

EDUKACJA I PROFILAKTYKA W CHOROBAH SPOŁECZNYCH I CYWILIZACYJNYCH

Redakcja

Małgorzata Tokarska-Rodak

Wiesław Gołąbek



Biała Podlaska 2013

Państwowa Szkoła Wyższa
im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

EDUKACJA I PROFILAKTYKA W CHOROBAH SPOŁECZNYCH I CYWILIZACYJNYCH

Redakcja
Małgorzata Tokarska-Rodak
Wiesław Gołębek

Biała Podlaska 2013

Recenzenci:
prof. dr hab. Jadwiga Daniluk
prof. dr hab. Andrzej Borzęcki
prof. dr hab. Yauheni Tsishchanka

ISBN 978-83-61044-79-6

Nakład: 100 egz.

Liczba ark. wyd.: 8,5

Adres:
Katedra Zdrowia
Państwowa Szkoła Wyższa
im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
21-500 Biała Podlaska, ul. Sidorska 102, tel. (083) 344 99 18
e-mail: kz@pswbp.pl



Wydawnictwo PSW JPII
ul. Sidorska 95/97, p. 334R
21-500 Biała Podlaska
www.pswbp.pl

Copyright © 2014 Państwowa Szkoła Wyższa
im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Grafika na okładce: Katarzyna Kurowska

Skład, druk i projekt okładki:
Agencja Reklamowa TOP, ul. Toruńska 148, 87-800 Włocławek,
tel.: 54 423 20 40, fax: 54 423 20 80, www.agencjatorp.pl

**EDUKACJA I PROFILAKTYKA
W CHOROBACH
SPOŁECZNYCH I CYWILIZACYJNYCH**

Spis treści

Wstęp	7
Zofia Kubińska, Ryszard Markert	
Od „obyczajów co do zdrowia” do edukacji zdrowotnej w polskiej szkole	9
Aneta Stanisławek, Renata Mazuś, Janusz Schabowski	
Ocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej	18
Danuta Pawlik, Martyna Krukowska, Anna Grzywaczewska, Ryszard Markert	
Profilaktyka odleżyn w zakładach opiekuńczo-leczniczych	27
Anna Ślifirczyk, Aleksander Olejnik, Katarzyna Jańczuk, Wojciech Kołodziuk	
Ewolucja koncepcji ratownictwa medycznego na terenie Polski oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki – próba porównania	36
Diana Piaszczyk, Karolina Mazur, Wiesław Gołąbek, Yauheni Tsishchanka	
Wiedza licealistów z Białej Podlaskiej na temat choroby alkoholowej	44
Justyna Paszkiewicz, Paulina Artyszuk, Janusz Schabowski	
Wiedza licealistów z Białej Podlaskiej na temat anoreksji	60
Barbara Sokołowska, Marta Fiedoruk, Agnieszka Korol, Małgorzata Tokarska-Rodak	
Analiza poziomu wiedzy o malarii wśród studentów pielęgniarstwa i pielęgniarek pracujących	71
Anna Ławnik, Justyna Biront, Ryszard Markert	
Zespół nabytego niedoboru odporności – AIDS jako wyzwanie dla zdrowia publicznego XXI wieku	79
Anna Ślifirczyk, Marek Tomaszewski, Marzanna Marciniuk, Wiesław Gołąbek	
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	90

Agnieszka Korol, Barbara Sokołowska, Janusz Schabowski

Analiza czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego w ocenie zachowań
zdrowotnych ludności wiejskiej 100

Diana Piaszczyk, Andrzej Parchomiuk, Wiesław Gołąbek

Ocena występowania raka tarczycy w latach 2001-2010 w Polsce 109

Edyta Kawka, Marzena Mazurek, Maria Koziół-Montewka,

Małgorzata Tokarska-Rodak, Aneta Filipek-Czerska, Jolanta Paluch-Oleś

Wielodyscyplinarny udział pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu gruźlicy 122

Anna Ślifirczyk, Katarzyna Jańczuk, Bożena Olichwiruk,

Małgorzata Tokarska-Rodak

Rola szczepień ochronnych w profilaktyce chorób
zakaźnych dzieci i młodzieży 131

Aneta Filipek-Czerska, Anna Badysiak, Maria Koziół-Montewka, Edyta Kawka

Edukacyjna rola pielęgniarki w zapobieganiu zakażeń rota wirusowych 139

Wstęp

Obszar życia współczesnego człowieka zmienia się nieustannie. Postępujące zmiany związane z uprzemysłowieniem, wzmożoną migracją w skali globalnej oraz zaburzeniem równowagi środowiska naturalnego nie pozostają bez wpływu na zdrowie poszczególnych jednostek w społeczeństwie jak i całych społeczności. Lista czynników powodujących pośrednie lub bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka wydłuża się wraz ze zmianami zachodzącymi w sposobie życia ludzi.

Obserwacje i analizy zamieszczone w niniejszej monografii przybliżają problematykę chorób cywilizacyjnych i społecznych, poruszając jednocześnie tak ważne kwestie profilaktyki i edukacji zdrowotnej.

Autorzy prac zamieszczonych w monografii mają nadzieję, że poruszana przez nich tematyka stanie się bliska Czytelnikowi, co przyczyni się do promowania zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa.

Redaktorzy

Zofia Kubińska, Ryszard Markert

Katedra Kultury Fizycznej i Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Od „obyczajów co do zdrowia” do edukacji zdrowotnej w polskiej szkole

Streszczenie: Miejsce i rola edukacji zdrowotnej w dzisiejszej szkole polskiej ma za sobą długą drogę rozwoju i pokonywania wielu oporów i barier, utrudniających jej krzewienie kultury zdrowotnej dzieci i młodzieży. Celem artykułu jest ukazanie losów wychowania zdrowotnego poczynawszy od czasu ukazania się XXV rozdziału Ustawy sejmu w 1773 roku do dnia dzisiejszego. Termin Piramowicza „obyczaje co do zdrowia”, zdaniem Demela, świetnie oddaje istotę i główne intencje wychowania zdrowotnego, w stylu epoki prekursora. Od czasu działalności Grzegorza Piramowicza i Komisji Edukacji Narodowej minęło ponad dwieście lat, obecnie w polskich szkołach zmierzamy do tworzenia europejskiego modelu kształcenia zdrowotnego. Wzrastające obecnie oczekiwania społeczne co do profesjonalizmu w zdrowiu publicznym uzasadniają potrzebę zdobywania wiedzy i umiejętności dbałości o zdrowie własne i innych w ujęciu wielowymiarowym.

Słowa kluczowe: obyczaje co do zdrowia, G. Piramowicz, edukacja zdrowotna, szkoła

Wstęp

Przekonanie o tym, że szkolna edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży jest ważną inwestycją w zdrowie społeczeństwa, ma coraz więcej zwolenników. Niektórzy z nich reprezentują jednak podejście utożsamiające edukację zdrowotną z wiedzą o higienie i zdrowiu fizycznym. W nowoczesnym myśleniu wykreowanym przez WHO i Międzynarodowe Konferencje Promocji Zdrowia, poczynawszy od „Karty Ottawskiej”, edukacja zdrowotna to główny instrument promocji zdrowia będącej podstawowym filarem zdrowia publicznego (Ottawa, 1986; Tones, 2004). Zdrowie publiczne jest to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa. Działania te są realizowane w takich obszarach jak: prawo, finanse, edukacja i ochrona zdrowia (Leowski, 2004). Zadaniem edukacji zdrowotnej jest kształtowanie skutecznych umiejętności do kreowania subiektywnych zachowań zdrowotnych tworzących indywidualny styl życia, który w największym stopniu warunkuje stan zdrowia.

Miejsce i rola edukacji zdrowotnej w dzisiejszej szkole polskiej ma za sobą długą drogę rozwoju i pokonywania wielu oporów i barier, utrudniających jej krzewienie kultury zdrowotnej dzieci i młodzieży. Największym sprzymierzeńcem edukacji zdrowotnej w tym trudnym, ale i owocnym poszukiwaniu miejsca w procesie dydaktyczno-wychowawczym zawsze było i jest wychowanie fizyczne. Celem artykułu jest ukazanie losów wychowania zdrowotnego począwszy od czasu ukazania się XXV rozdziału Ustawy sejmowej w 1773 roku do dnia dzisiejszego. Rozwinięcie tematu umożliwiła analiza literatury z historii i teorii kultury fizycznej, a w szczególności wychowania fizycznego i zdrowotnego.

Wychowanie fizyczne i zdrowotne w ustawach Komisji Edukacji Narodowej

W pierwszym zdaniu XXV rozdziału ustaw Komisji Edukacji Narodowej, noszącym nazwę, edukacja fizyczna, zawarto jej definicję, która brzmi: „Nieprzerwana osnowa starań około dziecięcia od pierwszych jego życia początków, około zdrowia, czerstwości i siły jego, starań stosowanych do pomnażającego się wieku, a zawsze za cel mających uczynić człowieka szczęśliwym i do wykonywania powinności zdolnym; takowa osnowa starań jest edukacją fizyczną”. Potrzeba dbałości o zdrowie dzieci i młodzieży w ustawach KEN została podniesiona do rangi programowego i celowego oddziaływania przez szkołę i rodzinę. Sekretarz Komisji Edukacji Narodowej ks. Grzegorz Piramowicz w 1787 roku, w swoim najważniejszym dziele „Powinności nauczyciela” sformułował i wyznaczył rodzicom, i nauczycielom wskazania dotyczące wychowania co do ciała, czyli zdrowia i sił dziecka. Wskazał im sposoby wzmacniania zdrowia dzieci przez: zdrowy i posilający pokarm, hartowanie ciała, higienę osobistą, higienę pracy i wypoczynku, przechadzki i ćwiczenia fizyczne, gry i zabawy. Jako podstawową formę aktywności zalecono zabawę, dzięki której realizacja potrzeb biologicznych obejmowała również sferę potrzeb społecznych i kulturowych. Według Demela, Piramowicz to aktywny prekursor i szerzyciel kultury zdrowotnej, akcentujący wyższość profilaktyki nad leczeniem, co zawarł w słowach: „Staranie nauczyciela około zdrowia uczniów uprzedzać powinno choroby”. Dostrzegał przede wszystkim potrzebę systematycznego kształtowania „obyczajów co do zdrowia”. Ten precyzyjny termin Piramowicza „obyczaje co do zdrowia”, zdaniem Demela, trafnie oddaje istotę i główne intencje wychowania zdrowotnego, w stylu epoki prekursora. Z jego inicjatywy P. Czapieński opracował pierwszy podręcznik z higieny dla uczniów: „O sposobie zachowania zdrowia wszelkiego stanu ludzi” (Wroczyński, 1985; Mizia, 1988; Demel, 1965; Demel, 1980).

Od czasu działalności Grzegorza Piramowicza i ustaw Komisji Edukacji Narodowej minęło ponad dwieście lat, obecnie w polskich szkołach zmierzamy do tworzenia europejskiego modelu kształcenia zdrowotnego.

Kontynuacja idei KEN w XIX wieku

Dalszy rozwój idei KEN wstrzymali zaborcy, w związku z czym losy wychowania zdrowotnego toczyły się innymi drogami. Ideę powinności co do zdrowia kontynuował naukowo i zawodowo Jędrzej Śniadecki, prekursor szkolnego wychowania fizycznego, wydając w 1805 roku dzieło „O fizycznym wychowaniu dzieci”, w którym napisał „A lubo w doświadczeniu wychowania fizycznego czyli cielesnego, od umysłowego albo moralnego oddzielać nie należy i nie można, wszelako w nauce i rozumowaniu można je uważać osobno”. Znakomicie połączył w nim wiedzę lekarską z potrzebami wychowania (Śniadecki, 1990). Szkoła była też podmiotem zainteresowania pionierów ruchu higienicznego i sanitarnego oraz prekursorów medycyny społecznej, higieny i oświaty zdrowotnej. Inspiracje tych ruchów datują się na początek XIX wieku. Ruch higieniczny w Polsce spełnił rolę łącznika pomiędzy światem lekarskim i pedagogicznym. Pionierzy ruchu higienicznego w Polsce to pasjonaci medycyny społecznej, działający na rzecz rozwoju zdrowia publicznego w takich szkołach jak: wileńsko-krzemieniecka, poznańska, krakowska i warszawska. Szkoła wileńsko-krzemieniecka to posiew Komisji Edukacji Narodowej i dzieło Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego. Najwybitniejszym absolwentem szkoły i uczniem Śniadeckiego, był pierwszy polski lekarz szkolny Karol Kaczkowski, współpracownik Karola Marcinkowskiego założyciela szkoły poznańskiej. Do krakowskich budzicieli myśli społecznej w medycynie należeli Ludwik Bierkowski i Józef Dietl, a prawdziwym animatorem ruchu higienicznego był twórca ogrodów Henryk Jordan (1888 r.), pionier nowoczesnej rekreacji ruchowej. Najambitniejszą próbę działalności podjął Jordan w Galicji osadzając w szkołach średnich pierwszych lekarzy szkolnych na stanowiskach nauczycieli wychowania fizycznego, których sam przeszkolił.

Rolę krajowych prekursorów zdrowia publicznego w Warszawie odegrali Tytus Chałubiński, od 1873r. związany z Zakopanem, Wiktor Szokalski, Ludwik Natanson i Stanisław Markiewicz. Niezwykle wysoką pozycję w międzynarodowym ruchu higienicznym posiadał Józef Polak założyciel miesięcznika „Zdrowie” (1885 r.), który pod carskim zaborem kilkakrotnie organizował wystawy higieniczne. Największą postacią polskiej higieny szkolnej był Stanisław Kopczyński, który stworzył wzorcowy warsztat, na którym praktycznie rozwinęła się nowa koncepcja higieny szkolnej. Jego ulubiona sentencja, którą powtarzał brzmiała: „Rozpowszechnienie higieny w szkole i przez szkołę jest jednym z najważniejszych zadań, jakie wiek XIX wiekowi XX w spadku do rozwiązania przekazał”.

Krzewienie kultury zdrowotnej w XX wieku

Koniec XIX wieku i pierwsza dekada XX to czas działań wielu higienistów i przedstawicieli oświaty zdrowotnej na rzecz rozwoju zdrowia publicznego w tym

higieny szkolnej. Stanisław Kopczyński w 1902 r. wystąpił z tezą o powszechnym wychowaniu higienicznym jednak szkolne wychowanie zdrowotne interesowało tylko nielicznych, nie szukano dla niego miejsca w treściach wychowawczych i edukacyjnych szkoły powszechnej. Istotną rolę w krzewieniu kultury zdrowotnej w polskim społeczeństwie spełniał ruch higieniczny w ramach działalności Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego aż do 1932 roku. Podobną misję w coraz szerszym zakresie spełniało w okresie międzywojennym i po II wojnie światowej Polskie Towarzystwo Higieniczne. Ruch higieniczny opierał się i przebiegał zgodnie z postępem nauk przyrodniczych, a H. Radlińska skodyfikowała go w kategoriach nauk społecznych, dzięki czemu uzyskał stan równowagi na dwóch koniecznych filarach: biomedycznym i humanistycznym. Jej misję kontynuowała H. Wentlandtowa, kierująca Zakładem Oświaty Zdrowotnej w PZH, autorka pierwszego podręcznika z metodyki oświaty zdrowotnej (1960 r.). Pracownicy naukowcy Zakładu pod jej kierunkiem reprezentowali Polskę na arenie światowej, przy pracach WHO (Demel, 2000, 2005, 2009). Należy bowiem wspomnieć o tym, że w 1946 roku w Nowym Jorku odbyła się inauguracja działalności Światowej Organizacji Zdrowia, podczas której polskiej delegacji przewodniczył M. Kacprzak. Był on współautorem konstytucji WHO, a w tym znanej definicji zdrowia, w której określono, że zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia). Kacprzak pełnił wiele funkcji był, między innymi prezesem PTH (1957), rektorem warszawskiej AM, przewodniczącym Rady Naukowej lubelskiego Instytutu Medycyny Wsi, a przy tym wszystkim człowiekiem wielkiej mądrości. Słynął z celnego formułowania myśli w czasie wykładów i spotkań, np. „nie mózg dziecka chodzi do szkoły lecz ono całe”, „dziecko powinno wyjść ze szkoły zdrowsze niż do niej przyszło” (Demel, 2000).

Druga dekada XX wieku to czas usilnych starań współczesnych prekursorów edukacji zdrowotnej pokonujących opory i bariery na drodze krzewienia kultury zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży szkolnej, a pośrednio w całym społeczeństwie. Są nimi profesorowie: Maciej Demel i Zygmunt Jaworski, ich zdaniem „...Na kulturę zdrowotną składa się system wartości przywiązanych do zdrowia fizycznego i psychicznego, obiektywnego i subiektywnego, jednostkowego i publicznego. Kultura ta przejawia się w higienicznej organizacji środowiska, świadomym regulowaniu relacji człowiek - środowisko, w reżimie życia, słowem w tym wszystkim, co Grzegorz Piramowicz nazwał „obyczajami co do zdrowia”. W aspekcie wychowawczym kultura zdrowotna polega przede wszystkim na świadomej i stałej pracy nad sobą, na poczuciu odpowiedzialności za zdrowie własne i publiczne oraz owocnej w czyn wrażliwości na potrzeby zdrowotne, a zwłaszcza cierpienia drugiego człowieka” (Jaworski, 2005).

W latach 80-tych do grona znawców i kreatorów edukacji prozdrowotnej, a później zdrowotnej dołączyła Barbara Woynarowska, pierwszy krajowy koordy-

nator sieci szkół promujących zdrowie, której bogaty dorobek naukowy od wielu lat wytycza kierunki i ułatwia realizację szkolnej edukacji zdrowotnej nauczycielom oraz przybliża do standardów europejskiej sieci szkół promujących zdrowie (Wojnarowska, 2007, 2010, 2011, 2012).

