.01.2012

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Sociodemographic determinants of the quality of life in patients with schizophrenia

Socjodemograficzne determinanty jakości życia u pacjentów ze schizofrenią

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA^{1, A-G}, MAŁGORZATA WOŁYŃIAK^{2, A-D}, IWONA PARTYKA^{3, A, D-F}¹ Independent Laboratory of Mental Health, Medical University in Lublin

Head: Marta Makara-Studzińska MD, PhD

² Neuropsychiatric Hospital in Lublin

Head: Edward Lewczuk, MSc

³ Department of Psychiatry, Medical University in Lublin

Head: prof. Andrzej Czernikiewicz MD, PhD

A – Study Design, B – Data Collection, C – Statistical Analysis, D – Data Interpretation, E – Manuscript Preparation, F – Literature Search, G – Funds Collection

Summary Background. The improvement of the patients' quality of life has become one of the most important aims of psychiatric care as the literature research proves that patients with schizophrenia declare lower overall quality of life comparing to general population. The quality of life in patients with schizophrenia depends on various determinants including: sociodemographic, clinical, economic or social factors.

Objectives. The analysis of different determinants of quality of life in subjects with schizophrenia was the aim of this study.

Material and methods. A group of 115 patients with schizophrenia from community mental health service centers in the voivodeship of Lublin in Poland were examined with the use of methods: WHOQoL-BREF, HADS, PANSS, GAF.

Results. A lower quality of life was found in the subgroups of: men, subjects who were divorced or widowed, living with parents, with worse living conditions and worse financial situation, financially dependent, with shorter period of time after last hospitalization, longer total period of time spent in hospital, lower GAF score, higher PANSS score, suicide attempt in the past, comorbid depressive and anxiety disorder, negative attitude of their families towards them and their treatment, not-attending psychoeducation activities.

Conclusions. As the idea of deinstitutionalisation in psychiatry is being implemented it is crucial to extend the knowledge concerning the ways to improve the quality of life in patients with schizophrenia. It is important to develop the social support and diminish the process of stigmatization as well as improve the financial and occupation support, provide better protection against violation of regulations.

Key words: quality of life, schizophrenia, sociodemographic determinants.

Streszczenie Wstęp. Poprawa jakości życia w schizofrenii stała się jednym z głównych celów opieki psychiatrycznej, a z literatury przedmiotu jasno wynika, że jakość życia pacjentów ze schizofrenią jest niższa w porównaniu z populacją ogólną. Na jakość życia osób chorych na schizofrenię wpływają w różnym stopniu czynniki socjodemograficzne, kliniczne, ekonomiczne czy społeczne.

Cel pracy. Analiza wpływu czynników socjodemograficznych na jakość życia osób chorych na schizofrenię.

Materiał i metoda. Do badań zaproszono chorych z 21 ośrodków psychiatrii środowiskowej w województwie lubelskim (115 osób). Zestaw metod obejmował: WHOQoL-BREF, HADS, PANSS i GAF.

Wyniki. W badanej grupie osób chorych na schizofrenię objętych opieką środowiskową jakość życia była znacząco gorsza u mężczyzn, osób owdowiałych i rozwiedzionych, mieszkających z rodzicami, oceniających swoje warunki materialne i mieszkaniowe jako złe, będących na utrzymaniu swoich bliskich, z krótszym czasem, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, dłuższym łącznym czasem spędzonym w warunkach szpitalnych, niższymi wynikami w skali GAF, wyższymi wynikami w skali PANSS, z próbą samobójczą w wywiadzie, ciężkimi zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi, negatywnym stosunkiem ich rodzin do nich samych i do procesu leczenia, nieuczestniczących w psychoedukacji.

Wnioski. W czasach, kiedy pojawiła się i jest realizowana idea deinstytucjonalizacji w psychiatrii ważne jest poszerzenie wiedzy na temat sposobów poprawy jakości życia pacjentom ze schizofrenią. Istotny jest rozwój wsparcia społecznego oraz zminimalizowanie stygmatyzacji, jak również poprawa zaplecza finansowego i dostępności zatrudnienia oraz ochrona przed naruszaniem przepisów.

Słowa kluczowe: schizofrenia, jakość życia, czynniki socjodemograficzne.

Introduction

Patients with schizophrenia declare lower quality of life comparing to general population [1, 2] and the quality of life depends on sociodemographic, clinical, economic or social factors. A lower quality of life in mentally ill people is a result of difficulties in social sphere including relationships, sexual activity and lack of social support. In psychological area the problems concern difficulties with thinking, learning process, memory and concentration. People with schizophrenia declare low self-esteem, have problems with the acceptance of their appearance and often struggle with negative feelings concerning themselves and their future.

A discussion regarding the reliability of the estimation of quality of life assessed by patients was initiated, as the lack of the insight and the presence of psychopathological symptoms were the most problematic issues [3]. However, Vorunganti et al. proved that patients with schizophrenia during remission and willing to cooperate are capable of adequate estimation of their quality of life [4]. Nowadays there is an agreement on the validity of self-evaluation of the illness- and treatment-dependent influence on patients' quality of life.

Objective

The aim of this study was to analyze different determinants of quality of life in patients with schizophrenia.

Material and methods

The survey covered a group of 115 patients with schizophrenia from community mental health service centers in the voivodeship of Lublin, Poland. There were 64 men (55.65%) and 51 women (44.35%). The range of age in the group was between 22 and 63, so the average age was 36.56 (SD = 10.41).

Following methods were used: WHOQoL-BREF (WHO Quality of Life), HADS (Hamilton Anxiety and Depression Scale), PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), GAF (Global Assessment of Functioning).

Results

The survey showed that in the group of subjects with schizophrenia the lowest average score of WHOQoL-BREF was noticed in the psychological health domain (AM = 11.38; SD = 2.39), then in the social relationships domain (AM = 12.02; SD = 3.15) and environment (AM = 12.70; SD

= 2.22) domain. The highest average score was recorded for the physical health domain (AM = 13.22; SD = 2.17).

The general quality of life was assessed better by women than men. However there were no statistically significant differences between men and women in particular domains and in general perception of health.

There was a significant correlation between the civil status and the quality of life: unmarried and married subjects achieved statistically significant higher scores in psychological health, social relationships and environment domain than the divorced and widowed ones.

People who declared living with their parents or siblings assessed the social relationships domain significantly lower than those who declared living with their children or partner. There were no significant correlations in the rest of the domains and two general questions.

The highest scores were recorded in respondents who declared good financial and living conditions. Those who assessed them as bad consistently had lower scores in all domains of quality of life. The correlation was the most significant for the environment domain, then for psychological health, physical health and social relationships domain.

Unemployed or financially-dependent respondents defined their general quality of life as low while those who were professionally active declared high quality of life. There was no statistically significant correlation between professional status and perception of one's health and particular domains of quality of life.

Total GAF score was another factor under analysis. The higher it was, the better perception of the quality of life in all domains and of health status was noted. The strongest correlation was found in the environment domain (Tab. 1).

The relationship between the quality of life and PANSS score was also significant. The better the quality of life was declared, the lower PANSS and its domains' scores were. Similar correlation was found for general health status except for the positive symptoms domain. The only significant negative correlation was noticed for general perception of health status and negative symptoms in PANSS scale (Tab. 2).

A significant correlation between the severity of anxiety and depressive disorders and scores in general perception of quality of life, general health status and all domains of quality of life was found. The more severe those disorders get, the lower scores were observed in all domains of quality of life. The most significant relationship was noted between the intensity of anxiety and depressive disorders and psychological health domain (Tab. 3)

Positive attitude of families towards people with schizophrenia and towards treatment corre-

Table 1. Selected domains of quality of life in people with schizophrenia in correlation with GAF score

WHOQoL-BREF – domains	GAF	
	Statistical analysis	
	<i>p</i>	<i>R</i>
Physical health	$p < 0.05^*$	$R = 0.25$
Psychological health	$p < 0.01^{**}$	$R = 0.37$
Social relationships	$p < 0.01^{**}$	$R = 0.27$
Environment	$p < 0.001^{***}$	$R = 0.35$

sponded positively with the assessment of general quality of life. There was no correlation between general perception of health status and the family's attitude towards treatment, although the relationship between the evaluation of health status and the attitude of the family towards the respondent was statistically significant. When the attitude was positive, the perception of health was better.

No correlation was found between attending psychoeducation activities and the two general questions, while a significant relation was noticed with an improvement of general quality of life in particular domains. The respondents who participated in psychoeducation activities had the highest scores. Those who, because of any reason, did not want to take part in those activities had lower scores than people who did not participate because they had never heard of psychoeducation program before. Only in social relationships domain this correlation was not statistically significant.

Discussion

Similar results can be found in studies constructed by other authors from Poland and abroad.

Górna et al. proved that in people with schizophrenia within an average period of 5 years after the first hospitalization, the highest scores were observed in physical health (AM = 14.3; SD = 3.1), then environment (AM = 13.5; SD = 2.3), and then social relationships (AM = 12.8; SD = 3.3) and psychological health domain (AM = 12.8; SD = 3.4) [5]. Xiang et al. showed that the evaluation of quality of life by subjects with schizophrenia was the highest in the physical health domain (AM = 14.22; SD = 2.48), then in environment (AM = 13.69; SD = 2.27), psychological health (AM = 13.64; SD = 2.64) and social relationships domains (AM = 13.13; SD = 2.64) [6].

The question of differences in evaluation of the quality of life between men and women has been widely discussed in literature, although many contradictions has been observed. Many surveys showed that men had worse quality of life than women, especially in the area of social functioning [7]. Jarema et al. proved that the quality of life was better in men with schizophrenia than in women [8]. In some cases there was no significant relation found between sex and quality of life [9].

People with schizophrenia had problems with maintaining relationships, mainly because of the psychopathological symptoms. Many patients have low self-esteem and present low estimation of their appearance, and thus have smaller chances to establish and maintain intimate relationships. Moreover some of psychotropic drugs cause decreased libido or impotency as a side effect. Limited social life, financial problems or stigmatization also are responsible for lack of relationships in patients with schizophrenia [3]. Although Skantze et al. did not prove such a correlation [10].

Higher income and better financial situation were also proved as significant determinants of better quality of life [11].

Professional activity is another important factor that has an influence on the quality of life of patients with schizophrenia. The majority of research

Table 2. Selected domains of quality of life in people with schizophrenia in correlation with PANSS score

WHOQoL-BREF-domains	PANSS-P		PANSS-N		PANSS-O		PANSS-C	
	Statistical analysis		Statistical analysis		Statistical analysis		Statistical analysis	
	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>R</i>
Physical health	$p > 0.05$	$R = 0.02$	$p > 0.05$	$R = -0.09$	$p > 0.05$	$R = -0.06$	$p > 0.05$	$R = -0.04$
Psychological health	$p > 0.05$	$R = -0.09$	$p < 0.05^*$	$R = -0.19$	$p > 0.05$	$R = -0.14$	$p > 0.05$	$R = -0.16$
Social relationships	$p > 0.05$	$R = 0.02$	$p < 0.01^{**}$	$R = -0.29$	$p > 0.05$	$R = -0.10$	$p > 0.05$	$R = -0.13$
Environment	$p > 0.05$	$R = -0.07$	$p > 0.05$	$R = -0.16$	$p > 0.05$	$R = -0.13$	$p > 0.05$	$R = -0.13$

Table 3. Selected domains of quality of life in people with schizophrenia in correlation with anxiety and depressive disorders

HADS		WHOQoL-BREF-domains			
Anxiety		Physical health	Psychological health	Social relationships	Environment
Norm	AM	14.49	13.33	13.81	14.14
	SD	1.99	2.09	2.98	1.78
	Me	14.29	14.00	13.33	14.00
Mild symptoms	AM	13.51	11.65	12.53	13.05
	SD	1.89	1.86	2.67	1.95
	Me	13.71	11.33	12.00	11.50
Moderate symptoms	AM	12.71	10.11	10.67	11.72
	SD	1.76	2.22	3.00	1.94
	Me	12.57	10.00	10.67	11.50
Severe symptoms	AM	10.34	9.03	9.21	10.36
	SD	1.85	1.72	2.95	2.23
	Me	10.86	9.33	8.00	11.00
Statistical analysis		$p < 0.001^{***}$	$p < 0.001^{***}$	$p < 0.001^{***}$	$p < 0.001^{***}$
		H = 26.34	H = 35.76	H = 21.72	H = 28.92
Depression		Physical health	Psychological health	Social relationships	Environment
Norm	AM	14.31	12.77	13.60	13.71
	SD	1.88	2.01	2.86	2.02
	Me	14.29	12.67	13.33	14.00
Mild symptoms	AM	12.83	10.70	11.33	12.12
	SD	1.56	1.49	2.29	1.71
	Me	13.14	10.67	10.67	12.00
Moderate symptoms	AM	11.54	9.38	9.33	11.63
	SD	1.89	2.25	2.89	1.94
	Me	11.43	9.33	9.33	11.00
Severe symptoms	AM	9.71	7.67	8.44	9.50
	SD	1.58	1.01	2.48	2.37
	Me	9.14	7.67	8.00	9.50
Statistical analysis		$p < 0.001^{***}$	$p < 0.001^{***}$	$p < 0.001^{***}$	$p < 0.001^{***}$
		H = 35.44	H = 45.27	H = 34.32	H = 26.73

showed that patients who were employed declared better quality of life; [10] mainly in general perception of health status and in physical health, psychological health and social relationships domains of WHOQoL-BREF [3]. Many patients, in spite of stable health status, have problems with finding employment. Probably due to many factors includ-

ing side effects of neuroleptic drugs that impede the possibilities of finding a job [12] as well as frequent hospitalizations, that interfere with maintaining a job. A phenomenon of stigmatization often prevents from finding an occupation [13].

Caron et al. in 2005 proved that the total period of time spent in hospital was positively correlated

with a better quality of life and this was explained by lower expectations of chronically ill patients [7]. Moreover Caron et al. proved that patients who were in hospital in the year following the survey had lower quality of life.

Many authors underline the relation between GAF score and subjective assessment of quality of life in people with schizophrenia [14].

There are inconsistencies about correlation between the presence of psychopathological symptoms and the quality of life. Narvaez et al. proved that the severity of positive symptoms has no influence on both subjectively and objectively measured quality of life [15]. However there are many studies that confirm that the reduction of positive symptoms is an important factor of improvement in quality of life in patients with schizophrenia [14].

Ponizovsky et al. in 2003 proved that dissatisfaction of the quality of life was strongly connected with repeated suicidal attempts in people with schizophrenia [16].

There are many published studies showing that depression and anxiety are strong predictors of the quality of life in schizophrenia [15]. It was also proved that depressive symptoms have more influence on quality of life than psychotic symptoms. A study from China in 2008 proves that depression measured with HDRS was negatively correlated with all WHOQoL-BREF domains, and anxiety measured with the use of BPRS scale was connected only with psychological domain [6].

It is a well known fact, that social support is considered one of the most important protective factors of mental health and is also connected with a better quality of life in people with schizophrenia [17].

Many studies confirmed a positive influence of psychoeducation activities on the quality of life in people with mental disorders [18].

Conclusions

The connection between the quality of life of people with schizophrenia and some sociodemographic, economic or clinic factors has been proved by many studies. There are inconsistencies in the selection of surveyed groups and methods and this leads to certain difficulties in comparing the results and drawing conclusion.

Despite this fact, the knowledge about predictors of quality of life and exploration of this matter is an essential factor that allows to take care of the real needs of patients. The programs supporting people with schizophrenia should concentrate on the factors that can improve patients' quality of life, as well as use its best efforts to develop the social support and diminish the process of stigmatization.

Lehman counted a list of conditions that can improve the quality of life of people with mental disorders including: better financial support, vocational training, more occupation offers, better protection against violation of regulations, more privacy and better relations with other people [1].

Spiridonow et al. confirm that people with mental disorders declared that the most difficult issue for them were: demanding their rights, making decisions, planning the day and asking for help [2].

The results of many studies emphasize the meaning of knowledge and social skills next to pharmacotherapy in reducing the number of recurrence, improvement of social functioning, life satisfaction and diminishing the burden on relatives [19].

References

1. Lehman AF. The well-being of chronic mental patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 369–373.
2. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych. *Psychiatr Pol* 1998; 32(3): 297–306.
3. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. Issues and innovations in nursing practice. *J Adv Nurs* 2004; 45(1): 72–83.
4. Voruganti L, Heslegrave R, Awad AG, et al. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med* 1998; 28: 165–172.
5. Górna K, Jaracz K, Rybakowski F, et al. Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland a longitudinal study. *Qual Life Res* 2008; 17: 237–247.
6. Xiang Y-T, Weng Y-Z, Leung Ch-M, et al. Subjective quality of life in outpatients with schizophrenia in Hong Kong and Beijing: relationship to socio-demographic and clinical factors. *Qual Life Res* 2008; 17: 27–36.
7. Caron J, Lecomte Y, Stip E, et al. Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Ment Health J* 2005; 41(4): 399–417.
8. Jarema M. Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. *Nowa Med* 1996; 3: 15–16.
9. Dimitriou P, Anthony D, Dyson S. Quality of life for patients with schizophrenia living in the community in Greece. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 546–552.
10. Skantze K, Malm U, Dencker S, et al. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 797–801.
11. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeiro M, et al. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5): 1338–1348.

12. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23: 3–9.
13. Chan S, Cheng BS. Creating positive attitudes, the effects of knowledge and clinical experience of psychiatry in student nurse education. *Nurse Educ Today* 2001; 21: 434–443.
14. Chino B, Nemoto T, Fujii C, et al. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 521–528.
15. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin ChL, et al. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 98: 201–208.
16. Ponizovsky AM, Grinshpoon A, Levav I, et al. Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 442–447.
17. Bergson-Tops A, Hansson L. Quantitative and qualitative aspects of social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int J Soc Psychiatry* 2001; 47(3): 67–77.
18. Halford WK, Harrison C, Moutrey C, et al. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1189–1191.
19. Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 2004; 38(3): 443–452.

Address for correspondence:

Dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska
Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego UM
ul. Chodźki 15
20-093 Lublin
Tel.: 81 718-65-92
E-mail: marta.makara-studzinska@umlub.pl

Received: 10.12.2011

Revised: 7.01.2012

Accepted: 10.01.2012

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Priorytety w opiece lekarza rodzinnego w opinii starszych pacjentów

Priorities in family physician's care in opinion of elderly patients

LUDMIŁA MARCINOWICZ^{1, A-G}, MAREK OLESZCZYK^{2, B, C, E}, DOROTA BIELSKA^{1, B, F}, SŁAWOMIR CHLABICZ^{1, D, E}¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: dr hab. n. med. Sławomir Chlabicz

² Zakład Medycyny Rodzinnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. Adam Windak

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Starsi pacjenci często korzystają z usług lekarzy rodzinnych, a niewiele wiadomo, co jest najważniejsze w zakresie opieki zdrowotnej z ich punktu widzenia.

Cel pracy. Poznanie, jakie aspekty opieki lekarza rodzinnego są najważniejsze z perspektywy starszych pacjentów oraz na jakie cechy lekarza zwracają szczególną uwagę.

Materiał i metody. Przeprowadzono 30 wywiadów pogłębionych z pacjentami w wieku 65 lat i powyżej, korzystających z usług lekarzy rodzinnych na terenie Białegostoku i Krakowa. Przewodnik wywiadu zawierał pytania otwarte umożliwiające poznanie preferencji i opinii pacjentów na temat opieki lekarza rodzinnego.

W niniejszej pracy wykorzystano odpowiedzi na pytanie: co według Pana/Pani jest najważniejsze w opiece lekarza rodzinnego? Wywiady zostały zarejestrowane na taśmie magnetofonowej, a następnie w całości zapisane w formie transkryptów. Treść transkryptów była analizowana tematycznie przed dwóch badaczy.

Wyniki. Ustalono pięć kategorii tematycznych dotyczących opieki lekarza rodzinnego: zainteresowanie problemem pacjenta, diagnoza i skuteczne leczenie, podejście do pacjenta, działania medyczne oraz wizyty domowe. Ponadto, określono cechy lekarza preferowane przez starszych pacjentów. Słowa, jakimi pacjenci opisywali lekarza, dotyczyły najczęściej jego cech charakteru (miły, sympatyczny), ale też wieku (młody), posiadanej wiedzy (mądry) czy wyglądu zewnętrznego (zgrabna, elegancka).

Wnioski. W kontakcie z lekarzem rodzinnym starsi pacjenci potrzebują indywidualnego podejścia. Wypowiedzi pacjentów wskazują na ważność komunikowania się skoncentrowanego na pacjencie.

Słowa kluczowe: relacje lekarz–pacjent, pacjenci starzy, badania jakościowe.

Summary Background. Although older patients are frequent users of family physician's services knowledge on their view about the importance of various aspects of health care is lacking.

Objectives. To explore which aspects of care provided by family physicians are the most important and which physician's personal qualities are important for older patients.

Material and methods. Thirty in-depth interviews were conducted amongst patients of family physicians in cities of Białystok and Krakow. The interview guide consisted of a set of open-ended questions allowing the interviewer the opportunity to explore participants' preferences and opinions about the care provided by the family physician. This paper presents responses to the question, "In your opinion, what is most important in family physician's care?" The interviews were audiotaped and then transcribed. Subsequently, the transcripts underwent a thematic analysis by two independent researchers.

Results. Five thematic categories concerning care provided by family physician were identified: interest in patient's problems; diagnosis and effective treatment; physician's attitude toward the patient; medical actions; and home visits. Elderly patients described the physicians' personal qualities that they preferred, as well. Words used by patients most frequently referred to the physician's personality (nice, likable), but also to age (young), knowledge (wise) or appearance (shapely, elegant).

Conclusions. In contact with the family physician elderly patients appreciate an individual approach. Patients' statements revealed the importance of patient-focused communication.

Key words: doctor–patient relationship, elderly patients, qualitative research.

Wstęp

Opieka skoncentrowana na osobie pacjenta, a nie tylko na jego chorobie, to podstawowa cecha medycyny rodzinnej, która wyróżnia ją spośród innych dyscyplin lekarskich. Podejście takie wymaga od lekarza rodzinnego umiejętności rozpatrywania problemów pacjenta w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym [1]. Z perspektywy socjologii medycyny, w relacji między lekarzem a pacjentem wyróżnia się dwa rodzaje zachowań: instrumentalne i emocjonalne. Zachowania instrumentalne nastawione są na rozwiązanie problemu przy określonych umiejętnościach technicznych lekarza, natomiast zachowania emocjonalne (afektywne) polegają na traktowaniu pacjenta jako osoby, a nie jako „przypadku” [2].

Z międzynarodowych badań kwestionariuszowych wynika, że pacjenci w różnych kulturach i różnych systemach opieki zdrowotnej różnią się w swoich opiniach na temat niektórych wymiarów opieki, ale wspólne są opinie dotyczące takich aspektów, jak komunikowanie się między lekarzem a pacjentem oraz dostępność świadczeń [3]. Inne międzynarodowe badania jakościowe potwierdzają ważność prawidłowego komunikowania się (możliwość porozmawiania z lekarzem, zadawania pytań, bycia słuchanym przez lekarza) dla pacjentów w wieku 70 lat i starszych [4].

Starsi pacjenci często korzystają z usług lekarzy rodzinnych, a niewiele wiadomo, co jest najważniejsze w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z ich punktu widzenia. Niniejsze badania jakościowe zgłębiają te aspekty opieki lekarza rodzinnego, które postrzegają pacjenci jako najważniejsze w swojej ocenie.

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie, jakie aspekty opieki lekarza rodzinnego są najważniejsze z perspektywy starszych pacjentów oraz na jakie cechy lekarza zwracają szczególną uwagę.

Materiał i metoda

Przeprowadzono badania jakościowe z wykorzystaniem techniki wywiadu. Wybór tej metody badań wynikał z przekonania, że może ona dostarczyć głębszego zrozumienia postrzegania opieki lekarza rodzinnego z perspektywy pacjenta, niż można byłoby uzyskać z danych ilościowych [5].

Próba badana

W sposób celowy wybrano 6 poradni medycyny rodzinnej – 5 w Białymstoku i 1 w Krakowie. Przeprowadzono 30 wywiadów pogłębionych z pacjen-

tami w wieku 65 lat i powyżej, korzystających z usług lekarzy rodzinnych. Przy doborze próby kierowano się zasadą „maksymalnej różnorodności” (ang. *maximum variation sampling*) celowo wybierając pacjentów różnej płci, w różnym wieku, z różnym wykształceniem i z różnymi problemami zdrowotnymi [6].

Wywiady

Osoba przeprowadzająca wywiady (LM) zgłosiła się do poradni i w porozumieniu z lekarzem rodzinnym prosiła pacjentów o udział w badaniu. Po wyrażeniu przez pacjenta zgody badacz umawiał się z nim na wywiad. Przewodnik wywiadu zawierał kilka zasadniczych pytań umożliwiających poznanie preferencji i opinii pacjentów na temat opieki lekarza rodzinnego. Pacjentom zadawano otwarte pytania zachęcając do swobodnej odpowiedzi. W niniejszej pracy wykorzystano odpowiedzi na pytanie: co według Pana/Pani jest najważniejsze w opiece lekarza rodzinnego?

Wywiady najczęściej przeprowadzano w domu pacjenta, z kilkoma wyjątkami – cztery wywiady przeprowadzono w placówce akademickiej, a jeden – w miejscu pracy respondenta. Wywiady – za zgodą pacjentów – zostały zarejestrowane na taśmie magnetofonowej, a następnie w całości zapisane w formie transkryptów. Badania zrealizowano w 2010 r.

Analiza danych

Treść transkryptów analizowano tematycznie [6]. Ten rodzaj analizy treści umożliwił również liczbowe zestawienie wyników. W badaniach jakościowych co prawda nie poszukuje się danych liczbowych, to jednak proste obliczenia mogą być użyteczne [7]. Analiza polegała na czytaniu transkryptów wywiadów i zaznaczaniu fragmentów tekstu (zdań), które odnosiły się do priorytetów w opiece lekarza rodzinnego. W następnym etapie treści były grupowane tematycznie. Dwóch badaczy niezależnie analizowało dane, a w przypadku niezgodności dyskutowano ostateczną wersję.

Na realizację badań uzyskano zgodę komisji bioetycznej (Nr: R-I-002/251/2009).

Wyniki

1. Charakterystyka respondentów

W badanej grupie było 18 kobiet i 12 mężczyzn. Średnia wieku respondentów wynosiła 74 lata. W przedziale wiekowym 65–74 lata było 16 osób, a w przedziale 75–87 lat – 14 osób. Wykształcenie podstawowe posiadało 7 osób, zawodowe – 10, średnie – 7 i wyższe – 6. Najliczniejszą grupą były osoby pozostające w związku małżeńskim – 21

osób; siedem osób było owdowiałych, jedna rozwiedziona i jedna stanu wolnego.

2. Priorytety w opiece lekarza rodzinnego

W toku analizy treści transkryptów ustalono pięć kategorii tematycznych dotyczących opieki lekarza rodzinnego: zainteresowanie problemem pacjenta, diagnoza i skuteczne leczenie, podejście do pacjenta, działania medyczne oraz wizyty domowe (tab. 1).