Wychowanie i edukacja zdrowotna w programach i podstawach programowych polskiej szkoły

Pierwszy polski program zawierający treści wychowania fizycznego i zdrowotnego (higienicznego), w ujęciu historycznym, jak już wcześniej wspomniano, był dziełem Komisji Edukacji Narodowej, która wykazywała wielką troskę o zdrowie narodu. Ustawy KEN określały formy, program i klimat wychowawczy zajęć z dziećmi i młodzieżą w zakresie wychowania fizycznego. Zapisano w nich: ... „Podczas rekreacji i wakacji ćwiczenia sił, gry, rozrywki, cały czas zabierać powinny, miarkując wszystko roztropnością przez wzgląd na okoliczności wieku, równych i nierównych sił dzieci, zdrowia, przyszłego wychowania etc. (...) Takowe zaś ćwiczenia i gry do mocy, szykowności, zręczności i szybkości ciała, do męstwa i odwagi pomagające, najprzyzwoitsze zdają się te: gry w piłkę z ubieganiem się i żywym obracaniem, balon czyli gra w dużą piłkę, ciskanie zręczne kamieniami na wodę, gonitwy do pewnego kresu, wyprzedzanie się na wzgórki i przykre miejsca, potykanie się w palcaty, jeżdżenie konno” (Zuchora, 2009).

W czasach współczesnych począwszy od 1963 roku datuje się dynamiczny rozwój wychowania zdrowotnego będącego, zdaniem Demela, dzieckiem medycyny i pedagogiki. Wychowanie fizyczne było w tym czasie poddawane krytyce co znalazło wyraz w zamianie pojęcia na kulturę fizyczną. Instytut Programów Szkolnych w programie kultury fizycznej powszechnej szkoły średniej zamieścił treści z wychowania zdrowotnego. Ważnym przyczynkiem do ukazania się następnego programu, będącego formalnym dokumentem Ministerstwa Oświaty i Wychowania była opublikowana w 1973 roku Uchwała w sprawie stanu zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, opieki higieniczno-lekarskiej i warunków zdrowotnych w placówkach oświatowo-wychowawczych oraz doskonalenia orzecznictwa dla potrzeb ucznia i szkoły. W uchwale znalazł się również zapis o „powołaniu w szkołach stanowiska pedagoga-koordynatora spraw higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego, jako rzecznika tych zagadnień, zarówno wobec dyrekcji szkoły jak i służby zdrowia”.

Cezary Stypułkowski, jako pierwszy w Polsce wprowadził wychowanie zdrowotne do programu szkoły wyższej (AWF Kraków), w 1978 roku, w referacie do Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia stwierdził ... „Organizatorzy wychowania zdrowotnego i praktycy zajmujący się formowaniem kultury zdrowotnej w systemie szkolnym (o ile w ogóle tacy istnieją), zapominają o tym, że absolwent studiów lekarskich nie posiada kwalifikacji pedagogicznych. Nie ma bowiem

znaku równości pomiędzy medycyną i higieną szkolną, a procesem wychowania zdrowotnego w szkole. Próby oddziaływania służby zdrowia na środowisko szkolne poprzez oświatę zdrowotną, która ma charakter masowy i nie opiera się na procesie pedagogicznym, zawsze są nieefektywne wychowawczo i z góry skazywane na niepowodzenie. Metody oświaty zdrowotnej w systemie szkolnym przypominają sianie ziarna z samolotu” (Demel, 2000).

Dokument Ministerstwa Oświaty i Wychowania z 1982 roku określił zakres, strukturę i organizację wychowania zdrowotnego w polskiej szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Wytyczne programowe zostały opracowane przy udziale wielu krajowych ekspertów, wydane w bardzo dużym nakładzie przez MO i W, miały jednak niską rangę prawną i nie wpłynęły w istotnym stopniu na skuteczną poprawę realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Był to pierwszy dokument normatywny, określający zakres i strukturę treści wychowania zdrowotnego oraz sposób ich realizacji w szkole.

Polski Zespół ds. Projektu „Szkoła Promująca Zdrowie, pod kierunkiem B. Woynarowskiej, w 1993 roku opracował wstępną wersję pierwszego programu Edukacji prozdrowotnej w szkole.

Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole autorstwa M. Charzyńskiej - Guli to druga, udoskonalona edycja programu, opracowana po kilkuletnich doświadczeniach w wybranych szkołach oraz po pomyślnej weryfikacji wersji wstępnej. Program był realizowany w ponad czterystu szkołach w kraju.

W 1997 r. edukacja zdrowotna, po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, została włączona do podstaw programowych kształcenia ogólnego wszystkich typów szkół. Określono jej treści dla poszczególnych etapów nauczania, nie ustalono jednak jej miejsca w planie lekcji, co zdecydowanie utrudniało praktyczną realizację. Dopiero reforma strukturalna i programowa kształcenia ogólnego, przeprowadzona w systemie oświaty, w 1999 roku wprowadziła ścieżki edukacyjne, jedną z nich była „edukacja prozdrowotna”, która przyczyniła się do podjęcia przez resort edukacji wielu działań wspierających jej realizację (Dz. U. z 1999 r. poz. 129).

Kolejna modyfikacja podstawy programowej dokonana w 2002 roku umocniła pozycję edukacji prozdrowotnej ponieważ została ona włączona do podstawy programowej kształcenia ogólnego wszystkich typów szkół. Jednocześnie szkoły zostały zobowiązane do opracowania szkolnych programów profilaktyki zagrożeń zdrowia (Dz. U. z 2002 r., nr 51, poz.458).

Dla szkół była to szansa zintegrowania działań szkoły na rzecz ochrony i umacniania zdrowia uczniów. Decyzje te inspirowały wielu edukatorów i promotorów zdrowia do opracowania programów autorskich, organizowania konferencji i studiów podyplomowych, pokazów metodycznych. Pomysł okazał się dobry i rozwojowy. Następna ekipa zarządzająca oświatą nie zaakceptowała jednak tych rozwiązań i pomysł ścieżek edukacyjnych został zanegowany.

Minister Edukacji Narodowej w 2007 roku podjął własną pracę nad reformą programową szkoły. Rozpoczęto od zmiany podstawy programowej kształcenia ogólnego będącego głównym instrumentem regulującym zatwierdzane i realizowane w szkołach programy, zalecane podręczniki i obowiązujący system oceniania. Wszystkie istotne szczegóły zostały zapisane w formie Rozporządzenia podpisanego przez Ministra Edukacji Narodowej dnia 23 grudnia 2008 roku. Nowa podstawa programowa została wdrożona w roku szkolnym 2009/2010 w pierwszych klasach szkół podstawowych i gimnazjów. Jednym z podstawowych założeń przeprowadzonej reformy była likwidacja wszystkich ścieżek edukacyjnych w tym również „edukacji prozdrowotnej”. W obecnie obowiązującej podstawie programowej treści dotyczące dbałości o zdrowie zostały rozproszone i dopisane do wielu różnych przedmiotów. Nauczycielom wychowania fizycznego zaproponowano funkcję szkolnego koordynatora edukacji zdrowotnej. Na pierwszym etapie edukacji treści dotyczące zdrowia, zostały dopisane do edukacji społecznej, przyrodniczej i wychowania fizycznego, na drugim etapie do przyrody i wychowania fizycznego, na trzecim i czwartym etapie do obcego języka nowożytnego, biologii, wychowania fizycznego i edukacji dla bezpieczeństwa i innych (Wojnarowska 2008, Podstawa Programowa Wychowania przedszkolnego 2009/2010).

Podsumowanie

Edukacja zdrowotna w dzisiejszej szkole polskiej ma za sobą długą drogę rozwoju i pokonywania wielu niepowodzeń i barier. Jej prekursorem był sekretarz Komisji Edukacji Narodowej ks. Grzegorz Piramowicz, który wskazał rodzicom i nauczycielom jak należy wzmacniać zdrowie dzieci i młodzieży. Obecnie dynamiczny rozwój zdrowia publicznego jako nauki, na całym świecie ukazuje rosnącą potrzebę aktualizacji i racjonalizacji działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Wzrastające oczekiwania społeczne co do profesjonalizmu w zdrowiu publicznym uzasadniają potrzebę zdobywania wiedzy i umiejętności dbałości o zdrowie własne i innych w ujęciu wielowymiarowym. Wpisanie edukacji zdrowotnej w obowiązkowe zadania szkoły można uznać za sukces, jednak jego wdrażanie (5-6 letnia strategia) i realizacja są bardzo trudne. Nauczyciel wychowania fizycznego jako koordynator szkolnej edukacji zdrowotnej integralnie związanej z wychowaniem fizycznym, zajęciami komputerowymi, technicznymi, etyką, językiem obcym nowożytnym, wychowaniem do życia w rodzinie, przyrodą, biologią i innymi ma szansę doświadczyć satysfakcji z pracy w szkole. Przyjęte w nowej podstawie programowej rozwiązania zdaniem G. Skirmuntt są korzystniejsze od poprzednich ponieważ realizacja odbywa się w godzinach przedmiotów są za nią odpowiedzialne konkretne osoby, treści zdrowotne będą reprezentowane na egzaminach zewnętrznych i dokładnie wiadomo jakimi wiadomościami i umiejętnościami powinien wykazać się uczeń (Skirmuntt, 2009).

W ocenie B. Woynarowskiej, wprowadzenie obowiązkowego modułu „edukacja zdrowotna” oraz włączenie wielu wymagań z tego zakresu do podstawy programowej wychowania fizycznego we wszystkich etapach edukacji jest niewątpliwie sukcesem i ma znaczenie historyczne. Stwarza nową szansę dla nauczycieli wychowania fizycznego, których rola, pozycja (prestż) w szkole może korzystnie się zmienić (Woynarowska, 2008). Na dalsze oceny obecnych rozwiązań programowych, opartych o weryfikację empiryczną trzeba jeszcze poczekać.

Bibliografia

1. Demel M. (1980) *Pedagogika zdrowia*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa
2. Demel M. (2000) *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. Tom I, II. Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Kraków
3. Demel M. (2000) *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. Tom III, AWF Kraków
4. Demel M. (2005) List do organizatorów i uczestników konferencji. W: 200 lat wychowania zdrowotnego w Polsce. Gdańsk
5. Demel M. (2009) O co i po co pytamy historię. W: *Zdrowie -Kultura zdrowotna –Edukacja. Perspektywa społeczna i humanistyczna* (red.) T. Frołowicz, T. Lisicki. Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku, Gdańsk
6. Demel M. (1965) *Propedeutyka wychowania fizycznego*. Sport i Turystyka, Warszawa
7. Demel M. (2000) *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. Tom III Trudne lata 1945-1989, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Kraków.
8. Jaworski Z. (2005) *Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965-2004)*. Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam”, Warszawa
9. Leowski J. (2004) *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*. CeDeWu, Warszawa
10. Mizia T. (red.) (1988) *Grzegorz Piramowicz. Powinności nauczyciela*. Wyd. WSiP, Warszawa
11. Ottawa Charter for Health Promotion. Canada Health Promotion, Ottawa 1986, 1(4), III-V.
12. Podstawa Programowa Wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół obowiązująca od roku szkolnego 2009/2010, Warszawa 2009, wyd. I
13. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2002 r., nr 51, poz.458).
14. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego. (Dz. U. z 1999 r. poz. 129).
15. Skirmuntt G. (2009) *Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej*. (dostęp: 12,06,2012).<http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/>
16. Śniadecki J. (1990) *O fizycznym wychowaniu dzieci*. (ze wstępem Macieja Demela) AWF im. Bronisława Czecha w Krakowie
17. Tones K. Green J. (2004) *Health promotion. Planning and strategies*. Sage London
18. Woynarowska B., Sokołowska M. (tłumaczenie i opracowanie), (2010). *Przewodnik HEPS. Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa
19. Woynarowska B., (red), (2012) *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa
20. Woynarowska B. (2007) *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa
21. Woynarowska B. (red), (2011) *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa

22. Woynarowska B. (2008) Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego w szkole – szansa i wyzwanie. Lider 11;3-5
23. Woynarowska B. (2008) Edukacja zdrowotna w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego w szkole – szansa i wyzwanie. Lider 11
24. Wroczyński R. (1985) Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu. Wydawnictwo Ossolińskich, Wrocław
25. Zuchora K. (2009) Nauczyciel i wartości z filozofii kultury fizycznej i pedagogiki sportu. Akademia Wychowania Fizycznego, Spółka Wydawnicza Heliodor, Warszawa

Liczba znaków ze spacjami: 23 248

Ocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej

Streszczenie: W dzisiejszych czasach jakość życia jest jednym z najpopularniejszych zagadnień. W ujęciu medycznym badanie jakości życia skupia się na subiektywnych odczuciach pacjenta, szczególnie chorego geriatrycznego, dotyczących jego stanu zdrowia, stopnia akceptacji swojej choroby, otrzymywanej opieki, możliwościach i ograniczeniach w funkcjonowaniu. Ważne jest także poznanie sfery psychicznej pacjenta.

Celem pracy jest ocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej, dokonanej przez chorych objętych opieką w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Ustrzeszy, woj. lubelskie

Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jako narzędzia użyto kwestionariusza ankiety. Zastosowano także Skalę Oceny Czynności Dnia Codziennego (ADL), Skalę Akceptacji Choroby (AIS) oraz Geriatryczną Skalę Depresji (GDS).

Słowa kluczowe: jakość życia, opieka długoterminowa

Wstęp

Wydłużanie się średniej długości życia, niski odsetek urodzeń powoduje wzrost starzenia się społeczeństwa. Rozwój medycyny i zwiększenie skuteczności prowadzonej terapii przyczynia się również do wydłużenia życia populacji. Obserwuje się wzrost liczby osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, które nie są zdolne do samodzielnej egzystencji. Rodziny z różnych przyczyn często nie są w stanie zapewnić im należytej opieki. Coraz więcej osób szuka pomocy w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej. W dzisiejszych czasach jakość życia jest jednym z najpopularniejszych zagadnień. Interesują się nią przedstawiciele wielu dyscyplin naukowych takich jak medycyna, filozofia, ekonomia, socjologia, pedagogika, psychologia. Pozwala to na całościową i interdyscyplinarną ocenę życiowej satysfakcji ludzi. W ujęciu medycznym badanie jakości życia skupia się na subiektywnych odczuciach pacjenta dotyczących stanu zdrowia, stopnia akceptacji swojej choroby, otrzymywanej opieki, możliwościach i ograniczeniach w funkcjonowaniu. Ważne jest także poznanie sfery psychicznej pacjenta. Pogorszenie stanu zdrowia i wynikające z niego problemy mogą przyczyniać się do

obniżenia samooceny oraz poczucia osamotnienia, co może wiązać się z wystąpieniem objawów depresyjnych.

Zainteresowanie pojęciem jakości życia sięgało już czasów starożytnych. Literatura przedmiotu podaje wiele definicji tego zagadnienia. Wg WHO jakość życia (QL-Quality of Life) jest postrzeganiem przez zainteresowane osoby ich pozycji w życiu, w kontekście norm kulturowych i układów, w których oni żyją i w stosunku do celów życiowych, oczekiwań, standardów.

Termin jakości życia we współczesnym rozumieniu po raz pierwszy pojawił się po II wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych. Początkowo dobre życie rozumiane było jako posiadanie dóbr użytkowych, następnie rozszerzano je na obszary „być” zamiast „mieć”. Wprowadzono kryteria wolności, szczęścia, edukacji i zdrowia. Zauważono, że wysoki poziom dobrobytu materialnego oraz zaspokojenie podstawowych potrzeb nie powoduje wzrostu pomyślności. Pierwsze badania nad problematyką jakości życia przeprowadził Campbell oceniając zadowolenie z życia mieszkańców USA przy użyciu prostej skali analizującej 15 sfer życia (Trojanowska, 2011). Pojęcie jakości życia to stopień satysfakcji z życia rodzinnego, zawodowego, stosunków międzysąsiedzkich, relacji towarzyskich, stanu zdrowia, sposobów spędzania czasu wolnego, zdobytego wykształcenia, wykonywanej profesji czy ogólnych standardów wpływających na jakość życia w obrębie danej wspólnoty lokalnej (Trzebiatowski, 2011).

W psychologii jakość życia to szeroko rozumiane poczucie zadowolenia (dobrostanu) i szczęście jednostki osobowej. Andragogika jakość życia odnosi do hierarchii wartości i celów, aspiracji życiowych człowieka lub grup społecznych. W socjologii jakość życia rozpatruje się przez pryzmat wskaźników, takich jak: normy społeczne wyznaczające jego jakość, system wartości i zasady życia społecznego. Ekonomia jakość życia widzi przez pryzmat wymiernych indeksów cech i wskaźników jakości życia, przyjmując za punkt odniesienia tak zwany koszt dóbr i usług, minimum socjalne, poziom konsumpcji, zakres podstawowych potrzeb czy też świadczenia socjalne (Bauman, 2006). Taka koncentracja na różnych aspektach jakości życia przyczynia się do trudności w zdefiniowaniu i uzgodnieniu wspólnego stanowiska odnośnie tego pojęcia (Wnuk, Marcinkowski, 2012).

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL-Health-Related Quality of Life) zostało wprowadzone w 1990 r. przez Schipperę, który jakość życia zdefiniował jako funkcjonalny efekt choroby i leczenia subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta. Pomimo trwającej polemiki w ustaleniu jednoznacznej definicji jakości życia jej badacze zgadzają się, że jest to pojęcie wielowymiarowe, a jego oceny można dokonywać obiektywnie, czyli przez osoby postronne z uwzględnieniem sytuacji życiowej jednostki lub subiektywnie. Ocena subiektywna zaś jest najbardziej miarodajną, ponieważ dokonana bezpośrednio przez badanego jest uwarunkowana jego przeżyciami i poglądami (Stanisławek i wsp. 2009).