Zainteresowanie problemem pacjenta

Dziewięciu pacjentów (7 kobiet i 2 mężczyzn) wskazało, że najważniejsze w opiece lekarza rodzinnego jest zainteresowanie problemem pacjenta. Wypowiedzi respondentów dotyczyły słuchania pacjenta, zadawania pytań, możliwości opowiedzenia lekarzowi o swoim problemie czy też porozmawiania z lekarzem, np.:

„Żeby porozmawiali z nami, więcej popytali, żeby trochę podrażyli; (...) nawet, żeby zapytała, czy regularnie przyjmuję leki”. (K, 79).

„Najważniejsze, że doktor porozmawia”. (K, 74).

„Wyrozumiałości. I żeby można było z lekarzem porozmawiać, i powiedzieć, jakie człowiek ma dolegliwości. Powinien mnie wysłuchać, powinien skorygować pewne rzeczy”. (M, 72).

Diagnoza i skuteczne leczenie

W tej kategorii 6 mężczyzn i 3 kobiety wskazywało jako sprawę najważniejszą – rozpoznanie

choroby i skuteczne leczenie. Wypowiedzi respondentów były bardzo konkretne:

„Żeby pan doktor rozpoznał chorobę i dał dobre leki; żeby się wyleczyć jak najszybciej”. (M, 70).

„Najważniejsze dla mnie, żeby zdrowym być! A nie tam, żeby chodzić po lekarzach”. (M, 66).

„Powinien rozpoznać moją chorobę i zastosować skuteczne leczenie”. (K, 65).

Podejście do pacjenta

Dwóch mężczyzn i pięć kobiet, jako najważniejszy element w opiece lekarza rodzinnego, wskazało kwestie związane z podejściem do pacjenta. Wypowiedzi respondentów dotyczyły różnych zagadnień, np. cech lekarza, które zachęcają do przychodzenia na wizytę:

„Lubię chodzić do pani doktor, bo jest zawsze bardzo przyjemna, uśmiechnięta, nigdy nie przyjęła ze smutkiem, z jakąś niechęcią, nigdy nie było takiego czegoś”. (K, 68).

Inna osoba porównała opiekę lekarza rodzinnego nad osobami starszymi do opieki nad dziećmi:

„Ja myślę, że starszych ludzi trzeba traktować trochę, jak dzieci. (...) Starszy człowiek wymaga, żeby lekarz trochę zatroszczył się”. (K, 76)

Wypowiedź jednego respondenta wskazywała na całościowe podejście lekarza rodzinnego do pacjenta, uznając to jako zaletę, w porównaniu z leczeniem specjalistycznym, które jest bardziej fragmentaryczne:

„Uważam, że lekarz rodzinny jest najważniejszym lekarzem, bo on ma całokształt człowieka; bo

Tabela 1. Priorytety w opiece lekarza rodzinnego a płeć respondentów

Priorytety	Kobiety n = 18	Mężczyźni n = 12	Ogółem n = 30; 100%
Zainteresowanie problemem pacjenta	7	2	9 (30,0)
Diagnoza i skuteczne leczenie	3	6	9 (30,0)
Podejście do pacjenta	5	2	7 (23,3)
Działania medyczne	1	2	3 (10,0)
Wizyty domowe	2	0	2 (6,7)

Tabela 2. Cechy lekarza – przymiotniki wykorzystywane przez respondentów i liczba wskazań

Cechy lekarza związane z zachowaniami instrumentalnymi (4 wskazania)	Cechy lekarza związane z zachowaniami emocjonalnymi (42 wskazania)	Inne cechy (12 wskazań)
<ul style="list-style-type: none"> – mądry, inteligentny (2) – pracowity (1) – dokładny (1) 	<ul style="list-style-type: none"> – miły, przyjemny, sympatyczny (22) – uśmiechnięty (5) – zna się na żartach (4) – troskliwy, opiekuńczy (3) – grzeczny (3) – kulturalny (1) – wyciszony i spokojny (1) – rodzinny (1) – bliski, przystępny (1) – szczerzy, otwarty (1) 	<ul style="list-style-type: none"> – bardzo dobry (5) – młody (5) – normalny człowiek (1) – zgrabna, elegancka (1)

specjalista ma tylko swój wycinek i nie ma całości kształtu". (K, 74).

Działania medyczne

W tej kategorii respondenci (3 osoby) wskazywali przede wszystkim rolę lekarza rodzinnego w przepisywaniu recept; wypowiedzi były proste i konkretne:

„Jak idzie się do lekarza, to zbadać się; żeby lek przepisać, ciśnienie zbadać”. (M, 80).

„Żeby człowiek swobodnie mógł uzyskać recepty na leki przy przewlekłych sprawach”. (M, 75).

Wizyty domowe

Dwóch respondentów sugerowało potrzebę wizyt domowych lekarza rodzinnego i w obu wypowiedziach pojawiło się słowo „powinien”. Należy dodać, że były to osoby mieszkające samotnie:

„Lekarz rodzinny powinien – jak człowiek bardzo źle się czuje – przyjechać do domu”. (K, 66).

„Powinien sam, chociaż raz w miesiącu, przyjść lekarz do domu”. (K, 81).

3. Cechy lekarza rodzinnego

Szczegółowa analiza treści transkryptów pozwoliła również określić cechy lekarza, które preferują starsi pacjenci. Respondenci najczęściej wskazywali cechy związane z zachowaniami emocjonalnymi lekarza (42 wskazania). Cechy dotyczące zachowań instrumentalnych wskazano 4 razy oraz tzw. inne cechy – 12 razy (tab. 2). Słowa, jakimi pacjenci opisywali lekarza, dotyczyły najczęściej jego cech charakteru (np. miły, sympatyczny), ale też wieku (np. młody), posiadanej wiedzy (np. mądry) czy wyglądu zewnętrznego (np. zgrabna, elegancka).

Dyskusja

Z prezentowanych badań wynika, że priorytety starszych pacjentów w zakresie opieki lekarza rodzinnego są różne. Jedną grupę stanowią pacjenci, dla których najważniejsze jest zainteresowanie ich problemem i podejście do pacjenta; w tej grupie dominują kobiety. Druga grupa to pacjenci – głównie mężczyźni – dla których najważniejsza jest trafna diagnoza i skuteczne leczenie oraz konkretne działania medyczne, np. przepisanie recepty lub zmierzenie ciśnienia. Trzecia grupa to osoby mieszkające samotnie, oczekujące od lekarza rodzinnego przede wszystkim wizyty domowej. Powyższe wyniki potwierdzają, że starsi pacjenci nie są grupą jednorodną i mają różne potrzeby [8, 9]. Ponadto, stwierdzenie jednego z respondentów, że starszych ludzi należy traktować trochę jak dzieci, potwierdza, że w niektórych przypadkach osoby starsze są pasywne i mogą preferować paternalistyczny styl opieki [10]. Istnieje więc konieczność rozpoznawania

potrzeb i oczekiwań starszych pacjentów oraz ich indywidualnego traktowania. Potwierdza to znamienna wypowiedź jednego z respondentów:

„Osoba starsza. Zresztą każdy, kto przychodzi do lekarza, to jest zdenerwowany na pewno, bo nie wie co to znaczy, co on ma tam wewnątrz i chciałby, żeby lekarz potraktował go indywidualnie. Popytał, coś jeszcze zapytał oprócz tego, co ja powiedziałam (...) żeby czasami wstał do pacjenta, osłuchał”. (K, 76).

Z innych naszych badań przeprowadzonych wśród ogółu podopiecznych lekarza rodzinnego (w większości były to osoby w wieku 45–54 lata) wynika, że pacjenci oczekują od lekarza rodzinnego przede wszystkim skutecznego leczenia, rozwiązania problemu, trafnej diagnozy, poprawy stanu zdrowia oraz badania fizykalnego. W dalszej kolejności wymieniają: informowanie, wyjaśnianie, odpowiadanie na pytania pacjenta, słuchanie pacjenta, zainteresowanie jego problemem [11]. W niniejszych badaniach jakościowych wśród starszych pacjentów, w nieznacznie większym odsetku, priorytetem jest zainteresowanie problemem i podejście do pacjenta (53,3%), niż trafna diagnoza, skuteczne leczenie, działania medyczne oraz wizyty domowe (46,7%).

Płeć pacjenta, jako czynnik determinujący ocenę opieki zdrowotnej, jest dyskutowana w literaturze. Na przykład Hall i wsp. ustalili, że najmniej zadowoleni z wizyty są pacjenci – mężczyźni badani przez młodszych lekarzy – kobiety [12]. Z innych badań wynika, że związek między płcią pacjenta a oceną opieki jest raczej słaby i zależy od analizowanych zmiennych [13]. Jung i wsp. na podstawie przeglądu literatury (145 badań) dowodzą, że płeć lekarza ma znaczenie dla preferencji pacjentów, tj. mężczyźni wolą chodzić do lekarzy mężczyzn, a kobiety do – lekarzy kobiet. Ponadto kobiety wykazują większe preferencje do regularnych badań profilaktycznych niż mężczyźni [14]. Obserwowane w naszych badaniach różnice między kobietami a mężczyznami w priorytetach opieki lekarza rodzinnego wymagają wyjaśnienia i zgłębienia w dalszych badaniach.

Jak píše Tobiasz-Adamczyk, idealny lekarz jest postrzegany przede wszystkim w kategoriach osobowości, tj. łatwości nawiązywania kontaktu, okazywania przyjacielskiego podejścia do pacjenta, wczuwania się w jego sytuację [2]. Wyniki naszego badania potwierdzają, że w relacji między lekarzem a pacjentem najważniejsze są emocjonalne aspekty komunikowania się oraz takie cechy lekarza, które sprzyjają tworzeniu miłej atmosfery podczas wizyty. Starsi pacjenci przywiązują dużą wagę do tego, czy lekarz jest miły, sympatyczny czy uśmiecha się, czy można z nim poartować. Często możliwość porozmawiania z lekarzem może wpływać na samopoczucie pacjenta. Potwierdza to wypowiedź jednego z respondentów: „Tak poradzi w chorobie, że wychodzisz zadowolony. Może ta choroba i zwiększa

się, ale jak porozmawiasz z nim, to wychodzisz zdrowszy (...). Nawet słowem leczą”. (M, 75).

Inaczej relacje z pacjentem postrzegają sami lekarze rodzinni. Czachowski i Pawlikowska w swoich badaniach jakościowych zauważają, że udzielanie częstych porad osobom zgłaszającym się do lekarza rodzinnego z „banalnych” powodów może być przyczyną wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej [15]. Brak zrozumienia przez lekarza potrzeb pacjenta i brak umiejętności radzenia sobie z pacjentami, którzy przede wszystkim

oczekują możliwości porozmawiania z lekarzem, może być powodem niezadowolonia z wizyty zarówno lekarza, jak też pacjenta.

Wnioski

W kontakcie z lekarzem rodzinnym starsi pacjenci potrzebują indywidualnego podejścia. Wypowiedzi respondentów wskazują na ważność komunikowania się skoncentrowanego na pacjencie.

Piśmiennictwo

- Kryj-Radziszewska E, Czachowski S. *Opieka ukierunkowana na pacjenta*. W: Windak A, Tomasiak T, Lukas W, red. *Principia nauczania medycyny rodzinnej w Polsce według EURACT Educational Agenda*. Kraków: Zdrowie i Zarządzanie; 2002: 16–20.
- Tobiasz-Adamczyk B. *Relacja lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002: 38–46.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4–11.
- Bastiaens H, Van Royen P, Rotar Pavlic D, et al. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 33–42.
- Silverman D. *Interpretacja danych jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009: 59.
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. London: Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2002: 243, 452.
- Pope C, Ziebland S, Mays N. *Analysing qualitative data*. In: Pope C, Mays N, editors. *Qualitative research in health care*. 2nd ed. London: BMJ Publishing Group; 1999: 75–88.
- Owens DJ, Batchelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Soc Sci Med* 1996; 42(11): 1483–1491.
- Smith F, Orrell M. Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age Ageing* 2007; 36: 628–631.
- Coulter A. *The Autonomous Patient. Ending paternalism in medical care*. London: The Nuffield Trust; 2002: 32–33, 115.
- Marcinowicz L, Grębowski R, Fiedorczuk I, i wsp. Oczekiwania pacjentów związane z wizytą u lekarza rodzinnego: analiza treści i próba typologii. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(1): 30–35.
- Hall JA, Irish JT, Roter DL, et al. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Medical Care* 1994; 32(2): 1216–1231.
- Heje HN, Vedsted P, Sokołowski I, et al. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 178.
- Jung PH, Baerveldt C, Olesen F, et al. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectat* 2003; 6: 160–181.
- Czachowski S, Pawlikowska T. 'These reforms killed me': doctors' perceptions of family medicine during the transition from communism to capitalism. *Fam Pract* 2011; 28(4): 437–443.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Ludmiła Marcinowicz
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego UM
ul. Mieszka I 4 B
15-054 Białystok
Tel.: 85 732-68-20
E-mail: ludmila.marcinowicz@umwb.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 26.09.2011 r.

Po recenzji: 20.12.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Sposób odżywiania jako jeden z determinantów stylu życia studentów wybranych uczelni szczecińskich

A diet as an element of the lifestyle of students of the selected higher education institutions in Szczecin

MAŁGORZATA STARCZEWSKA^{1, A, D-F}, IRENA MIKOŁAJEWSKA^{2, B}, ELŻBIETA GROCHANS^{1, A, D, E}, ANNA JURCZAK^{1, A, C, F}, MAŁGORZATA SZKUP-JABŁOŃSKA^{1, A, C, F}, MAGDALENA KUCZYŃSKA^{1, B, F}, ANNA GRZYWACZ^{3, C-E, G}, ALEKSANDRA ŻUKROWSKA^{4, A, D, G}

¹ Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Kierownik: dr n. med. Elżbieta Grochans

² Koło Naukowe przy Samodzielnej Pracowni Propedeutyki Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Opiekun Koła: dr n. med. Elżbieta Grochans

³ Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Kierownik: prof. dr hab. med. Jerzy Samochowiec

⁴ Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. Aleksandra Żukrowska, prof. nadzw. PUM

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Sposób odżywiania stanowi istotny element stylu życia i warunkuje zdrowie każdego człowieka.

Cel pracy. Podjęte badania miały na celu ukazanie sposobu odżywiania studentów wybranych uczelni szczecińskich.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 400 studentów dwóch uczelni szczecińskich: Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) i Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego (ZUT). W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowanym narzędziem badawczym był zweryfikowany kwestionariusz ankiety autorstwa dr n. med. Marzeny Zarzeczny-Baran i mgr socjologii Ewy Wojdak-Haasa.

Wyniki. Studenci PUM wskazując artykuły spożywcze, które powinny znajdować się w ich codziennej diecie, najczęściej zaznaczali warzywa i owoce oraz produkty zbożowe z pełnego ziarna. Studenci ZUT również wskazywali te same artykuły, jednak z inną częstotliwością. Godziny spożywania pierwszego posiłku przez studentów obu uczelni istotnie się różniły, natomiast podobny odsetek badanych deklarował niejedzenie obiadów w ogóle. Posiłki typu fast food raz w tygodniu spożywało 60,3% osób z ZUT i 57,4% z PUM. Płeć nie różnicowała studentów pod względem pory spożywania pierwszego posiłku oraz częstotliwości spożywanych obiadów. Mężczyźni częściej spożywali posiłki typu fast food.

Wnioski. 1. Wykazano rozpowszechnienie nieprawidłowych zachowań żywieniowych studentów obu uczelni. 2. Miejsce zamieszkania podczas studiów nie wpływało istotnie na sposób odżywiania się. 3. Celowe jest zapoznanie studentów z zasadami racjonalnego żywienia zwłaszcza na uczelniach, gdzie kształcenie nie obejmuje zagadnień promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe: studenci, sposób odżywiania, styl życia.

Summary **Background.** A diet is an important element of a lifestyle, the one which influences health of every man.

Objectives. The aim of this study was to present nutritional habits of students of the selected higher education institutions in Szczecin.

Material and methods. The study group consisted of 400 students of two higher education institutions in Szczecin: the Pomeranian Medical University and the Westpomeranian Technological University. This survey-based study was performed using a verified version of the questionnaire compiled by Ph.D. Marzena Zarzeczny-Baran and Master of Sociology, Ewa Wojdak-Haasa.

Results. Most students of the Pomeranian Medical University mentioned vegetables and fruit as well as full-cereal products as foodstuffs, which should be included in their everyday diets. Also students of the Westpomeranian Technological University pointed out the above mentioned products, but they did it less frequently. There were considerable differences between the students of both higher education institutions in the times of their first meals, while the numbers of students from both institutions, who admitted to not having dinners, were similar. Fast food was eaten

once a week by 60.3% of students of the Westpomeranian Technological University and 57.4% of students of the Pomeranian Medical University. There were no differences in the times of first meals and the frequency of dinner consumption between students depending on their gender. The men ate fast food more often than the women.

Conclusions. 1. It was proved that bad nutritional habits were common among students of both higher education institutions. 2. A place of living during studies had no significant influence on the students' diets. 3. It seems reasonable to introduce students to the principles of a well-balanced diet, especially at those higher education institutions, where education programs do not include issues concerning health promotion.

Key words: students, diet, life style.

Wstęp

Sposób odżywiania stanowi istotny element stylu życia i warunkuje zdrowie każdego człowieka. Prawidłowe odżywianie powinno być zgodne ze wskazówkami nauki o żywieniu, z uwzględnieniem uwarunkowań genetycznych, społecznych i kulturowych oraz umożliwiać osiągnięcie pełnego rozwoju i utrzymanie sprawności do późnego wieku [1–3].

Przemiany społeczne i kulturowe, które przyczyniły się do szybkiego tempa życia oraz wzrostu nieograniczonej konsumpcji, wpłynęły w znacznym stopniu na zmianę sposobu żywienia. Wraz z postępem cywilizacji wzrosła liczba chorób dietozależnych, których przyczyną są w głównej mierze złe nawyki żywieniowe [4].

Młodzież akademicka tworzy szczególne środowisko, w którym występuje wiele ujemnych czynników wpływających na zachowania zdrowotne studentów. Prowadzenie nieregularnego trybu życia oraz nieracjonalne odżywianie się może wpływać na powstanie wielu chorób przewlekłych [5].

Cel pracy

Podjęte badania miały na celu ukazanie sposobu odżywiania studentów wybranych uczelni szczecińskich.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2009 r. wśród 400 studentów studiów stacjonarnych dwóch uczelni szczecińskich: Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego (ZUT) i Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM). Respondentów podzielono na dwie grupy liczące po 200 osób, w skład których wchodziłi studenci ZUT – 111 kobiet i 89 mężczyzn oraz studenci PUM – 159 kobiet i 41 mężczyzn.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowanym narzędziem badawczym był zweryfikowany kwestionariusz ankiety autorstwa dr n. med. Marzeny Zarzeczny-Baran i mgr socjologii Ewy Wojdak-Haasa – pracowników Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecz-

nej AM w Gdańsku. W pracy wykorzystano pytania dotyczące sposobu odżywiania oraz poddano ocenie wpływ czynników socjodemograficznych.

Wyniki

W badaniach uczestniczyły osoby w wieku od 19 do 26 lat. Średnia wieku studentów PUM to $22,5 \pm 0,7$ lata, a studentów ZUT $23,8 \pm 1,1$ lat. Nieco ponad połowę studentów Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie stanowiły kobiety – 55,5%. Mężczyzn w tej grupie było 44,5%. Wśród studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego zdecydowaną większość stanowiły panie – 79,5%. Analiza stanu cywilnego wykazała, że w obu grupach większość stanowili kawalerowie lub panny odpowiednio 95 oraz 98%. Pozostali byli w związkach formalnych lub nieformalnych.

W domu rodzinnym w czasie studiów mieszkała blisko połowa (47,2%) z badanej grupy studentów ZUT, podczas gdy w grupie studentów pobierających naukę na PUM, w domu rodzinnym mieszkało 27% osób. Osoby mieszkające w domach studenckich, na stancjach lub wynajmujące mieszkanie to 73% studentów PUM i 52,8% ZUT.

Studenci PUM wskazując artykuły spożywcze, które powinny znajdować się w ich codziennej diecie, najczęściej zaznaczali warzywa i owoce – 89%, produkty zbożowe z pełnego ziarna – 87%, 52% wskazało ryby. Studenci ZUT również wskazywali te same artykuły jednak z inną częstością: produkty zbożowe z pełnego ziarna – 79,5%, warzywa i owoce – 65%, natomiast ryby – 58%. W obu grupach studentów najrzadziej wymieniane były: słodczyce, białe pieczywo, makaron i ryż.

Godziny pierwszego posiłku, spożywanego między godziną 6.00 a 8.00 wskazało 47,2% studentów z PUM i 27,1% z ZUT ($p < 0,05$). Z kolei 57,3% studentów ZUT istotnie częściej spożywało pierwszy posiłek między godziną 8.00 a 10.00, a tylko 37,2% studentów PUM jadło w tych godzinach ($p < 0,05$) (tab. 1).

Na obu uczelniach podobny odsetek badanych deklarował niejedzenie obiadów w ogóle. Istotnie więcej studentów PUM – 65,8% niż studentów

Tabela 1. Analiza sposobu odżywiania studentów			
	ZUT	PUM	p
	n (%)	n (%)	
Pora spożywania pierwszego posiłku			
6.00–8.00	54 (27,1)	94 (47,2)	< 0,05
8.00–10.00	114 (57,3)	74 (37,2)	< 0,05
10.00–12.00	25 (12,6)	24 (12,1)	> 0,05
Po godz. 12.00	6 (3,0)	7 (3,5)	> 0,05
Częstość spożywania obiadów			
Codziennie	100 (50,3)	131 (65,8)	< 0,05
Nie codziennie	98 (49,2)	60 (30,2)	< 0,05
Nie jadam obiadów	1 (0,5)	8 (4)	> 0,05
Pora spożywania ostatniego posiłku			
Do godz. 18.00	53 (26,6)	29 (14,7)	< 0,05
18.00–20.00	76 (38,2)	81 (41,1)	> 0,05
20.00–22.00	50 (25,1)	58 (29,40)	> 0,05
Po godz. 22.00	20 (10,1)	29 (14,7)	> 0,05
Miejsca przygotowania spożywanego obiadów			
W domu	165 (82,9)	175 (88,8)	> 0,05
W stołówce	9 (4,5)	14 (7,1)	> 0,05
W barach	25 (12,6)	8 (4,1)	< 0,05
Częstość spożywania posiłków typu fast food			
1 raz w tygodniu	120 (60,3)	113 (57,4)	> 0,05
2–3 razy w tygodniu	27 (13,6)	12 (6,1)	< 0,05
4–6 razy w tygodniu	5 (2,5)	2 (1,0)	> 0,05
Codziennie	1 (0,5)	2 (1,0)	> 0,05
Nigdy	46 (23,1)	68 (34,5)	< 0,05

ZUT – 50,3% jadło obiady codziennie ($p < 0,05$). Nie codziennie spożywało obiad 49,2 osób z ZUT i 30,2% z PUM ($p < 0,05$) (tab. 1).

Preferencje, co do godzin spożywania ostatniego posiłku w obu badanych grupach były podobne. Jedyne pora spożywania przez studentów ostatniego posiłku w ciągu dnia do godz. 18.00 wykazała, że istotnie więcej studentów ZUT – 26,5% niż studentów PUM – 14,5% preferowało taki sposób rozkładu posiłków ($p < 0,05$) (tab. 1).

Studenci PUM wyraźnie rzadziej spożywali obiady przygotowywane w barach (tak deklarowało 4,1% niż studenci ZUT (12,6%) ($p < 0,05$) (tab. 1).

Posiłki typu fast food 2–3 razy w tygodniu spożywa znacznie większa liczba studentów ZUT – 13,6% niż PUM – 6,1% ($p < 0,05$). Wyraźnie

więcej studentów pobierających naukę w PUM twierdziło, iż nie korzysta z tego typu produktów – 34,5%. Dla porównania rezygnację z fast foodów zadeklarowało 23,1% studentów ZUT ($p < 0,05$) (tab. 1).

Kolejno przeanalizowano pory spożywania pierwszego posiłku ze względu na płeć. Wskazywane były z podobną częstotliwością. Płeć nie różnicowała studentów pod względem pory spożywania pierwszego posiłku w ciągu dnia oraz częstotliwości spożywania przez studentów obiadu ($p > 0,05$) (tab. 2).

Zwraca uwagę fakt spożywania przez kobiety znacznie częściej (44,6%) niż przez mężczyzn (29,5%) kolacji w godzinach 18.00–20.00. Odsetek 17,1% mężczyzn jadających ostatni posiłek w cią-

Tabela 2. Analiza sposobu odżywiania studentów a płeć

	Kobieta	Mężczyzna	p
	n (%)	n (%)	
Pora spożywania pierwszego posiłku			
6.00–8.00	105 (39)	43 (33,3)	> 0,05
8.00–10.00	125 (46,5)	63 (48,8)	> 0,05
10.00–12.00	28 (10,4)	21 (16,3)	> 0,05
Po godz. 12.00	11 (4,1)	2 (1,6)	> 0,05
Częstość spożywania obiadów			
Codziennie	151 (56,1)	80 (62,0)	> 0,05
Nie codziennie	111 (41,3)	47 (36,4)	> 0,05
Nie jadłam obiadów	7 (2,6)	2 (1,6)	> 0,05
Pora spożywania ostatniego posiłku			
Do godz. 18.00	56 (21)	26 (20,2)	> 0,05
18.00–20.00	119 (44,6)	38 (29,5)	< 0,05
20.00–22.00	65 (24,3)	43 (33,3)	> 0,05
Po godz. 22.00	27 (10,1)	22 (17,1)	< 0,05
Miejsca przygotowania spożywanych obiadów			
W domu	234 (87,3)	106 (82,8)	> 0,05
W stołówce	16 (6,0)	7 (5,5)	> 0,05
W barach	18 (6,7)	15 (11,7)	> 0,05
Częstość spożywania posiłków typu fast food			
1 raz w tygodniu	151 (56,3)	82 (64,1)	> 0,05
2–3 razy w tygodniu	21 (7,8)	18 (14,1)	< 0,05
4–6 razy w tygodniu	5 (1,9)	2 (1,6)	> 0,05
Codziennie	3 (1,1)	0 (0,0)	> 0,05
Nigdy	88 (32,8)	26 (20,3)	< 0,05

gu dnia po godzinie 22.00 był natomiast znacznie większy niż udział kobiet (10,1%) jadających o tej porze ($p < 0,05$) (tab. 2).

Mężczyźni (14,1%) częściej przyznawali się do spożywania posiłków typu fast food 2–3 razy częściej w tygodniu niż kobiety – 7,8%. Panie (32,8%) natomiast, istotnie częściej niż panowie (20,3%) stwierdzały, że w ogóle nie spożywają tego typu posiłków ($p < 0,05$) (tab. 2).

Osoby zamieszkujące w domu rodzinnym lub poza nim udzielały podobnych odpowiedzi. Porównanie odpowiedzi wypadło na korzyść osób mieszkających w domu rodzinnym. W podobnych godzinach studenci spożywali śniadania i z taką samą częstotliwością spożywali obiady. Jednak osoby mieszkające w domu rodzinnym

podczas studiów (27,2%) istotnie częściej spożywały ostatni posiłek w ciągu dnia do godziny 18.00 aniżeli studenci „przyjezdni” (16,9%) ($p < 0,05$). Druga grupa (stanowiąca 30,6%) wyraźnie częściej jadła kolację między godziną 20.00 a 22.00, niż osoby zamieszkujące w domu (21,95%) ($p < 0,05$) (tab. 3).

Osoby mieszkające w domu rodzinnym podczas studiów, tj. 95,9% studentów, znacznie częściej spożywały obiady przygotowywane w domu, niż miało to miejsce w przypadku studentów „przyjezdnych”, tj. 79,9%. Osoby wynajmujące stancję, mieszkanie lub zajmujące pokój w akademiku istotnie częściej niż ich koledzy pozostający w domu rodzinnym korzystali ze stołówek (8%) lub barów (12%). Osoby zamieszkujące w czasie studiów w domu rodzinnym

Tabela 3. Analiza sposobu odżywiania studentów a miejsce zamieszkania podczas studiów			
	ZUT	PUM	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Pora spożywania pierwszego posiłku			
6.00–8.00	87 (34,8)	61 (41,5)	> 0,05
8.00–10.00	120 (48,0)	67 (45,6)	> 0,05
10.00–12.00	33 (13,2)	16 (10,9)	> 0,05
Po godz. 12.00	10 (4,0)	3 (2,0)	> 0,05
Częstość spożywania obiadów			
Codziennie	146 (58,4)	84 (57,1)	> 0,05
Niecodziennie	99 (39,6)	59 (40,1)	> 0,05
Nie jadam obiadów	5 (2,0)	4 (2,7)	> 0,05
Pora spożywania ostatniego posiłku			
Do godz. 18.00	42 (16,9)	40 (27,2)	< 0,05
18.00–20.00	99 (39,9)	58 (39,5)	> 0,05
20.00–22.00	76 (30,6)	31 (21,1)	< 0,05
Po godz. 22.00	31 (12,5)	18 (12,2)	> 0,05
Miejsca przygotowania spożywanych obiadów			
W domu	199 (79,9)	140 (95,9)	< 0,05
W stołówce	20 (8)	3 (2,1)	< 0,05
W barach	30 (12)	3 (2,1)	< 0,05
Częstość spożywania posiłków typu fast food			
1 razy w tygodniu	141 (56,9)	91 (61,9)	> 0,05
2–3 razy w tygodniu	30 (12,1)	9 (6,1)	< 0,05
4–6 razy w tygodniu	4 (1,6)	3 (2,0)	> 0,05
Codziennie	2 (0,8)	1 (0,7)	> 0,05
Nigdy	71 (28,6)	43 (29,3)	> 0,05

spożywały posiłki w stołówkach (2,1%) i w barach (2,1%) ($p < 0,05$) (tab. 3).

Nie wykazano statystycznie istotnej zależności, między mieszkaniem przez badanych w domu rodzinnym lub akademiku a częstotliwością spożywania posiłków typu fast food ($p > 0,05$). Jednak studenci pomimo zamieszkiwania w domu rodzinnym w większym odsetku (61,9%) wskazywali spożywanie posiłków typu fast food raz w tygodniu niż (56,9%) studenci mieszkający w akademiku.

Posiłki typu fast food 2–3 razy w tygodniu spożywało 12,1% studentów mieszkających w akademiku i 6,01% studentów mieszkających w domu rodzinnym ($p < 0,05$) (tab. 3).

Dyskusja

Niewątpliwym wpływem na styl życia młodzieży akademickiej ma sposób odżywiania. Nawyki żywieniowe kształtowane są w dzieciństwie, utrwalają się w okresie wczesnej młodości i są powielane w życiu dorosłym. Sposób odżywiania zależy również od sytuacji materialnej, miejsca zamieszkania i trybu życia uzależnionego od rozkładu zajęć na uczelni. Czynniki te często mogą wpływać na nieprzestrzeganie zasad prawidłowego żywienia.

Młodzież akademicka w Lublinie, opisywana przez Bielaka i współautorów, spożywała posiłki typu fast food raz w tygodniu (36%) i dwa, trzy razy w miesiącu (64%) [6].

Cuber przeprowadzając badania w 2008 r. wśród studentów lubelskich uczelni wykazał, że posiłki typu fast food cieszyły się niską popularnością, bo korzystało z nich zaledwie 35% badanych, w tym 78% jadło tego typu posiłki tylko raz w miesiącu [4].

Badania własne wykazały odmienne wyniki, posiłki typu fast food raz w tygodniu spożywało 60,3% osób z ZUT i 57,4% z PUM, dwa, trzy razy w tygodniu – 13,6% studentów ZUT i 6,1% z PUM. Zaobserwowano znacznie większy udział w konsumpcji posiłków typu fast food niż w badaniach wcześniejszych. Wyraźnie większą część wśród niekorzystających z tej formy posiłku stanowili studenci PUM. Zwiększona konsumpcja fast foodów powoduje zmniejszenie spożycia pełnowartościowej żywności i zwiększa ryzyko powstania nadwagi, otyłości i innych chorób cywilizacyjnych.

Szponar i Krzyszycha przedstawiając grupę badanych studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie podali, że raz w tygodniu posiłki typu fast food spożywa 4,9% kobiet i 19,4% mężczyzn, natomiast kilka razy w tygodniu – 2,5% kobiet i 9% mężczyzn. Porę spożywania ostatniego posiłku „przed 20” w tychże badaniach wskazało 34,9% kobiet i 16,4% mężczyzn, między 20.00 a 22.00 – 55,2% kobiet i 55,3% mężczyzn. Po 22.00 konsumowało – 9,9% kobiet i 28,3% mężczyzn [7].

Badania własne, również w tym przypadku, wykazały odmienne wyniki. Raz w tygodniu posiłek typu fast food spożywa 56,3% kobiet i 64,1% mężczyzn. Kilka razy w tygodniu taki rodzaj posiłku spożywa 7,8% studentek i 14,1% studentów. Również analiza pór spożywanego posiłku ukazała znaczne różnice w wynikach badań własnych a Szponara i Krzyszychy [7]. Analizując przeprowadzone badania ustalono, iż studenci profilu medycznego jako produkty codziennej diety najczęściej wymieniali warzywa i owoce (89%) oraz produkty zbożowe z pełnego ziarna (87%). Ponad połowa ankietowanych (52%) wskazała również ryby. Studenci uczelni technicznej również najczęściej wskazywali wspomniane odpowiedzi, jednak z inną częstością: produkty zbożowe z pełnego ziarna wymieniali 79,5%, warzywa i owoce – 65%, a ryby – 58% osób. Nabiał wskazało około 25% ankietowanych. Mięso drobiowe, jako produkt codziennej diety, podało 30% studentów ZUT i 23% studentów PUM. W obu grupach studentów najrzadziej wymieniane były słodkie, białe pieczywo, makaron i ryż.

Podobne wyniki uzyskała Piotrowska i współautorzy przedstawiając grupę badanych studentów pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Gdańsku, podając, że 73,1% osób spożywało owoce i warzywa codziennie, a zasady racjonalnego odżywiania zadeklarowało 71,6% studentów [8]. Odmienne wyniki badań otrzymali Pietryka-Michałowska,

Wdowiak i Szymańska badając studentów Akademii Medycznej w Lublinie. Stwierdzono, że aż 31,9% badanych nie umieściło w swoim codziennym jadłospisie warzyw i owoców, a jeszcze więcej osób nie uwzględniło produktów mlecznych. Spożycie mięsa białego wynosiło 46%, a czerwonego – 42%. Umieszczenie słodczy w codziennej diecie wykazało 32,1% ankietowanych [9].

Według ustaleń własnych – analizując przeprowadzone badania – stwierdzono, iż studenci PUM częściej spożywali pierwszy posiłek w ciągu dnia między godziną 6.00 a 8.00, zaś studenci ZUT pierwszy posiłek spożywali zazwyczaj w godzinach 8.00–10.00. Zaobserwowano też, iż osoby studiujące w PUM (65,8%) znacznie częściej jadły codziennie obiad niż studenci ZUT (50,3%). Niedziennie spożywało obiad aż 49,2% osób z ZUT i 30,2% osób z PUM. Analizując pory spożywania ostatniego posiłku przez studentów, zaobserwowano, iż to osoby pobierające naukę na ZUT (26,5%) znacznie częściej niż ich koledzy z PUM (14,5%) spożywali ostatni posiłek w ciągu dnia do godziny 18.00. Studenci PUM (4,1%) wyraźnie rzadziej spożywali obiady przygotowywane w barach, niż miało to miejsce w przypadku studentów ZUT – 12,6%.

Zestawienie sposobu odżywiania studentów szczecińskich uczelni i miejsca zamieszkania podczas studiów wykazała, że miejsce to nie wpływa istotnie na sposób odżywiania się studentów. W przeprowadzonej ocenie, wykazano jednak korzystniejsze zwyczaje żywieniowe studentów zamieszkujących podczas studiów w domu rodzinnym.

Podobne wnioski uzyskała Stefańska i współautorzy analizując zachowania żywieniowe studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [10].

Wnioski

1. Badania wykazały rozpowszechnienie nieprawidłowych zachowań żywieniowych studentów obu uczelni, ale to studenci ZUT częściej niż studenci PUM odżywiali się nieracjonalnie.
2. Miejsce zamieszkania podczas studiów nie wpływało istotnie na sposób odżywiania się.
3. Celowe jest opracowanie programu edukacji zdrowotnej ze wskazaniem na zasady racjonalnego żywienia zwłaszcza na uczelniach, gdzie kształcenie nie obejmuje zagadnień promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
4. Konieczna jest poprawa sposobu odżywiania studentów, zwłaszcza przez poprawę logistyki punktów żywieniowych, które oferują zdrowe posiłki na terenie uczelni i osiedli akademickich.

Piśmiennictwo

1. Gawęcki J, Roszkowski W. *Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne*. T. 3. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009: 408.
2. Gertig H, Gawęcki J. *Słownik terminów żywieniowych*. T. 3. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2001: 137.
3. Wolański N. *Ekologia człowieka. Podstawy ochrony środowiska i zdrowia człowieka. Ewaluacja i dostosowanie biokulturowe*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008: 528.
4. Cuber T, Michalak E. Amerykanizacja życia społecznego a nawyki żywieniowe młodzieży akademickiej. *Pielęgn XX Wieku* 2009; 1–2(26–27): 53–59.
5. Wędołowska L, Cichoń R. Wpływ czynników środowiskowych na sposób żywienia młodzieży akademickiej. *Żyw Człow Metab* 1996; 23: 10–20.
6. Bielak J, Krzyszycha R, Szponar B. *Ocena sposobu odżywiania się i innych zachowań studentów Lublina*. Lublin: Annales UMCS 2006; Sectio D, 61(2): 874–879.
7. Szponar B, Krzyszycha R. Ocena sposobu odżywiania studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w roku akademickim 2007–2008. *Bromat Chem Toksykol* 2009; XLII, 2: 111–116.
8. Piotrkowska R, Książek J, Wilczewska L. *Zachowania zdrowotne studentów Oddziału Pielęgniarstwa AM w Gdańsku*. Lublin: Annales UMCS 2005; Sectio D, 60(16): 357–360.
9. Pietryka-Michałowska E, Wdowiak L, Szymańska J. Zachowania zdrowotne studentów akademii medycznej. III. Sposób odżywiania [online], *Zdrowie Publiczne* 2005; 115(1): 71–74. (dostęp: 07.04.2010). Dostępny na URL: <http://www.zdrowiepubliczne.pl/artukul/szczegoly/id/1515>.
10. Stefańska E, Ostrowska L, Radziejewska I, i wsp. Sposób żywienia studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w zależności od miejsca zamieszkania w trakcie studiów. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91(4): 585–590.

Adres do korespondencji:

Mgr Małgorzata Starczewska

Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa PUM

ul. Żołnierska 48

71-210 Szczecin

Tel.: 91 480-09-10

E-mail: mlary@sci.pam.szczecin.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2011 r.

Po recenzji: 10.09.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

25 lat HIV w Polsce. Czy coś się zmieniło?

25 years of HIV in Poland. Has anything changed?

MAGDALENA ANKIERSZTEJN-BARTCZAK^{1, 2, A-F}¹ Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego
Dyrektor Instytutu: dr hab. Wojciech Pawlik² Fundacja Edukacji Społecznej

Prezes Zarządu: mgr Magdalena Ankiersztejn-Bartczak

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Od wykrycia pierwszego przypadku zakażenia HIV w Polsce minęło ponad 25 lat. Wirus ten ma od lat znaną drogę przenoszenia, przebieg zakażenia oraz poznane są skuteczne metody leczenia lekami antyretrowirusowymi. Zakażenie HIV przestało być medycznie traktowane jako wyrok śmierci. Stało się chorobą przewlekłą, poddającą się leczeniu.

Polska jest krajem o najwyższym w Europie wskaźniku osób, które nie wiedzą o swoim zakażeniu. Szacuje się, że od 50 do 70% osób nie wie, że jest osobą seropozytywną. Brak wiedzy o zakażeniu zwiększa 3,5-krotnie ryzyko zakażenia drugiej osoby. Niepokojące meldunki epidemiologiczne z 2011 r. wskazują, że tylko do lipca zarejestrowano 817 nowych zakażeń, a w całym 2010 r. łącznie było zgłoszonych 649.

Ostatnie międzynarodowe badania STIGMA INDEX koordynowane przez Stowarzyszenie „SIEĆ PLUS” przeprowadzone w 2010 r. w Polsce na grupie 502 osób żyjących z HIV wskazują, że osoby seropozytywne czują się dyskryminowane i stygmatyzowane. Uważają one, że przyczyną takiego traktowania jest najczęściej brak wiedzy Polaków o HIV. Niepokojącym staje się fakt, że 20% osób było stygmatyzowanych w ostatnim roku przez personel medyczny.

Praca ma na celu przedstawienie aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce, nowych trendów oraz sytuacji osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce. Opiera się na zebranych danych z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny (NIZP PZH), z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD) oraz wieloletniego doświadczenia w pracy z osobami seropozytywnymi.

Słowa kluczowe: epidemiologia, zakażenie HIV, Polska, testowanie.

Summary Since the discovery of the first case of HIV infection in Poland, it took more than 25 years. For years, we have known the transmission route of this virus, the course of infection and we have found the effective methods of the antiretroviral treatment. HIV infection has ceased to be medically treated as a death sentence. It has become a chronic disease that can be treated.

Poland is a country in Europe with the highest rate of people who do not know that they are infected. It is estimated that from 50 to 70% of people do not know that they are seropositive. Lack of knowledge of infection will increase 3.5 times the risk of infection of the other person. Disturbing epidemiological reports from 2011 indicate that until July 817 new infections were registered, and throughout 2010, 649 cases were reported.

Recent international study STIGMA INDEX coordinated by “NETWORK PLUS” Association conducted in 2010 in Poland on a group of 502 people living with HIV indicate that seropositive individuals feel discriminated against and stigmatized. They believe that the reason for such mistreatment is often a lack of knowledge of Poles about HIV. A worrying fact is that 20% of people were stigmatized in the last year by medical personnel.

This paper is to present the current epidemiological situation in Poland, new trends and the situation of people living with HIV and AIDS in Poland. It is based on data collected by the National Institutes of Health National Institute of Public Health (NIPH NIH), the Voluntary Consulting and Testing Centers (VCT) and years of experience in working with seropositive individuals.

Key words: epidemiology, HIV infection, Poland, testing, VCT.

Wstęp

Rozpoznanie w latach 80. ubiegłego stulecia nowego ludzkiego wirusa upośledzenia odporności – HIV stało się początkiem nowej epidemii. Początkowo myślano, że dotyczy ona tylko wybranych

grup, przede wszystkim mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami, osób przyjmujących substancje psychoaktywne drogą dożylną oraz osób świadczących usługi seksualne. Kolejne doniesienia wskazały drogi zakażenia: krwiopochodną, seksualną, wertykalną. Poznano również sposoby

ograniczenia zakażenia oraz skutecznej metody zabezpieczenia przed HIV w kontaktach seksualnych w postaci prezerwatywy, która dobrze użyta, jest barierą dla wirusa.

Początkowa mobilizacja w walce z nową, śmiertelną chorobą przekładała się na szeroko zakrojoną edukację oraz wiele działań profilaktycznych. Brak skutecznego leczenia powodował, że społeczeństwo bało się nowej choroby. Niepewność co do dróg zakażenia spowodowała alienację i stygmatyzację osób zakażonych. Nie znając dróg zakażenia, bano się codziennych kontaktów z osobami seropozytywnymi.

Rozpoczęcie skutecznego leczenia spowodowało przełom w medycynie i życiu osób seropozytywnych. Perspektywa zakażenia HIV jako choroby przewlekłej, a nie śmiertelnej, znacząco wpłynęła na jakość życia dotkniętych tym problemem.

Jak wygląda obecnie sytuacja w Polsce po ponad ćwierćwieczu od rozpoznania HIV? Czy zahamowana została epidemia? Czy osoby zakażone, które nie stanowią zagrożenia dla społeczeństwa, są traktowane normalnie?

Epidemiologia

Od początku epidemii (1985 r.) do 31 lipca 2011 r. zarejestrowano ogółem 14 725 zakażonych, w tym co najmniej 5 849 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 945 przez kontakt heteroseksualny oraz 1147 przez kontakt seksualny między mężczyznami. Ogółem odnotowano 2623 zachorowania na AIDS; 1103 chorych zmarło [1]. Dane te to zgłoszenia laboratoriów wykonujących badania w kierunku HIV oraz placówek medycznych zajmujących się pacjentami zakażonymi HIV. Należy pamiętać, że w Polsce niewielki odsetek osób zrobił kiedykolwiek test w kierunku HIV. Z danych European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) wynika, że ryzyko transmisji HIV u osób niewiedzących o swoim zakażeniu jest 3,5-krotnie

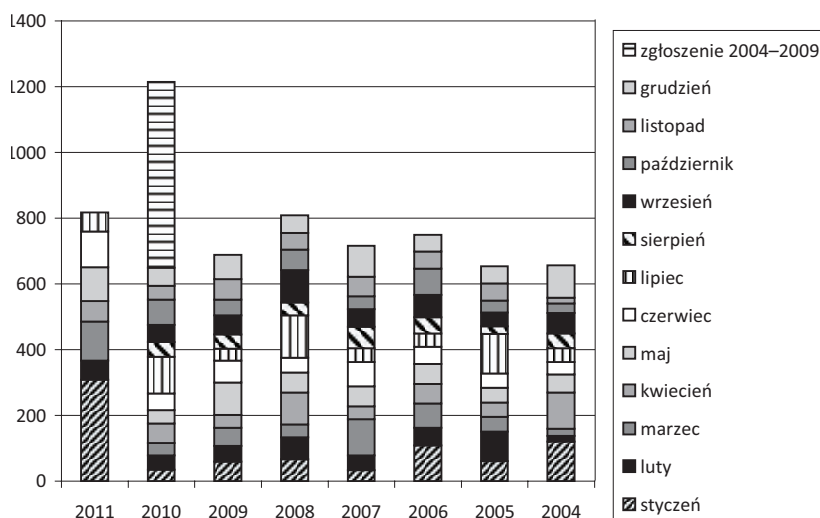
większe niż u osób świadomych swojego zakażenia [2]. Polska jest krajem w Unii Europejskiej o najwyższym odsetku osób nieświadomych swojego zakażenia. Szacuje się, że ponad 50% zakażonych Polaków nie wie, że HIV również dotyczy ich [3].

Analizując dane epidemiologiczne zamieszczone na stronie NIZP PZH, zauważa się niepokojący wzrost rejestrowanych zakażeń w 2011 r. (ryc. 1). Przez ostatnie lata mówiło się o stabilnej sytuacji epidemiologicznej. Rocznie rejestrowano średnio około 700 zakażeń. Z danych wynika, że w tym roku, tylko do 31 lipca 2011 r. zarejestrowano 816 osób, u których wykryto HIV.

Wzrost wykrytych zakażeń mógłby być związany z większą liczbą osób wykonujących badania w kierunku HIV. Jednak tej tendencji nie widać w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD). W prowadzonym przez Fundację Edukacji Społecznej (FES) ze środków Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy i Krajowego Centrum ds. AIDS dwóch PKD w Warszawie liczba osób wykonujących badania utrzymuje się na podobnym poziomie. Jednak liczba wykrytych zakażeń jest prawie dwa razy większa (tab. 1).

Opracowanie własne na podstawie danych z punktów

Znaczny wzrost zauważany jest również w rozpoznaniach AIDS (ryc. 2). Mimo że od 1996 r. są skuteczne leki hamujące replikację wirusa, pozwalające na utrzymanie odporności na dobrym poziomie, tylko do lipca 2011 r. zgłoszono 184 zachorowania na AIDS. Może to świadczyć o późno wykrytych zakażeniach. Ludzie żyją przez wiele lat nieświadomi swojego zakażenia, a pogarszający się stan zdrowia nie spowodował podjęcia diagnostyki w kierunku HIV. Dopiero choroby wskazujące na AIDS i zniszczona odporność przyczyniły się do późnego rozpoznania.



Rycina 1. Liczba zgłoszonych zakażeń HIV w latach 2004–2011 z podziałem na miesiące. Opracowanie własne na podstawie danych ze strony www.pzh.gov.pl.

Tabela 1. Zestawienie wyników testów z pierwszego półrocza 2010 i 2011 r. z PKD w Warszawie prowadzonych przez FES

Wyniki	01–06. 2010	01–06. 2011
Ujemne	1 816	1 917
Dodatnie	19	33
Razem	1 835	1 950
Wykrywalność	1/100	1,7/100

W 2011 r. zauważalny jest również znaczący wzrost zgłaszanych zgonów w związku z AIDS. Do lipca odnotowano 50 przypadków, a w 2010 r. łączna liczba wynosiła 38 (ryc. 3). Od kilku lat w Polsce była tendencja malejąca, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej. Ten wzrost może być związany z późno wykrytymi zakażeniami i zbyt późno podjętym leczeniem. Warto przypomnieć, że przy wcześnie wykrytym zakażeniu, monitoringu wirerii i CD4, można skutecznie wydłużyć życie pacjenta i nie dopuścić do rozwinięcia pełnoobjawowego AIDS, a tym bardziej do zgonów.

Tak znaczące wzrosty zarejestrowanych nowych zakażeń, zachorowań i zgonów na AIDS powinny spowodować ponowne rozważenie sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Od kilku lat środki przeznaczone na profilaktykę HIV/AIDS są coraz mniejsze. Utrzymująca się tendencja zakażeń, szczególnie w grupie osób młodych między 20. a 30. rokiem życia, uświadamia, że pokolenie, które urodziło się w erze HIV nie potrafi się ustrzec tego zakażenia.

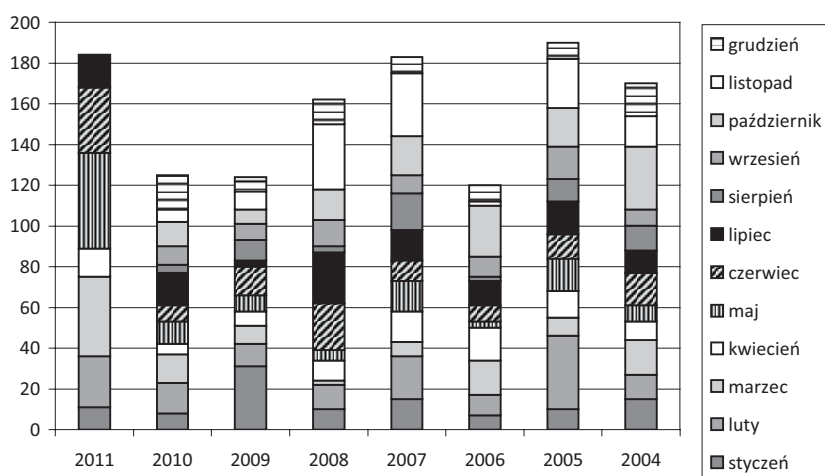
Pozorne oswojenie się z tematyką HIV/AIDS coraz częściej przekłada się również na myślenie Polaków „mnie to nie dotyczy”. Niestety ostatnie doniesienia prasowe dotyczące tej tematyki nagłaśniały tylko sprawy osób, które świadomie narażały innych na zakażenie. Utwierdzone zostały stereotypy grup ryzyka: narkomanów, osób homoseksualnych i prostytutkiujących się. Głośna sprawa

Simona M. dołączyła do tych grup jeszcze osoby ciemnoskóre jako te, których zakażenie HIV może dotyczyć.

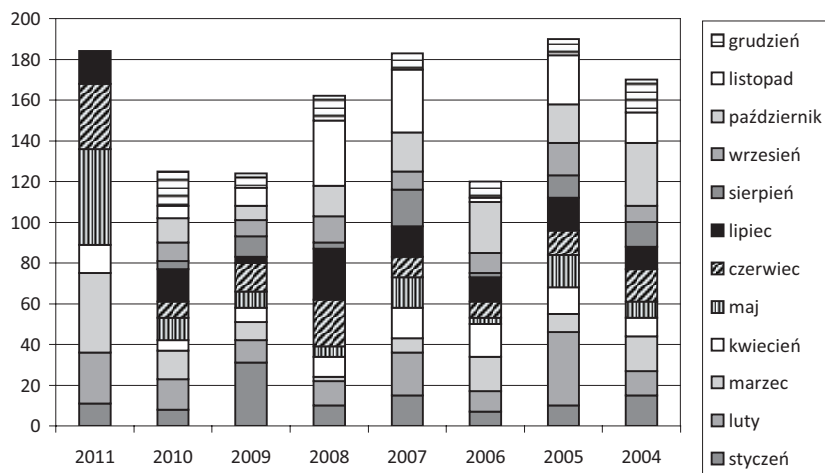
Wszystko to uśpiło społeczne działanie. Wiele osób heteroseksualnych nigdy nie robiło testu na HIV, gdyż nie podejrzewają u siebie ryzyka zakażenia, mimo że nie miały jednego, stałego, wiernego partnera, który miał wykonany test. Późno wykryte zakażenia mogą być też efektem braku diagnostyki w kierunku HIV wobec pacjentów w podstawowej opiece medycznej. Kobiety w ciąży zgodnie z prawem powinny mieć proponowane testy w kierunku HIV. Wykryte zakażenie w ciąży ciągle daje prawie 100% szansę na urodzenie zdrowego dziecka. Tylko trzeba mieć rozpoznanie. Co roku w Polsce kilkoro dzieci rodzi się z matek zakażonych HIV, które nie były świadome swojego zakażenia. Uwrażliwienie środowiska medycznego na problematykę HIV/AIDS powinno stanowić jeden z elementów działań edukacyjnych.

Życie z HIV

Od 1987 r., kiedy pojawił się lek AZT, który miał wydłużyć życie z HIV, pojawiła się nadzieja dla osób zakażonych. Pierwsze lata z zakażeniem HIV były przygotowywaniem pacjenta do śmierci. Dopiero dobre wyniki reakcji układu odpornościowego na leki antyretrowirusowe stały się podstawą do dalszych prac nad kolejnymi coraz to bardziej skutecznymi lekami [4]. Obecna sytuacja osób seropozytywnych diametralnie różni się od tej z przed 25 lat. Osoby z HIV, które dowiadują się o swoim zakażeniu, już nie mają nad sobą wyroku śmierci, już nie muszą rezygnować z pracy czy dalszych planów na życie. Obowiązujące w Polsce prawo pozwala im tak samo funkcjonować w społeczeństwie, jak i innym ludziom. Jedynym ograniczeniem jest obowiązek informowania partnerów seksualnych o swoim zakażeniu. Narażenie kogoś na zakażenie podlega karze pozbawienia wolności.