Pojmowanie jakości życia związanej ze zdrowiem ma charakter holistyczny. Skupia się nie tylko na cierpieniu i chorobie człowieka ale także na całokształcie jego egzystencji. Interdyscyplinarne zainteresowanie problematyką jakości życia jest przejawem dążenia do poprawy dobrostanu psychicznego człowieka we współczesnym świecie (Daszkowska, 2006). Opieka długoterminowa skierowana jest do osób, u których zakończony został proces diagnostyki i leczenia w oddziale szpitalnym, a w dalszym ciągu wymagają profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji z uwzględnieniem leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Może być realizowana instytucjonalnie lub w domu chorego. Jest procesem długookresowym i ciągłym. Obecnie w Polsce istnieje wiele form opieki długoterminowej instytucjonalnej i domowej (Budzyńska-Kapczuk i wsp. 2005).

Cel pracy

Celem pracy była ocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej takich jak: subiektywna ocena odczuć pacjentów dotyczących stanu ich zdrowia, opinii respondentów dot. obaw i problemów utrudniających im codzienne funkcjonowanie, oraz działań mających na celu poprawę komfortu ich życia.

Materiał i metody badań

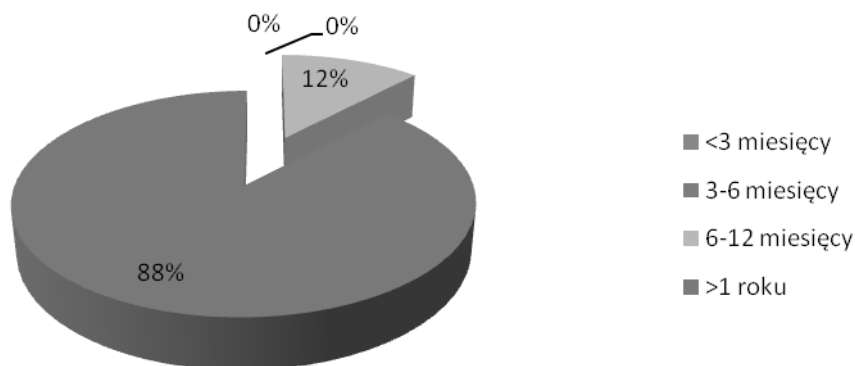
Badaniu poddano 25 pacjentów Niepublicznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Ustrzeszy. Do badania przystąpiło 19 kobiet co stanowi 76% ogółu leczonych i 6 mężczyzn (24% ogółu leczonych). Największy odsetek badanych stanowią pacjenci powyżej 71 roku życia (76,0%).

Do badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jako narzędzia użyto kwestionariusza ankiety. Ankieta składała się z trzech części:

Część I ogólna w której znalazły się pytania ogólne dotyczące wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, warunków socjalno-bytowych, itp.. W części II Skala ADL (Activities of Daily Living), zwana też skalą Katza do oceny podstawowych czynności w życiu codziennym. W części III Skala AIS (Skala Akceptacji Choroby) skonstruowana przez B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen (1984) z Center for Community Research and Action, Departament of Psychology, New York University, do polskich warunków zaadaptowaną przez prof. Zygryda Juczyńskiego. Skala zawiera osiem stwierdzeń, które dotyczą negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia. W części IV Skala GDS (Geriatryczna Skala Depresji) służy do wyłonienia objawów mogących wskazywać na depresję. Osoby badane zostały uprzednio poinformowane o celu oraz sposobie przeprowadzania sondażu. Wszyscy wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Wyniki badań

Na rycinie 1. Przedstawiono długość okresu pobytu respondentów w NZOL w Ustrzeszy.



Rycina 1. Długość okresu pobytu respondentów w NZOL w Ustrzeszy.

Z uzyskanych danych wynika, że 88% badanych przebywała w NZOL w Ustrzeszy powyżej 1 roku, 12 % osób była objętych opieką od 6 do 12 miesięcy.

Przyczyna ubiegania się o pobyt w ZOL zazwyczaj była złożona, zdecydowanie stawiano na niepełnosprawność (68%) i brak możliwości sprawowania opieki przez rodzinę (52%). Podczas pobytu w ZOL zostały zachowane wzajemne relacje rodzinne (68%), dla części osób (12%) wyraźnie poprawiły się. Pacjenci oceniają także prawidłowo atmosferę i relacje między pacjentami (92%). Obawy pacjentów stanowią także złożoność tego problemu. Duży niepokój wzbudzało w nich trwałe unieruchomienie w łóżku (64%), pogorszenie stanu zdrowia (44%) oraz zależność od innych osób (36%). Największe problemy sprawiały zaburzone funkcje zwieraczy i związane z tym nietrzymanie moczu (80%) oraz stolca (64%). Dla 60% osób problem stanowiła konieczność trwałego pozostawiania w łóżku, a także zaparcia (68%) oraz zaburzenia pamięci (40%).

Określenie stopnia samodzielności wg skali ADL pozwoliło stwierdzić że, zdecydowana większość (84%) to osoby o znacznym stopniu niesprawności, niektóre (16%) wymagały jedynie pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb, żadna z badanych osób nie była całkowicie sprawna. Najwięcej problemów ankietowani mieli z ubieraniem i rozbieraniem się (84%), z samodzielnym wstawaniem i przemieszczaniem się z łóżka nie radziło sobie 72%, karmienia wymagała niemal połowa (48%). Całkowitą niesamodzielność w kąpieli, korzystaniu z toalety oraz brak kontroli w wydalaniu moczu i stolca stwierdzono u wszystkich respondentów.

Zestawienie problemów sprawiających trudności w codziennym funkcjonowaniu badanych przedstawiono na rycinie 2.

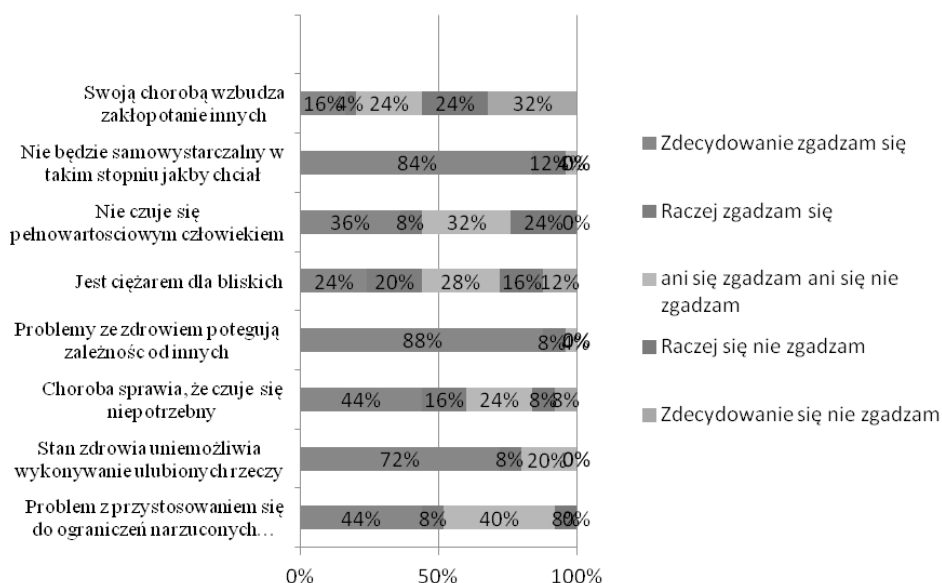


Rycina 2. Zestawienie problemów sprawiających trudności w codziennym funkcjonowaniu badanych

Trwałe unieruchomienie w łóżku stwierdzono u 64% badanych, pogorszenie stanu zdrowia u 44%, zależność od innych osób u 36%, nietrzymanie moczu u 80%, nietrzymanie stolca u 64%, konieczność trwałego pozostawiania w łóżku u 60%, zaburzenia pamięci u 40% a zaparcia stolca u 68% ankietowanych.

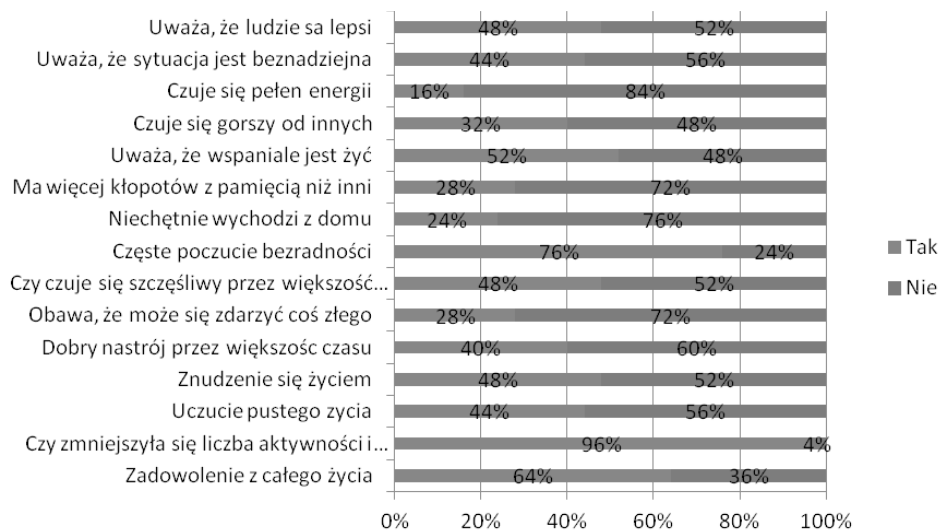
Odpowiedzi badanych w Skali Akceptacji Choroby (ALS) przedstawiono na rycinie 3.

Zastosowanie skali ALS pozwoliło stwierdzić brak akceptacji choroby u 68% pacjentów, 36% zaakceptowało ją na poziomie średnim. Pacjenci uważali, że problemy zdrowotne potęgują zależność od innych osób (88%), nie są samowystarczalni w takim stopniu jakby chcieli (84%), a stan ich zdrowia uniemożliwia wykonywanie ulubionych rzeczy (72%). Taka sama grupa osób (44%) przyznaje, że mają problem z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę i czują się niepotrzebni.



Rycina 3. Struktura badanej grupy według uzyskanych odpowiedzi w Skali Akceptacji Choroby (ALS)

Rycina 4. Przedstawia odpowiedzi badanych w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS).



Rycina 4. Struktura badanej grupy według odpowiedzi uzyskanych w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS)

Dzięki skali GDS objawy sugerujące ciężką depresję wykazano u 36% badanych. Taki sam odsetek nie posiadał nieprawidłowości w tej sferze, symptomy depresji umiarkowanej miało 28%. Prawie wszyscy badani (96%) zauważyli zmniejszenie liczby swoich aktywności i zainteresowań. Znużonych życiem było 48%, niewiele mniej (44%) podało, że ich życie jest puste. Poczucie bezradności miało 76% ankietowanych, 44% widziało beznadziejność swojej sytuacji.

Dyskusja

Każdy człowiek niezależnie od wieku zasługuje na zainteresowanie. Tym bardziej dotyczy to osób, których przeciwność losu zmusiła do opuszczenia swoich domów i spędzania życia z dala od rodziny i znajomych. Osób, które w wyniku swojej ograniczonej czy też całkowitej niesprawności nie mogą robić tego co lubili, realizować swoich planów i zamierzeń. Dlatego w obliczu tego co zgotowało im życie należy pomóc im przejść przez trudny dla nich okres i podnieść jakość ich obecnego funkcjonowania.

Z przeprowadzonych badań wynika, podobnie jak z badań przeprowadzonych w USA, że do placówek opieki długoterminowej są przyjmowane przeważnie osoby powyżej 65 roku życia (The World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL, 1998). Utrata samodzielności i uzależnienie od innych osób w podeszłym wieku uzyskane w naszym badaniu i potwierdzone w piśmiennictwie jest najczęściej wynikiem współistnienia wielu chorób, wśród nich wiodącą rolę odgrywa miażdżyca i jej następstwa: przewlekłe niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego, serca, kończyn dolnych, a także nerek, jelit, narządu wzroku. Na ogół obciążeni niedokrwieniem narządowym ludzie starzy mają za sobą udary mózgu i zawały serca, a zmianom somatycznym towarzyszy obniżenie nastroju i sprawności intelektualnej. Schorzenia te prowadzą do występowania u osoby w podeszłym wieku tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Osoby starsze częściej są pacjentami placówek ochrony zdrowia i pomocy społecznej (Żakowska – Wachelko, 2000). Depresja uchodzi za jeden z najważniejszych problemów geriatrycznych. U osób starszych depresyjne zaburzenia nastroju oraz zaburzenia świadomości w postaci stanów delirycznych stanowią częsty i poważny problem kliniczny. Depresja jest rozpowszechniona, częstość występowania ocenia się na 4-15-20% w populacji osób w wieku ponad 65 lat. Natomiast częstość głębokich stanów depresyjnych w tej grupie wiekowej wynosi 2 – 4% i jest często nie rozpoznawana. Obraz zaciemniają objawy somatyczno - wegetatywne. Depresyjne obniżenie sprawności intelektualnej (pseudodemencja) bywa rozpoznawane jako otępienie (Grodzicki i wsp. 2007). W naszym badaniu objawy sugerujące ciężką depresję wykazano u 36% badanych, symptomy depresji umiarkowanej miało 28%.

Wyniki badań jakości życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej, dostarczają szeregu danych o poziomie dobrostanu tej grupy społecznej. Oso-

by w podeszłym wieku poddani opiece instytucjonalnej zwykle gorzej oceniają swoją sytuację życiową, traktując pobyt w zakładzie jako zło konieczne, wynikające z utraty samodzielności, niewydolności opiekuńczej rodziny lub wręcz braku środków do życia. Niekiedy bardzo krytycznie oceniają swoje aktualne miejsce i pozycję życiową (Stanisławek i wsp. 2009). Badanie przeprowadzone w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Ustrzeszy, są zbieżne z cytowanymi opiniami innych autorów. Zdaniem Trafiałek optymistyczne deklaracje najstarszych respondentów często nie korelują z faktycznym stanem ich zdrowia i są raczej wyrazem pewnej tendencji do zawyżania samooceny wraz z upływem lat, pomimo istniejących obiektywnych problemów zdrowotnych (Trafiałek, 1998).

Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliło na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Głównymi motywatorami, które skłaniały podopiecznych do podjęcia decyzji o złożeniu wniosku o pobyt w ZOL była niepełnosprawność i brak możliwości sprawowania opieki przez rodzinę, ważnym czynnikiem była także możliwość uzyskania profesjonalnej opieki.
2. Większość pacjentów niekorzystnie oceniała swój stan zdrowia oraz nie akceptowała swojej choroby. Problemy zdrowotne potęgują zależność od innych osób, ograniczają samowystarczalność i uniemożliwiają wykonywanie ulubionych rzeczy.
3. Największe obawy pacjentów wzbudzało pogorszenie stanu zdrowia, możliwość trwałego unieruchomienia w łóżku oraz utrata funkcji poznawczych. Najwięcej trudności w codziennym funkcjonowaniu sprawiało nietrzymanie moczu i stolca oraz zaparcia.
4. Do czynników podnoszących komfort życia pacjentów należy zaliczyć wnikliwą obserwację i zapewnienie spokoju.

Bibliografia

1. Bauman K. (2006) Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, Tom 14, nr 4, str. 168
2. Budzyńska - Kapczuk A., Wdowiak L., Siwińska V. (2005) Rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej jako element strategii zmian w ochronie zdrowia. *Zdrowie Publiczne* 2005;115(1) str. 83
3. Daszkowska J. (2006) Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006;2 str. 126
4. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (2007) Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. VIA MEDICA. Gdańsk

5. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E. (2010) Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych. Opieka długoterminowa w Polsce. Kamila Faleńczyk (red.) PZWL Warszawa, str.5
6. Siwińska V., Wdowiak L., Włoch K., Budzyńska-Kapczuk A., Majcher P. (2006) Finansowanie świadczeń w jednostkach organizacyjnych opieki długoterminowej na terenie województwa lubelskiego. *Zdrowie Publiczne* 116(4) str. 653
7. Stanisławek A., Wdowiak L., Stanisławek D. (2009) Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej. *Medycyna Rodzinna* 4/2009 str.49
8. The World Health Organization Quality of Life Assessment WHOQOL (1998) Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 46(12);1569-1585
9. Trafialek E. (1998) Człowiek stary w Polsce w latach 1994-1997. Wydawnictwo Śląsk, Katowice
10. Trojanowska A. (2011) Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publiczne*;121(1) str. 100.
11. Trzebiatowski J. (2011) Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*;46(1) str. 25
12. Wnuk M., Marcinkowski J. (2012) Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*;93(1) str. 21
13. Żakowska – Wachelko B. (2000) Zarys medycyny geriatrycznej. PZWL, Warszawa

Liczba znaków ze spacjami: 18 301 + 5025 (grafika)

**Danuta Pawlik, Martyna Krukowska,
Anna Grzywaczewska, Ryszard Markert**

Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Profilaktyka odleżyn w zakładach opiekuńczo-leczniczych

Streszczenie: Odleżyny należą do trudno gojących się ran przewlekłych, stanowią poważny problem wielu oddziałów szpitalnych oraz jednostek sprawujących opiekę nad osobami obłożnie chorymi, w podeszłym wieku i długotrwale unieruchomionymi.

Celem pracy było ukazanie profilaktyki przeciwoleżynowej, umiejętność oceny ryzyka powstawania odleżyn, utrzymanie prawidłowego stanu skóry poprzez właściwą pielęgnację, a także zapewnienie właściwego stanu odżywienia, aktywizacja chorego, kompleksowa i zindywidualizowana opieka oraz zastosowanie środków przeciwoleżynowych.

Poważne konsekwencje rozwoju odleżyn oraz trudności w leczeniu powodują konieczność stworzenia zintegrowanego systemu profilaktyki i rejestracji odleżyn.

Słowa kluczowe: odleżyna, profilaktyka przeciwoleżynowa, czynniki ryzyka

Wstęp

Odeżyny należą do ran przewlekłych i bardzo trudno gojących się, przedłużają znacznie proces zdrowienia. W dużej mierze problem ten dotyczy chorych długotrwale unieruchomionych, po zabiegach operacyjnych, pacjentów nowotworowych, chorych przewlekłe. Szczególnie zagrożeni odleżynami są chorzy hospitalizowani w oddziałach opieki paliatywnej, długoterminowej, oddziałach onkologii, neurologii, ortopedii, intensywnej terapii, chirurgii i innych, a także leczonych w domu. Nielezione lub leczone niewłaściwie mogą być przyczyną miejscowego, a nawet ogólnego zakażenia organizmu. Wpływają na ogólny stan chorego, prowadząc do poważnych powikłań.

Celem pracy było wskazanie istotnych elementów zapobiegania ranom odleżynowym, pomocnym w organizowaniu pracy pielęgniarek: umiejętność oceny ryzyka powstawania odleżyn, zmniejszenia ucisku i działania sił mechanicznych, utrzymania prawidłowego stanu skóry i kontroli bólu, a także zapewnienie właściwego stanu odżywienia, aktywizacja chorego oraz kompleksowa i zindywidualizowana opieka.

Definicja i charakterystyka odleżyny

Odleżyną (owrzodzeniem odleżynowym) określa się uszkodzenie skóry i położonych pod nią tkanek spowodowane przez ucisk, ścinanie, tarcie i/lub kombinację tychże mechanizmów. Ubytki skóry, tkanki podskórnej, a nawet kości - powstałe wskutek długotrwałego ucisku występują najczęściej w miejscach gdzie ciało osoby leżącej styka się z powierzchnią. Odleżyny są efektem dwóch procesów: zamknięcia światła naczyń krwionośnych przez ciśnienie działające z zewnątrz oraz śródbłonkowego uszkodzenia w mikrokrażeniu przez siły ścinające. Do tego dołącza się tarcie, które może bezpośrednio uszkadzać skórę. Często przy niewielkich zmianach powierzchniowych występują już liczne zaburzenia w głębiej leżących tkankach. Odleżyna w niesprzyjających warunkach zdrowotnych pacjenta może się pojawić w przeciągu nocy. Odleżyny stanowią nadal poważne powikłanie, powodując unieruchomienie pacjenta w łóżku, a co za tym idzie szereg konsekwencji zdrowotnych i społecznych (Kartacz, 2011).

Miejscami szczególnie narażonymi na powstawanie odleżyn są te części ciała, których elementy kostne znajdują się w bezpośredniej bliskości skóry. Około 70% występuje poniżej pasa w okolicach miednicy, stawów biodrowych. Prawie co druga odleżyna powstaje w okolicy krzyżowej. Uszkodzenia skóry pojawiają się też na piętach i w okolicy bioder (krętarze większe kości udowych, guzy kulaszowe). Jeśli chory długo przebywa w pozycji na boku, miejscami narażonymi na powstawanie odleżyn stają się boczne i przyśrodkowe powierzchnie kostek i kolan oraz uszy.

Czynniki sprzyjające powstawaniu odleżyn dzieli się na wewnętrzne i zewnętrzne. Czynniki wewnętrzne to: zły stan ogólny chorego; otyłość; niedożywienie; niedokrwistość (anemia); zaburzenia przyswajania składników pokarmowych; osłabienie percepcji (odczuwania bólu); zaburzenia w gospodarce białkowej; niedobory witamin; zaburzenia w gospodarce elektrolitowej; brak makro – i mikroelementów. Do czynników zewnętrznych zalicza się: nietrzymanie moczu i stolca; długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej lub siedzącej, ograniczenie możliwości poruszania się; unieruchomienie porażonych kończyn; długotrwały ucisk obcego ciała (sonda, cewnik, opatrunek gipsowy); urazy; demencja starcza; działanie sił ścinających i tarcia - siły ścinające działają w płaszczyźnie równoległej (np. u chorego w pozycji półleżącej), z powodu przesuwania się skóry względem głębiej położonych tkanek, kiedy dochodzi do upośledzenia dopływu krwi do większych obszarów skóry, dlatego skutek jest gorszy niż w ucisku działającym prostopadłe; błędy w pielęgnacji (Krakowiak, 2011).

Klasyfikacja odleżyn

Ocena odleżyny polega na opisanu jej lokalizacji, stadium i rozległości uszkodzenia (długość, szerokość, głębokość), obecności przetok, podminowań, wysięku, rozległości tkanek zmacerowanych albo zmienionych martwiczo, tworzenia lub braku ziarniny.

Do wczesnych, kolejno pojawiających się objawów odleżyn należą: zaczerwienienie skóry, nieznikające po usunięciu nacisku; stwardnienie zagrożonego miejsca; pojawienie się pęcherzy na skórze; otarcie naskórka; zakażenie miejsca otarcia lub mieszka włosowego w okolicy wyniosłości kostnej. Późne objawy odleżyn to duże owrzodzenia skóry, obejmujące skórę właściwą; martwica skóry; zakażenie owrzodzenia (wydzielina); uogólnione zakażenie (objawy ogólnoustrojowej infekcji) (Krajewska- Kułak, 2008).

Rany odleżynowe opisywane są według określonych klasyfikacji. Do rozróżnienia stopnia odleżyn używa się następujących skal: 5-stopniowej skali Torrancea; 4-stopniowej skali Enisa i Sormiento; 6-stopniowej skali Yarkonyego i Kirka; 5-stopniowej skali Shea; 4-stopniowej skali Seilera; 4-stopniowej skali Guttmana; 4-stopniowej skali Campbella; 4-kolorowej skali Kolorowa (Szkiler, 2012).

W codziennej praktyce najczęściej korzysta się ze skali Torrancea i ze skali kolorowej.

Skala Torrancea obejmuje:

- Stopień 0 - skóra niezmieniona;
- Stopień I - blednące zaczerwienienie znikające po usunięciu ucisku; skóra zaczerwieniona, ale po zmianie pozycji i po odciążeniu wraca do pierwotnego wyglądu;
- Stopień II - nieblednące zaczerwienienie, pęcherz, odleżyna ograniczona do naskórka; zaczerwienienie nie znika, obrzęk pozostaje pomimo zmian pozycji. Może współwystępować uszkodzona skóra: pęknięcia, pęcherze, uszkodzenie niepełnej grubości skóry;
- Stopień III - zmiana obejmuje naskórek i skórę właściwą; uszkodzenie zajmuje pełną grubość skóry, w dnie widoczna podskórna tkanka tłuszczowa- nieuszkodzona;
- Stopień IV - uszkodzenie obejmuje skórę i tkankę podskórną; brzeg rany zwykle jest dobrze odgraniczony, dno odleżyny może pokrywać czarna martwica;
- Stopień V - martwica dotyczy także powięzi i mięśni, czasem stawów i kości; powstają jamy i „kieszenie”, które są ze sobą połączone. Rana wypełniona jest czarnobrazowymi masami rozpadających się tkanek (Szkiler, 2012).

Skala kolorowa opisuje wygląd rany, rodzaj martwicy. Do określenia stopnia zaawansowania odleżyn i stanu rany mają zastosowanie cztery kolory:

- kolor czarny - martwica sucha (czarna lub żółta), to najczęściej odleżyny głębokie III, IV i V stopnia. Charakterystyczny czarny lub brązowy kolor nadaje tym ranom sucha i twarda, czasem miękka martwica;
- kolor żółty - martwica rozpływna (czarna lub żółta), z dużym wysiękiem;
- kolor czerwony - tkanka ziarninowa, to rany w fazie ziarninowania (jednego z etapów gojenia). Dobrze unaczyniona tkanka jest żywo czerwona, delikatna i przy urazie łatwo krwawi;
- kolor różowy - naskórkowanie (Krakowiak, 2011).

Rany przewlekłe są trudne do wyleczenia, a ich gojenie często trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. Nielezione lub leczone niewłaściwie mogą być przyczyną miejscowego, a nawet ogólnego zakażenia organizmu. Są powodem przykrych dla chorego dolegliwości, uczucia dyskomfortu i (nie tylko fizycznego) bólu. W istotny sposób wpływają na ogólny stan chorego, prowadząc do poważnych powikłań - w zaawansowanych stadiach będąc przyczyną wtórnych infekcji, ograniczenia ruchów w zajęтым stawie czy nawet jego patologicznego zwłknięcia, zniekształcenia i trwałego inwalidztwa. Do najczęstszych powikłań, zagrażających życiu pacjenta, należą: zakażenie, posocznica, zapalenie szpiku i kości, przetoki, nowotwór (Krajewska- Kułak, 2006).

Profilaktyka i zapobieganie odleżynom

Poważne konsekwencje rozwoju odleżyn oraz trudności w leczeniu powodują konieczność stworzenia zintegrowanego systemu profilaktyki i rejestracji odleżyn. Jego ważnym elementem jest rozpoznawanie chorych zagrożonych rozwojem odleżyn i objęcie ich intensywną opieką przeciwoleżynową. Najbardziej znaną metodą identyfikacji chorych znajdujących się w grupie ryzyka jest punktowa ocena ryzyka rozwoju odleżyn, dokonana w oparciu o skalę oceniającą i/lub intensywność wpływu poszczególnych czynników etiologicznych. W praktyce pielęgniarskiej wykorzystuje się wiele narzędzi oceny ryzyka, uwzględniając różne czynniki. Każdy nowoprzyjęty pacjent oceniany jest w oparciu o skalę i przypisywany do grupy o określonej liczbie punktów, która sugeruje stopień zagrożenia. Pozwala to na podejmowanie zindywidualizowanych działań opiekuńczo- pielęgnacyjnych. Do najczęściej stosowanych skal zalicza się skalę Doren Norton, Waterlow, Braden, Douglas oraz skalę wg „Dutch Consensus Prevention of Bedsores” (CBO) (Groń, 2012).

Skala Doren Norton uwzględnia ocenę 5 elementów - stanu fizykalnego, stanu świadomości, aktywności i samodzielności przy zmianie pozycji ciała oraz funkcję zwieraczy odbytu i cewki moczowej. Każdy czynnik analizowany jest osobno, a liczba przypisywanych punktów waha się od 1 (przy złym funkcjonowaniu w danym obszarze) do 4 punktów (pkt) (gdy zaburzenia lub odchylenia od stanu prawidłowego nie występują). Maksymalnie pacjent może uzyskać 20 pkt

i taki wynik jest dla niego korzystny; 14 pkt stanowi wartość graniczną i oznacza zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn (Groń, 2012).

Skala Douglas obok oceny stanu świadomości, aktywności motorycznej oraz czynności zwieraczy odbytu i cewki moczowej określa także prawidłowość stanu odżywienia, obecność bólu i stan skóry. Stan świadomości oraz ból oceniane są w skali 5-stopniowej - od 0 dla zaburzeń o największym nasileniu, do 4 pkt w przypadku braku jakichkolwiek zmian. Pozostałe brane pod uwagę elementy oceniane są w skali od 1 do 4 pkt. Maksymalna liczba uzyskanych punktów wynosi 24, ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się natomiast u chorych z wynikiem równym lub mniejszym 18 pkt (Szewczyk, 2005).

Skala CBO poza stanem psychicznym, zdolnością przemieszczania się, stanem odżywienia oraz czynnością zwieraczy pod uwagę bierze stan neurologiczny pacjenta - ewentualną obecność objawów ubytkowych, niedowłady czy porażenia kończyn (Krupińska, 2012). Ocenia się łaknienie i drogę przyjmowania pokarmów, wiek chorego oraz temperaturę ciała. Spośród leków zwiększających ryzyko rozwoju odleżyn znalazły się takie jak kortykosteroidy, antykoagulanty, leki przeciwbólowe, nasenne, przeciwnowotworowe oraz antybiotyki. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na wynik jest obecność i sposób leczenia cukrzycy. Skala obejmuje punktację od 0 (w przypadku braku zaburzeń) do 3 pkt (w przypadku największego nasilenia zmian). Maksymalna liczba punktów wynosi 30 i oznacza najwyższe ryzyko. Wynik równy 8 pkt oznacza ryzyko rozwoju odleżyn (Groń, 2012).

Skala Waterlow uwzględnia 10 różnych czynników. Należą do nich: budowa i ciężar ciała, stan skóry, wiek, płeć pacjenta, czynność zwieraczy, ruchliwość, łaknienie, odżywianie komórkowe, przebyte urazy i zabiegi, przyjmowane leki oraz obecność chorób neurologicznych, naczyniowych i zaburzeń metabolicznych (Szewczyk, 2006). Każdy z czynników jest stopniowany i punktowany osobno. Sumę punktów interpretuje się w zależności od przedziału, w jakim się mieści: 0 pkt oznacza brak ryzyka, 0-10 pkt, pacjent znajduje się w grupie niskiego ryzyka, 10-15 w grupie średniego ryzyka, w przedziale od 15-20 pkt w grupie wysokiego ryzyka. Ryzyko jest największe w przypadku ogólnej sumy przekraczającej 20 pkt (Groń, 2012).

Skala Braden powstała w oparciu o założenie, że w etiologii ran odleżynowych, największą rolę odgrywa obecność 2 głównych czynników - siły i czasu trwania ucisku oraz tolerancji skóry i poszczególnych tkanek na obecność tych bodźców (Krupińska, 2012). Skala składa się z 6 części, opisujących osobno takie zagadnienia, jak percepcja bodźców, stan skóry, aktywność i ruchliwość, stan odżywienia oraz obecność i działanie sił mechanicznych. Każdemu osobno ocenianemu czynnikowi przypisuje się 1-3 (4) pkt, co daje możliwość uzyskania łącznie 6-23 pkt. Niska ocena oznacza większe ryzyko rozwoju odleżyn. Skala Braden wykazuje dużą czułość i precyzję (Groń, 2012).

Przewidywanie i zapobieganie powstaniu odleżyn

Podstawą postępowania profilaktycznego jest przewidywanie i zapobieganie powstawaniu odleżyn. Profilaktyka obejmuje: ocenę ryzyka powstawania odleżyn; częstą ocenę skóry; stosowanie podłoży i udogodnień zmniejszających ucisk; właściwą pielęgnację; prawidłowe odżywianie i usunięcie niedoborów (krwi, białka, witamin, mikroelementów); rehabilitację; edukację opiekunów.

Ocena ryzyka ma na celu identyfikację osób zagrożonych powstaniem odleżyn, której narzędziem są skale oceny ryzyka. Oceniają one ogólny stan zdrowia, zdolność percepcji bodźców czuciowych, aktywność fizyczną, ruchliwość, zdolność kontroli zwieraczy. Osoby narażone powinny być poddawane codziennej ocenie, łącznie z codzienną obserwacją stanu skóry.

Zmniejszenie ucisku można uzyskać za pomocą częstych zmian pozycji ułożenia, stosowanie podpórek ułatwiających utrzymanie określonego ułożenia oraz materacy i poduszek przeciwoodleżynowych. Częste obracanie chorego chroni przed miejscowym niedokrwieniem (Grodzicki, 2007). Równomierne rozmieszczenie nacisku zapewnia płaskie, poziome ułożenie. Niekorzystna jest (poza okresami karmienia) pozycja z uniesieniem górnej części ciała pod kątem 35 stopni, zwiększająca tarcie i siły ścinające. Ważne jest, aby w pozycji na boku ułożyć ciało chorego ukośnie pod kątem 30 stopni do podłoża, co zmniejsza ucisk na okolicę krętarzy i kostek bocznych (Szewczyk, 2006). Pięty można chronić przez umieszczenie specjalnych poduszek pod łydkami. Ucisk należy zmniejszyć również u osób przebywających większość czasu w pozycji siedzącej na przykład w wózkach inwalidzkich, przez stosowanie poduszek z silikonu, wodnych lub wypełnionych żel. Ucisk i tarcie zmniejszają też krótko strzyżone skóry owcze, stosowanie ręcznego masażu i oklepywanie jeszcze nieuszkodzonych miejsc.

Innym sposobem jest położenie chorego na materacu przeciwoodleżynowym statycznym wykonanym z gąbki poliuretanowej o grubości co najmniej 12 cm, z łuski gryki lub wypełnione wodą albo powietrzem, mieszane z gąbką. Rozkładają one ciężar ciała na dużą powierzchnię, rozpraszają ucisk, ale zmniejszają go w niewielkim stopniu (około 30%). Dlatego ich działanie profilaktyczne jest ograniczone. Bardziej skuteczne, bo zapewniające stałą zmianę punktów podparcia ciała, są materace dynamiczne zmiennociśnieniowe, których komory powietrzne są naprzemiennie wypełniane i opróżniane dzięki połączeniu z kompresorem. Innym modelem materaca zmiennociśnieniowego jest materac wypełniony kulkami silikonowymi, przez który stale przepływa powietrze. Jednak stosowanie materacy przeciwoodleżynowych nie zwalnia z innych metod profilaktycznych (Grodzicki, 2007).