Rycina 2. Liczba zgłoszonych zachorowań na AIDS między 2004–2011 z podziałem na miesiące. Opracowanie własne na podstawie danych ze strony www.pzh.gov.pl



Rycina 3. Liczba zgłoszonych zgonów na AIDS w latach 2004–2011 z podziałem na miesiące. Opracowanie własne na podstawie danych ze strony www.pzh.gov.pl

Skuteczne leczenie przekłada się również na lepszą jakość życia pacjentów, gdyż leki mają coraz mniej dotkliwe skutki uboczne. Jednak należy pamiętać, że jest to ciągle terapia do końca życia. A długoterminowe skutki terapii są ciągle poznawane i analizowane. Terapia raz rozpoczęta, zgodnie z obowiązującą wiedzą, jest terapią, której nie można przerwać.

25 lat epidemii powinno być wystarczającym czasem, by społeczeństwo przyzwyczało się do osób zakażonych, jako osób, które mają takie same prawa i obowiązki.

Międzynarodowe badania STIGMA INDEX realizowane przez Stowarzyszenie SIEĆ PLUS miały sprawdzić, czy pacjenci seropozytywni są w Polsce stygmatyzowani. Przebadane zostały 502 osoby z całej Polski. Wielowątkowa ankieta do prowadzenia wywiadu poruszała różne zagadnienia życia z HIV. Międzynarodowy kwestionariusz pozwolił na porównanie badań w różnych krajach.

Badania wykazały, że osoby seropoztywne ciągle nie czują się pełnowartościowymi członkami społeczeństwa. Ze względu na swoje zakażenie nie uczestniczą w spotkaniach towarzyskich i rezygnują z realizacji swoich planów. Tabela 2 przedstawia sytuacje, w których osoby zakażone rezygnowały z udziału przez swoje zakażenie [5].

20% osób zakażonych czuło się dyskryminowanych przez środowisko medyczne po informacji o swoim statusie serologicznym (ryc. 4).

W badaniach porównawczych sytuacje w krajach, które zrealizowały badania STIGMA INDEX, Polska ma jeden z najwyższych odsetków – 20% – odmówienia świadczeń medycznych ze względu na zakażenie HIV w ostatnich 12 miesiącach (tab. 3) [6].

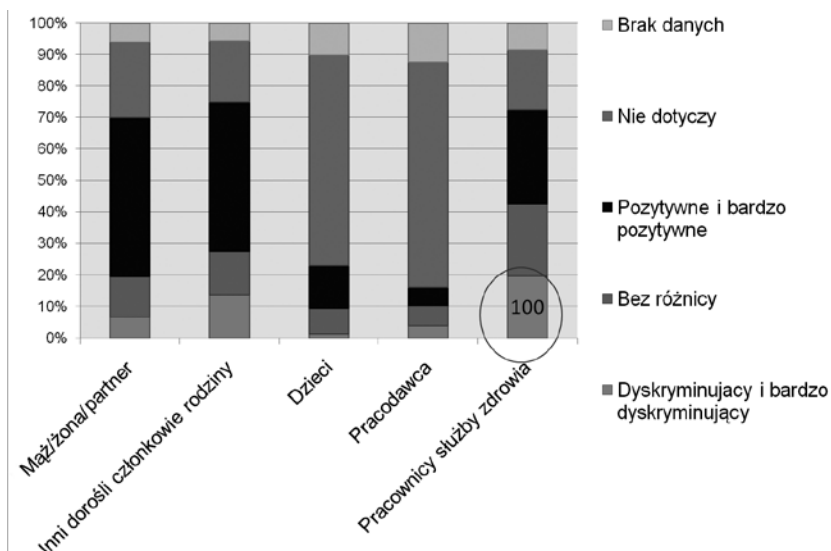
Osoby żyjące z HIV powinny być traktowane tak samo, jak inni pacjenci. Obawa przed odmową pomocy bądź też zachowanie dyskryminujące

Tabela 3. Odmówienie świadczeń medycznych ze względu na HIV w ostatnich 12 miesiącach w różnych krajach, w których realizowane były badania STIGMA INDEX

Estonia i Filipiny	8%
Chiny	12%
Paragwaj i UK	17%
Mołdawia	14%
Polska, Turcja, Ukraina	20%

Tabela 2. Wewnętrzna stygmatyzacja osób żyjących z HIV w ostatnich 12 miesiącach

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zrobiłeś(aś) którąś z poniższych rzeczy z powodu zakażenia HIV?	Tak (%)	Tak (N)
Zdecydowałem(am) się nie uczestniczyć w spotkaniu(ach) towarzyskim(ch)	24	123
Odizolowałem(am) się od rodziny i/lub przyjaciół	25	126
Zdecydowałem(am) o porzuceniu pracy	18	90
Zdecydowałem(am), że nie będę się ubiegać o pracę lub awans	15	75
Zrezygnowałem(am) z nauki/szkolenia lub z szansy na naukę/szkolenie	43	217
Zdecydowałem(am), że nie wyjdę za mąż/nie ożenię się	23	116
Zdecydowałem(am), że nie będę uprawiać seksu	15	79



Rycina 4. Reakcje poszczególnych ludzi na informację o zakażeniu

często powodują, że nawet w służbie zdrowia osoby te nie ujawniają swojego statusu serologicznego.

Przeprowadzane badania wskazują, że w Polsce ciągle istnieje stygmatyzacja osób z HIV. Sami zakażeni uważają, że główną przyczyną takiej sytuacji jest brak wiedzy społeczeństwa na temat dróg zakażenia i wciąż istniejące stereotypy osób zakażonych.

Po 25 latach od zakażenia osoby seropoztywne w Polsce mają dostęp do bezpłatnego leczenia i fachowej opieki medycznej. Mają takie same prawa i zakażenie HIV nie jest przeszkodą do wykonywania różnych zawodów. Aby móc normalnie funkcjonować, ukrywają fakt zakażenia, dzięki czemu unikają stygmatu i dyskryminacji.

Wnioski

Po 25 latach od początków epidemii w Polsce znamy drogi zakażenia, sposoby skutecznego leczenia, mamy fachową opiekę medyczną i bezpłatne leki antyretrowirusowe. Jednak przez brak edukacji i działań profilaktycznych kolejne osoby zakażają się. Niepokojące są dane o dyskryminacji i odmowy świadczeń medycznych ze strony osób, których wiedza o zakażeniu powinna być jak najbardziej pełna, a pacjenci z HIV traktowani tak samo, jak inni pacjenci.

Zakażenie HIV powinno być traktowane tak samo, jak inne choroby, które nie stanowią zagrożenia dla otoczenia w codziennym kontakcie. Jednocześnie przy obowiązującej wiedzy liczba osób, które się zakażają, powinna maleć, a nie rosnąć. Pytanie, czy wiedza ta jest dostatecznie rozpowszechniana, a działania profilaktyczne wystarczająco skuteczne?

Piśmiennictwo

1. Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny. Dostępne na URL: www.pzh.gov.pl
2. European Centre for Disease Prevention and Control [editional]. Dostępne na URL: http://ecdc.europa.eu/en/health-topics/spotlight/spotlight_aids/message2/Pages/message2.aspx.
3. Hamers FF, Phillips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. *HIV Medicine* 2008; 9(Suppl. 2): 6–12.
4. Hoffman C, Rockstroh J. *HIV 2011*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag; 2011: 2–13.
5. Ankersztejn-Bartczak M. The Polish implementation of the International Project STIGMA INDEX. The 7th Congress of Polish AIDS Society and 2nd AIDS Conference of Central Europe. Abstract 7.1.
6. Sprague L. HIV-related Stigma: Late Testing, Late Treatment. A cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine. Dostępny na URL: http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2011_HIVStigma_Report_EN.pdf.

Adres do korespondencji:

Mgr Magdalena Ankersztejn-Bartczak
ul. Tołstoja 3/27
01-910 Warszawa
Tel.: 692 478-229
E-mail: megama@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.12.2011 r.
Po recenzji: 2.01.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

Wrzód żylny goleni – leczenie zachowawcze i operacyjne

Venous tibial ulcer – conservative and operative treatment

DARIUSZ JANCZAK^{1, A, B, D-F}, JERZY GARCAREK^{2, B, D, E}, TOMASZ SZYDEŁKO^{3, B, E},
DAWID JANCZAK^{4, B, E}, JERZY PAWEŁCZYK^{1, B-D}, PIOTR KABZIŃSKI^{1, B, D-E}, MARCIN MERENDA^{1, B, C},
ANDRZEJ LITARSKI^{1, D, E}, MACIEJ MALINOWSKI^{1, B, E}

¹ Klinika Chirurgiczna 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. n. med. Dariusz Janczak

² Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Marek Sęsiadek

³ Kliniczny Oddział Urologiczny 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ
we Wrocławiu

Ordynator: dr hab. n. med. Tomasz Szydełko

⁴ Studenckie Koło Chirurgiczne przy Klinice Chirurgicznej 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu

Opiekun Koła: dr hab. n. med. Dariusz Janczak

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Owrzodzenie troficzne skóry podudzia jest uciążliwym powikłaniem przewlekłej niewydolności żylniej. Jest konsekwencją nadciśnienia żylnego wywołanego wstecznym refluksiem żylnym i często odcinkową niedrożnością żył głębokich. Nadrzędnym celem leczenia owrzodzeń żylnych jest korekcja makro- i mikrokrążenia oraz obniżenie ciśnienia żylnego chorej kończyny dolnej. Przed leczeniem należy zdiagnozować przyczynę owrzodzenia żylnego, wykonać mapping i w pierwszej kolejności zlikwidować utrudnienie odpływu żylnego oraz refluksu.

Kompleksowe leczenie obejmuje: oczyszczenie rany i leczenie w środowisku zamkniętym, wilgotnym (opatrunki hydrożelowe, bioaktywne), leczenie farmakologiczne (zmikronizowana diosmina i hesperydyna, antykoagulanty, antybiotykoterapia według antybiogramu z bioplatu), kompresjoterapię, ozonoterapię, zabieg operacyjny z preferencją operacji endoskopowych i krochirurgicznych z dostępem przez zdrową skórę bez kontaktu z owrzodzeniem, a następnie operacja klasyczna.

Po każdym zabiegu operacyjnym obowiązuje kompresjoterapia dostosowana do ukrwienia tętniczego kończyny dolnej wyrażonego wskaźnikiem kostka–ramię (ABI). Uznaną pomocniczą metodą jest skleroterapia polegająca na podawaniu środka obliterującego w postaci pianki po kontrolą USG D-D.

Leczenie chirurgiczne: zalecane jest wtedy, gdy terapia zachowawcza nie przynosi efektu: metody klasyczne – stripping VSM i VSP Dodda-Cocketta, miniflebektomia Mullera, kriostripping, wewnątrzżylna laseroterapia i RF-terapia, podpowięzowe endoskopowe przecięcie perforatorów (SEPS), metoda CHIVA, plastyka lub wszczepianie zastawek żylnych, stentowanie zwężonych lub niedrożnych żył udowych lub biodrowych, endowaskularna embolizacja i skleroterapia celowana, zastosowanie czynników wzrostu i substytutów skóry (Becaplermin, Graftskin).

Każdej procedurze inwazyjnej zawsze towarzyszy kompresjoterapia, farmakoterapia oraz leczenie miejscowe opatrunkami bioaktywnymi odpowiednio dobranymi do typu owrzodzenia.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żylnie, przewlekła niewydolność żylna, kompresjoterapia.

Summary The trophic ulceration of the tibia is a complication of chronic venous insufficiency (CVI). This disease is secondary to venous hypertension caused by venous reflux and often partial obstruction of the deep veins. The main goal of the treatment is the successful correction of micro- and macrocirculation as well as the reduction of venous pressure of the leg. Moreover, the cause of venous ulcer should be diagnosed, the mapping should be performed, and the obstruction of venous flow should be removed.

The complex wound care contains: wound cleansing and debridement as well as the use of moisture maintenance, closed dressings (e.g. hydrogel and bioactive dressing), pharmacotherapy (micronized diosmine and hesperdin, anti-coagulants, antibiotics in compliance with antibiogram), compression therapy, ozone therapy, surgical procedures (endoscopic and cryosurgical methods with approach via healthy skin are preferred).

The compression therapy adjusted to arterial supply of the leg, according to ankle-brachial index (ABI), is compulsory after surgery. The sclerotherapy, a technique based on the injection of an obliteration solution in the form of foam under ultrasound guidance is an important auxiliary method.

The following surgical treatment is recommended when the conservative methods fail: classic methods (VSM and VSP stripping according to Dodd-Cockett), mini phlebectomy according to Muller, cryostripping, endoluminal lase-

rotherapy and RF-therapy, subfascial endoscopic perforator surgery (SEPS), CHIVA method, venous valve plasty or implantation, narrowed or occluded iliac or femoral veins stenting, endovascular embolisation and targeted sclerotherapy, newer technique as growth-factors (i.e. becaplermin gel) or various skin substitutes i.e. graftskin). Each invasive procedure should be always followed by compression therapy, pharmacotherapy and the wound local therapy with bioactive dressing.

Key words: trophic ulceration, chronic venous insufficiency, compression therapy.

Wstęp

Owrzodzenie żylnie jest trwałym, poważnym uszkodzeniem kończyn dolnych, ujemnie wpływającym na jakość życia, upośledzającym sprawność fizyczną i psychiczną. Niewydolność hemodynamiczna makrokrążenia, będąca efektem łańcucha następujących po sobie zjawisk patologii układu żylnego, prowadzi do nieodwracalnej dekompenсации mikrokrążenia, uszkodzenia tkanek i w końcu powstania owrzodzenia żylnego [1].

Pierwotną przyczyną owrzodzeń jest przewlekła niewydolność żył (PNŻ) w wyniku zastoiny żylny i nadciśnienia żylnego, będącego wspólnym objawem dla wszystkich pierwotnych i wtórnych chorób żył. Patogeneza owrzodzenia żylnego spowodowana przez pierwotną niewydolność żylną nie różni się od owrzodzenia występującego w przebiegu zespołu pozakrzepowego. Różnica polega tylko na szybkości rozwoju objawów chorobowych. Uszkodzenie zastawek w żyłach i odwrócenie dośrodkowego przepływu krwi przez perforatory, ciśnienie hydrostatyczne słupa krwi między sercem a stopami powoduje, że nadciśnienie w układzie żylnym kończyn dolnych jest najwyższe na poziomie żył przeszływających Cocketta. Na tym poziomie występują 2 przepływy: większy z góry, drenujący krew z żyły odpiszczelowej, i krótki, poziomy w żyłach przeszływających. Te dwa przepływy spotykają się tworząc „przestrzeń martwą” (*caput mortuum*) dla ciśnienia wewnątrzżylnego [2].

Ciśnienie to dodatkowo wzrasta przy uruchomieniu pompy mięśniowej podczas chodzenia, stąd najczęściej niewydolne perforatory obecne są w dolnym odcinku podudzia (perforatory Cocketta i Shermanna). Stwierdzono, że najczęściej występującym perforatorem w różnym stanie czynnościowym jest perforator Cocketta środkowy (92,3%) i przypiszczelowy Shermanna (84,6%).

Przy dzisiejszym stanie wiedzy, powstanie owrzodzeń żylnych podudzia jest procesem złożonym, zależnym od wielu nakładających się procesów patologicznych skutkujących nadciśnieniem żylnym. Podstawowe znaczenie w tym względzie ma stan wydolności układu żył głębokich i powierzchownych oraz stopień refluksu żylnego. Liczne badania wykazały, że istnieje silna zależność występowania owrzodzeń żylnych od refluksu wielosegmentowego, tj. w układzie powierzchownym, głębokim i w żyłach łączących. Wielosegmentowy

reflukt występuje częściej w kończynach z owrzodzeniem w stosunku 75 : 25% [3, 4].

W przypadkach, gdzie reflukt pojawia się w co najmniej 2 systemach żylnych (powierzchnowych i głębokich, powierzchownych i przeszływających lub powierzchownych, głębokich i przeszływających) stwierdza się u 2/3 pacjentów zmiany skórne lub owrzodzenia [5, 6]. Wyjątkowo rzadko, bez niedrożności żył głębokich, a tylko z refluksem w żyłach powyżej stawu kolanowego, dochodzi do zmian skórnych lub owrzodzenia [7].

Jednocześnie wydolny układ żył powierzchownych może w pewnym stopniu kompensować niewydolność układu żył głębokich, wówczas objawy kliniczne są mniej nasilone, a ryzyko wystąpienia owrzodzenia niewielkie. Znajduje to potwierdzenie w pracy Osęki i wsp., gdzie w badaniu 123 chorych z PNŻ, 66% osób z niewydolnością układu głębokiego miało łagodniejsze postaci kliniczne niewydolności żylny (C1–C3), a żaden z tych chorych z prawidłowym układem żył powierzchownych nie miał troficznych zmian skórnych, co potwierdza wniosek, że niewydolność żył powierzchownych i perforatorów odgrywa większą rolę w rozwoju zmian troficznych i owrzodzeń niż dotąd przypuszczano [8].

Zastosowanie badań pletyzmograficznych umożliwiło pomiary wielkości odpływu wstecznego. Stwierdzono, że parametr ten ma duże znaczenie prognostyczne dla wystąpienia owrzodzenia żylnego. Przy reflukcie powyżej 7 ml/s prawdopodobieństwo wystąpienia owrzodzenia jest bardzo wysokie, a znikome w przepływie poniżej tej wartości. Obecnie przyjmuje się, że do wystąpienia zmian skórnych i owrzodzeń dochodzi często w wyniku samego refluksu w żyłach powierzchownych, o ile prędkość przepływu przy szczytowym nasileniu odpływu przekracza wartość 7 ml/s. W badaniach tych potwierdzono słaby związek między niewydolnością żyły podkolanowej a wystąpieniem zmian skórnych i owrzodzeń [9, 10]. Wyjątkowo niekorzystny wpływ na częstość powstawania owrzodzeń i wyniki leczenia przy współistniejącej niewydolności układu żył powierzchownych ma niedrożność w układzie żył głębokich [11].

Jak dotąd nie do końca jest wyjaśniony wpływ niewydolności żył łączących na powstawanie owrzodzeń. We wczesnych poglądach przypisywano główną rolę niewydolności perforatorów w patogenezie powstawania owrzodzeń żylnych [12, 13].

Klasyczne operacje Lintona i Feldera, polegające na całkowitym usunięciu żył przesywających po przyśrodkowej stronie kończyny dolnej, w większości przypadków prowadziły do wygojenia owrzodzeń żylnych. Również w owrzodzeniach nawrotowych po wcześniej przeprowadzonych operacjach Lintona podwiązanie wykrytych w USG niewydolnych perforatorów spowodowało wygojenie owrzodzeń, co wskazywałoby na ich znaczenie w patogenezie powstawania owrzodzeń [14, 15].

Powszechne zastosowanie diagnostyki dopplerowskiej pozwoliło na prześledzenie stanu czynnościowego perforatorów w PNŻ i inne spojrzenie na ich rolę w powstawaniu owrzodzeń. Stwierdzono, że przepływ w nich może być fizjologiczny, odwrócony i dośrodkowo-odśrodkowy. W refluksie w układzie żyły odpiszczelowej mogą one spełniać rolę swoistego wentyla bezpieczeństwa, odprowadzając krew z układu żyły powierzchownej do układu żył głębokich (układ re-entry). Korelacja obrazu klinicznego zależy od sprawności układu re-entry w odprowadzaniu cofającej się krwi do układu głębokiego. Słabo wykształcony układ re-entry, (długa niewydolna VSM bez połączeń i brak połączeń VSM z kaskadowym, odcinkowo rejestrowanym refluksem) częściej współlistnieją ze zmianami skórными. Brak perforatorów lub stan anatomiczny wydają się wyjątkowo niekorzystne dla powstania wczesnych zmian troficznych. Również badania ostatnich lat udowodniły znaczącą rolę niewydolnych perforatorów podudzia oraz żył przesywających stopy w połączeniu z siecią żylną okolicy podkostkowej (*corona phlebectatica*) w powstawaniu owrzodzeń żylnych [16, 17].

Nadal wyjaśnienia wymaga rola niewydolnych żył łączących układ żyły odpiszczelowej z odstrzałkową. Badania flebograficzne i DDS potwierdzają wzajemny wpływ na powstawanie niewydolności VSM i VSP, a zamknięcie tego połączenia wpływa na poprawę warunków hemodynamicznych i wyniki leczenia.

Kompleksowe leczenie owrzodzeń żylnych

1. Leczenie zachowawcze

Najważniejszym elementem leczenia zachowawczego jest stosowanie wyrobów profilaktycznych o stopniowanym ucisku – **kompresjoterapia**. Zasadą kompresjoterapii jest zastosowanie frakcjonowanego ucisku kończyny, począwszy od stopy zmniejszającego się w kierunku dośrodkowym. Jest to konsekwencją uznania nadciśnienia żylnego za podstawowy czynnik patologiczny prowadzący do zmian w mikrokrążeniu i do powstania objawów klinicznych [17–19]. W zależności od potrzeb i możliwości chorego mogą to być rajstopy, pończochy, kolanówki lub opaska elastyczna.

Bardzo istotne znaczenie ma prawidłowe dobranie rozmiaru i stopnia ucisku oraz przekonanie chorego o dużej skuteczności takiego postępowania [20, 21].

Kolejnym elementem leczenia zachowawczego jest przestrzeganie zasad w celu ochrony układu żylnego przed czynnikami mającymi wpływ na rozwój choroby. Zmniejszenie zastój żylnego można osiągnąć przez ograniczenie czasu przebywania w pozycjach statycznych: stojącej lub siedzącej. Jeżeli długotrwałe przebywanie w takich pozycjach jest konieczne z uwagi na wykonywaną pracę, należy co pewien czas wstawać i spacerować, a siedząc często poruszać nogami, zwłaszcza stopami. Nie należy nosić obcisłych spodni oraz wysokich butów z ciasną cholewką, żeby nie stwarzać przeszkody w odpływie krwi. Należy unikać gorących kąpielii, sauny i długotrwałego opalania, ponieważ wysoka temperatura powoduje rozszerzenie naczyń żylnych. Nie należy nosić butów na wysokim obcasie (powyżej 5 cm), ponieważ zostaje ograniczona ruchomość w stawie skokowym i przez to zmniejsza się skuteczność działania pompy łydkowej. Należy stosować z dużą rozważą preparaty hormonalne w leczeniu substytucyjnym i w antykoncepcji [22, 23].

Wskazane jest stosowanie **leczenia farmakologicznego** – leków flebotropowych: (zmikronizowana diosmina i hesperydyna), które posiadają wielokierunkowe korzystne działanie. Chronią one mikrokrążenie hamując „pułapkę leukocytów” i procesy zapalne. Normalizują obrzęk, nadmierną przepuszczalność włóscinek i nadmierną lepkość krwi. Zwiększając toniczne napięcie ściany żyłnej, przeciwdziałają rozszerzaniu się naczyń i zastojowi krwi. Poprawiając tonus ściany naczyń limfatycznych, zwiększają drenaż limfatyczny [24, 25]. Rekomendowanym lekiem jest również pentoksyfilina. Hamuje agregację płytek, zmniejsza lepkość krwi, poprawia elastyczność krwinek czerwonych. Efektem takiego działania jest poprawa mikrokrążenia.

Istotnym elementem leczenia zachowawczego najcięższej postaci CVI jest właściwe **postępowanie z owrzodzeniem goleni**. Polega ono na oczyszczeniu ziarniny i stworzeniu warunków do naskórkowania z brzegów lub od dna rany z przetrwałych wysepek naskórka. Przydatne są opatrunki ułatwiające wchłanianie wydzieliny oraz leki enzymatyczne przyspieszające oczyszczanie rany z tkanek martwiczych – opatrunki bioaktywne (Granuflex®, Actisorb®, Tielle®, Comfeel Plus®). Nowoczesne opatrunki zrewolucjonizowały leczenie owrzodzeń żylnych. Należy wymienić opatrunki hydrokoloidowe, alginiany, hydrożele. Pozwalają one na stworzenie optymalnych warunków do gojenia się rany.

Stosowanie antybiotyków na ranę jest przeciwwskazane. Ogólne podawanie antybiotyków jest uzasadnione w wyjątkowych przypadkach, zgodnie z wrażliwością bakterii uzyskaną na podstawie

bioptatów z owrzodzenia, ale tylko w przypadku jawnego klinicznie zakażenia [26–28].

Wspomnieć należy również o innych metodach leczenia uzupełniającego: opatrunki ssące, ozonoterapia, fototerapia, sonoterapia, zastosowanie czynników wzrostu (cytokin) oraz substytutów skóry (Becaplermin, Graftskin) jako terapii wspomagającej wygojenie owrzodzeń żylnych [29–31].

2. Leczenie operacyjne

W przypadku niepowodzenia po leczeniu zachowawczym stosuje się leczenie operacyjne z preferencją dla zabiegów endoskopowych i kriochirurgicznych, z dojścia przez zdrową skórę bez kontaktu z owrzodzeniem przy zastrzeżeniu, że nie obowiązuje zasada: najpierw wygojenie owrzodzenia, a następnie operacja. Po zabiegu obowiązkowa jest kompresjoterapia dostosowana do ukrwienia tętniczego kończyny wyrażonego wskaźnikiem kostka–ramię (ABI > 0,8). Kompresjoterapia obejmuje leczenie uciskiem za pomocą bandażu o różnym stopniu rozciągliwości, pończoch elastycznych profilaktycznych i leczniczych oraz kompresję pulsacyjną pneumatyczną [32].

Uznaną pomocniczą metodą leczenia jest **skleroterapia**, czyli podanie przez bezpośrednie nakłucie żyły środka obliterującego. Różne techniki zabiegu wywodzą się z trzech europejskich szkół Tournaya, Sigga i Fegana [33, 34] i wykorzystują zjawisko zarastania żył po rozległym uszkodzeniu śródbłonna wstrzykniętym środkiem. Zasadą jest opróżnienie i ucisk żyły po zabiegu bandażem lub pończochą terapeutyczną przez okres 3–6 tygodni. Należy podkreślić, że ostatnio wprowadzone metody podawania środka obliterującego w postaci pianki, zwłaszcza pod kontrolą badania USG, rozszerzyły wskazania do stosowania tej metody, szczególnie do leczenia niewydolnych dużych pni żylnych i perforatorów, w tym także okolic przyśrodkowych VSM i VSP. Wyniki odległe wykazują na dużą skuteczność tej metody.

Klasyczne leczenie chirurgiczne jest stosowane wówczas, gdy terapia zachowawcza nie przynosi efektu. Wymaga dostosowania metody operacyjnej do rozpoznania rodzaju niewydolności żylnych. Leczenie to polega na korekcie nadciśnienia żylnego przez likwidację refluksu w dużych pniach żylnych i żyłach przeszywających, przywrócenie drożności układu żył głębokich lub naprawę zastawek żylnych.

Metody klasyczne likwidacji refluksu to stripping VSM i VSP. Babcock zaproponował metodę usunięcia żyłaków sposobem podskórnego wyrwania żyły odpiszczelowej sondą wprowadzoną do światła żyły zakończoną kulką. Na poprawę wyników tej metody leczenia miała modyfikacja wprowadzona przez Homansa polegająca na uzupełniającym podwiązaniu wszystkich bocznic VSM w okolicy jej ujścia do żyły

udowej. Obecnie najczęściej stosowaną operacją jest metoda Dodda-Cocketta z 1956 r. polegająca na strippingu całej żyły odpiszczelowej i usunięciu pozostałych żyłaków z oddzielnych drobnych cięć lub ich zobliterowanie. Operacja ta była poszerzana o stripping żyły odstrzałkowej w modyfikacji zaproponowanej przez Mayersa i Lintona. Wadą tej metody w leczeniu owrzodzeń jest niepełne usunięcie niewydolnych perforatorów oraz możliwość uszkodzenia nerwów skórnych. Operacje Lintona, Feldera polegają na dostępie do niewydolnych perforatorów przez długie cięcie na przyśrodkowej części podudzia, od kostki przyśrodkowej do wysokości nasady bliższej kości piszczelowej (operacja Lintona) i w linii „szwu pończochy” (operacja Feldera). Wadami tej metody jest rozległa blizna i niepełne usunięcie żył przeszywających, zwłaszcza w klasycznej metodzie Lintona, możliwość martwicy brzegów rany, trudności w poprowadzeniu linii cięcia i zwiększenie powikłań w rozległych zmianach troficznosci skóry. Lepszy efekt kosmetyczny uzyskuje się w modyfikacji de Palmy [35–37].

Kriostripping (Milleret 1989) jest podobny do powyższych operacji, a stripper jest zamieniony na sondę wprowadzaną do światła żyły i schładzaną ciekłym azotem, co umożliwia wymrożenie i usunięcie żyły. Leczenie to posiada zalety i wady metody klasycznej [38].

Wewnątrzżylna terapia laserowa i RF-terapia (*radiofrequency therapy* – terapia falami radiowymi) są odmianą powyższej metody, gdzie wprowadzone dożylnie sondy niszczą śródbłonek żylny przez koagulację wysoką temperaturą. Spostrzeżenia dowodzą wysokiej skuteczności zastosowanych metod [39, 40].

Podpowięziowe endoskopowe przecięcie perforatorów SEPS (*subfascial endoscopic perforator surgery*). Metoda wprowadzona w 1985 r. przez Hauera, polegająca na wprowadzeniu endoskopu (kruroskopu) podpowięziowo z niewielkiego cięcia w bliższym odcinku podudzia od strony przyśrodkowej i kolejnym klipsowaniu i przecinaniu znalezionych perforatorów. Zaletą tej metody jest mała traumatyzacja tkanek, mała liczba powikłań (do 5%), możliwość zastosowania przy czynnym owrzodzeniu, krótka hospitalizacja. Wadą tej metody jest stosunkowo częsty nawrót owrzodzenia do 22% w 30-miesięcznej obserwacji i brak dostępności do okolicy zakostkowej ze względu na ciasnotę tej okolicy. Przeciwwskazaniem jest rozległe okężne owrzodzenie, rozległe zmiany skórne, ciężki obrzęk limfatyczny, zakażone owrzodzenie, współistnienie miażdżycy zarostowej, pacjenci unieruchomieni i stanowiący grupę wysokiego ryzyka z przyczyn internistycznych. Względne przeciwwskazanie to uprzednio przebyty zabieg SEPS i niedrożność żył głębokich powyżej żyły podkolanowej [41, 42].

CHIVA-ambulatoryjne, zachowawcze i hemodynamiczne leczenie niewydolności żylnych (*cure*

hemodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire). Jest to metoda leczenia chirurgicznego przy uwzględnieniu warunków anatomiczno-patologicznych i hemodynamicznych ustalanych głównie na podstawie badania DDS. Opublikowana w 1988 r. przez Franscheschi. W znieczuleniu miejscowym podwiązuje się VSM w ujściu, przy zachowaniu bocznic. Żyły przesywające mają zapewnić odpływ krwi z układu powierzchownego do głębokiego. Podwiązanie i wycięcie fragmentów żył przez mikronacięcia odbywa się na podstawie wykonanej przed operacją mapy opartej na kryteriach hemodynamicznych. Perforatory pozostawia się do odpływu krwi z układu żylnego, a podwiązuje się żyły poniżej perforatora. Korzyścią tej metody jest tryb leczenia ambulatoryjnego, zabieg w znieczuleniu miejscowym, bardzo dobry efekt kosmetyczny [43, 44].

W leczeniu niedrożności żylnego układu głębokiego wprowadzono trzy typy operacji. W przypadku niedrożności żyły udowej Warren i Husni zaproponowali pomost omijający z żyły odpiszczelowej [45, 46]. Jest to zabieg technicznie prosty i przynoszący znaczną ulgę. Niestety, bardzo rzadko można go wykonać w przebiegu niedrożności układu głębokiego w odcinku udowym, ponieważ najczęściej także żyła odpiszczelowa jest zniszczona. W niedrożności żyły biodrowej Palma zastosował pomost omijający nadłonowy z żyły odpiszczelowej strony przeciwnej [47]. Vollmar natomiast, w takich przypadkach wykonuje pomost omijający między żyłami biodrowymi z protezy zbrojonej [48].

Istotnym warunkiem powodzenia we wszystkich operacjach pomostowania wykonywanych z powodu niedrożności w głębokiej osi żylny kończyny dolnej jest zastosowanie czasowej przetoki tętniczko-żylny obwodowo od pomostu. Należy wspomnieć o endowaskularnej plastyce i stentowaniu niedrożnych pni żylnych celem zmniejszenia nadciśnienia żylnego. Metoda ta wypiera obecnie klasyczne operacje chirurgiczne na układzie żylnym.

Kolejną metodą operacji naprawczych w układzie żył głębokich są **operacje rekonstrukcyjne zastawek**. Wykonuje się je w pierwotnej, wtórnej i mieszanej niewydolności aparatu zastawkowego. W 1968 r. rozpoczęła się era bezpośrednich operacji rekonstrukcyjnych aparatu zastawkowego. Metodą z wyboru jest plastyka zastawek [49].

Doświadczenie Kistnera w lokalizacji płatków i spoidła zastawek zdobyte na podstawie oglądania żyły z zewnątrz pozwoliło na stworzenie nowej techniki wykonywania plastyki zastawek żylnych. Zrezygnowano z otwierania światła żyły, wykonując szwem zewnętrznym skrócenie płatków zastawek na spoidłach [50].

Ten sam cel osiąga się wykonując zewnętrzną fałdowanie przedniej ściany żyły w miejscu spoidła przedniego zastawki [50, 51]. Skuteczność zabiegu

można oceniać ultrasonografią wewnątrznaczyniową (IVUS) lub angiografią [51, 52].

W przypadku całkowitego zniszczenia zastawek żylnych procesem zapalnym metodą z wyboru jest przeszczep segmentu żylnego z wydolną zastawką [52, 53].

Nagromadzone doświadczenie dotyczące wykonywania transplantacji zastawek pozwoliło stwierdzić, że istnieje pewna dysproporcja przekrojów bliższego odcinka żyły udowej powierzchownej i żyły ramiennej, co miało niekorzystny wpływ na trwałość dobrych wyników. Przyszłością jest implantowanie endowaskularne sztucznych zastawek żylnych.

Zasadniczym celem chirurgicznego leczenia owrzodzeń żylnych jest likwidacja refluksu żylnego i napływu wstecznego przez niewydolne żyły łączące. Podwyższone podpowięziowe ciśnienie żyłne prowadzi do wzrostu ciśnienia w przedziałach mięśniowych, prowadząc do niewydolności żył przesywających oraz zaburzeń mikrokrążenia. To zjawisko stało się podstawą do wprowadzenia nowej metody leczenia polegającego na przypiszczeniowym nacięciu powięzi (operacja Hacha). Pozwala to na wyrównanie gradientu ciśnień w przestrzeni pod- i nadpowięziowej. Poprawia warunki mikrokrążenia w skórze i powoduje szybkie gojenie opornych owrzodzeń żylnych.

Metodami uzupełniającymi jest **leczenie miejscowe owrzodzenia**. Jest to chirurgiczne usuwanie tkanek martwiczych lub radykalne wycięcie owrzodzenia nadpowięziowego lub wraz z powięzią, a następnie jego pokrycie płatem skórny lub przeszczepem skóry. Rozległe i okaleczające operacje Lintona i Feldera wykonuje się obecnie sporadycznie. Metodą częściej stosowaną jest stripping Babcocka najczęściej w modyfikacji Dodda-Cocetta lub jego odmiana kriostripping. Niewydolne perforatory często usuwa się metodą SEPS lub mikroflebektomią metodą Mullera.

Ostatnio widoczna jest duża presja w kierunku leczenia małoinwazyjnego przy zastosowaniu nowych technik koagulacji naczyń – zamykania głównych pni żylnych także przy ich ujściach. Stąd wprowadzenie do terapii laserów i sond do RF-terapii oraz podawanie środków sklerotyzujących w postaci pianki. Ukazujące się ostatnio prace porównujące skuteczność metod małoinwazyjnych, wykazują ich wysoką skuteczność połączoną z małą liczbą powikłań [53].

Metoda embolizacji i skleroterapii celowanej jest nowym rozwiązaniem małoinwazyjnej metody leczenia tam, gdzie leczenie operacyjne i zachowawcze okazało się nieskuteczne lub przeciwwskazane. Metoda polega na zastosowaniu technik endowaskularnych, tj. embolizacji spiralami metalowymi i skleroterapii celowanej dla wyeliminowania refluksu żylnego w głównych powierzchownych pniach żylnych i w per-

foratorach. Spełnia ona wszystkie kryteria metody chirurgicznej [53, 54].

Przed przystąpieniem do leczenia należy poznać patomechanizm schorzenia i istniejące stosunki anatomiczne [55–57]. Najważniejszą rzeczą przed przeprowadzeniem zabiegu, podobnie jak w metodzie CHIVA, jest wykonanie na podstawie flebografii i badania DDS dokładnego mappingu anatomicznego zaznaczenia refluksu i naniesienia kierunków przepływów zarówno w układzie żył powierzchownych głębokich, jak i w perforatorach. Na tym etapie od zabiegu eliminuje się chorych z wielopoziomowymi niedrożnościami, gdzie układ powierzchowny stanowi jedyną drogę odpływu. W planowaniu i przeprowadzeniu zabiegu priorytetem jest wyeliminowanie refluksu w pniach żylnych VSM i VSP w możliwie wszystkich niewydolnych żyłach łączących i połączeniach VSM z VSP, gdyż jego zmniejszenie poniżej 7 ml/s daje szansę na wyleczenie owrzodzenia. Zespół pozakrzepowy z towarzyszącą niewydolnością układu powierzchownego nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu, gdyż likwidacja przecieków w obrębie niewydolnych perforatorów i dużych żyłaków odgałęzień VSM poprawia warunki hemodynamiczne i stwarza warunki do gojenia się owrzodzeń, aczkolwiek wyniki w porównaniu z grupą PNŻ bez zespołu pozakrzepowego są gorsze. Metoda leczenia endowaskularnego polega na wykorzystaniu układu żylnego powierzchownego do wprowadzenia cewnika terapeutycznego i wykorzystania światła żyły jako „drogi” dotarcia do zmienionych odcinków żylnych i zastosowania procedury terapeutycznej. W założeniu łączy ze sobą połączone metody chirurgiczne, przede wszystkim SEPS, CHIVA i skleroterapię. Podobnie jak w metodach chirurgicznych efektem anatomicznym ma być trwała niedrożność niewydolnych perforatorów, pni żylnych z refluksiem i żyłaków powierzchownych. Metody chirurgiczne polegają na dostępie przezskórnym bezpośrednim lub pośrednim (SEPS) i podwiązaniu, przecięciu lub wycięciu naczyń żylnych. W metodzie endowaskularnej efekt ten uzyskujemy przez wprowadzenie w miejsce planowanej niedrożności spirali metalowej, środka skleroterapeutycznego lub obu jednocześnie. Przewagą tej metody nad metodami chirurgicznymi jest możliwość dotarcia do niewydolnych perforatorów w stwardniałych, zmienionych tkankach w najbliższym otoczeniu owrzodzeń, a także pod rozległymi owrzodzeniami. Ma to kapitalne znaczenie, gdyż niewydolne perforatory w okolicy owrzodzenia i pod nim mają niewątpliwą wpływ hemodynamiczny na jego powstanie. Ponadto kontrolne podanie środka cieniującego przez cewnik terapeutyczny w trakcie procedury pozwala na bieżącą kontrolę i modyfikację przeprowadzanego zabiegu. Zastosowanie procedury endowaskularnej jest znacznym postępem w skleroterapii żył

kończyn dolnych. Umożliwia jej kontrolowane zastosowanie przy pełnym przeglądzie anatomicznym. Precyzyjne podawanie środka sklerotyzującego do wybranego odcinka żylnego po jego uprzednim wypełnieniu środkiem cieniującym umożliwia pełną kontrolę miejsca podania i jego przemieszczania, a przez ucisk kontrolowanego sterowania – jego przemieszczaniem. Uniemożliwiamy tym sposobem przemieszczanie się środka sklerotyzującego do żył głębokich i wystąpienia powikłań. W każdej też chwili możemy odessać nadmiar podanego środka. Zastosowanie tego typu postępowania może być użyteczne do skleroterapii dużych pni żylnych. Zaletą tej metody jest brak przeciwwskazań do zabiegu. Zabieg można wykonywać także ambulatoryjnie w dużych owrzodzeniach. Rozległe stwardnienie i obrzęk otaczających owrzodzenie tkanek nie jest przeciwwskazaniem do leczenia. Zabieg jest dobrze tolerowany przez pacjentów, blizny po wprowadzeniu cewnika są niewidoczne. Duża skuteczność całkowitego wyleczenia owrzodzeń podudzi przemawia za szerszym stosowaniem metody. Możliwość obliteracji towarzyszących żyłaków wpływa na dobry efekt kosmetyczny [57, 58].

Plastyka przezskórna oraz implantacja stentów w układzie żylnym jest uzasadniona w przypadkach zmian patologicznych w zakresie żył biodrowych, które doprowadzają do istotnego zwężenia światła naczynia. W leczeniu izolowanych zwężeń w żyłach udowej lub biodrowej uzasadnione jest przezskórne poszerzenie żył bez implantacji stentów. Implantacja stentów z plastyką żyły biodrowej jest wskazana w sytuacji nadciśnienia żylnego nasilającego objawy zespołu pozakrzepowego. Ułatwienie odpływu żylnego przezskórną angioplastyką żył biodrowych lub udowych z założeniem stentu obniża nadciśnienie żyłne, a przez to ułatwia gojenie owrzodzeń u pacjentów z zaawansowanym zespołem pozakrzepowym oraz istotnym zwężeniem żyły biodrowej. Po implantacji stentu konieczna jest terapia przeciwplatekowa w połączeniu z leczeniem przeciwzakrzepowym.

Podsumowanie

1. Nadrzędnym celem leczenia PNŻ i owrzodzeń żylnych jest korekcja makrokrążenia i obniżenie ciśnienia żylnego przez usuwanie lub podwiązanie niewydolnych pni żylnych i likwidacji przecieków przez niewydolne żyły przeszywane. Niewydolne perforatory można również zamknąć na drodze procedur endowaskularnych, tj. embolizacji i skleroterapii celowanej, wykorzystując jako miejsce dojścia układ żył powierzchownych.
2. Procedurom inwazyjnym zawsze towarzyszy kompresjoterapia, farmakoterapia oraz leczenie

- miejscowe opatrunkami bioaktywnymi odpowiednio dobranymi do typu owrzodzenia.
- Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Flebologicznego, leczeniem ran przewlekłych pochodzenia żylnego powinny zajmować się wyspecjalizowane centra głównie na

podstawie krótkoterminowych procedur szpitalnych i długoterminowej opieki ambulatoryjnej z możliwością monitorowania terapii w domu chorego. Przed leczeniem należy zdiagnozować przyczynę owrzodzenia i w pierwszej kolejności zlikwidować utrudnienie odpływu żylnego i refluks.

Piśmiennictwo

- Browse NL, Burnand KG, Thomas ML. editors. *Diseases of the veins: pathology, diagnosis and treatment Milestones, pebbles and grains of sand*. London: Hodder & Stoughton; 1988: 1–21.
- Maruszyński M. Skleroterapia żyłaków kończyn dolnych – historia i współczesność. *Flebolimfologia* 1997; 32–36. Wyd. spec. 11 Kongresu PTFlebologicznego.
- Brandt FN, Dannenberg AL, Abbot RD, et al. The epidemiology of varicose veins: The Framingham study. *Am J Prev Med* 1988; 4: 96–101.
- Da Silva A, Widmer LK, Martin H, et al. Varicose veins and chronic insufficiency – prevalence and risk factors in 4376 subjects in the Basie Study II. *YASA* 1974; 3: 118–125.
- Clement R, Blin E. Epidemiologie de Tinsuffisance yeineuse chronique. *JAMA* 1992; Supl. 4–8.
- Clement R, Percot P, Minguet M, et al. Prevalence de Tinsuffisance yeineuse chroniqueet de lamaladie variqueuse chez 1’adulte jeune. *Angio* 1991; 4: 32–14.
- Maffei FHA, Magaldi C, Pinho SZ. et al. Varicose veins and chronic insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol* 1986; 15: 230–217.
- Oseka M, Skórski M, Kabała P, et al. Zgodność obrazu uszkodzenia morfologicznego żył kończyn dolnych ze stopniem zaawansowania klinicznego przewlekłej niewydolności żylniej według klasyfikacji CEAP. *Prz Flebol* 2003; 2: 91.
- Seidell JC, Balot KC, Deurenberg P, et al. Overweight and chronic illness – a retrospective cohort study, with a follow-up of 6–17 years, in men and women of initially 20–50 years of age. *J Chron Dis* 1986; 39: 585–593.
- Cornu-Thenard A, Boivin P, Baud JM, et al. Importance of the family factor in varicose disease. Clinical study of 134 families. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20: 338–326.
- Gundersen J, Hauge M. Hereditary factors in venous insufficiency. *Angiology* 1969; 23: 179–186.
- Hirai M, Kenichi N, Nakayama R. Prevalence and risk factors of varicose veins in Japanese women. *Br J Surg* 1986; 73: 693–696.
- Lees TA, Lambert D. Prevalence of lover limb ulceration an urban health district. *Br J Surg* 1992; 79: 1032–1034.
- Andersson E, Hansson C, Swanbeck G. Leg and foot ulcer prevalence and investigation of the peripheral arterial and venous circulation in a randomised elderly population: an epidemiological survey and clinical investigation. *Acta Derm Venereol* 1993; 73: 57–61.
- Dinn E, Henry M. Treatment of venous ulceration by iniection sclerotherapy and compression hosiery: a 5 year study. *Phlebology* 1992; 7: 23–26.
- Plate G, Brudin L, Eklof B, et al. Congenital vein valve aplasia. *World J Surg* 1986; 10: 929–934.
- Morano JU, Raju S. Chronic venous insufficiency: assessment with descending phlebography. *Radiology* 1990; 174: 441–444.
- Shami SK, Sarin S, Cheatle TR, et al. Venous ulcers and the superficial venous system. *J Yasc Surg* 1993; 17: 487–490.
- Killewich LA, Bedford GR, Beach KW, et al. Spontaneous lysis of deep venou sthrombi: ratę and outcome. *J Yasc Surg* 1989; 9: 89–97.
- Markel A, Manzo RA, Bergelin RO, et al. Valvular reflux after deep vein thrombosis: incidence and time of occurrence. *J Yasc Surg* 1992; 15: 377–384.
- O’Shaughnessy AM, Fitzgerald DE. Organisation patterns of venous thrombus over time as demonstrated by duplex ultrasound. *J Yasc Invest* 1996; 2: 75–81.
- O’Shaughnessy AM, Fitzgerald DE. Natural history of proximal deep vein thrombosis assessed by duplex ultrasound. *Int Angiol* 1997; 16: 45–49.
- Sumner DS. *Hemodynamics and pathophysiology of venous disease*. In: Rutheford R, editor. *Vascular surgery*. Philadelphia: Saunders & Co. 1995: 1673–1682.
- Johnson BF, Manzo RA, Bergelin RO, et al. Relationship between changes in the deep venous system and the development of the post-thrombotic syndrome after an acute episode of lower limb deep vein thrombosis: a one- to six-year follow-up. *J Yasc Surg* 1995; 25: 307–313.
- Cheatle TR, Chittenden SJ, Shami SK. *Neuropatia obwodowa kończyny dolnej*. W: Coleridge Smith PD, red. *Mikrokrążenie w chorobach żył*. Gdańsk: Via Medica 2000: 72–101.
- Majewski W. *Rola układu limfatycznego w przewlekłej niewydolności żylniej*. W: Zapalski S, Oszkinis G, red. *Przewlekła niewydolność żylna*. Gdańsk: Via Medica 2001: 45–56.
- Michel CC. Etiology of venous ulceration. *Br J Surg* 1990; 77: 1071.
- Cheatle TR, Shami SK, Stibe E. *Dyfuzja gazów i wody przez naczynia włosowate*. W: Coleridge Smith PD, red. *Mikrokrążenie w chorobach żył*. Gdańsk: Via Medica 2000: 29–41.
- Edwards J, McMullin GM, Pardoe H, i wsp. *Dystybcja krwinek białych w przewlekłej niewydolności żylniej*. W: Coleridge Smith PD, red. *Mikrokrążenie w chorobach żył*. Gdańsk: Via Medica 2000: 103–126.

30. Bjogrell O, Ekberg O, Akerson H. Videophlebography with foot venous pressure measurements: description of technique for diagnosis venous dysfunction. *Phlebology* 1997; 12: 100–106.
31. Garcarek J, Rybak Z, Szyber P. Embolisation of insufficient perforators in patients with varicose ulceration. *Phlebology* 1995; Suppl. L: 962–964.
32. Garcarek J, Karasek M, Rybak Z, i wsp. Zastosowanie embolizacji w przewlekłej niewydolności żylny kończyn dolnych. *Terapia* 2000; 8: 38–40.
33. Zespół Naukowy Polskiego Towarzystwa Flebologicznego. Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłej niewydolności żylny. *Prz Flebol* 2003; 1(Supl. I): S83–S120.
34. Rybak Z, Garcarek J. *Aetoxysclerol foam obliteration of insufficient perforating veins in patients suffering from leg ulcers. A clinical recommendation*. Abstr. UIP World Congress Chapter Meeting San Diego 27–31.08.2003.
35. Gloviczki P, Bergan JJ, Rhodes JM, et al. Mid-term results of endoscopic perforator vein interruption for chronic venous insufficiency: lessons learned from the North American subfascial endoscopic perforator surgery registry. The North American Study Group. *J Vasc Surg* 1999; 29: 489–502.
36. Rhodes JM, Gloviczki P, Karla M, i wsp. Podpowięziowe, endoskopowe operacje żył przeszzywających. W: Gloviczki P, Yao JST, red. *Kliniczny przewodnik chorób żył. Wytyczne Amerykańskiego Forum Żylnego (AVF)*. Bielsko-Biała: α-medica press; 2003: 317–329.
37. Franchesch JC. Pour une cure conservatrice et hemodynamique de l'insuffisance veineuses en ambulatoire CHIYA. *Angiologie* 1988; 72–79.
38. Fauvel G. Progression des resultants de la cure CHIYA. *Actual Med Int Angiol* 1992; 9: 155.
39. Mc Donagh B, Huntley DE, Rosenfeld R, et al. Efficacy of the comprehensive objective mapping, precise image guided iniecton, anti-reflux positioning and sequential sclerotherapy (COMPASS) technique in the management of greater saphenous varicosities with saphenofemoral incompetence. *Phlebology* 2002; 17: 19–28.
40. Milleret R, Arnoux B, Gardandeau C. *Comparative study of vein shrinkage after endovenous procedures*. 4-rd Meeting of the European Venous Forum 27–29 June 2003. Lisbon, Portugal Book of Abstracts p. 26.
41. Disselhoff BCYM, Kinderen DJ. *Endovenous laser treatment of the long saphenous vein*. 4-rd Meeting of the European Venous Forum 27–29 June 2003. Lisbon, Portugal Book of Abstracts p. 14.
42. Perrin M. *Longitudinal assessment at yearly intervals for the limbs followed-up at three years after endovenous radiofrequency obliteration*. 4-rd Meeting of the European Venous Forum 27–29 June 2003, Lisbon, Portugal Book of Abstracts p. 11–12.
43. Labropoulos N, Delis K, Nicolaidis AN, et al. The role of the distribution and anatomie extent of reflux in the development of signs and symptoms in chronic venous insufficiency. *J Yasc Surg* 1996; 23: 504–510.
44. Lees TA, Lambert D. Patterns of venous reflux in limbs with skin changes associated with chronic venous insufficiency. *Br J Surg* 1993; 80: 725–728.
45. Labropoulos NL, Giannoukas AD, Nicolaidis AN, et al. The role of venous reflux and calf muscle pump function in nonthrombotic chronic venous insufficiency. *Arch Surg* 1996; 131: 403–406.
46. Prandoni P, Lensing AWA, Cogo A, et al. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1996; 125: 1–7.
47. Skórski M, Jakubowski M, Kulesza A, i wsp. Wybiórcze podwiązanie niewydolnych żył przeszzywających w nawrotowym opornym na leczenie wrzodzie żylnym. *Prz Flebol* 2003; 2: 94.
48. Wright DDI, Dawson PM, Munro C, et al. Detection of superficial incompetence in venous ulceration: does it matter? *Br J Surg* 1988; 75: 395.
49. Rhodes JM, Gloviczki P, Karla M, et al. Podpowięziowe, endoskopowe operacje żył przeszzywających. W: Gloviczki P, Yao JST, red. *Kliniczny przewodnik chorób żył. Wytyczne Amerykańskiego Forum Żylnego (AVF)*. Bielsko-Biała: α-medica press; 2003: 317–332.
50. Rhodes JM, Gloviczki P, Canton LG, et al. Endoskopie perforator vein division with ablation of superficial reflux improves hemodynamics. *J Yasc Surg* 1998; 28: 839–847.
51. Proebstle TM, Weisel G, Paepcke U, et al. Light reflection rheography and clinical course of patients with advanced venous disease before and after endoscopic subfascial division of perforating veins. *Dermatol Surg* 1998; 24: 771–776.
52. Rose SS. *The etiology of varicose veins*. In: Negus D, Janet G, editors. *Phlebology '85*. London: Libby: 1986: 86.
53. Ascady G, Lengyel L, Solti F. *A possible theory explaining the pathochemical background of varicosity*. In: Raymond-Mertimbeau P, Prescott R, Zummo M, editors. *Phlebologie '92*. Paris: Libbey Eurotext, 1992, 64–67.
54. Milleret R, Arnoux R, Gardandenau C. *Comparative study of vein shrinkage after endovenous procedures*. 4-rd Meeting European Venous Forum 27–29.06.2003. Lisbon: Book of abstracts Edizioni Minerva Medica Turin p. 26.
55. Maeso J, Juan J, Escribano JM. et al. Comparison of clinical outcome of stripping and CHIYA for treatment of varicose veins in the lower extremities. *Ann Yasc Surg* 2001; 15: 661–665.
56. Barwell JR, Davies CE, Deacon J. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 363: 1854–1859.
57. Zukowski AJ, Nicolaidis AN, Szendro G. Haemodynamic significance of incompetent calf perforating veins. *Br J Surg* 1991; 78: 625–629.
58. Negus D, Coleridge Smith PD, Bergan JJ. *Leg ulcers – diagnosis and management*. Third edition. Edward Arnold Publishers Ltd. 2005.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Dariusz Janczak

Klinika Chirurgiczna

4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ

ul. R. Weigla 5

50-981 Wrocław

Tel.: 71 766-02-47

E-mail: chir@vp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 27.12.2011 r.