Pielęgnacja skóry ma zapobiegać jej uszkodzeniu przez utrzymanie elastyczności, czystości i suchości: toaleta ciała raz dziennie, a jeśli chory poci się lub zanieczyszcza, tak często jak zachodzi taka potrzeba; pielęgnacja skóry z użyciem

mydeł w płynie, najlepiej o pH 5,5, niezawierających detergentów. Bardzo skuteczne są nowoczesne środki niepowodujące podrażnień oraz nadmiernego wysuszenia skóry, zawierające składniki nawilżające i zmiękczające, zachowujące odpowiednią wilgotność skóry, działające ochronnie i łagodząco (Szewczyk, 2005). Istotne jest natłuszczenie skóry oliwką najlepiej dla dzieci. Stosowanie linomagu w płynie czy hipoalergicznym balsamów do ciała lub wazeliny kosmetycznej. Nakładanie oliwki lub kremu można połączyć z lekkim masażem miejsc narażonych, co wspomaga ich ukrwienie, pod warunkiem, że skóra tych okolic nie jest uszkodzona. Bezpośrednio po natłuszczeniu skóry nie należy stosować talku, pudru czy zasypek bowiem powstające grudki i zbrzylenia mogą zalegać w fałdach skóry i sprzyjać powstawaniu oparzeń i odleżyn. Ważne jest stosowanie na miejsca zagrożone wystąpieniem odleżyn specjalistycznych kremów ochronnych, pozostawiających na skórze warstwę ochronną oraz pielęgnacja paznokci (niewrastające, krótko przycięte). W celu zmniejszenia nadmiernego pocenia należy stosować ubranie i pościel z włókien naturalnych, a fałdy pościeli powinny być starannie wygładzone (Sopata, 2003).

Monitorowanie stanu chorego wymaga codziennej oceny nawodnienia oraz oceny odżywienia 2 razy w miesiącu poprzez wykonanie pomiarów antropometrycznych, oznaczanie stężenia albuminy i transferyny, a także określenie liczby limfocytów (Grodzicki, 2007).

Stężenie albuminy poniżej 3,3 g/dl, a transferyny poniżej 170 mg/dl i całkowita liczba limfocytów poniżej 1200/ul świadczy o konieczności wprowadzenia diety uzupełniającej wzbogaconej w białko (1,25-1,5 g/kg m.c.), kalorie (30-35 kcal/kg m.c.) oraz kwasy tłuszczowe. Wystąpienie anemii wymaga uzupełnienia zasobów krwi lub suplementacji żelaza w przypadku jego niedoboru. Wyrównanie niedoboru witaminy C (500 mg/d) i cynku (15 mg/d) wspomaga gojenie (Grodzicki, 2007).

Istotne znaczenie w profilaktyce odleżyn ma zwiększenie ruchomości chorego i jego zdolności do zmiany pozycji w łóżku, a także edukacja personelu na temat przyczyn odleżyn oraz metod zapobiegawczych i leczniczych, a także informacje o środkach i technikach pielęgnacyjnych, o rodzajach udogodnień (podpórkach, poduszkach, materacach) (Grodzicki, 2007).

Dokumentacja

Prawidłowa dokumentacja profilaktyki i leczenia odleżyn pozwala monitorować i oceniać metody, środki i sprzęt zastosowany w terapii odleżyn. Umożliwia także prowadzenie rejestru pacjentów z ryzykiem i/lub odleżynami, zabezpiecza pracowników przed oskarżeniami o zaniedbania w opiece nad chorymi.

Wprowadzenie pielęgnarskiej dokumentacji pozwala na planowanie opieki pielęgnarskiej na podstawie oceny stanu chorobowego oraz prowadzenie oceny

stanu chorobowego pod kątem zagrożenia odleżynami. Umożliwia ponadto monitoring pacjentów zagrożonych odleżynami i monitoring skuteczności podejmowanych działań pielęgniarских. Poszukiwanie rozwiązań na etapie realizacji zadań pielęgniarских i prowadzenie analizy porównawczej skuteczności prowadzonej profilaktyki.

Do dokumentacji zalicza się

- indywidualną kartę oceny ryzyka/wystąpienia ryzyka, która jest prowadzona od chwili przyjęcia pacjenta na oddział;
- indywidualną kartę odleżynową pacjenta z ryzykiem wystąpienia odleżyn i/lub obecnymi odleżynami, która jest zakładana w chwili stwierdzenia zagrożenia odleżynami lub wystąpienia odleżyn; w karcie jest prowadzona codzienna adnotacja o kontroli i pielęgnacji miejsc narażonych na wystąpienie odleżyn oraz ocena odleżyn uwzględnia się również daty i miejsca powstania odleżyn (Dzikowska, 2011)

Materace i sprzęt przeciwoleżynowy

W procesie pielęgnacji chorych leżących należy zastosować materace przeciwoleżynowe, najlepiej zmiennociśnieniowe lub pneumatyczne, ewentualnie typu „jeź”, lub poduszkę przeciwoleżynową: gorczycową, z gąbki, pneumatyczne, dmuchane, styropianową. Produkty styropianowe nie powinny być stosowane u osób unieruchomionych i ciężko chorych ze względu na swoje właściwości termoizolacyjne.

W materacu zmiennociśnieniowym komory wypełniają się zmiennie. By sprawdzić prawidłowo ustawione ciśnienie, należy włożyć pod pośladki chorego rękę - w miejscu nienapełnionych komór. Dostępne są także materace komorowe, w których możliwe jest wyjęcie pojedynczej komory aby odciążyć obszar ciała, gdzie umiejscowiona jest odleżyna. Kolejnym rozwiązaniem pozwalającym zapobiegać powstawaniu odleżyn są krążki i poduszki przeciwoleżynowe. Przeznaczone są do stosowania miejscowego. Otwór w środku poduszki, krążka zapewnia stały dostęp powietrza do zagrożonej odleżynami powierzchni skóry. Otwór zapewnia dodatkowo odciążenie centralnej części podpieranej kończyny. Występują one również w wersji pompowanej, prawidłowo napompowane kółko wygląda, jakby uciekło z niego powietrze - bez problemu można zgnieść je w rękach; nawet gdy złożymy je na połowę, możliwe jest jeszcze jego wyginanie.

Przy zakupie poduszki przeciwoleżynowej, należy jej właściwości dostosować do osobistych preferencji pacjenta. Każdy chory ma własne odczucia i wrażliwość, dlatego poduszki przeciwoleżynowe muszą być dobierane za każdym razem indywidualnie (Szkiler, 2012).

Podsumowanie

Poważne konsekwencje rozwoju odleżyn oraz trudności w leczeniu powodują konieczność stworzenia zintegrowanego systemu ich profilaktyki i rejestracji. Ważnym elementem systemu jest rozpoznawanie chorych zagrożonych rozwojem odleżyn i objęcie ich intensywną opieką przeciwoodleżynową.

Podstawą postępowania jest przewidywanie i zapobieganie powstawaniu odleżyn. Profilaktyka zaś powinna obejmować ocenę ryzyka powstawania odleżyn, częstą ocenę skóry, stosowanie podłoży i udogodnień zmniejszających ucisk, właściwą pielęgnację, prawidłowe odżywianie i usunięcie niedoborów (krwi, białka, witamin, mikroelementów), rehabilitację, edukację opiekunów.

Prawidłowa dokumentacja profilaktyki i leczenia odleżyn pozwala monitorować i oceniać metody, środki i sprzęt zastosowany w terapii odleżyn. Umożliwia także prowadzenie rejestru pacjentów z ryzykiem i/ lub odleżynami.

W procesie pielęgnacji chorych leżących należy zastosować materace przeciwoodleżynowe, najlepiej zmiennociśnieniowe lub pneumatyczne.

Bibliografia

1. Dzikowska M., Merklinger- Soma M., Gajda K., (2011) Analiza występowania odleżyn u pacjentów przebywających w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym. Problemy pielęgniarstwa; Tom 19, zeszyt nr 2:164.
2. Grodzicki T., Kocemby J., Skalska A. (red.) (2007) Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, podręcznik dla lekarzy i studentów. Gdańsk: Wydawnictwo VIA MEDICA; 134,137-142.
3. Groń A., Mrówczyńska E., (2012) Analiza czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów oddziału opieki paliatywnej; Medycyna Paliatywna; 1:24-32.
4. Kaptacz I., Wieloaspektowe podejście do leczenia odleżyn. (2011) Medi Forum Opieki Długoterminowej; wyd. spec.: 20-23.
5. Krajewska- Kułak E., Szczepański M. (red.) (2008) Badania fizyczne w praktyce pielęgniarstwa i położnych, Lublin: Wydawnictwo Czelej; 431-433.
6. Krajewska- Kułak E. (red.) (2006) Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarzek. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 6-8,143-144.
7. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (2011) Przewlekłe chory w domu. Gdańsk: Wyd. TZMO; 185-186,188,191-192.
8. Krupińska E. Ocena ryzyka powstawania odleżyn przy użyciu dostępnych skal — opis przypadku. (2012) Problemy Pielęgniarstwa, 20 (3): 380–384.
9. Sopata M., Łuczak J. Profilaktyka i leczenie zachowawcze odleżyn. (2003) Zakażenia, 4: 81-8.
10. Szewczyk M., Cwajda J., Cierzniańska K. (2006) Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleżynowych. Wiadomości Lekarskie, 59: 11-2.
11. Szewczyk M., Cwajda J., Cierzniańska K., Stodolska A., Ślusarz R. (2005) Narzędzia oceny ryzyka rozwoju odleżyn. Przewodnik Lekarski, 1,92-97.
12. Szkiler E., (2012) Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych. Warszawa: Wydawnictwo Evereth, 14,26,30-31.

**Anna Ślifirczyk, Aleksander Olejnik,
Katarzyna Jańczuk, Wojciech Kołodziuk**

Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Ewolucja koncepcji ratownictwa medycznego na terenie Polski oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki – próba porównania

Streszczenie: Ratownictwo medyczne jakie znamy dzisiaj jest kierunkiem stosunkowo nowym. To zaledwie 35 lat działalności. Aby podjąć dyskusję na temat ratownictwa medycznego trzeba poznać korzenie tejże dziedziny. Rozwój nowych technologii, czy rozwiązań, mających pomóc człowiekowi szedł często w parze z konfliktami zbrojnymi. Tak też było w przypadku ratownictwa medycznego.

Już w starożytnej Grecji czy też w Rzymie po stoczonej walce rannych zabierano z pola bitwy. Istnieją przesłanki, iż sam Cezar posiadał lekarzy, którzy zaopatrywali poszkodowanych. Od starożytności musiało jednak minąć wiele wieków by ludzkość doszła do wniosku, iż rannego żołnierza nie należy spisywać na straty, gdyż poddany odpowiedniej opiece medycznej może skutecznie uczestniczyć w kolejnej bitwie. Pionierem takiego rozwiązania był główny lekarz Napoleona – Dominik Jean Larrey. On to właśnie w 1797 roku stworzył pierwszy system przedszpitalny, który opierał się na segregacji medycznej oraz transporcie rannych z pola bitwy. Armia francuska utworzyła pierwszy korpus medyczny, który był odpowiedzialny za znoszenie poszkodowanych z placu bitwy, przy użyciu wyznaczonych ludzi, zaopatrzonych w specjalne wózki. Z powyższego przykładu pomocy doraźnej na polu bitwy korzystano po pierwszym roku starć Wojny Secesyjnej na terenie tworzących się Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej (<http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Ratownictwo medyczne jako idea w Polsce zaczęło rozwijać się znacznie później. Historia służb ratowniczych rozpoczyna się w XIX wieku, kiedy to ziemie nasze znajdowały się jeszcze pod zaborem wrogich państw. Pierwszą jednostką, która w sposób zorganizowany udzielała pierwszej pomocy było Towarzystwo Ratunkowe od Ognia – pierwowzór obecnej Ochotniczej Straży Pożarnej. Od tamtego czasu rozwój ratownictwa nabierał szybkości wraz z pojawieniem się nowych technologii. Ewolucja ratownictwa medycznego na terenie Polski trwała do czasu II wojny światowej. Po wprowadzeniu nowego ustroju polityczno - gospodarczego rozwój ratownictwa medycznego został wstrzymany. Dopiero po 1989 roku, ratownictwo medyczne zaczęło ponownie funkcjonować.

Krokiem milowym w budowaniu nowoczesnego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego była ustawa z 25 lipca 2001 roku. Zawierała jednak szereg błędów i luk prawnych, które zostały poprawione w ustawie z 2006 roku. Jednym z głównych postanowień nowego projektu ustawy było opracowanie szczegółowych definicji dotyczących ratownictwa medycznego (Guła, Paździuch, 2008).

Cel pracy: W niniejszej pracy starano się porównać systemy ratownictwa medycznego w Polsce oraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Do realizacji założonego celu skorzystano

z analizy dokumentów historycznych i naukowych opracowanych przez poszczególne kraje. Poza tym praca opiera się na ocenie poszczególnych etapów ewolucji systemów ratownictwa medycznego na przestrzeni wieków. Podkreślono również rolę osób, konfliktów zbrojnych oraz technologii, które bezpośrednio wpłynęły na ewolucję ratownictwa medycznego. Zaakcentowano też niezwykle istotne aspekty edukacji, etyki oraz sytuacji prawnej zawodu ratownika. Poruszone zostały problemy związane z pracą ratownika, zagrożeniami oraz możliwościami jakie daje nam współczesna medycyna.

Słowa kluczowe: rozwój koncepcji ratownictwa medycznego, ewolucja ratownictwa medycznego

Nowym etapem w rozwoju medycyny był okres renesansu. W przeciwieństwie do średniowiecza, który głównie bazował na starożytnych księgach, renesans obfitował w wiele innowacyjnych odkryć. Wraz z zakończeniem renesansu nastąpił okres baroku i oświecenia, a wraz z nimi nowe rozwiązania myśli, teorie, które do tej pory nie były znane człowiekowi.

W okresie wojen napoleońskich medycyna wkroczyła w nową dziedzinę do tej pory pomijaną i nieokreśloną. Medycyna ratunkowa, bo o niej mowa zaczęła nabierać kształtów. Czynnikiem, który to spowodował były działania zbrojne, które do tej pory nie były postrzegane jako możliwość testowania nowych technologii tym bardziej w medycynie. Masowość wypadków na polu walki zmusiła lekarzy polowych do opracowania segregacji rannych. Stąd też pochodzi dobrze znane w codziennej pracy każdego lekarza, ratownika czy pielęgniarki określenie „triaż”. Terminu tego używa się do „segregowania” poszkodowanych w wypadku masowym. System umożliwia służbom medycznym podział rannych w zależności od rokowania oraz obrażeń. Najprawdopodobniej po raz pierwszy określenia „triaż” użył w 1792 roku chirurg, a zarazem główny lekarz Napoleona Jean Dominique Larrey. Stwierdził, iż podczas bitew zbyt duża ilość żołnierzy ginie mimo niewielkich obrażeń. Ten sam żołnierz mógłby ponownie wziąć udział w kolejnej bitwie jeżeli uzyskałby pomoc medyczną. Larrey wprowadził więc w życie tak zwane lotne ambulanse „Ambulance Volante”, które miały za zadanie zbieranie rannych żołnierzy z pola walki. Hipokrates mawiał cyt. „najlepszą szkołą chirurga jest wojna” (Robertson-Steel, 2006).

Nowożytność w dziejach ludzkości wniosła wiele aspektów życia codziennego do tej pory nieznanego, nieokreślonego oraz przyniosła ze sobą niezwykle popularną modę na filantropię. W tym okresie padły pierwsze konkretne fundamenty pod ratownictwo medyczne. Kluczową postacią tego okresu jest Henry Dunant, który był świadkiem najkrwawszej bitwy ówczesnej Europy. Ujrzał skalę zniszczeń, rannych oraz zabitych w bitwie z 1859 pod Solferino, która odbyła się pomiędzy armią cesarstwa Austrii a sprzymierzoną armią francusko – włoską. Dunant namówił lokalnych mieszkańców do pomocy przy opatrywaniu i znoszeniu poszkodowanych po stoczonej bitwie. Ciekawym zjawiskiem była spontaniczność miejscowej ludności, która to nie zważała na narodowość żołnierzy i pomagała każdemu.

W drugiej połowie XIX wieku na terytorium Stanów Zjednoczonych oraz w Europie powstały pierwsze cywilne systemy ratownictwa. Pierwsza pomoc opierała się tam głównie na transporcie poszkodowanych. Społeczeństwo żyjące w tamtych czasach знаło jeden medyczny pojazd „Czarną Marię”, który służył do przewożenia ludzi z chorobami zakaźnymi. Kiedy więc na drogach pojawił się ambulans, ludzie uporczywie kojarzyli go z okrzykniętym złą sławą pojazdem. Koniec XIX wieku to wybuch rewolucji przemysłowej, za którą szły kolejne ofiary nowych technologii i industrializacji. Ówczesny etap w ewolucji człowieka przyczynił się do rozwiązań technicznych umożliwiających przede wszystkim szybszy transport medyczny. Powozy konne sukcesywnie zostały zastępowane silnikami spalinowymi. Rozwój nowych możliwości szybszego transportu doprowadził w 1865 roku do powstania przedszpitalnej służby pogotowia w Cincinnati. Już rok później lekarz medycyny, a zarazem inspektor sanitarny przy Miejskiej Radzie Zdrowia – Edward Dalton założył miejskie pogotowie ratunkowe w Nowym Yorku. Pogotowie to miało charakter przyszpitalnej służby ratownictwa medycznego, co było dość powszechnym rozwiązaniem w wielu miastach Ameryki jak i Europy. Do komunikacji pomiędzy policją a pogotowiem ratunkowym używano linii telegraficznej i telefonicznej oraz skrzynek alarmowych podłączonych do jednostek straży pożarnej, które utrzymywały kontakt ze szpitalami. Szpital odbierając alarm za pomocą odpowiedniego dźwięku wzywał chirurga, odźwiernego oraz kierowcę do wyjazdu. Dziewiętnastowieczne karetki były wyposażone w wyjmowane łóżko, poduszki, nosze, koce, oraz materiały medyczne i chirurgiczne. Po zakończonej akcji, wezwane pogotowie miało dwie możliwości: przetransportowanie pacjenta do szpitala bądź domu. Przy każdym wyjeździe prowadzono rejestr, który mówił o czasie wyjazdu, przyjazdu, podjętych czynnościach, których w późniejszej procedurze mógłby się domagać sąd. Mimo iż system był prymitywny już w tamtym okresie zabezpieczano się przed ewentualnymi rozprawami, co stanowiło swoistą kontrolę jakości (<http://www.emsglobal.org/Polish/historia-EMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Pomoc medyczna na polu walki odgrywała znaczącą rolę nawet w starożytności. Pierwsza pomoc w głównym założeniu najlepiej sprawdzała się na wojnach ze względu na dużą urazowość. W latach pięćdziesiątych w pięć lat po II wojnie światowej dochodzi do kolejnego konfliktu tym razem w Korei. Amerykanie odstępują od dotychczasowych wzorów przewozu rannego żołnierza za pomocą jeepa (pojazdu samochodowego oznaczonego czerwonym krzyżem) na rzecz nowo powstałego środka transportu jakim jest śmigłowiec. W porównaniu do pojazdów kołowych, helikopter nie potrzebował dróg. Nie ważne było ile kilometrów należy przebyć aby dostać się do poszkodowanego, w dobie nowej technologii ważny był czas (King, Jatoi, 2005).