Po recenzji: 7.01.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 10.12.2012 r.

Prawidłowe odpowiedzi do pytań do artykułu Jolanty Chmielowiec i Andrzeja Rajewskiego: Polityka zdrowotna oraz strategie postępowania wobec narkomanii w krajach Europy i Stanach Zjednoczonych (s. 102):

1 – a, 2 – c, 3 – d, 4 – b, 5 – a, 6 – c, 7 – b, 8 – d

PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

Effect of environmental factors on physical activity

Wpływ czynników środowiskowych na aktywność fizyczną

JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS^{A, D-G}, IRENEUSZ CAŁKOŚIŃSKI^{A, D, F},
TOMASZ WŁODARCZYK^{B, F}

Department of Nervous System Diseases, The Faculty of Health Science,
Wrocław Medical University

Head: Joanna Rosińczuk-Tondersy MD, PhD

A – Study Design, **B** – Data Collection, **C** – Statistical Analysis, **D** – Data Interpretation, **E** – Manuscript Preparation,
F – Literature Search, **G** – Funds Collection

Summary Human health status is connected with an endless number of various factors. They affect adaptive capacity and effort tolerance of human organism, therefore their effect on physical activity is very significant. Environmental factors are part of such elements. They are very important for human biological development. They exert influence on his adaptive capacity and effort tolerance. In particular climatic conditions, a diverse human physical activity is conditioned by capabilities of both short-term and long-term adaptation e.g. adaptation of specific ethnic groups to particular climatic zones and living areas. This adaptation is associated with lifestyle and diet. Many times climatic conditions have seriously limited short-term adaptations of people or ethnic groups deriving from a different geographical area.

Objectives. Aim of the study is to reveal dependences between the effect of environmental factors on human organism and physical activity. The authors intended to explain what factors cause and have influence on the fact that one human organism has some physical predispositions and the other does not show this kind of abilities.

Summary. 1. Physical activity is a basic element of healthy lifestyle. It has almost 50% of responsibility for human health. It provides a human being in all life phases with an optimal health state and good physical and mental skills. Too little motor activity is the cause of stress and civilization-related diseases. To maintain a good psychophysical state a suitable motor activity used consistently in human life is necessary. 2. A lot of factors affect human health state – among others these are environmental factors. They exert influence on adaptive capacity and effort tolerance of human organism, therefore their significance during physical activity is very big.

Key words: physical activity, environmental factors, man.

Streszczenie Stan zdrowia ludzkiego jest powiązany z nieskończoną liczbą różnych czynników. Wpływają one na zdolność adaptacyjną i wysiłkową organizmu człowieka, dlatego też ich wpływ na aktywność fizyczną jest bardzo znaczący. Do takich czynników należą czynniki środowiskowe. Mają duże znaczenie dla rozwoju biologicznego człowieka. Wpływają na jego zdolności adaptacyjne i wysiłkowe. W określonych warunkach klimatycznych różnicowana aktywność fizyczna człowieka uwarunkowana jest możliwościami krótkotrwałej adaptacji, jak i adaptacji długotrwałej, np. przystosowania poszczególnych grup etnicznych do określonych stref klimatycznych i rejonów zamieszkania. Przystosowanie to związane jest z trybem życia i odżywianiem. Niejednokrotnie uwarunkowania klimatyczne w poważny sposób ograniczają przystosowania krótkotrwałe ludzi czy grup etnicznych pochodzących z innego obszaru geograficznego.

Cel pracy. Wykazanie zależności między wpływem czynników środowiskowych na organizm człowieka a aktywnością fizyczną. Wyjaśnienie, jakie czynniki powodują i wpływają na to, że jeden organizm ludzki posiada pewne predyspozycje fizyczne, a drugi nie wykazuje się takimi zdolnościami.

Podsumowanie. 1. Aktywność fizyczna jest podstawowym elementem zdrowego stylu życia. Stanowi prawie 50% odpowiedzialności za zdrowie człowieka. Zapewnia człowiekowi we wszystkich fazach życia optymalny stan zdrowia, dobrą sprawność fizyczną i umysłową. Zbyt mała aktywność ruchowa jest przyczyną stresu i chorób cywilizacyjnych. Aby zachować dobrą kondycję psychofizyczną, niezbędna jest odpowiednia aktywność ruchowa, konsekwentnie stosowana w życiu człowieka. 2. Na stan zdrowia ludzkiego wpływa wiele czynników – należą do nich m.in. czynniki środowiskowe. Wpływają one na zdolność adaptacyjną i wysiłkową organizmu człowieka, dlatego też ich znaczenie podczas aktywności fizycznej jest bardzo duże.

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, czynniki środowiskowe, człowiek.

Introduction

Human, being a part of nature, is subject to its influence. An important role is played by adaptation of human organism to natural environmental conditions. It has created close relations between human and his natural environment. It is very significant for human biological development. It affects his adaptive capacity and effort tolerance [1, 2]. Nobody questions the role of factors of natural and social environment anymore as well as of diet, physical activity or lifestyle both in formation and treatment of diseases. So not only connections with nature but diet, working and housing conditions, job, communication means and social relations determine people's health state [3].

Effects of environmental factors on functioning of human organism can be seen with reference to climatic zones and living areas.

In the technology age training of adaptive mechanisms will be the basis of prophylaxis, which to a large extent will determine the effects of doctors' activities. In prophylaxis a training of homeostatic mechanisms and organism regeneration through different forms of exercise, leisure and well-balanced diet is of crucial importance.

Objectives

Aim of the study is to reveal dependences between the effect of environmental factors on human organism and physical activity. The authors intended to explain what factors cause and have influence on the fact that one human organism has some physical predispositions and the other does not show this kind of abilities.

Elaboration

Light, clean water, air and electromagnetic field of the Earth cause improvement of organ functioning, have a beneficial effect on health and increase general efficiency of organism, which is used in sanatorium treatments. They also cause beneficial functional alteration of autonomic nervous system [3].

Internal effects, which change homeostasia, depend on organism abilities and are immediately compensated. Their longer or repeated actions activate processes, which aim is to increase the tolerance level and action efficiency in particular conditions. An example here might be adaptation to long-term efforts, during which dimensions and efficiency of cardiac muscle increase as well as capillarization and increase in blood and lymph flow in skeleton muscles and cardiac muscle. Physical exercise in short-term adaptation contributes to the increase in hematocrit and number of erythrocytes

and reduces blood viscosity contributing to better gas exchange between blood and tissues. In long-term adaptation to physical effort, apart from the mentioned indicators, there comes to the growth of hemoglobin concentration in erythrocytes, increase in vital and respiratory lung capacity as well as minute heart stroke volume. Another example can be adaptation (acclimatization) to mountain conditions, which cause a decrease in sensitivity of respiratory centre to carbon dioxide contained in blood, increase in efficiency of oxygen absorption in lungs and its transport to tissues as well as blood supply of all tissues by hyperplasia of capillary vessels and change of their functions improving oxygen supply to organism [1].

Adaptive capacities of human organism play a significant role in physical activity. Exercise is a crucial form of contact with the surroundings and important factor connecting man with the environment. Physical activity is a part of the environment and due to its development features man changes the environment in a very significant way. Human activity and mobility and its relative independence of the environment, due to self-made anthropogenic conditions and means protecting him against the surroundings effect, to a large extent increase possibilities of forming beneficial surroundings for him.

Somatic differentiation of people is not only a result of cultural and civilization development but also an effect of sports and professional impacts. As far as phenotype features are concerned, determined, genetically selected individuals achieve in particular sport disciplines the following motor and efficiency features: strength, endurance, efficiency of circulatory system, metabolic efficiency, speed and coherence of reaction. Ski jumpers and long-distance runners are often characterized by slim silhouette, whereas wrestlers, throwers and weightlifters constitutionally belong to athletic types.

Searching for causes of sports anthropologic typology one can reveal that on the basis of genetically conditioned body structure a new silhouette occurs, which is shaped by environmental effects in the form of determined motor activity performed in a particular environment (e.g. water, mountain). Body build and associated features of intraorganic functions are the basis of impact abilities of external effects. Depending on these abilities, training effects may, to a various degree but most often quantitative, have influence on competitor's organism [1].

Natural environment has a crucial effect on trends of evolution changes and their quality. Human being is also subject to this impact in the developmental process. The environment effect has shaped not only the evolution way but it has also had a fundamental significance for the whole development process in the ontogenetic aspect. Evolutionarily fixed features, included in human genome, do not undergo a full expression in his in-

dividual life. A part of genetic information remains hidden or disguised as a result of effects of other genes but also under the influence of the environment. It is assumed that structure, organ function, behaviour and other features of adult human have developed only in 5–15% under dominating influence of genetic factors. The development effect of the remaining percentage of features has occurred as a result of the effect of natural environment, living conditions and lifestyle.

According to I. Całkosiński et al. widely accepted environmental factors affect the course of vital processes among particular people and change some diagnostic indices in that way. It results that using laboratory norms in the examined area referring to individuals from this area might be inadequate towards individuals of different race [4].

Environmental factors shape human adaptive capacities and are responsible for race factor, which is the result of adaptation of organism to climate it lives in e.g. Bushmen on Kalahari desert. At the beginning of 1990's a South-African biologist Louis Liebenberg observed them during antelope-hunting. Hunters from Kalahari were adapted to conditions they had to live in. Their system of thermoregulation and ability to sweat in those conditions were working perfectly and because of that they were able to torment animals to death by running. Liebenberg was not adapted to those conditions and such a long run was not possible in his case and as a result it led to organism dehydration.

Another example are Indians from Tarahumara tribe living in Mexico, who are the best long-distance runners in the world. For hundreds of years they have not known bows; they have been hunting with a knife. They can run until their victim drops dead while the chase may last even a few days.

The Sherpa people are also a good example. They live mainly on the southern slopes of Mount Everest. They are known guides and porters of plentiful Himalayas expeditions. Their adaptation to the climate they live in has made them able to march 8–10 hours a day with load of 30–60 kg and with a low oxygen partial pressure occurring at considerable heights in Himalayas. The amount of oxygen in the air fluctuates within 58–70% of normal volume. In people unadapted to these conditions altitude sickness occurs. Therefore a gradual acclimatization of human organism to new climatic conditions is very important [4].

Race factor is a result of the effect of widely accepted environmental factors on adaptive capacity of human organism.

Environmental factors

Human health state is connected with an endless number of various environmental factors. They are very significant for human biological

development affecting his adaptive capacities and effort tolerance [1].

According to B. Moszyńska, resistance and adaptive capacities of people to the environment depend on many cooperating factors. Among them a crucial role is played by biological, natural and economic, social, mental and social and economic factors. Thus not only connections with nature but diet, working and housing conditions, job, communication means and social relations determine people's health state [3].

Effects of environmental factors on functioning of human organism can be seen with reference to climatic zones and living areas [4].

Climate

Climate is a factor which has the biggest influence on human natural environment. Both very hot and cold climate have unfavourable effect on human health. During standard functioning our organism generates heat which must undergo emission to prevent body overheating. Too high body temperature weakens organism what makes it easier for dangerous pathogens to penetrate it. Among people living in hot, humid climate thermoregulatory disorders occur connected with hindered thermolysis.

Too high temperature of the surroundings decreases physical activity. This dependence is associated with metabolism difficulty as a result of the increase in internal temperature. It is assumed that exceeding internal temperature of 37.7–38.2°C causes a significant decrease in ability for physical work. Exceeding internal body temperature over 38.5–39.0°C is in danger of heat stroke or even death. In a high temperature of the surroundings a reduction of the course rate of many intraorganic functions occurs. It is most visible within the central nervous system and psyche (sleepiness, apathy, irritability, elongation of reaction time, decrease in concentration and bradyphrenia). Loss of water and mineral salts (mostly sodium chloride) with sweat causes tissue dehydration which hinders an efficient course of metabolism processes. There occurs acidification of intracellular fluids and in extracellular spaces what results in the decrease in work efficiency of particular internal organs and causes muscle contractures. Particularly sensitive to a high temperature of the surroundings are children and older people whose efficiency of thermoregulation is worse [1].

Much more energy is absorbed by maintenance of constant body temperature in the cold of polar climate. An organism exposed to low temperature effects runs a risk of physical exhaustion, frostbites and hypothermia – that is the decrease in body temperature below the norm. Depending on an amount of lost heat and decrease in internal tem-

perature, ability to make effort decreases, reaction time prolongs and muscular contraction force reduces by over 50% [6]. The necessity of heat supply is connected with activation of processes of thermogenesis associated with involuntary muscle tremor in which metabolic heat is formed as well as with increase in metabolism. Excessive organism cooling causes sleepiness, decreases movement coordination, inhibits thinking and speed of motor reaction and reduces efficiency of hormonal system within the scope of controlling metabolism [1].

Jethon Z. claims that climate is one of the factors shaping body structure of hematothermal organisms, including human. In this effect he mentions three rules, to which many exceptions can be determined though. Allen's rule of proportionality speaks of adaptation of organisms to large heat losses in cool climates. In human it becomes visible mainly in limb length. Bergman's size rule speaks that in cool climates inhabitants of e.g. Northern Europe on the average are taller than inhabitants of Mediterranean Basin. Whereas Gloger's pigmentation rule – that in warmer and more humid areas population has darker pigmentation [1].

T. Kozłowska-Szczęśna et al. also in climatic factors look for reasons for differences in anatomical structure of people living in different parts of the world. It is assumed that the nose shape depends on the air temperature. In the respiration process the air heats much better while passing through a narrow nose, whereas it cools down while passing through wide nose chambers. Dependence of body mass and human height on climatic conditions is also known. Body weight is smaller in tropical zone and larger in cool or moderate zone; it is associated with specification of thermal balance of organism in various thermal conditions of the surroundings [7].

An appropriate climate is conditioned by geographical location and landform features. Hypoxia and temperature of the surroundings are most significant for human organism. Other conditions such as humidity, air movement, insolation, air ionization etc. act less visibly although many times they are more significant for health state and physical efficiency [1].

The effect of the living area altitude can be examined as regards short-term stay in high altitude conditions like during flights and analysis of longer stay in alpine environment. In those conditions reaction of human organism is noticeable as regards the increase in amount of erythrocytes, hemoglobin concentration and level of hematocrit as well as increased saturation of erythrocytes by hemoglobin. An increased concentration of glyco-corticosteroids in blood occurs as well. Those changes lead to increased arterial blood pressure, pulse acceleration and increased pulmonary minute ventilation [1, 4].

Insolation

Natural light is important for human mainly as a carrier of visual receptor activity and synchronizer of circadian rhythms. Apart from visible radiation it contains also ultraviolet and infrared radiation. The effect of visible rays is positive for human with appropriate dosage and taking into account photobiological and photochemical interactions. Limitation of supply of visible rays may decrease efficiency of the central nervous system and cause irritability, irascibility, decrease in concentration and ability of adaptation of new information which is connected with the reduction of concentration of estrogens and testosterone [1, 8].

UV radiation is necessary and causes excitation of human organism increasing its resistance to infections and allowing for synthesis of vitamin from group D.

Rational taking advantage of solar radiation actions, except for positive biological reactions of organism, has a positive effect on human psyche what is connected with the increase in gonadotrophic hormones bound with Benua Melie rule. Elongation of light day and increase in light intensity irritate retina receptors more strongly and therefore an increase in gonadotropin concentration occurs [8].

Diet and supplementation

Diet is an inherent element of human existence. Contact of human with the environment through food chain allows for being influenced not only by particular kind of food but also factors connected with food production. From this perspective it is possible to examine ecologically two complexes of issues – significance of food and its composition towards development and effort tolerance and excess or deficiency of elements and substances in a particular area, which are necessary for human organism in metabolic and regulatory processes [1].

Food provides a man with energy and nutritional (biological) values. Energy value shows caloric demand, whose amount is dependent on such factors as age, conditions surrounding the environment and first of all a kind of activity. Lifestyle of modern societies is characterized by a constant pursuit of time, excessive workload and also a high stress degree – so the factors which usually are the cause of occurrence of many abnormalities in human nutrition. Frequently occurring in such a situation food deficiency of some nutritive elements, especially vitamins and mineral components, might be and often is completed by diet supplements [9].

Another problem with diet is obesity, which is becoming a common disease of contemporary world and health risk for human. It is a frequent reason for many civilization-related diseases such as: diabetes type II, arterial hypertension, disorders of lipid balance, diseases of cardiovascular system

developing against a background of atheromatosis, uratic gout, cholelithiasis or even some forms of neoplasms [10].

There is no doubt that to a large extent obesity is an effect of action of environmental factors. From the phylogenetic development results that in the distant past people were obtaining food in an active way – they were hunting, cultivating and working physically in manufactories. Modern technologies have reduced a need of daily physical activity of people. Development of transport means, work mechanization and reduction of green areas in urbanized regions limit an ability of active recreation like walking, playing football, rollerblading and bicycling. On the other hand food availability has increased (supermarkets, fast food restaurants) and methods of food storage has improved [10].

Physical activity has the biggest effect on consumption of reserve and building materials in energetic cycles, most of all in the cycle of acetic acids [11]. More intense physical effort causes increased energy requirement as well as for some nutritive elements [12].

Supplementation is a diet supplement with elements of nutritive or different activity with concentrated composition and facilitated absorption. It affects physical functions of organism allowing to prevent from effects of irrational feeding method. As a rule supplements are mineral elements, vitamins, provitamins, some amino acids and unsaturated fatty acids. Supplements are complements of daily deficient food rations [1, 9].

Moreover our health depends on quality of water we drink. A kind of soil, ground, flora, atmospheric conditions and many microelements crucial for functioning of our organism have influence on its quality. Particularly important for life is water as an intraorganic environment where basically all processes on the subcellular, cellular and tissular level occur. Water content in living organisms is high; in adult human it is about 50–60% of general body weight, in newborn even more than 80% [1].

Development of science and technology affecting human environment is health hazard. An example here can be contemporary cities – crowded and with air polluted by fumes. It leads to increase in incidences of chronic inflammations of upper respiratory tracts, neoplasms, heart ailments, pneumonia and many other diseases connected with respiratory system. Prevailing noise causes many neuroses while fast pace of life and associated stress are reasons for a bigger number of cardiac infarctions.

It has also become clear that development of industry is the danger for natural environment and thus it contributes to worsening of human health state.

If the environment, which surrounds an individual, is not conducive to its development and human himself it is hard to get down to improvement of one's

own health state. Malaise, ailments, migraine or depression, which are caused partly by climatic changes, heavy air or food which does not supply appropriate nutritive elements, can take away willingness to work on one's life and motivation for any activity.

Summary

Physical activity is an integral part of proper and pro-healthy lifestyle and it is a component of complex process of adaptation in the human evolution history. Relations of physical activity with health concern circulatory system, obesity, osteoporosis, some neoplasms and diabetes type II.

Several environmental factors affect human health state. They have influence on adaptive capacity and effort tolerance of human organism, therefore their effect on physical activity is very big. The main environmental factors include: climate, insolation, geographical location, diet. Each of them is responsible for development, adaptation and effort tolerance of human. Natural environment has a significant impact on trends of evolutionary changes and their quality. Human in the developmental process is subject to this impact as well.

Climate is a factor which has the biggest influence on human natural environment and shapes body structure of hematothermal organisms, including human.

Feeding is an inherent element of human existence and along with physical activity is one of basic human needs. A proper diet and suitably selected nutritive elements are a crucial condition of maintaining and strengthening health in all life periods.

Adaptive capacities of human organism play an important role in physical activity. Exercise is a crucial form of contact with the surroundings and important factor connecting man with the environment. Physical activity is a part of the environment and due to its development features man changes the environment in a very significant way.

It is important to pay attention to each detail connected with physical activity. Development of knowledge about health and its constant evolution through social and economic changes affects shaping of present behaviour of the society. Namely health education and individuals responsible for it should play a more significant role in physical activity of the society. They should eliminate wrong information, put emphasis on healthy lifestyle and make people aware how important prevention of civilization-related diseases is.

Human lifestyle and his physical activity is connected with adaptive capacities of organism, health state and attitude presented by an individual in the society. A significant impact of environmental factors on shaping human attitudes should be emphasized as well.

References

1. Jethon Z. *Ekologia człowieka w wychowaniu fizycznym i sporcie*. Wrocław: AWF; 1995.
2. Pańczyk W. *Aktywność fizyczna w kontakcie z przyrodą*. W: Zuchory K, red. *Myśli i uwagi o wychowaniu fizycznym i sporcie*. Warszawa: AWF; 2000: 284–294.
3. Moszyńska B. *Działanie czynników przyrodniczych na organizm człowieka*. W: Zuchory K, red. *Myśli i uwagi o wychowaniu fizycznym i sporcie*. Warszawa: AWF; 2000: 260–265.
4. Całkosiński I, Gamian A, Kobierska-Brzoza J, et al. The influence of variable environmental factors on human's organism adaptive ability. *Adv Clin Exp Med* 2009; 18(5): 519–527.
5. Siemiński M. *Środowiskowe zagrożenia zdrowia*. Warszawa: PWN; 2007.
6. Marszałek A. Wpływ zimnego środowiska na organizm człowieka. *Bezpieczeństwo Pracy* 2009; 1: 10–12.
7. Kozłowska-Szczęśna T, Błażejczyk K. Wpływ środowiska atmosferycznego na społeczeństwo jako przedmiot badań biometeorologii społecznej. *Prz Geogr* 2010; 82(1): 5–48.
8. Kolek Z. Oddziaływanie promieniowania optycznego na człowieka: korzystny wpływ i zagrożenia. *Prace Instytutu Elektrotechniki* 2006; 228: 269–281.
9. Sigłowa A, Bertrand B, Conder M, i wsp. Suplementacja diety wśród studentów. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość* 2009; 4(65): 236–249.
10. Pietrzykowska E, Wierusz-Wysocka B. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Pol Merk Lek* 2008; XXIV: 143, 472–475.
11. Kraszewski K. Środki wspomagające w treningu siłowym. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві* 2009; 3: 102–105.
12. Szczepańska B, Malszewska-Lenczowska J, Gajewski J. Zasadność stosowania odżywek przez reprezentantów kadry narodowej seniorów podnoszenia ciężarów na zgrupowaniu treningowym. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość* 2009; 4(65): 327–336.

Address for correspondence:

Dr n. med. Joanna Rosińczuk-Tonderys

Zakład Chorób Układu Nerwowego

Wydział Nauk o Zdrowiu AM

ul. Bartła 5

51-618 Wrocław

Tel.: 71 341-95-33

E-mail: joanna.rosinczuk-tonderys@am.wroc.pl

Received: 14.12.2011

Revised: 7.01.2012

Accepted: 10.01.2012

PRACE KAZUISTYCZNE • CASE REPORTS

Nowoczesne metody leczenia ran
w opiece środowiskowej – opis przypadku

Modern methods of wound treatment in family care – case study

ANETA SEPIOŁO^{1, A, B, D-F}, BOŻENA MROCZEK^{2, A, E-G}, ANDRZEJ MODRZEJEWSKI^{3, E}¹ NZOZ „Bogumiła” ul. Niepodległości 44–48D, Koszalin

Kierownik: mgr piel. Bogumiła Aziewicz

² Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. nadzw. PUM

³ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. Włodzimierz Majewski, prof. PUM

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Cel pracy.** Duży problem w opiece środowiskowej stanowią rany przewlekłe, które są przyczyną obniżenia jakości życia chorego. Są to głównie odleżyny oraz owrzodzenia podudzi. Celem pracy była ocena procesu leczenia przy zastosowaniu nowoczesnych opatrunków.

Opis przypadku. Przedstawiono dwa opisy przypadków, udokumentowane fotografią cyfrową monitorującą przebieg procesu leczenia rany przewlekłej. Pierwszy przypadek przedstawia proces leczenia owrzodzenia podudzia lewego u 94-letniej pacjentki. Drugi przypadek dotyczy leczenia odleżyny u 54-letniej chorej z odleżyną będącą wynikiem unieruchomienia w przebiegu ciężkiej postaci SM. Przedstawione wyniki procesu leczenia rany przewlekłej miały charakter porównawczy. W obu opisywanych przypadkach stosowano podobne opatrunki z dobrym rezultatem.

Wnioski: 1. Indywidualne podejście do każdego pacjenta i każdej rany powinno być nadrzędnym postępowaniem w procesie terapeutycznym. 2. Ocena rany powinna uwzględniać takie aspekty, jak: charakter rany, wydolność chorego do samoopieki, możliwości finansowe pacjenta i jego rodziny. 3. Zastosowanie sytemu TIME do oceny rany jest bardzo korzystne, upraszcza komunikację w zespole terapeutycznym i dobór odpowiednich opatrunków.

Słowa kluczowe: rany przewlekłe, odleżyna, owrzodzenie, TIME.

Summary **Objectives.** Chronic wounds are a serious problem in family care, because they cause a decrease in patient's quality of life. Most often those are bedsore and lower leg ulceration. The aim of this study is to assess the treatment process with the use of modern dressing.

Case report. Two case studies were presented, digital photography that was used to monitor the treatment process of the chronic wound provided documentary evidence. First case presents treatment process of the lower leg ulceration of a 94-year-old female patient. The other case concerns the treatment of the bedsore of a 54-year-old female patient, in whom bedsore was the result of immobilization in the course of severe form of multiple sclerosis (MS). Presented results of the chronic wound treatment process were used as comparison. In both cases similar dressings were used with positive outcome.

Conclusions. 1. Primary behaviour in therapeutic process should be individual approach to each patient and each wound. 2. Wound assessment should include the following aspects: characteristics of the wound, ability of the patients to self-care, financial capabilities of the patient and his family. 3. The use of TIME system in wound assessment has positive outcomes, it simplifies the communication in therapeutic team and selection of the appropriate dressing.

Key words: chronic wounds, bedsore, ulceration, TIME.

Wstęp

W Polsce w 2010 r. liczbę osób w wieku starszym oszacowano na 6,3 mln, co stanowi prawie 17% naszej populacji. Opieka nad rosnącą liczbą tej grupy społecznej staje się ogromnym wyzwaniem nie tylko dla pracowników ochrony zdrowia [1].

Duży problem w praktyce medycyny rodzinnej stanowią rany przewlekłe, które są przyczyną obniżenia jakości życia chorego. Rana przewlekła to według definicji rana, która nie wygoiła się w przeciągu 4–6 tygodni [2]. Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran (EWMA) zaproponowało, aby termin „rana przewlekła” został zastąpiony terminem „ra-

na nie gojąca się”, gdyż oddaje problemy, z jakimi spotykają się pacjenci, jak również personel w procesie leczenia: czas powstania rany, odmiennosc każdej rany oraz ból towarzyszący pacjentowi [3]. Odleżyna jest to kompresyjne uszkodzenie skóry, powstałe przez zaburzenie jej ukrwienia, do którego dochodzi w wyniku działania, przez określony czas, zewnętrznego ucisku na skórę [4]. Inną raną przewlekłą jest owrzodzenie podudzi, powstające wskutek niewydolności żyłnej. Powstałe „troficzne” zmiany doprowadzają do powstania owrzodzenia trudno gojącego [5–7]. Proces leczenia ran opiera się na strategii TIME, opracowanej przez komitet naukowy EWMA (European Wound Management Association), zawierającej wskazówki postępowania z raną na poszczególnym etapie:

Tissue – opracowanie tkanki – usunięcie martwicy lub uszkodzonych tkanek.

Infection of inflammation – kontrola zapalenia lub infekcji, przez działanie miejscowe i ogólnoustrojowe.

Moisture balance – prawidłowa równowaga w zakresie wilgotności rany, stosowanie wilgotnego środowiska w procesie leczenia.

Edge of wound – rozwój nabłonków, zbliżenie brzegów rany [8, 9].

Celem pracy była ocena procesu leczenia ran trudno gojących się przy zastosowaniu nowoczesnych opatrunków. Dokonano oceny dwóch przypadków z raną przewlekłą, które mimo różnic wygoiły się w tym samym przedziale czasowym.

Opis przypadku I

Pacjentka J.O. lat 94, mieszkająca samotnie w małej miejscowości. Dane z wywiadu: od kilkunastu lat choruje na nadciśnienie tętnicze i migotanie przedsionków. Chora jest średniego wzrostu, waga 60 kg. Od kwietnia 2010 r. na prawej kończynie dolnej uwidoczniły się przebarwienia skórne z dużą bolesnością przy dotyku. Po upływie około 4 tygodni w miejscu przebarwienia pojawił się pęcherz wypełniony płynem surowicznym, w skali Barthel chora otrzymała 25 punktów. Początkowo stosowane były tradycyjne metody leczenia ran: przymoczek z 0,5% Argentum i maść enzymatyczna Fibrolan. Zastosowane leczenie nie przyniosło spodziewanych efektów, pojawiła się czarna twarda martwica oraz silny ból. Chora hospitalizowana na oddziale chirurgii celem oczyszczenia rany została wypisana po 5 dniach pobytu w szpitalu. Obecnie mieszka u córki, pozostaje pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. W czasie pierwszej wizyty, w 2. dobie po wypisie ze szpitala pielęgniarka opieki długoterminowej oceniła ranę jako owrzodzenie żyłne, wielkości około 10 × 6 cm, pokryte na całej powierzchni rany żółtymi tkankami martwiczy-



Rycina 1. Wygląd rany w czasie pierwszej wizyty.



Rycina 2. Uzyskany efekt zmniejszenia rany po stosowaniu pianki poliuretanowej



Rycina 3. Wygląd rany po 4-tygodniowym pobycie chorej w szpitalu

mi. Brzegi rany nieregularne, wyraźnie widoczny margines zmacerowanej skóry, margines zapalny wokół rany niewyraźnie zarysowany (ryc. 1). W pierwszej fazie leczenia rany zastosowano opatrunki ze srebrem o działaniu przeciwbakteryjnym. Przy kolejnej zmianie opatrunku po 3 dobach stwierdzono odczyn zapalny wokół brzegów rany, świadczący o prawdopodobnej możliwości alergii na srebro zawarte w preparacie [10]. Zastosowano maść enzymatyczną (Fibrolan). Po 5 dniach włączono w proces leczenia opatrunki aktywnie oczyszczające, uprzednio aktywowane roztworem



Rycina 4. Końcowy efekt po 7-miesięcznym procesie leczenia

Ringera. Każdorazowo wykonywano lavaseptykę preparatem z octenidyną i zakładano opatrunek. Przez kolejne 4 tygodnie stosowano opatrunki zmieniane codziennie przez pielęgniarkę długoterminową, aktywowane Ringerem, poprzedzając płukanie rany roztworem octenidyny. Skóra wokół rany była nawilżana maścią na bazie lekobazy, co pozwoliło zapewnić dodatkowy komfort dla pacjentki. Pacjentka nie skarżyła się na ból w czasie chodzenia. Wygląd rany zdecydowanie zmienił się, znacząco zmniejszyła się liczba komórek martwiczych, wysepki ziarniny połączyły się tworząc większe skupiska. Wygląd ziarniny świadczył o poprawnym procesie epitelizacji, była żyworóżowa, wilgotna, wrażliwa na dotyk. Brzegi rany gładkie z widocznym różowym cienkim paskiem napęczającego naskórka, wokół rany skóra bez cech zapalnych. Po 7 tygodniach od hospitalizacji na ranę zastosowano piankę poliuretanową (ryc. 2), początkowo w wersji przylepnej. U chorej wystąpiła reakcja alergiczna dlatego zastosowano piankę poliuretanową nieprzylepną. Nie stwierdzono wysięku z rany przekraczającego granice normy, zapach był neutralny, bez cech infekcji. Opatrunek był zmieniany co 3–4 dni z zachowaniem wytycznych producenta. Stosując piankę poliuretanową, uzyskano efekt zmniejszenia powierzchni rany, proces angiogenezy przyczynił się do rozbudowy ziarniny. Od brzegów rany widoczne komórki napęczające z centralnych skupisk ziarniny. Tym samym uzyskano poprawę w granicach 50% w stosunku do wielkości rany w początkowej fazie leczenia. 10 listopada 2010 r. po upływie 16 tygodni leczenia rany nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia pacjentki. Chora zgłaszała silny ból kończyny dolnej lewej, badaniem fizykalnym stwierdzono oziębienie tej kończyny. Chora hospitalizowana przez okres 4 tygodni w oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej. W wyniku niedokrwienia nastąpiła martwica całej powierzchni rany, pojawiła się czarna, twarda martwica, oddzielająca się od brzegów. W pierwszych dniach na czarną martwicę nakładano opatrunki stosowane w terapii domowej aktywowane roztworem Ringera, następnie oczyszczono ranę chirurgicznie. W górnym brzegu rany widoczna

prawie półcentymetrowa warstwa czarnej martwicy, która obecna jest także w położeniu satelitarnym rany (ryc. 3). Pojawił się ból zgłaszany przez pacjentkę, szczególnie w porze nocnej i przy chodzeniu. Po analizie stosowanych opatrunków zdecydowano o ponownym zastosowaniu przez pierwsze 2 tygodnie opatrunków Tender Wet. Na zmiany martwicze wokół rany zastosowano maść enzymatyczną (Fibrolan), po oddzieleniu martwicy zastosowano opatrunki z pianki poliuretanowej. Skóra wokół rany bez cech zapalnych, bardzo wrażliwa na dotyk. Stosowano nawilżanie skóry wokół rany lekobazą, co przyniosło efekt zmniejszenia bólu w czasie chodzenia. Stosując przez kolejne 3 tygodnie opatrunki enzymatyczne aktywowane roztworem Ringera, uzyskano całkowite oczyszczenie rany. Całość pokrywa żywo różowa ziarnina z widocznymi niewielkimi skupiskami naskórka. Brzegi rany słabo zaznaczone w stosunku do reszty skóry, uzyskano wyraźny postęp w procesie gojenia. Skóra wokół rany lekko zaczerwieniona, bardzo wrażliwa na dotyk przy zmianie opatrunku. Ciepłota kończyny dolnej prawidłowa, wyczuwalne słabe tętno na tętnicy grzbietowej stopy oraz tętnicy podkolanowej (ryc. 4). Kolejne 4 tygodnie stosowania wilgotnej terapii leczenia ran skutkowało znaczącym zmniejszeniem powierzchni rany, do około 7 cm × 2 cm. Rana czysta, na całej powierzchni widoczna „żywa” ziarnina. Brzegi słabo zaznaczone, z wyraźnym naskórkiem napęczającym od brzegów, nie stwierdzono wysięku z rany. Skóra wokół rany z marginesem około 2 cm zaczerwieniona, bez bolesności przy dotyku w czasie zmiany opatrunku. Pacjentka w dalszym ciągu przyjmuje preparaty heparyny drobnocząsteczkowej. Kończyna dolna ciepła, z badaniem tętnem na tętnicy grzbietowej stopy oraz tętnicy podkolanowej lewej.

Opis przypadku II

Pacjentka D.Z. lat 54, mieszkająca wspólnie z córką w wieżowcu na obrzeżach miasta. Dane z wywiadu: w 1993 r. rozpoznano SM. Od 2000 r. stan chorej uległ pogorszeniu, porusza się na wózku inwalidzkim. W 2010 r., po kolejnym ostrym rzucie choroby, dokonano oceny wydolności ruchowej pacjentki w Skali Niewydolności Ruchowej Kutzkiego – EDSS, uzyskała 8 punktów. Chora otrzymała łóżko specjalistyczne oraz materac przeciwoleżynowy, 3 razy w tygodniu prowadzona jest rehabilitacja w domu chorej. W lipcu 2010 r. w okolicy kości krzyżowej rehabilitantka zauważyła zaczerwienienie i otarcie naskórka, zastosowano maść ochronną Sudocrem. Po upływie 10 dni skóra w okolicy kości krzyżowej zmieniła kolor na czarny. Lekarz rodzinny w czasie wizyty domowej zdecydował o skierowaniu chorej do



Rycina 5. Wygląd odleżyny po oczyszczeniu chirurgicznym



Rycina 6. Założony opatrunek VAC



Rycina 7. Wygląd rany w 1. dobie po zdjęciu opatrunku VAC

szpitala. Pacjentka hospitalizowana z powodu rozległej odleżyny okolicy kości krzyżowej IV/V° według skali Torrance'a celem chirurgicznego oczyszczenia rany. Ze względu na martwicę naciekającą okolicę odbytu podjęto decyzję o jednoczesnym wyłonieniu stomii dwulufowej, do pęcherza moczowego założono cewnik. Odleżyna po wycięciu tkanek martwiczych wielkości około 10 × 10 cm, głębokości 5 cm. Wokół rany widoczne zmiany z cienką martwicą oddzielającą się od brzegów, w dnie rany po stronie prawej złożyła żółtoszarej rozplywnej martwicy (ryc. 5). W pierwszej fazie



Rycina 8. Blizna po ranie odleżynowej oraz mała szczelina wypełniona krwią

stosowano opatrunki ze srebrem oraz aktywne opatrunki Tender Wet. Po miesiącu leczenia całkowicie oczyszczono ranę ze złogów martwicy. Dno rany wypełnione różową ziarniną pokrytą cienką warstwą żółtej martwicy, dającą się usunąć gazikiem w czasie lavaseptyki. Powierzchnia rany zmniejszyła się w projekcji szerokości do około 5 cm, z uwidoczną kieszenią poniżej brzegów wielkości około 2 cm. Rana w fazie oczyszczania, z małym wysiękiem bez zapachu. Stosowano na odleżynę opatrunki aktywne Ringerem, po wcześniejszym przepłukaniu rany. Przez następne 6 tygodni stosowano tylko aktywne opatrunki Tender Wet, rana wypełniła się od dna ziarniną o głębokości 3 cm. Na prośbę córki w porozumieniu z lekarzem rodzinnym zastosowano system podciśnieniowy leczenia ran VAC (*vacuum-assisted closure*) jako uznany sposób leczenia ran trudno gojących (ryc. 6). Zgodnie z zaleceniami producenta, opatrunek zmieniono po 24 godzinach. W czasie wieczornych czynności pielęgnacyjnych stwierdzono przerwanie szczelności opatrunku. Po zdjęciu opatrunku zauważono martwicę ziarniny w miejscu przylegania gąbki VAC, podjęto decyzję o przerwaniu leczenia systemem VAC (ryc. 7). Ponownie powrócono do opatrunków aktywnych roztworem Ringera. Stan psychiczny pacjentki uległ pogorszeniu, chora zaniepokojona rokowaniem. Po 3 tygodniach leczenia uzyskano zmniejszenie wielkości rany do 4 × 3 cm i głębokości około 1 cm, dno rany pokryte w całości różową ziarniną, widoczny rozpoczęty proces naskórkowania brzegów rany. Przez następny miesiąc stosowano opatrunek Tender Wet, następnie włączono opatrunek kolagenowy, uzupełniający niedobory tkanki w ranie. W styczniu 2011 r. rana została pokryta warstwą naskórka, widoczna blizna w okolicy kości krzyżowej oraz poniżej mała szczelina wypełniona ziarniną koloru różowego, bez wysięku (ryc. 8). Zastosowano opatrunek hydrokoloidowy, zapewniający wilgotne środowisko rany, a także tworzący barierę ochronną przed drobnoustrojami.

Omówienie

Odleżyny to problem występujący od stuleci. Zetknięcie się dwóch sił ścinających i długotrwały ucisk ma decydujące znaczenie na powstanie odleżyn. Rozwój odleżyn jest uzależniony również od innych czynników: niedożywienia, stopnia unieruchomienia czy jakości opieki nad pacjentem [11, 12]. Wiek chorych nie decyduje o końcowym efekcie leczenia rany. Ważnymi czynnikami w procesie leczenia są: bardzo dobra współpraca lekarza rodzinnego, pracowników szpitala, pielęgniarki opieki długoterminowej, pacjenta i rodziny, dyscyplina w przestrzeganiu diety wysokobiałkowej i stosowanie suplementacji cynkiem [13]. Opóźnienia w procesie gojenia rany mogą być następstwem m.in. niedokrwienia kończyn, natomiast brak innych chorób, w tym metabolicznych, np. cukrzycy, miał w opisywanym przypadku I duży wpływ na szybki proces gojenia. W przedstawionym przypadku II przez 7 miesięcy trwał dynamiczny proces leczenia odleżyny, opatrunki dobierano indywidualnie w zależności od stanu rany. W tym konkretnym przypadku nie sprawdził się system leczenia podciśnieniowego ran VAC [14]. Być może został użyty na zbyt płytką ranę, dlatego wystąpiła martwica ziarniny przy kontakcie z gąbką opatrunku. Z całą pewnością można stwierdzić, że nowoczesne środki opatrunkowe zdecydowanie przyspieszają proces gojenia, pod warunkiem, że są odpowiednio dobrane do rany. Właściwa ocena wyglądu rany jest zasadniczym elementem w procesie gojenia i od niej zależy powodzenie całego procesu terapeutycznego.

Przedstawione wyniki badania miały charakter porównawczy. Wybrano te przypadki ze względu na ich podobieństwa i różnice. Oba przypadki trwały w tym samym przedziale czasowym oraz obydwie osoby były płci żeńskiej. Stosowano u pacjentek podobne opatrunki, które zdecydowanie skróciły czas leczenia ran, w obu opisanych przypadkach osiągnięto sukces terapeutyczny [2]. Zastosowane nowoczesne opatrunki miały wszystkie cechy według wytycznych Turnera z 1979 r., a mianowicie: utrzymanie wysokiej wilgotności między opatrunkiem a raną, usuwanie nadmiaru wysięku i toksycznych cząstek. Opatrunek ponadto nie powinien przylegać do rany, być nieprzepuszczalnym dla bakterii, pozwalać na prawidłową wymianę gazową, utrzymywać odpowiednią temperaturę, być nietoksycznym i niealergizującym i podczas wymiany nie uszkadzać nowo powstałych tkanek [10]. Czynnikiem różnicującym opisywane przypadki to przede wszystkim: wiek pacjentek (94 lata oraz 54 lata) i występowanie chorób współistniejących – miażdżyca uogólniona v. unieruchomienie w przebiegu ciężkiej postaci SM. Obie pacjentki miały stasowane podobne, lecz nie zawsze te same opatrunki, nie można jednoznacznie ocenić, czy koszty były wysokie dla pacjentek i ich rodzin. W opinii członków rodziny wygojenie rany było najwyższym celem, na który gotowe były ponieść każde wydatki. Sukces terapeutyczny w leczeniu ran trudno gojących się może być zapewniony przez indywidualne podejście do każdej rany, każdorazową oceną rany, uwzględnienie wydolności chorego do samoopieki oraz możliwości finansowych pacjenta i jego rodziny. Zastosowanie systemu TIME do oceny rany jest bardzo korzystne w komunikacji między zespołem terapeutycznym, ułatwia komunikację oraz dobór odpowiednich opatrunków. Istotnym elementem jest prowadzenie edukacji zdrowotnej na podstawie najnowszej sprawdzonej naukowo wiedzy, popartej badaniami naukowymi (*Evidence Based Medicine, Evidence Based Practice Nursing*).

Wnioski

1. Indywidualne podejście do każdego pacjenta i każdej rany powinno być nadrzędnym postępowaniem w procesie terapeutycznym.
2. Ocena rany powinna uwzględniać takie aspekty, jak: charakter rany, wydolność chorego do samoopieki, możliwości finansowe pacjenta i jego rodziny.
3. Zastosowanie systemu TIME do oceny rany jest bardzo korzystne, upraszcza komunikację w zespole terapeutycznym i dobór odpowiednich opatrunków

Piśmiennictwo

1. *Rocznik demograficzny*. GUS: Warszawa; 2010.
2. Jawień A, Grzela T, Ochwat A. Prevalence of chronic venous insufficiency (CVI) in men and women of Poland. Multicenter cross-sectional study of 40095 patients. *Phlebology* 2003; 3(18): 110–122.
3. Gotrupp F, Alpeqvist J, Price P. Wyniki kontrolowanych i porównawczych badań nad ranami niegojącymi się: zalecenia służące odniesieniu jakości danych w opiece i leczeniu ran. *Lecz Ran* 2010; 7(1–2): 13–44.
4. Jawień A, Rybak Z, Cencora A. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. *Lecz Ran* 2006; 3(4): 103–112.
5. Łuczak J, Sopata M. Odleżyny – profilaktyka i leczenie. *Prz Lek* 2001; 4–7: 120–126.
6. Jaśkowiak W, Meissner AJ, Szpila K, i wsp. Analiza wyników klinicznych, bakteriologicznych i histopatologicznych chirurgicznego leczenia przewlekłych owrzodzeń żylnych. *Lecz Ran* 2006; 3(3): 75–82.
7. Briggs M. Zasady ograniczania bólu w czasie zabiegów związanych z opatrywaniem ran. *Leczenie Ran* 2006; 3(1): 1–3.

8. Kruk-Kupiec G. TIME – system opracowania rany. *Mag Piel Pol* 2007; 10: 31–33.
9. Simka M. TIME – nowoczesna strategia leczenia ran przewlekłych. *Pol Przegl Chir* 2005; 77: 748–760.
10. Jawień A, Szewczyk M. Sztuka leczenia ran przewlekłych. *Piel Chir Angiol* 2009; 4: 151–152.
11. Szewczyk M, Sopata M, Jawień A, i wsp. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. *Lecz Ran* 2010; 7(3–4): 79–106.
12. Szczerbińska K. *Profilaktyka odleżyn jako przykład działań w ramach poprawy jakości usług medycznych. Zapobieganie odleżynom jako problem zapewnienia jakości*. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; 1998: 9–14.
13. Turner TD. Hospital usage of absorbent dressing. *Pharm J* 1979; 222: 421.
14. Thompson RJ. Pathological changes in mummies. *Proc R Soc Med* 1961; 54: 409–415.
15. Grey JE, Harding KG. *Leczenie ran w praktyce*. Warszawa: PZWL; 2010.

Adres do korespondencji:

Mgr Aneta Sepiolo
NZOZ „Bogumiła”
ul. Niepodległości 44–48D
75-751 Koszalin
Tel.: 600 122-023
E-mail: asepiolo@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.12.2011 r.

Po recenzji: 5.01.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION (CME)

Polityka zdrowotna oraz strategie postępowania wobec narkomanii w krajach Europy i Stanach Zjednoczonych

Health politics and strategies of action against drug addiction in European countries and the States

JOLANTA CHMIELOWIEC^{1, B-F}, ANDRZEJ RAJEWSKI^{2, B-F}

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SP ZOZ w Ciburzu
Dyrektor: mgr Beata Kotus

² Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest problemem interdyscyplinarnym. Europejska polityka wobec narkomanii i narkotyków próbuje umiejętnie łączyć elementy leczenia, terapii, profilaktyki i represji. W Szwecji i Stanach Zjednoczonych panuje przekonanie, że metoda represji i zakazów prowadzi do sukcesu, a zasada leczyć zamiast karać jest mało skuteczna w walce z narkomanią. Doświadczenia Portugalii, Holandii i Danii wskazują, że podejście permissive do użytkowników substancji psychoaktywnych przynosi wymierne korzyści w zakresie leczenia i ograniczania szkód zdrowotnych. Opublikowany raport Światowej Komisji ds. Polityki Narkotykowej „War on drugs” w 2011 r. zalecił zmiany w podejściu do stosowanego modelu prohibicji, gdyż dotychczas podejmowane działania na rzecz ograniczenia używania narkotyków nie przyniosły oczekiwanych rezultatów.

Słowa kluczowe: uzależnienie, narkotyki, profilaktyka.

Summary Psychoactive substance addiction is an interdisciplinary problem. European policy towards drug addiction and narcotics attempts to competently join treatment elements, therapy, prophylaxis and repression. In Sweden and the USA it is believed that repression and ban method lead to a success, and the method of treatment instead of ban is less effective in the fight against drug addiction. Portuguese, Dutch and Danish experiments show that the permissive attitude to the users of psychoactive substances bring measurable benefits in the scope of treatment and limiting the negative health effects. The “War on drugs” report published by International Commission on Narcotic Drugs Policy in 2011 recommended changes in the attitude to the applied model of prohibition since undertaken actions for limitation of using narcotics have not brought expected results so far.

Key words: addiction, narcotic, prevention.

Wstęp

Narkomania zaczęła wzbudzać niepokój ze względu na swoje rozmiary w XIX wieku na Dalekim Wschodzie. Do wzrostu liczby uzależnionych w wielu krajach przyczyniło się wprowadzenie do praktyk lekarskich morfiny (1805 r.), kokainy (1860 r.), jako leków dużej skuteczności terapeutycznej [1]. Początek wieku XX odnotował nałogowe używanie opium i jego pochodnych w wielu krajach kontynentu europejskiego i amerykańskiego. Pierwsza Komisja Opiumowa w 1909 r. zebrała reprezentantów trzynastu krajów w Szanghaju, miejscu bardzo mocno dotkniętego „chorobą opiu-

nową”. W 1912 r. odbyła się konferencja międzynarodowa w Hadze, która zobowiązywała do kontroli środków narkotycznych w sposób wiążący. Polska czynny udział w zapobieganiu narkomanii na arenie międzynarodowej datuje od 10 stycznia 1920 r., gdy rząd polski ogłosił przystąpienie do Konwencji Haskiej.

Środki psychoaktywne używane w celach niemedycejskich stanowią problem interdyscyplinarny i prawdopodobnie wpisały się na trwałe w dzisiejszą rzeczywistość [2]. Rządy krajów wyznaczają kierunki polityki wobec użytkowników narkotyków, a strategie zróżnicowane są pod względem represyjności, jak i określonych priorytetów.

Szwecja

Szwecja jest przykładem represyjnego podejścia do problemu narkomanii. Już w latach 60. XX w. zaczęto sygnalizować problem nadużywania substancji psychoaktywnych. Wdrożono eksperyment, który przypominał dzisiejsze działania w zakresie redukcji szkód, a mianowicie lekarze zostali zobowiązani do „liberalnego przypisywania recept na leki psychoaktywne”. Wzrost umieralności uzależnionych od heroiny doprowadził do wzrostu zachowań represyjnych wobec użytkowników narkotyków i przyjęciem przez parlament szwedzki polityki prowadzonej pod hasłem „społeczeństwo wolne od narkotyków”. Polityka szwedzka nastawiona jest na prewencję polegającą na podtrzymywaniu negatywnych postaw wobec narkomanii. Działania koncentrują się na społeczności lokalnej, a więc rodzinie, nauczycielach, kręgu znajomych i przyjaciół, które wspierane są przez instytucje centralne mające dostarczać wiedzy, pomocy finansowej i motywacji do podejmowanych inicjatyw na szczeblu lokalnym. Bardzo ważnym terenem oddziaływań stała się szkoła, gdzie rozpowszechniana jest wiedza o narkomanii i rozwiązaniach legislacyjnych oraz możliwościach uzyskania pomocy. Organizacje pozarządowe realizują zadania z zakresu zapobiegania nadużywaniu narkotyków. Drugi ważny aspekt polityki narkotykowej to zachęcanie jak największej liczby osób uzależnionych do zmiany zachowań i leczenie. Założeniem dominującym w terapii i rehabilitacji jest całkowita abstynencja, co również sygnalizuje brak przyzwolenia dla niemedycznego stosowania substancji narkotycznych. Oszczędnie w Szwecji prowadzone są programy wymiany igieł i strzykawek, a programy metadonowe podlegają ścisłej kontroli i adresowane są do ograniczonej liczby uzależnionych. Celem leczenia jest osiągnięcie całkowitej abstynencji. Leczeniem zajmują się specjalistyczne oddziały detoksykacyjne i rehabilitacyjne szpitali psychiatrycznych, lecznictwo stacjonarne, specjalistyczne instytucje do opieki nad osobami z HIV i AIDS, prywatne oddziały i fundacje lecznictwa odwykowego, młodzieżowe grupy wsparcia, poradnie dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji, które również oferują porady motywacyjne i pomoc w wychodzeniu z kryzysu itp. Opieka społeczna odgrywa niebagatelną rolę w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. Trzeci aspekt prowadzonej polityki narkotykowej zmierza do kontroli i ograniczenia podaży substancji psychoaktywnych. Prawo i rozwiązania legislacyjne zmierzają do powiększenia wachlarza zachowań podlegających penalizacji oraz zaostrzeniu sankcji karnych. Penalizacja obejmuje handel, produkcję, przetwarzanie, nabywanie, magazynowanie, transportowanie, spożywanie i posiadanie substancji psychoaktywnych, a także pomoc (również infor-

mowanie) w nabyciu narkotyków. Ocena działalności władz szwedzkich w zakresie prowadzonej polityki narkotykowej wskazuje na brak klarownych strategii długoterminowych prowadzonych na poziomie lokalnym [3].