Lata 60 XX wieku były skokiem milowym w cywilnej opiece przedszpitalnej. Do tej pory pacjent przy zatrzymaniu krążenia praktycznie nie miał żadnych szans na przeżycie. Opieka przedszpitalna była wielokrotnie określana stratą czasu,

a stan wiedzy medycznej był niewystarczający, by udzielić fachowej opieki przed przyjazdem do szpitala. Kluczem do zmiany opinii o pomocy przedszpitalnej było opracowanie techniki RKO, czyli resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Pomiędzy 1954 a 1960 rokiem powstały podstawy medycyny resuscytacyjnej. Dwa lata później opublikowano badania Kouwenhowena, które wskazywały pozytywne zastosowanie pośredniego masażu serca u poszkodowanych z zatrzymaniem akcji serca. W 1961 roku połączono pośredni masaż serca z metodą usta-usta i tak powstało RKO-resuscytacja krążeniowo-oddechowa, w znacznym stopniu zwiększając szanse przeżycia pacjenta (<http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Do lat 60 ubiegłego wieku w pogotowiu Stanów Zjednoczonych pracowali ludzie z minimalnym wykształceniem bądź też jego brakiem (Manish, Shah, 2006).

Od 1968 roku coraz większy nacisk zaczęto kłaść na edukację i szkolenia. W 1973 roku podczas konferencji AHA (American Heart Association) stowarzyszenie doszło do wniosku, iż należy przeszkolić jak największą liczbę osób z zakresu RKO. W ten sposób w Seattle rozpoczęto 25-letni projekt Medic 2. Kurs ukończyło 600 tysięcy ludzi, dzięki czemu odnotowano niezwykle wysoki odsetek pacjentów przeżywających zatrzymanie akcji serca poza szpitalem (<http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18, <http://www.nremt.org/nremt/downloads/EMS%20Agenda%20for%20the%20Future.pdf> udostępniono 01.02.2013, 20:20).

Programem rozwoju opieki nad pacjentem pediatrycznym zajął się Amerykański Departament Zdrowia, nakreślając problemy związane z odpowiednim podejściem do młodych pacjentów, zmniejszeniu urazowości oraz wprowadzaniu badań pediatrycznych w systemie EMS (samolotowy zespół transportowy). Jednym z charakterystycznych wytycznych było wprowadzenie ośmiominutowego czasu reagowania pogotowia, włącznie z przyjęciem zgłoszenia zdarzenia. Problemem okazała się duża wypadkowość karettek spowodowana zbyt szybką reakcją na każde wezwanie zespołu ratunkowego. Szybki, zorganizowany dojazd okazał się przydatny w stanach zagrożenia życia natomiast nie miał odniesienia przy pacjentach nie potrzebujących natychmiastowej pomocy. Stwierdzono tym samym, iż system który opiera się na ratowaniu życia ludzkiego w efekcie staje się zagrożeniem dla społeczeństwa (Manish, Shah, 2006; <http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Lata 80 przyniosły ze sobą nowe rozwiązania techniczne, a medycyna ratunkowa stała się uznawaną specjalizacją medyczną w USA. Ważnym elementem było wprowadzanie w miejscach publicznych automatycznych defibrylatorów zewnętrznych AED (Automated External Defibrillator). Mimo początkowych problemów z aparaturą, umiejętność posługiwania się defibrylatorem AED jest obecnie podstawą w zakresie podtrzymania życia (<http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Pierwsze wzmianki o transporcie medycznym sanitarnym drogą powietrzną plasują się w USA na rok 1870 podczas wojny francusko-pruskiej, w której to poszkodowani byli zabierani do szpitali za pomocą balonów na ciepłe powietrze. Amerykanie zainteresowali się nowymi rozwiązaniami transportu podczas pierwszej wojny światowej. W 1918 roku dwaj oficerowie major Nelson E. Driver oraz kapitan William C. Ocker przekonwertowali samolot marki Curtiss „Jenny” na samolot sanitarny wycinając tylną część kokpitu w taki sposób, aby można było umieścić w nim pacjenta. Transportowanie pacjentów za pomocą samolotu wykorzystano w wielu krajach. Wojny były punktem zapalnym w rozwoju lotnictwa sanitarnego czego przykładem jest powstanie mobilnych wojskowych szpitali chirurgicznych (M.A.S.H.), do których poszkodowani byli transportowani po raz pierwszy za pomocą śmigłowców podczas wojny Koreańskiej. Sama idea transportu rannych żołnierzy była dopracowana w wojnie w Wietnamie (1965 – 1974), gdzie do legendy przeszedł śmigłowiec UH-1 „Huey”. Cywilne latające ambulanse w Stanach Zjednoczonych znajdują swoje zastosowanie po raz pierwszy w 1946 roku tuż po II wojnie światowej. Oficjalnie lotnictwo sanitarne USA pod nazwą HEMS działa od 1969 roku (<http://www.airambulanceservice.com/history.html> udostępniono:15.03.2013,10:20, Pozner i wsp. 2004).

Historia służb ratowniczych w Polsce rozpoczęła się w XIX wieku, kiedy to ziemie nasze znajdowały się jeszcze pod zaborami wrogich państw. Pierwszą jednostką, która w sposób zorganizowany udzielała pierwszej pomocy było Towarzystwo Ratunkowe od Ognia – pierwowzór obecnej Ochotniczej straży Pożarnej. Dyżurujący strażnik zawsze posiadał przy sobie torbę z materiałami opatrunkowymi i udzielał pomocy osobom poszkodowanym w pożarach. Pod koniec XIX wieku w Warszawie pojawiło się „Towarzystwo Pomocy Lekarskiej w porze nocnej”. Działalność organizacji opierała się, jak sama nazwa wskazuje, na pomocy potrzebującym w nocy przez pełniących dyżur lekarzy. Lata 90-te XIX wieku to również czas rozwoju stacji pogotowia ratunkowego. Pierwszą taką stację utworzono w Krakowie w 1891 roku. Głównym bodźcem, który przyczynił się do zorganizowania pracy ratowników były dwa tragiczne pożary, w których właśnie przez brak organizacji służb zginęło wiele osób. Początkowo dyżury w dwupokojowej stacji pełnili studium medycynę ochotnicy. Mieli oni do dyspozycji jedną karetkę zaprzęganą w dwa konie oraz pięć par noszy. Kilka lat później zwiększono wyposażenie stacji do czterech karetek konnych, lektyki na gumowych kołach, składanego fotela i siedmiu kuferków wypadkowych. W 1917 roku w pogotowiu pojawiły się pierwsze samochody sanitarne.

W kilka lat po powstaniu Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego otworzono pogotowie w Warszawie. Pozycję swoją silnie wzmocniło po zorganizowaniu tak zwanego „zabezpieczenia medycznego” wizyty samego cara Rosji i jego rodziny.

Pierwsze wzmianki o utworzeniu lotnictwa sanitarnego w Polsce datuje się na rok 1924. Początkowo lotnictwo sanitarne było wykorzystywane w wojsku, a od

roku 1934 wprowadzono je również do służby cywilnej. W czasie II wojny światowej lotnictwo sanitarne przestaje funkcjonować (Konieczny, 2007). Po zakończeniu wojny powstał pomysł przywrócenia lotnictwa sanitarnego. W 1954 roku wprowadzono do użytku pierwsze samoloty sanitarne. Pomysł okazał się trafiony, gdyż już pierwszego roku zarejestrowano 2600 lotniczych przewozów sanitarnych na terenie kraju. W 1958 roku zaczęto przewozić pacjentów śmigłowcami (Kłosiński, 2005).

Należy zaznaczyć, iż śmigłowce po raz pierwszy zostały użyte do przewozu poszkodowanych żołnierzy przez amerykańców w wojnie koreańskiej (1950-1953). Wprowadzenie śmigłowców w 1958 roku do obszaru cywilnego pokazuje, iż Polska nie była na ostatnim miejscu i chętnie przyjmowała nowe technologie i rozwiązania (Kłosiński, 2005; Konieczny, 2007).

Od 2000 roku na terenie kraju działa Lotnicze Pogotowie Ratunkowe kultywując tradycję przed jak i powojennych dokonań lotnictwa sanitarnego. LPR rozprzeszczerzone jest na 17 placówek rozlokowanych w całym kraju. Skład zespołu wylotowego to lekarz, ratownik/pielęgniarka, pilot. Jednostka działa na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8 września 2006 roku. Po II wojnie światowej i nastaniu socjalizmu pierwsza pomoc praktycznie przestała istnieć. Wojna przyczyniła się do spadku liczby specjalistów medycyny na ziemiach polskich. Niewątpliwie ważnym elementem po II wojnie światowej było odtworzenie systemu pomocy doraźnej jak również organizacja stacji pogotowia ratunkowego. W 1946 roku zaczęto omawiać sprawę rozwoju lecznictwa urazowego w kraju. Od początku działalności pogotowie borykało się z problemami finansowymi, wyszkoleniem kadr. W wielu placówkach brakowało lekarzy, a nawet sanitariuszy. Pogotowie oferowało czasem wyłącznie przewóz pacjentów do jednostek specjalistycznych. Wyłącznie stan pacjenta decydował o tym, czy pacjent dotrze do szpitala na czas czy też nie. W latach sześćdziesiątych wprowadzono odpowiednie zespoły wyjazdowe, takie jak zespoły reanimacyjne „R”, wypadkowe „W”, specjalistyczne, ogólne oraz przewozowe. W 1962 roku w Chorzowie zorganizowano pierwszą w Polsce karetkę reanimacyjną dla dzieci, oznaczoną literą „N” (Urbanek, 2012).

Podsumowanie

Od 90 lat XX wieku system ratownictwa zmieniał się wielokrotnie. W Polsce widoczny był wpływ, w szczególności po II wojnie światowej, organów władzy, które niechętnie realizowały plan rozwoju ratownictwa medycznego w naszym kraju. Największym problemem powojennej Polski było wyszkolenie w krótkim czasie dużej liczby specjalistów, których brakowało po działaniach wojennych. Polska wielokrotnie dokonywała zmian w strukturach organizacyjnych ówczesnych stacji pogotowia ratunkowego, o czym świadczą inicjatywy takie jak wprowadzenie oznaczeń ambulansów czy też reakcja na widoczne zapotrzebowanie poszczególnych rodzajów pacjentów. Przykładem jest wprowadzenie karetek pe-

diatrycznych już w 1962 roku. Analogicznie karetka tego typu na terenie USA powstała dopiero w 1984 roku. Kolejnym przykładem wprowadzania nowych rozwiązań technologicznych było zaprezentowanie w 1958 roku śmigłowca transportowego. A więc kilka lat po użyciu ich po raz pierwszy w wojnie koreańskiej, która rozgrywała się od 1950 do 1953 roku. Paradoksalnie zastój w rozwoju ratownictwa medycznego jest widoczny po upadku socjalizmu. Ratownik medyczny nie istnieje w nowym systemie. Pierwsze wzmianki o zawodzie ratownika są wprowadzone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 25 lipca 2001 roku.

Różnice między systemami ratownictwa medycznego w Polsce i USA są widoczne na każdym kroku: od edukacji personelu medycznego po samo funkcjonowanie ratownictwa jako całości. Uzasadniona jest darmowa edukacja w Polsce. Mimo kryzysu Polska jest w stanie szkolić każdego roku nowych ratowników. Za oceanem system kształcenia zupełnie odbiega od modelu polskiego. Charakterystyczną cechą jest szybkość prowadzonych szkoleń. Przygotowanie ratowników jest szybsze gdyż w chwili zdobycia pierwszego poziomu kształcenia, kursanci mogą podjąć pracę tym samym zdobywając doświadczenie oraz środki na kolejne kształcenie. Wadą są zbyt wysokie ceny za zdobycie wyższych kwalifikacji. W Polsce system ratownictwa medycznego czerpie pomysły z dwóch systemów anglo – amerykańskiego oraz francusko – niemieckiego. W analizowanym materiale źródła wskazują na słuszność takiego zastosowania ze względu na rozmieszczenie placówek, liczby ratowników oraz do tej pory małych możliwości udzielania pomocy poszkodowanym wyłącznie przez samych ratowników. Polska dąży do przyjęcia w całości systemu anglo – amerykańskiego. Zespoły wyjazdowe mają bezpośrednie odniesienie do systemu jaki panuje w danym kraju. Bez przyjęcia w całości systemu USA oraz poprawek w ustawie Polska nie jest w stanie wprowadzić w całości systemu anglo – amerykańskiego.

Kolejnym z widocznych aspektów jest system zdecentralizowany jak i w USA. Polska jednak dąży do scentralizowania systemu na wzór Francji. O samym aspekcie scentralizowania systemu mówi konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej prof. Andrzej Zawadzki cyt. „Sądzę, że całościowa analiza różnych modeli funkcjonowania pogotowia wskazałaby, że system scentralizowany, zintegrowany, jest jednak lepszy. Zapewnia szybkie dotarcie do pacjenta i – co równie ważne – właściwy transport do odpowiedniego miejsca” (http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi_medyczne/scentralizowany-system-ratownictwa-jest-bardziej-skuteczny,119584,8.html udostępniono: 15.06.2013, 10:55). Jak wynika z dokumentów, Amerykanie są zwolennikami systemu zdecentralizowanego o czym świadczy fakt, iż placówki stacjonujące w poszczególnych stanach niechętnie wymieniają się danymi statystycznymi. Wynika to z chęci zachowania autonomiczności w różnych dziedzinach życia czy też nauki.

Reasumując, mimo wprowadzonych zmian obecny system ratownictwa medycznego wymaga wielu korekt. Problemy występują na całym świecie. System

Stanów Zjednoczonych również nie jest idealny i występują w nim luki organizacyjne. Jednak mimo braków, USA dysponuje najlepszym dostępnym systemem, z którego Polska może wyciągać wnioski oraz niwelować błędy popełnione do tej pory przez Amerykanów.

Wnioski

1. W systemach ratownictwa medycznego pomiędzy Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki występują charakterystyczne różnice ewolucyjne spowodowane przeciwnymi systemami politycznymi, zwłaszcza po II wojnie światowej.
2. Do Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce po 1989 roku wprowadza się model anglo-amerykański z zauważalnymi elementami modelu francusko-niemieckiego.
3. W edukacji młodego personelu w obu krajach są istotne różnice.
4. Zaniedbania ze strony resortu edukacji w Polsce powodują widoczne braki w etyce zawodu.
5. Brakuje w Polsce konkretnej ustawy określającej jednoznacznie miejsce ratownika medycznego w systemie.

Bibliografia

1. Guła P., Paździoch S. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym Komentarz Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2008
2. <http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18
3. <http://www.airambulanceservice.com/history.html> udostępniono:15.03.2013,10:20
4. <http://www.nremt.org/nremt/downloads/EMS%20Agenda%20for%20the%20Future.pdf>. udostępniono 01.02.2013, 20:20
5. <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugimedyczne/scentralizowany-system-ratownictwa-jest-bardziej-skuteczny,119584,8.html> udostępniono: 15.06.2013, 10:55
6. King B., Jatoi I., The mobile Army surgical hospital (M.A.S.H.):a military and surgical legacy Journal of the National Medical Association 97/5, 2005
7. Kłosiński P. Polskie początki lotnictwa sanitarnego. Lotnicza Polska 2005, nr 12
8. Konieczny J. Edukacja w ratownictwie medycznym Gramond, Inowrocław-Poznań 2007,
9. Manish N., Shah, MD, "The Formation of the Emergency Medical Services System" American Journal of Public Health. 2006,96/3
10. Pozner ChN, Zane R. i inni International EMS Systems:The United States: past, prezent and future. Resuscitation.2004;60
11. Robertson-Steel I. Ewolucja systemu triage system Emerg Med. J., West Midlands 2006, 23/2
12. Urbanek B. Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku Śląski Uniwersytet Medyczny Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2012

Liczba znaków ze spacjami: 23 393

**Diana Piaszczyk, Karolina Mazur,
Wiesław Gołąbek, Yauheni Tsishchanka**

Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Wiedza licealistów z Białej Podlaskiej na temat choroby alkoholowej

Streszczenie: Pomimo negatywnych konsekwencji picia alkoholu, młodzież sięga po niego w coraz większych ilościach. Sytuacja ta negatywnie wpływa na kształtowanie zdrowej i dojrzałej osobowości, a etanol hamuje uczuciowość i sprzyja zachowaniom popędowym młodych ludzi. Młodzież nadużywająca alkoholu często wkracza na margines społeczny, dopuszcza się zachowań nieroztropnych i bezmyślnych, wszczyna bójki, kradnie, dokonuje napadów rabunkowych oraz demonstracyjnie lekceważy wszelkie normy społeczne. Eksperymentując z alkoholem młodzież pozwala sobie na zachowania, które zagrażają zdrowiu i życiu ich samych oraz innych osób. Celem badań było określenie wiedzy licealistów na temat choroby alkoholowej. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 22 pytań. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że uczniowie mają małą wiedzę na temat alkoholizmu i zagrożeń z nim związanych, a szkoła, w której się uczą nie spełnia swojej roli profilaktyczno-wychowawczej, nie przekazuje uczniom wystarczającej wiedzy na temat zagrożeń związanych z alkoholem. Wykazano, że alkohol jest popularny wśród badanych, którzy nie mają większych problemów z jego zdobyciem, a dostępność alkoholu zachęca do jego spożywania. Rodzice badanych nie zwracają uwagi na ten problem, pomimo tego, że młodzież przyznaje się do utraty świadomości po spożyciu alkoholu i twierdzi, że jest od niego uzależniona. Wykazano, że młodzież rozumie, że alkoholizm jest chorobą, ale nie potrafi rozpoznać właściwie momentu zagrożenia. Niepokojący jest fakt, że problem alkoholizmu występuje w rodzinach badanych, a osobą nadużywającą alkohol jest najczęściej ojciec. Problem uzależnienia u swoich rodziców jest dostrzegany przez młodzież.

Słowa kluczowe: młodzież, alkohol, alkoholizm, rodzina dysfunkcyjna, wiedza

Wstęp

Alkoholizm jest problemem współczesnego świata. Na podstawie badań z 2009 roku stwierdza się, że poziom spożycia napojów alkoholowych stale wzrasta, a w ponad 800 tysiącach polskich rodzin występuje problem uzależnienia, zaś około 16% społeczeństwa polskiego ryzykownie nadużywa alkoholu. Ekonomiczne skutki alkoholizmu ponosi całe społeczeństwo, a skala problemu jest znacząca. W Polsce problem alkoholowy dotyczy 25% populacji, z czego osób nadużywają-

cych jest ponad 3 miliony, a alkoholików ponad 600 tysięcy. Problem ten dotyczy także młodzieży, która ma łatwy dostęp do alkoholu, i jest zachęcana do jego spożywania przez społeczeństwo (rodzinę podczas spotkań i uroczystości rodzinnych) i rówieśników (Pospiszyl, 2008; Niewiadomska, 2002; Słowik-Gabryelska, 2007; Sierosławski, Zieliński, 1999; Strasburger, 2010).

Według WHO alkoholizm to choroba polegająca na systematycznym, nadmiernym spożywaniu napojów alkoholowych (Pospiszyl, 2008; Woronowicz, 2001).

Woronowicz definiuje uzależnienia od alkoholu, jako patologiczny wzorec używania lub niesprawność funkcji społecznych i zawodowych, które spowodowane zostały zażywaniem alkoholu lub też, jako towarzyszącą któremuś z nich zmienioną tolerancję bądź objawy zespołu abstynencyjnego (Woronowicz, 1998).

Stwierdza się, że skutki chronicznego nadużywania alkoholu mogą być: psychiczne, somatyczne, społeczne i ekonomiczne (Słowik-Gabryelska, 2007).

Zmiany psychiczne, zdaniem Słowik-Gabryelskiej, występują u 70% alkoholików, a objawami psychicznymi występującymi najczęściej u osób uzależnionych są: psychoza Korsakowa, luki pamięciowe, przetrwały zespół otępienny i/lub anamnesticzny, psychozy z omamami i urojeniami, halucynozą alkoholową Wernickiego, paranoja alkoholowa, zaburzenia nastroju. W czasie trwania choroby alkoholowej znacznemu i gwałtownemu pogorszeniu ulega stan fizyczny, ale alkoholicy lekceważą ten stan, nadal podejmują działania zagrażające życiu (Słowik-Gabryelska, 2007).

Zaburzenia funkcjonowania społecznego występujące u osób uzależnionych, jak wskazuje piśmiennictwo, są związane z upośledzeniem pamięci, degradacją intelektualną zmiennym nastrojem, agresją, brutalnością, przy czym problemy te dotyczą rodziny, wykonywanej pracy i społeczeństwa.

Zdaniem niektórych autorów problemy w środowisku rodzinnym osób uzależnionych mają związek z zaniedbywaniem rodziny, zaburzonymi relacjami ze współmałżonkiem i odsuwaniem się od rodziny. Alkoholik traci własne źródło utrzymania, sprzedaje domowe sprzęty, popada w długi, kradnie, ma konflikty z prawem (Woronowicz, 2001; Pospiszyl, 2008).

Alkoholizm w literaturze klasyfikowany jest na 4 fazy: wstępną, zwiastunów, krytyczną i przewlekłą. W pierwszej fazie (przedalkoholowej), osoby pijące szukają powodów do picia. Dla pierwszej fazy typowe też są 2 charakterystyczne wzorce picia alkoholu: picie epizodyczne lub regularne. Faza przedalkoholowa trwa od kilku miesięcy do kilku lat, a momentem krytycznym są luki pamięciowe (palimpsesty). W fazie zwiastunów, po niewielkiej ilości alkoholu występują luki pamięciowe. Osoba pije w ukryciu, pije nie dla rozluźnienia, lecz po to, aby zniwelować zespół odstawienia. Myśli osoby uzależnionej koncentrują się wokół picia, ukrywania i zdobywania alkoholu, występuje także głód alkoholowy. Faza krytyczna choroby alkoholowej dla alkoholika oznacza utratę kontroli nad piciem. Pojawiają się zachowania agresywne w stosunku do siebie i innych osób. Osoba uzależniona

wprowadza system alibi, stanowiący usprawiedliwienia i wymówki dla swojego picia, skupia się na alkoholu, zaniedbuje codzienne sprawy, gromadzi zapasy alkoholu, odżywia się nieregularnie, pije alkohol od samego rana. W fazie przewlekłej – występują typowe okresy wielodniowego picia tzw. ciągi alkoholowe. Zwiększa się tolerancja na alkohol, pojawiają się zaburzenia psychiczne, fizyczne i społeczne. Na tym etapie możliwe jest spożywanie alkoholi nie konsumpcyjnych (np. denaturat, woda kolońska, spirytus salicylowy itd.). Faza ta stanowi zagrożenie dla życia chorego (Niewiadomska, 2002; Woronowicz, 2001; Pospiszyl, 2008).

Z rodziną alkoholową zdaniem badaczy ma się do czynienia wówczas, gdy przynajmniej jeden z jej członków jest uzależniony, a patologia takiej rodziny ma związek z przemocą, bezrobociem, zaniedbaniem, brakiem poczucia bezpieczeństwa (Grzegorzewska, 2011).

Choroba alkoholowa dotyka całą rodzinę i ma charakter wspólnego uzależnienia. Towarzyszy jej cierpienie i krzywda doświadczane przez wszystkich członków rodziny alkoholika. Zdaniem Gąsiora istnieją typowe cechy wspólnego uzależnienia, tj.: nieustanne skupianie uwagi na osobie alkoholika, zaburzenia sfery emocjonalnej (huśtawki nastrojów, stany depresyjne, apatia, zamęt uczuciowy), zażywanie przez członków rodziny środków poprawiających nastrój, pogorszenie warunków materialnych, objawy psychofizyczne u członków rodziny (ból głowy, mięśni, żołądka) (Gąsior, 2008).

Stwierdza się, że dzieci wychowywane przez alkoholizujących się rodziców, żyją stale w atmosferze zagrożenia, kłamstw, awantur i konfliktów między rodzicami. W takich rodzinach zanikają więzi uczuciowe, narasta frustracja, poczucie zagrożenia i nerwowość (Wojciechowska-Charlak, 2002). Na podstawie literatury wyróżnia się różne role przyjmowane przez dzieci z rodzin alkoholowych (Prusik, 2006; Skrzypczyk, 2000). Stwierdza się, że najstarsze dziecko wchodzi zwykle w rolę bohatera. Odkrywa, że jeśli zachowuje się dobrze, wszyscy są zadowoleni, a fakt ten poprawia złą atmosferę w domu. Bohater pomaga wszystkim w rodzinie, odnosi sukcesy, rodzina jest z niego dumna, a wszyscy czują się „normalnie”, nie dostrzegając istniejącego problemu. „Kozioł ofiarny”, to kolejna rola, jaką może przyjąć dziecko w rodzinie alkoholowej. Stwierdza się, że kozłem ofiarnym jest następne (po bohaterze) lub najmłodsze dziecko. „Kozioł ofiarny” czuje się gorszy i niedoceniany, ponieważ i tak za to co zrobi bądź nie i tak zostanie ukarany. „Kozioł” bardzo często wyrasta na osobę uzależnioną (Skrzypczyk, 2000).

Rola zagubionego dziecka, opisana w piśmiennictwie dotyczy także trzeciego lub czwartego dziecka. Dziecko takie jest samotnikiem, samodzielnie dba o swoje potrzeby, zamyka się w pokoju, tworzy swój własny świat wycofania się i fantazji, nie potrafi nawiązywać kontaktów społecznych (Prusik, 2006; Skrzypczyk, 2000).

Badacze opisują w piśmiennictwie także rolę maskotki, która dotyczy najmłodszego dziecka, którego przyjście na świat związane jest zwykle z ostrą fazą picia w rodzinie. Dzieci tego typu są „wesołkami”, poprawiają nastrój rodzinie

swoimi żartami i wygłupami. Dziecko „maskotka”, ma zatraconą granicę pomiędzy żartem a śmiechem, wewnętrznie czuje się osamotnione, niepewne, pełne lęku, a dodatkowym dramatem dziecka jest to, że nikt nie traktuje go poważnie (Margasiński, 2010).

Na podstawie doniesień z piśmiennictwa stwierdza się, że dorośli, którzy wychowywali się w rodzinach nadużywających alkoholu to dorosłe dzieci alkoholków, gdyż wtedy gdy byli dziećmi, musieli dorosnąć. W dorosłym życiu, mimo że są dorośli wiekiem, to w głębi siebie nadal pozostają dziećmi (Kucińska, 2002).

Zdaniem Żaka dorosłym dzieckiem alkoholika jest człowiek pochodzący z rodziny, w której alkohol był problemem nadrzędnym, od dziecka rodzice wymagali zaspokajania potrzeb matki, ojca lub rodzeństwa (Żak, 2003).

Zdaniem Wegscheider-Cruse w życiu dorosłym osoba wywodząca się z rodziny z problemem alkoholowym pozostaje nadal przestraszonym i skrzywdzonym dzieckiem, które jest dojrzałe fizycznie i intelektualnie, ale nie emocjonalnie. Stwierdza się, że w życiu dorosłym takie osoby często cierpią z powodu współuzależnienia, które staje się sposobem na życie i w którym poczucie sensu istnienia człowieka zależy od czynników zewnętrznych (Wegscheider-Cruse, 2000).

Cel badań

Celem prowadzonych badań było określenie poziomu wiedzy młodzieży na temat choroby alkoholowej. Na potrzeby badań określono problemy badawcze:

1. Czy młodzież ma świadomość zagrożeń alkoholizmem?
2. Czy i w jakim stopniu alkoholizm rodziców wpływa na funkcjonowanie dzieci w rodzinie i środowisku społecznym?
3. Czy rodzice uświadamiają dzieci o zagrożeniach płynących z alkoholizmu?
4. Czy młodzi ludzie coraz częściej sięgają po alkohol?

Dodatkowo sformułowano cztery hipotezy badawcze, które były następujące:

1. Młodzież posiada wiedzę na poziomie przeciętnym z zakresu zagrożeń alkoholizmu.
2. Przypuszczam, że alkoholizm rodziców ma znaczący i w dużej mierze negatywny wpływ na funkcjonowanie dziecka w rodzinie i społeczeństwie.
3. Przypuszczam, że rodzice mało skutecznie lub wcale nie reagują na zbyt częste sięganie po alkohol przez nieletnią młodzież.
4. Zakładam, że młodzi ludzie zazwyczaj nie potrafią funkcjonować w swoim środowisku bez zażywania alkoholu.

Materiał i metodyka badania

Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniach był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, składający się z 22 pytań zamkniętych. Uzyskane

wyniki badań poddano analizie i wyliczono odsetki procentowe. Wyniki badań przedstawiono w tabelach i na rycinach.

Badania przeprowadzono w Zespole Szkół Zawodowych nr.2 im. Franciszka Żwirki i Stanisława Wigury w Białej Podlaskiej. W badaniach wzięło udział 80 uczniów, którzy w dniu badania przebywali w szkole i wyrazili chęć uzupełnienia kwestionariusza. Wykazano, że zdecydowana większość badanych była płci męskiej (65%). Kobiety stanowiły 35% ogółu badanych. Większość badanych mieszkała w mieście, ogółem stanowili oni 73% wszystkich badanych uczniów. Pozostali uczniowie mieszkali na wsi (28%).

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi wykazano, że więcej niż ½ badanych była pełnoletnia w dniu badania. Tylko 29% badanych nie miała ukończonych 18 lat (Tabela 1).

Tabela 1. Czy jesteś pełnoletni?

Czy jesteś pełnoletni?	Liczba udzielonych odpowiedzi	Liczba udzielonych odpowiedzi w %
Tak	57	71
Nie	23	29

Wszystkim badanym zadano pytanie, czy kiedykolwiek spożywali alkohol. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi wykazano, że aż 90% badanych spożywało alkohol. Tylko ośmiu uczniów odpowiedziało, że dotychczas nie próbowało alkoholu (Tabela 2).

Tabela 2. Czy kiedykolwiek spożywałeś alkohol?

Czy kiedykolwiek spożywałeś alkohol?	Liczba udzielonych odpowiedzi	Liczba udzielonych odpowiedzi w %
Tak	72	90
Nie	8	10

Młodzieży zadano pytanie, czy kiedykolwiek doświadczyli oni trudności w zdobyciu i/lub zakupie alkoholu. Analiza uzyskanych odpowiedzi wykazała, że więcej niż ½ uczniów nie miała żadnego problemu w zdobyciu i/lub zakupie alkoholu. Nieznacznie różniące się od siebie procentowo grupy badanych odpowiedziały, że problem ten napotykały zawsze (19%) lub tylko czasami (12%) (Tabela 3).

Tabela 3. Czy miałeś problem ze zdobyciem/kupnem alkoholu?

Czy miałeś problem ze zdobyciem/kupnem alkoholu?	Liczba udzielonych odpowiedzi	Liczba udzielonych odpowiedzi w %
Tak	15	19
Nie	55	69
Czasami	10	12

Młodzież odpowiedziała też na pytanie dotyczące tego, czy kiedykolwiek po spożyciu alkoholu stracili świadomość. Uzyskane odpowiedzi pozwoliły stwierdzić, że więcej niż połowa badanych (56%) udzieliła odpowiedzi twierdzącej na to pytanie, odpowiadając, że nawet kilka razy doznała utraty świadomości po spożywaniu alkoholu. Zaobserwowano, że więcej niż ¼ badanych uczniów (38%) odpowiedziała, że traci przytomność za każdym razem, jak spożywa alkohol. Wykazano, że tylko 6% młodzieży nigdy nie straciło przytomności po spożywaniu alkoholu (Tabela 4).

Tabela 4. Czy zdarzyło Ci się podczas spożywania alkoholu stracić świadomość?

Czy zdarzyło Ci się podczas spożywania alkoholu stracić świadomość?	Liczba udzielonych odpowiedzi	Liczba udzielonych odpowiedzi w %
Nigdy	5	6
Kilka razy	45	56
Za każdym razem jak piję	30	38

W związku z realizowanym tematem badań młodzież zapytano także o to, czy chciałaby otrzymywać w szkole więcej informacji dotyczących przyczyn, skutków i sposobów zapobiegania uzależnieniom. Odpowiedzi uczniów pozwoliły stwierdzić, że więcej niż połowa badanych (55%) odczuwała braki w wiedzy w tym zakresie i uważała, że szkoła za mało informuje swoich uczniów o problemie nadużywania alkoholu. Pomimo tego, że tak wysoki odsetek badanych opowiedział się za potrzebą uzupełnienia wiedzy na ten temat, to podobne do siebie procentowo grupy badanych nie odczuwały już takich potrzeb. Wykazano, że 16% badanych było zdania, że informacje na temat szkodliwości alkoholu przekazywane w szkole są wystarczające, a 18% badanych pozostawało obojętnych wobec tego problemu. Zaobserwowano też, że 11% uczniów odpowiedziało, że nie potrzebuje żadnych informacji na ten temat (Tabela 5).

Tabela 5. Czy chciałbyś otrzymywać w szkole więcej informacji dotyczących przyczyn, skutków i sposobów zapobiegania uzależnieniom?

Czy chciałbyś otrzymywać w szkole więcej informacji dotyczących przyczyn, skutków i sposobów zapobiegania uzależnieniom?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak. Szkoła za mało informuje o tych problemach.	44	55
Nie. Informacje które otrzymuję w szkole są wystarczające.	13	16

Nie. Nie potrzebuję takich informacji	9	11
Jest mi to obojętne	14	18

Wykazano, że zdecydowana większość badanych, tj. więcej niż połowa (67%) uważała alkohol za popularny „napój” wśród młodzieży. Nieznacznie więcej niż $\frac{1}{4}$ badanych (29%) nie dostrzegała niczego popularnego w alkoholu. Tylko trzy osoby (4%), nie miały zdania na ten temat (Tabela 6).

Tabela 6. Czy uważasz, że alkohol stał się popularny wśród młodzieży?

Czy uważasz, że alkohol stał się popularny wśród młodzieży?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	54	67
Nie	23	29
Nie ma to dla mnie znaczenia	3	4

Młodzieży zadano ważne pytanie, dotyczące tego, jak postrzegają alkoholizm i czy uważają go za chorobę. Wykazano, że więcej niż $\frac{3}{4}$ uczniów (86%) uważała, że alkoholizm jest chorobą. Stwierdzono także niski odsetek badanych (14%), którzy temu zaprzeczyli, odpowiadając, że alkoholizm nie jest chorobą (Tabela 7).