Dania

W Danii koncentracja działań wobec narkomanii dotyczy zapobiegania, leczenia oraz kontroli. Podstawowy kierunek oddziaływań dla polityki wobec uzależnienia od substancji psychoaktywnych wyznaczany jest przez organy władz centralnych. Celami tej polityki są: delegalizacja narkotyków, utrzymanie względnej równowagi między zapobieganiem a leczeniem uzależnień, wzmocnienie działań władz lokalnych skierowanych do młodzieży z rodzin doświadczających społecznego wykluczenia, zwiększenie działań mających na celu poprawę lecznictwa oraz dostosowanie terapii do różnych potrzeb klienta, rozpowszechnienie zasady: leczyć zamiast karać. W prowadzonej polityce państwa wobec narkomanii priorytetowo potraktowano temat prohibicji. Profilaktyka narkomanii, promowanie zdrowego stylu życia, medyczne aspekty terapii narkomanów, szczególnie programy metadonowe, leczenie chorych na HIV i AIDS leżą w gestii i odpowiedzialności ministra zdrowia. Na poziomie władz regionalnych opracowywane są zapobiegawcze plany działania i przekazywane do poszczególnych kompetentnych instytucji. W Danii funkcjonuje Komisja ds. Narkomanii, która jest jednocześnie interdyscyplinarnym komitetem doradczym mającym za zadanie określać i koordynować działania na polu zapobiegania, leczenia i kontroli. System prawny Danii zabrania eksportowania i importowania narkotyków, nabywania ich oraz sprzedaży, dostarczania, produkowania, przekazywania oraz posiadania określonych substancji w celu niemedycznym. Za złamanie powyższego zakazu grozi kara grzywny, areszt lub osadzenie w więzieniu. Szczególnie groźne przestępstwa narkotykowe zagrożone są karą pobytu w więzieniu do lat 6. Osoby uzależnione od substancji narkotycznych rzadko osadzone są w więzieniach, jednak Ministerstwo Sprawiedliwości zobowiązane jest do finansowania detoksykacji, programów integracyjnych dla uzależnionych odbywających karę więzienia, które wyraziły chęć leczenia. Biorąc pod uwagę system kontroli podaży, to każda komenda policji posiada specjalny wydział ewentualnie oficera do spraw narkomanii. Aby poprawić i usprawnić międzyinstytucjonalny system działań, powołano Krajowe Centrum Pomocy Śledczej, które prowadzi analizy, rejestruje, zbiera dane o przestępstwach związanych z narkotykami, upowszechniając je na poziomie kraju i międzynarodowym. Leczenie podporządkowane

jest rzeczywistym potrzebom osób uzależnionych, również terapia, której celem nie jest całkowita abstynencja od narkotyków. Prowadzone programy metadonowe są popularną formą ograniczania szkód zdrowotnych. Należy zaznaczyć, że duński system leczenia nie posiada tak naprawdę żadnej propozycji dla osób uzależnionych od amfetaminy, ecstazy czy marihuany [3].

Hiszpania

Hiszpania zmagają się z zjawiskiem uzależnienia od środków psychoaktywnych, a wagę problemu podkreśla fakt, iż zostały opracowane dokumenty zawierające strategie długoterminowe wobec narkomanii, którym nadano status Dekretu Królewskiego. Narodowa Strategia wobec Substancji Psychoaktywnych przyjęła filozofię, że wszystkie rozwiązania to rezultat publicznej dyskusji, woli politycznej, które należy dostosowywać do zmieniającej się rzeczywistości. Podstawowe cele i zadania wobec zjawiska narkomanii zdefiniowane zostały przez: ograniczenie zasięgu używania i poprawy sytuacji osób nadużywających substancji psychoaktywnych, zachęcanie do współpracy prywatnych instytucji, osób, grup, stowarzyszeń na rzecz zapobiegania uzależnieniom, prowadzenie prewencji, działania zmierzające do wykształcenia umiejętności życiowych, takich jak: poczucie własnej wartości, krytycyzm. Ponadto rekomendowane jest otwarcie na wszelkie metody rehabilitacji, terapii, leczenia, których użyteczność została w jakikolwiek sposób potwierdzona. Priorytetową sprawą jest tworzenie dla osób uzależnionych programów, umożliwiających powrót do życia w społeczeństwie, gdzie celem w terapii nie musi być pełna abstynencja, aczkolwiek należy do niej zachęcać. Kontrola nad podażą i popytem narkotyków przez zintegrowane działania różnych instytucji na poziomie kraju, jak i poszerzanie współpracy międzynarodowej, dostosowywanie przepisów legislacyjnych to również zadania polityki narkotykowej. Hiszpańska strategia wobec narkomanii opiera się między innymi na prewencji pierwszego stopnia, warto zwrócić uwagę na ten fakt, gdyż bardzo poważnie potraktowano sprawę uwrażliwiania ludności na problemy w obszarze uzależnień. Obszar profilaktyki zdominowany został przez komisję, której zadaniem jest merytoryczna standaryzacja, weryfikacja i autoryzacja programów szkolnych i dostarczanych materiałów profilaktycznych. Narkomani, którzy utrzymują kontakt z systemem pomocy uzyskali szczepienia przeciw tężcowi i żółtacze. W kwestii integracji uzależnionych od substancji psychoaktywnych przyjęto programy terapeutyczne, w ramach których przeprowadzone zostaną standardowe treningi zatrudniania narkomanów [3, 4].

Węgry

Węgry dostrzegły potrzebę opracowania polityki wobec narkomanii w latach 80. ubiegłego stulecia. Ratyfikowały wiele konwencji i uznały, że narkomania jest problemem o międzynarodowym zasięgu, a jej związki z zorganizowaną przestępczością są bardzo silne. Podczas opracowywania multidyscyplinarnej strategii postępowania wobec narkomanii kierowano się zasadą zorientowaną na realizację celów z zachowaniem równowagi między oddziaływaniami redukującymi popyt a ograniczającymi podaż. Organy władzy państwowej miały odgrywać bardzo ważną funkcję w tych działaniach. Społeczeństwo węgierskie, według założeń strategii narkomanii, uwrażliwiano na ten problem, szczególnie społeczność lokalną. Młodym osobom oferowano alternatywne formy spędzania wolnego czasu, by móc odrzucić narkotyki przy jednoczesnej redukcji dostępności do substancji psychoaktywnych. Osoby i ich najbliższe rodziny, które zmagają się z problemem uzależnienia, objęto programem pomocy społecznej, terapią i rehabilitacją. Strategie przyjęte do walki z narkomanią mają charakter długoterminowy, są poddawane procesowi ewaluacji, opierają się na badaniach, realizowane są przez instytucje państwowe i inne oraz zakresem swoich działań obejmują rodziny, szkoły i społeczności lokalne. Do działań oprócz instytucji państwowych włączono lokalną społeczność, wolontariuszy, ekspertów, grupy prywatnych osób. Został powołany Komitet ds. Koordynacji Działań w Zakresie Narkomanii, który koordynuje działania departamentów oraz czuwa nad prawidłowością wypełniania zobowiązań międzynarodowych [3].

Holandia

W Holandii zabrania się importowania, eksportowania, dostarczania, posiadania, wytwarzania, przyrządzania narkotyków, jednak wyżej wymienione działania nie stanowią czynu karalnego, jeżeli jest to ilość dopuszczalna przez prawo [5]. Uregulowania holenderskie i prowadzona polityka wobec uzależnienia od substancji psychoaktywnych doprowadziła do legalizacji sprzedaży marihuany. Popularna „trawka” uznana została za jeden z mniej groźnych narkotyków, toteż rynek najbardziej popularnego narkotyku został poddany kontroli państwa. Ograniczono w ten sposób handel prowadzony przez dilerów oraz organizacje przestępcze, a jednocześnie nastąpiły wpływy do skarbu państwa z opodatkowania sprzedaży narkotyku. Dużą popularnością cieszą się coffee shops, w których można legalnie nabyć i palić marihuanę. Różnego rodzaju statystyki wskazują, iż Holendrzy palą mniej „trawki” niż Niemcy, Włosi, Francuzi, Anglicy, którzy dodatkowo narażeni są na karę wię-

zienia. Polityka antynarkotykowa w Holandii opiera się na przesłaniu o redukcji szkód, a tym samym wychodzi z założenia, że narkomania to przede wszystkim choroba, którą należy leczyć pomimo tego, że nie zawsze osiągane są pożądane efekty. Nacisk został położony na działania prewencyjne. Problem narkomanii postrzegany jest w Holandii w kategorii zdrowia publicznego, a nie przestępczości. W związku z tym prowadzona jest na szeroką skalę wymiana igieł i strzykawek, dostępność prezerwatyw i pomieszczeń do higienicznego zażywania narkotyków. Prowadzone jest poradnictwo dla zakażonych wirusem HIV, przy jednoczesnym udostępnieniu testów na HIV. Sprawowana jest opieka medyczna i psychologiczna dla osób uzależnionych od narkotyków, a także duża dostępność do różnorodnych form terapii. Holandia należy do państw Beneluksu określanych, jako „poligon doświadczalny dla eksperymentów unijnych” [6, 7].

Portugalia

Humanitarne podejście do problemu narkomanii, nierepresyjna polityka oraz racjonalne wydawanie pieniędzy charakteryzuje Portugalię. Efekty prowadzonej polityki narkotykowej od 2001 r. przekładają się na wymierne efekty, a mianowicie spadek chorób przenoszonych drogą płciową, zgonów spowodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zakażonych wirusem HIV. Utworzona na zlecenie rządu grupa lekarzy, socjologów, prawników, psychologów stworzyła nową koncepcję podejścia do problemu narkomanii. Grupa ekspertów zaproponowała rządowi, by wprowadzić dekryminalizację używania narkotyków bez podziału na narkotyki „miękkie” czy „twarde”. Przeniesiono Instytut ds. Narkotyków i Uzależnień z resortu sprawiedliwości do resortu zdrowia. Rząd przeprowadził ustawę o dekryminalizacji posiadania i konsumpcji wszystkich bez wyjątku narkotyków. Handel nimi nadal jest działaniem nielegalnym, jednak za ilość niehandlową przyjęto dawkę na 10 dni dla jednej osoby. Posiadanie i konsumpcja narkotyków jest również nielegalna, jednakże nie stanowi ona przestępstwa, a jedynie wykroczenie, za które grozi niewielka grzywna ewentualnie praca społeczna. Polityka opiera się na działaniach prewencyjnych (odstraszanie przez policję dilerów z uczelni, szkół, barów, dyskotek; pracownicy socjalni uczestniczą w młodzieżowych imprezach masowych, gdzie ostrzegają przed szkodliwością substancji psychoaktywnych), edukacji w szkołach, redukcji szkód zdrowotnych i leczenia (wymiana igieł i strzykawek, rozdawnictwo prezerwatyw, bezpłatne leczenie substytucyjne metadonem) oraz pomocy w powrocie do życia w społeczeństwie bez nałogu (mieszkania socjalne, pomoc w zdobyciu pracy). Bardzo ważnym

składnikiem polityki antynarkotykowej w Portugalii jest Komisja ds. Zniechęcania. Rozprawa, która się przed nią odbywa, ma charakter przyjacielskiej rozmowy i ostrzeżenia. Przekazywane są informacje o szkodliwości substancji psychoaktywnych i możliwościach leczenia [8].

Stany Zjednoczone

Stany Zjednoczone są krajem, gdzie dominuje model polityki restrykcyjno-represyjnej wobec narkomanii. System ten charakteryzuje się bardzo szerokim zakresem kryminalizacji wszelkich czynów wiążących się z narkotykami oraz stosowaniem tylko i wyłącznie represji karnej bez alternatywnych środków leczniczych wobec sprawców przestępstw – użytkowników narkotyków. Na terytorium własnego kraju Amerykanie zwalczają używanie substancji psychoaktywnych oraz handel nimi metodami policyjnymi i długoletnimi karami więzienia. Na terenach innych państw od wielu lat USA wspiera dużymi sumami pieniędzy oraz dostawami broni wojny, które prowadzone są z producentami, handlarzami narkotyków. W USA narkomania postrzegana była jako zachowanie niemoralne, społecznie patologiczne wręcz dewiacyjne. Taka percepcja spowodowała nadanie narkotekom statusu substancji nielegalnych. Wobec powyższego narkomania stała się zachowaniem przestępczym, a stosowanie represji jest podstawową metodą walki z nią. Narkomanię traktuje się przede wszystkim jako problem polityki kryminalnej [9]. Prowadzona polityka bezwzględnej prohibicji okazała się bardzo kosztowną i całkowitą porażką. Wszystkie zakazy dotyczące narkotyków nie wpływają w żaden sposób na ich produkowanie, importowanie czy też dostępność w kraju. Korupcja na poziomie krajowym i międzynarodowym podważa system działań wymiaru sprawiedliwości karnej i w ten sposób narkotyki stają się towarem tanim i dostępnym na terenie Stanów Zjednoczonych. Prowadzona profilaktyka i edukacja w obszarze narkomanii podlega krytyce, gdyż tak naprawdę sprowadza się do przeświadczenia, iż wystarczy powiedzieć „po prostu nie”. Programy ambitniejsze, a jednocześnie bardziej kosztowne nie przynoszą spodziewanych wyników [10]. Krytycyzm wobec działań prowadzonych w USA nie jest niczym nowym. Specjaliści od uzależnień już od wielu lat sprzeciwiali się prohibicji, jako dominującej metodzie działania.

Światowa Komisja do Spraw Polityki Narkotykowej

Opublikowany raport Światowej Komisji ds. Polityki Narkotykowej „War on drugs” w 2011 r. ocenił prowadzoną do tej pory wojnę z narkotykami jako

całkowitą porażkę i zalecił zmiany w podejściu do stosowanego modelu prohibicji. Raport uważa się za przełomowy, gdyż być może po raz pierwszy, publicznie zostały wyartykułowane problemy związane z narkomanią przez osoby znaczące, tj.: mężów stanu, intelektualistów, przywódców cieszących się uznaniem i szacunkiem. Poddano krytyce działania tych państw, które hołdowały polityce represji, a mianowicie Chin, Rosji i USA. Holandię, Portugalię, Kanadę, Szwajcarię uznano za przykład dobrze prowadzonej polityki antynarkotykowej, szczególnie podkreślono pozytywne wyniki prowadzonego leczenia i terapii substytucyjnej (metadon, buprenorfina).

Twórcy raportu sugerują przeprowadzenie niezwłocznie reformy polityki narkotykowej. Zmiany

dotyczyć powinny rządowych modeli regulacji prawnych narkotyków, szczególnie konopi, by doprowadzić do osłabienia przestępczości zorganizowanej, wzmocnić bezpieczeństwo obywateli swojego kraju oraz chronić ich zdrowie. Postulowano zaprzestanie kryminalizacji, stygmatyzacji i marginalizacji użytkowników substancji psychoaktywnych, którzy nie szkodzą innym. Proponowane jest upewnienie się, iż istnieje wiele metod leczenia przynoszących wymierne skutki. Zaproponowano, by prawa człowieka i zasady redukcji szkód stosować zarówno dla osób używających środków psychoaktywnych, jak i tych, którzy w hierarchii narkobiznesu znajdują się na końcu, a mianowicie rolnicy, kurierzy, drobni handlarze [11].

Piśmiennictwo

1. Sokalska ME. *Polskie przepisy zapobiegania narkomanii w świetle norm międzynarodowych*. W: Chruściel TL, Hołyst B, Tyfczyńska J. *Zeszyty problemowe narkomanii: Profilaktyka narkomanii*. Warszawa: Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii; 1986; 1: 360–371.
2. Krajewski K. *Postulowane kierunki polityki legislacyjnej wobec narkotyków i narkomanii*. W: *Problemy narkotyków i narkomanii w ustawodawstwie polskim. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)*. Warszawa: 2004; 5–43. Dostępny na URL: <http://www.wymiana.krakow.pl/pdf-biblioteka/problemy-narkotykow-i-narkomanii.pdf>.
3. Świątkiewicz G. *Krajowe programy przeciwdziałania problemom związanym z narkotykami (Szwecja, Dnia, Hiszpania, Węgry)*. W: *Problemy narkotyków i narkomanii ustawodawstwie polskim. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)*. Warszawa: 2004; 44–69. Dostępny na URL: <http://www.wymiana.krakow.pl/pdf-biblioteka/problemy-narkotykow-i-narkomanii.pdf>.
4. Wolańska M. *Polityka antynarkotykowa w Unii Europejskiej*. *Bezpieczeństwo Narodowe* 2009; I–II(9–10): 255–271.
5. Morawska J. *Regulacje prawne dotyczące narkomanii w Polsce i na tle porównawczym*. *Przegląd Lekarski* 2001; 58(4): 208–214.
6. Gašior H. *Wpływ integracji politycznej i ekonomicznej Belgii i Holandii na liberalizację polityki dotyczącej narkotyków miękkich*. *Fundation For European Studies Working Papers* 4/2008. Dostępny na URL: <http://feeps.pl/sites/default/files/wplyw-integracji-politycznej-i-ekonomicznej-belgii-i-holandii.pdf>.
7. Krajewski K. *Między prohibicją a legalizacją: holenderski eksperyment w polityce wobec narkomanii*. *Państwo i Prawo* 1995; 5: 86–95.
8. *Sprawozdanie roczne 2010: Stan problemu narkotykowego w Europie*. *Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii: 2010*. Dostępny na URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_PL_EMCCDDA_AR2010_PL.pdf.
9. Krajewski K. *Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii: ustawodawstwo polskie na tle modeli regulacji dotyczących narkotyków*. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 20(4): 425–437.
10. Newman RG. *Uzależnienie i metadon z punktu widzenia Amerykanina*. W: Malinowska-Sempruch K, red. *Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa i prawa człowieka*. Warszawa; 2005: 388–400. Dostępny na URL: <http://www.wymiana.krakow.pl/pdf-biblioteka/polityka-narkotykowa.pdf>.
11. *War on drugs. Report of the Global Commission on Drug Policy*. June 2011. Dostępny na URL: http://idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf.

Adres do korespondencji:
Mgr Jolanta Chmielowiec
ul. Konarskiego 2A/12
66-200 Świebodzin
Tel.: 605 038-357
E-mail: chmie1@tlen.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.09.2011 r.
Po recenzji: 15.10.2011 r.
Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.

Pytania do artykułu

- Miastem najbardziej dotkniętym przez tzw. „chorobę opiumową” był:
 - Szanghaj,
 - Nagoja,
 - Seto,
 - Hirosaki.
- Parlamentem, który prowadził politykę pod hasłem „społeczeństwo wolne od narkotyków” był parlament:
 - Danii,
 - Hiszpanii,
 - Szwecji,
 - Węgier.
- Humanitarne podejście oraz nierepresyjna polityka wobec problemu narkomanii charakterystyczna jest dla:
 - USA,
 - Węgier,
 - Szwecji,
 - Portugalii.
- Podtrzymywanie negatywnych postaw w społeczeństwie wobec zjawiska narkomanii dotyczy:
 - Danii,
 - Szwecji,
 - Portugalii,
 - Hiszpanii.
- Dla polityki Hiszpanii w stosunku do problemu uzależnienia od substancji psychoaktywnych charakterystyczne jest:
 - tworzenie programów terapii umożliwiających powrót do życia w społeczeństwie osobom uzależnionym,
 - kontrola podaży i popytu substancji psychoaktywnych,
 - w prowadzonej terapii zachowanie całkowitej abstynencji,
 - analizowanie danych o przestępstwach związanych z zażywaniem narkotyków.
- Statystyki wskazują, że najmniej tak zwane „trawki” palą:
 - Anglicy,
 - Niemcy,
 - Holendrzy,
 - Francuzi.
- „Poligonem doświadczalnym dla unijnych eksperymentów” w polityce narkotykowej jest:
 - Dania,
 - Holandia,
 - Hiszpania,
 - Węgry.
- Polityka represji wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych charakterystyczna jest dla:
 - Szwajcarii,
 - Kanady,
 - Portugalii,
 - USA.

SPRAWOZDANIA • REPORTS

Sprawozdanie z X Międzynarodowej Konferencji Polskiego Towarzystwa Medycyny Środowiskowej „Człowiek–Zdrowie–Środowisko” 25–26 listopada 2011 r., Szczecin

Report on the X International Conference
of the Polish Society of Environmental Medicine,
“Man-Health-Environment” 25–26 November 2011, Szczecin

BOŻENA MROCZEK, MAGDALENA ŚMIETANA

Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

W dniach 25–26 listopada 2011 r. w Hotelu Novotel w Szczecinie odbyła się X Międzynarodowa Konferencja Polskiego Towarzystwa Medycyny Środowiskowej (PTMŚ) „Człowiek–Zdrowie–Środowisko” połączona ze Zjazdem Zarządu Głównego PTMŚ. Tematyką konferencji były aktualne problemy zdrowia środowiskowego i medycyny środowiskowej, zdrowia publicznego i profilaktyki zdrowotnej, a także epidemiologii. Konferencja została zorganizowana przez Zakład Zdrowia Publicznego PUM w Szczecinie, Zarząd Główny i Oddział Zachodniopomorski PTMŚ oraz Polskie Stowarzyszenie Energetyki Wiatrowej (PSEW). Komitetowi organizacyjnemu przewodniczyła dr n. hum. Bożena Mroczek, członkowie: mgr Artur Kotwas, mgr Dorota Mazurek, mgr Diana Paryska (PSEW), Ewa Piasecka, Alina Grabowska, Anna Lebedź i Małgorzata Skubisz.

Konferencja otrzymała Mecenat Miasta Szczecina z prawem do korzystania z logotypu. Patronat honorowy nad konferencją objęli: Rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie – prof. dr hab. n. med. Przemysław Nowacki, Wojewoda Zachodniopomorski – Marcin Zydorowicz, Zachodniopomorski Inspektor Ochrony Środowiska – mgr inż. Andrzej Miluch, Zachodniopomorski Wojewódzki Inspektor Sanitarny – lek. med. Jerzy Jakubek oraz Dyrektor Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu – dr n. med. Piotr Brewczyński. Konferencja podzielona była na trzy główne sesje: inauguracyjną, sesję tematyczne obejmujące: środowiskowe zagrożenia zdrowia; infrastrukturę środowiska a zdrowie człowieka; stan gleby, wód i powietrza, ich wpływ na zdrowie człowieka; opiekę środowiskową w zdrowiu i chorobie; cywilizacyjne zagrożenia zdrowotne uwarunkowane środowiskowo; zagrożenia środowiskowe a medycyna kliniczna; żywność i żywienie

człowieka oraz dwie sesje plakatowe. Konferencję w sesji inauguracyjnej otworzyły: prof. dr hab. n. med. Krystyna Pawlas, Przewodnicząca Zarządu Głównego PTMŚ i dr hab. n. med. Beata Karakiewicz prof. nadzw. PUM w Szczecinie – wiceprzewodnicząca PTMŚ. Po powitaniu gości i uczestników prof. Beata Karakiewicz złożyła pani prof. dr hab. n. med. Krystynie Pawlas gratulacje w związku z powołaniem na Konsultanta Krajowego w Zdrowiu Środowiskowym (ryc. 1).

Wykłady w sesji inauguracyjnej wygłosili prof. dr hab. n. med. Krystyna Pawlas, dr n. med. Krystyna Radecka, Dyrektor Departamentu GIS oraz prof. dr hab. n. med. Marta Wawrzynowicz-Syczewska, Prodziekan WNoZ PUM w Szczecinie (ryc. 2).

Moderatorami sesji I tematycznej poświęconej środowiskowym zagrożeniom zdrowia byli: prof. dr hab. n. med. Janusz Hałuszka oraz prof. nadzw. dr hab. Leszek Solecki. Sesja rozpoczęła się odczytaniem przez prof. J. Hałuszkę przesłania prof. Zbigniewa Rudkowskiego skierowanego do uczestników X Konferencji PTMŚ. Sesja II tematyczna, której przewodniczyli prof. Andriej Szpakov oraz dr inż. Janina Fudała dotyczyła wpływu infrastruktury środowiska na zdrowie człowieka, poprzedzona była konferencją prasową na temat oddziaływania farm wiatrowych na zdrowie człowieka. W sesji uczestniczyli również dziennikarze z czasopism rolniczych, przedstawiciele PSEW oraz Stowarzyszenia Gmin Przyjaznych Energetyce Odnawialnej. Tematykę wpływu farm wiatrowych na zdrowie człowieka przedstawiły prof. dr hab. n. med. Krystyna Pawlas i dr n. hum. Bożena Mroczek, bariery w komunikacji społecznej omówiła dr n. med. Donata Kurpas, a dr inż. Krystyna Kurowska i dr inż. Hubert Kryszk zwrócili uwagę na znaczenie planowania przestrzennego dla zdrowia człowieka.

Nad przebiegiem III sesji tematycznej poświęconej żywności i żywieniu człowieka czuwali dr hab. n. med. Ewa Stachowska, prof. nadzw. PUM oraz dr Bożena Mroczek. Uczestnicy wysłuchali między innymi wykładów: dr hab. n. med. Ewy Stachowskiej, prof. nadzw. PUM na temat nutro-genomiki, mgr Anny Koprowicz z Polskiego Radia Szczecin o wpływie mediów na promocję zdrowia, a także dr Arlety Drozd o żywności modyfikowanej genetycznie. Pierwszy dzień obrad zakończony został uroczystą kolacją w restauracji Hotelu Novotel, której towarzyszyła wymiana poglądów i opinii o konferencji. Atmosferę przeżycia artystycznego wprowadził występ Zespołu Pieśni i Tańca Ziemi Szczecińskiej „Krag” pod kierownictwem mgr. Mariusza Kowalczyka z Zakładu Zdrowia Publicznego (ryc. 3).

W sobotę uczestnicy wysłuchali wykładów przygotowanych m.in. przez prof. Janusza Hałuszkę, dr. hab. n. med. Adama Stefańskiego, prof. Andrieja Shpakova, dr Iwonę Rotter, dr Lucynę Sochocką, dr Jolantę Kucharską-Mazur, dr. inż. Jana Sobótkę. Sesję moderowali dr hab. n. med. Adam Stefański i dr n. tech. Agnieszka Wlazło. Wykłady kończą-ce dwudniową konferencję dotyczyły środowiskowych uwarunkowań zdrowia oraz aspektów opieki środowiskowej w zdrowiu i chorobie. Dr n. med. Jacek Brodowski, przewodniczący sesji plakatowej podsumował sesję, wskazując na wysoki poziom prezentowanych prac, a wyróżnionym autorom prac wręczył nagrody od Prezydenta Miasta Szczecina. Prof. dr hab. n. med. Janusz Hałuszka stwierdził bezstronnie, że wysoki poziom prac prezentowano w czasie sesji plakatowych (I i II), mo-



Rycina 1. Dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. nadzw. PUM w Szczecinie



Rycina 2. Prof. dr hab. med. Marta Wawrzynowicz-Syczewska, prodziekan WNoZ PUM w Szczecinie



Rycina 3. Uczestnicy konferencji wraz z Zespołem Pieśni i Tańca Ziemi Szczecińskiej „Krag”



Rycina 4. Prof. dr hab. med. Janusz Hałuszka i dr n. med. Zdzisław Brzeski

derowanych przez dr. n. med. Jacka Brodowskiego, dr. Zdzisława Brzeskiego oraz dr n. med. Iwonę Pirogowicz. Uczestnicy konferencji przez dwa dni mogli zapoznać się z 38 plakatami, których autorzy prezentowali zagadnienia zdrowia człowieka, warunkowań środowiskowych zdrowia, profilaktyki, zanieczyszczeń środowiska oraz nutrologomiki i prawidłowego żywienia (ryc. 4).

Przewodnicząca Zarządu Głównego PTMŚ prof. dr hab. n. med. Krystyna Pawlas i Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego dr n. hum. Bożena Mroczek dokonały podsumowania X Konferencji PTMŚ, podziękowały wszystkim, którzy przyczynili się do zapewnienia wysokiego poziomu konferencji.

Zdjęcia: mgr Marlena Kawecka