Tabela 7. Czy alkoholizm jest chorobą?

Czy alkoholizm jest chorobą	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	69	86
Nie	11	14
Nie wiem	0	0

Kolejne pytanie kwestionariusza ankiety dotyczyło tego, czy alkohol jest szkodliwy dla zdrowia. Wyniki badań pozwoliły stwierdzić, że więcej niż połowa badanych (61%) była zdania, że alkohol spożywany w małych ilościach nie jest szkodliwy dla zdrowia. Zaobserwowano, że 39% badanych uczniów odpowiedziało, że tylko duże dawki alkoholu mogą być szkodliwe i niebezpieczne dla zdrowia (Tabela 8).

Tabela 8. Czy uważasz, że jest szkodliwy dla zdrowia?

Czy uważasz, że jest szkodliwy dla zdrowia?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
W dużych ilościach szkodzi	31	39
W małych ilościach nie	49	61

Badani udzielili także odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, jak postrzegają problem alkoholizmu i czy uważają go za istotny w funkcjonowaniu społeczeństwa. Wykazano, że zdecydowana większość badanych (67%) dostrzegała powagę problemu związanego z nadużywaniem alkoholu i jego wpływ na funkcjonowanie całego społeczeństwa. Stwierdzono zbliżone do siebie udziały badanych, którzy na to pytanie odpowiedzieli negatywnie, nie dostrzegając wpływu alkoholizmu na społeczeństwo (16%) i badanych, którzy nie wiedzieli, czy alkoholizm rzeczywiście może odgrywać destrukcyjną rolę w procesach społecznych (Tabela 9).

Tabela 9. Czy uważasz, że alkoholizm jest ważnym problemem społecznym?

Czy uważasz, że alkoholizm jest ważnym problemem społecznym?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	54	67
Nie	13	16
Nie wiem	9	11
Nie ma to dla mnie znaczenia	4	6

Zaobserwowano, że uczniowie uczestniczący w badaniu w różny sposób postrzegali początek powstawania problemów z alkoholem. Wykazano, że więcej niż ½ badanych (65%) uważała, że problem z alkoholem zaczyna się wtedy, gdy jest on spożywany 4 razy i więcej w tygodniu. Nieznacznie więcej niż ¼ badanych (29%) była zdania, że problem z alkoholem zaczyna się wtedy, gdy picie alkoholu ma miejsce 2-3 razy w tygodniu. Tylko pięć osób (6%) odpowiedziało, że problem z alkoholem ma miejsce nawet wtedy gdy pije się go tylko raz w tygodniu (Tabela 10).

Tabela 10. Według Ciebie problem z alkoholem zaczyna się, gdy?

Według Ciebie problem z alkoholem zaczyna się, gdy?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Pijesz raz w tygodniu	5	6
2-3 razy w tygodniu	23	29
4 i więcej	52	65

Młodzież poproszono także o ocenę ich własnych relacji z rodzicami. Wykazano, że aż 31% uczniów była zdania, że rodzice nie rozumieją ich problemów. Prawie identyczne były udziały badanych (25% i 24%), którzy odpowiedzieli, że odpowiednio: rodzice nie mają dla mnie czasu, często się kłócimy. Czternaście osób (17%) odpowiedziało, że dużo rozmawia ze swoimi rodzicami, ale tylko dwie osoby (3%) udzieliły odpowiedzi, że rodzice są dla nich autorytetem (Tabela 11).

Tabela 11. Oceń swoje relacje z rodzicami.

Oceń swoje relacje z rodzicami	% udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
nie rozumieją mnie	24	31
nie mają dla mnie czasu	20	25
często się kłócimy	19	24
dużo rozmawiamy ze sobą	14	17
są dla mnie autorytetem	2	3

Oprócz pytania oceniającego jakość relacji uczniów z rodzicami zadano badanym pytanie dotyczące tego, czy rodzice wiedzą, że uczniowie spożywają alkohol. Wykazano, że nieznacznie więcej niż $\frac{1}{2}$ badanych uczniów (54%) odpowiedziało twierdząco na to pytanie. Siedemnaście osób (21%) odpowiedziało, że rodzice nie posiadają wiedzy na ten temat. Podobne do siebie liczebnie grupy uczniów odpowiedziały, że nie wiedzą czy rodzice wiedzą o tym, że ich dziecko pije (11%) i że wiedza rodziców na ten temat nie ma dla nich żadnego znaczenia (14%) (Tabela 12).

Tabela 12. Czy rodzice wiedzą, że spożywasz alkohol?

Czy rodzice wiedzą, że spożywasz alkohol?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	43	54
Nie	17	21
Nie wiem	9	11
Nie ma to dla mnie znaczenia	11	14

W związku z poprzednim pytaniem kwestionariusza ankiety zapytano uczniów „Czy rodzice zabraniają Ci spożywania alkoholu, nawet w małych ilościach?” Wykazano, że prawie połowa badanych (47%) odpowiedziało, że tak, a więcej niż $\frac{1}{2}$ badanych, że rodzice nie zabraniają spożywania alkoholu nawet w małych ilościach (Tabela 13).

Tabela 13. Czy rodzice zabraniają Ci spożywania alkoholu, nawet w małych ilościach?

Czy rodzice zabraniają Ci spożywania alkoholu, nawet w małych ilościach?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	38	47
Nie	42	53

Badanych zapytano także, o to czy ich rodzice nadmiernie spożywają alkohol. Zaobserwowano, że aż 37% uczniów potwierdziło fakt problemu z alkoholem we własnej rodzinie, ale prawie $\frac{1}{4}$ badanych była zdania, że alkoholizm nie dotyczy

ich rodziny. Wykazano, że dla znacznej grupy uczniów (40%) problem nadużywania alkoholu w ich rodzinach nie był istotny (Tabela 14).

Tabela 14. Czy Twoi rodzice nadmiernie spożywają alkohol?

Czy Twoi rodzice nadmiernie spożywają alkohol?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	30	37
Nie	18	23
Nie ma to dla mnie znaczenia	32	40

W związku z poprzednim pytaniem badanych zapytano o to: „Kto w Twojej rodzinie nadmiernie spożywa alkohol?” Wykazano, że aż 51% uczniów wymieniło osobę ojca nadużywającego alkoholu. Mniej niż ¼ badanych (19%) jako osobę pijącą wskazała matkę, a 30% badanych odpowiadając na to pytanie wskazało na oboje rodziców (Tabela 15).

Tabela 15. Kto w Twojej rodzinie nadmiernie spożywa alkohol?

Kto w Twojej rodzinie nadmiernie spożywa alkohol?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Matka	15	19
Ojciec	41	51
Oboje	24	30

Wykazano, że aż 82% badanych uczniów uważało, że spożywanie alkoholu przez któregoś rodzica jest uzależnieniem. Czternastu uczniów było zdania, że rodzice (matka lub ojciec) nie mają problemów z alkoholem (Tabela 16).

Tabela 16. Jeśli któryś z rodziców nadmiernie spożywa alkohol, to czy uważasz, że jest uzależniony?

Jeśli któryś z rodziców nadmiernie spożywa alkohol, to czy uważasz, że jest uzależniony?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	66	82
Nie	14	18

Młodzież odpowiedziała także na pytanie, czy ich rodzic/rodzice nadmiernie spożywający alkohol próbował/li walczyć ze swoim nałogiem. Analiza uzyskanych odpowiedzi pozwoliła stwierdzić, że 40% badanych uczniów uważało, że rodzic podejmował próby walki z nałogiem. Więcej niż ½ badanych odpowiedziało jednak, że takich prób rodzice nie podejmowali (Tabela 17).

Tabela 17. Czy rodzic/rodzice nadmiernie spożywający alkohol próbował walczyć ze swoim nałogiem?

Czy rodzic/rodzice nadmiernie spożywający alkohol próbował walczyć ze swoim nałogiem?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	32	40
Nie	48	60

Zaobserwowano, że aż 71% uczniów prosiło swoich rodziców aby przestali spożywać alkohol, ale więcej niż $\frac{1}{4}$ badanych nie podejmowała wcale takich prób (Tabela 18).

Tabela 18. Czy prosiłeś rodzica/rodziców nadużywających alkohol by przestał pić?

Czy prosiłeś rodzica/rodziców nadużywających alkohol by przestał pić?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	57	71
Nie	23	29

Na podstawie uzyskanych wyników badań wykazano, że więcej niż połowa badanych była w swoich domach świadkiem awantur. Takiej odpowiedzi udzieliło 76% badanych. Stwierdzono, że tylko 24% uczniów nie obserwowało takich sytuacji we własnych domach (Tabela 19).

Tabela 19. Czy w Twoim domu dochodzi do kłótni, awantur?

Czy w Twoim domu dochodzi do kłótni, awantur?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak, często	61	76
Nie	19	24

Uczniowie odpowiadając na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety wskazywali także na zagrożenia, jakie mogą się pojawić w przyszłości w wyniku nadużywania alkoholu. Wykazano, że młodzież najczęściej wskazywała na problemy w związkach partnerskich (31%) i problemy w znalezieniu pracy (27%). Stwierdzono, że $\frac{1}{4}$ badanych wymieniła problemy psychiczne, które mogą być wynikiem nadużywania alkoholu. Czternaście osób (18%) odpowiedziało, że takim zagrożeniem są problemy w akceptacji samego siebie (Tabela 20).

Tabela 20. Jakie zagrożenia w przeszłości niosą ze sobą problemy alkoholowe w rodzinie?

Jakie zagrożenia w przeszłości niosą ze sobą problemy alkoholowe w rodzinie?	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Problemy w znalezieniu pracy	22	27
Problemy w związkach partnerskich lub małżeńskich	25	31
Problemy psychiczne	19	24
Problemy akceptacji samego siebie	14	18

W związku z tematem badań, zapytano młodzież o to czy uważają siebie samych za osoby uzależnione. Wykazano, że aż 81% badanych uczniów odpowiedziało twierdząco na to pytanie. Pozostały odsetek badanych (19%) udzielił odpowiedzi negatywnej, tzn. nie uważał siebie za osobę uzależnioną (Tabela 21).

Tabela 21. Czy uważasz, że jesteś uzależniony? (alkohol, narkotyki, papierosy)

Czy uważasz, że jesteś uzależniony? (alkohol, narkotyki, papierosy)	Ilość udzielonych odpowiedzi	Ilość udzielonych odpowiedzi w %
Tak	65	81
Nie	15	19

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają fakt, na który zwracają uwagę inni autorzy, że młodzież nie jest wolna od używek (Świdarska, 2011; Cekiera, 1985; Kinney, Leaton, 1996). Niepokojące jest też to, że młodzież coraz częściej sięga po używki (alkohol), zwykle między 11-14 rokiem życia (Świdarska, 2011).

Na podstawie literatury stwierdza się, że w Polsce, w rodzinach z problemem alkoholowym żyje około 1,5-2,0 mln dzieci, z czego aż 500 tys. znajduje się w sytuacji zagrażającej ich zdrowiu i życiu. Dotychczasowe badania wskazują, że dzieci alkoholików znajdują się w podwyższonej grupie ryzyka i najprawdopodobniej w późniejszym okresie swojego życia także będą sięgały po używki (Kozak, 2007; Margasiński, 2010). W piśmiennictwie zwraca się uwagę na to, że zmiany hormonalne w okresie dojrzewania mogą powodować skłanianie się młodzieży do ryzykownych zachowań, takich jak eksperymentowanie z alkoholem (Alkohol Alert). Zdaniem niektórych autorów większość nastolatków pije w sposób umiarkowany, a fakt ten jest uznawany za tzw. zachowanie normatywne (Hughes et al. 1999, OkuliczKozaryn, Borucka, 1999). Bezspornie, jednak zbyt duża liczba młodych ludzi pije alkohol za często i w dużych ilościach, a takie destruktywne

zachowanie może być przyczyną poważnych zagrożeń dla zdrowia i życia w przyszłości (Szymański i wsp. 2001). Według Kucińskiej dzieci w rodzinach alkoholików często są świadkami kłótni i doświadczają agresji, a doświadczenia te negatywnie wpływają na obraz otaczającego świata i samego siebie. W badaniach własnych wykazano, że aż 76% badanych uczniów potwierdziło występowanie awantur i kłótni w swoich domach rodzinnych. Zdaniem niektórych autorów, dzieci z rodzin alkoholowych powoli stają się opiekunami własnych rodziców, zajmują się pracami domowymi, sprzątają, gotują i troszczą się o młodsze rodzeństwo (Kucińska, 2002; Krawczyk-Bocian, 2005).

Zdaniem Abramczuk niezwykle istotna jest poprawa świadomości młodych ludzi w zakresie czynników wpływających na zdrowie człowieka w aspekcie pozytywnym i negatywnym (Abramczuk, 1997). Konieczne jest też stałe monitorowanie negatywnych zachowań prozdrowotnych młodzieży w zakresie stosowania środków uzależniających (Świdarska, 2011). Niepokojący jest zdaniem Abramczuk fakt dość liberalnej postawy dorosłych do problemu spożywania alkoholu przez młodzież (Abramczuk, 1997). W badaniach wykazano, że aż 53% uczniów odpowiedziało, że rodzice nie zabraniają im spożywania alkoholu. Sytuacja ta wyraźnie wskazuje, na zbyt tolerancyjną postawę rodziców w odniesieniu do tego problemu. Tolerancja ta, jak widać jest pewną formą jawnego przyzwolenia na spożywanie alkoholu i „przymykania oczu” na istniejący problem zagrażający zdrowiu młodego człowieka (Sierosławski, 2011).

W badaniach własnych wykazano, że aż 90% młodzieży miało za sobą pierwszy kontakt z alkoholem. Wynik ten jest zbliżony do tego, jaki uzyskano ogólnopolskich badaniach ESPAD, w którym stwierdzono, że próbę picia alkoholu kiedykolwiek w życiu miało za sobą 92,5% uczniów 3 klas gimnazjów w 2003 roku, 90,3% uczniów w 1999 i 92,8% uczniów w 1995 roku (Sierosławski, 2011).

Wyniki przeprowadzonych badań własnych wykazały, że aż 69% uczniów nie miało żadnego problemu z kupnem alkoholu. Na ten sam problem zwraca uwagę Pisarska i współautorzy (Pisarska, Borucka i wsp. 2002). Ponadto na podstawie piśmiennictwa stwierdza się, że młodzież często sama kupuje sobie alkohol lub prosi o to kogoś starszego, a osoby te zazwyczaj się zgadzają, gdyż, jak podają niektóre źródła tylko 10% prób takiego zakupu kończy się odmową (Żołnierczuk-Kieliszek, 2013). Należy zatem zwrócić uwagę, że w takich przypadkach szczególnie wpływ na możliwość kupna alkoholu przez młodzież i/lub dla młodzieży mają lokalne samorządy, i to do nich należy monitorowanie przestrzegania prawa, które przecież zabrania sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18 roku życia (Badanie wykonane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego województwa Pomorskiego przez PBS DGA Spółka z o.o. 2007).

Podsumowując należy stwierdzić, że spożywanie alkoholu przez młodzież może powodować w młodym organizmie nieodwracalne zmiany pod postacią uszkodzeń organicznych. W efekcie spożywania alkoholu zaburzona zostaje także

sfera psychiczna (dysfunkcje pamięci, osłabiony krytycyzm) i społeczna, choćby w zakresie narastających konfliktów w sferze interakcji społecznych. Nie należy także zapominać o tym, że koszty społeczne, ekonomiczne i zdrowotne wynikające z problemów alkoholowych młodzieży stanowią znaczne obciążenie dla społeczeństwa. Z powyższych względów wskazane jest podjęcie zintensyfikowanych działań profilaktycznych w tym kierunku.

Wnioski

Celem przeprowadzonych badań było określenie poziomu wiedzy licealistów na temat choroby alkoholowej. Na potrzeby badań sformułowano 4 hipotezy badawcze, które zweryfikowano po zebraniu materiału badawczego. Opracowany materiał badawczy i uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, że:

1. Uczniowie mają małą wiedzę na temat alkoholizmu i zagrożeń z nim związanych.
2. Szkoła nie spełnia swojej roli profilaktyczno-wychowawczej i nie przekazuje uczniom wystarczającej wiedzy na temat zagrożeń związanych z alkoholem.
3. Alkohol jest popularny wśród młodych ludzi, którzy nie mają większych problemów z jego zdobyciem. Dostępność alkoholu ułatwiała badanym jego spożywanie, a rodzice nie zwracali uwagi na ten problem, chociaż znaczna grupa młodzieży przyznawała się do utraty świadomości po spożyciu alkoholu i twierdziła, że jest od niego uzależniona.
4. Młodzież rozumie, że alkoholizm jest chorobą, ale nie wszyscy badani potrafią rozpoznać zagrożenie rozwojem uzależnienia.
5. Uczniowie wskazali na problem alkoholizmu w swoich własnych domach, a osobą nadużywającą alkohol był najczęściej ojciec.
6. Badani dostrzegali problem uzależnienia u swoich rodziców i prosili ich o rozpoczęcie leczenia.

Bibliografia

1. Abramczuk A. (1997) Problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie i środowisku lokalnym. W: Kawczyńska-Butrym Z. (red.) Pielęgniarstwo rodzinne – teoria i praktyka. Warszawa, CEM, s. 67-89.
2. Alcohol Alert Underage Drinking <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA67/AA67.pdf> (dostęp: 27.01.2013).
3. Badanie wykonane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego województwa Pomorskiego przez PBS DGA Spółka z o.o. (2007) Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną w województwie pomorskim.
4. http://www.wojpomorskie.pl/downloads/PBS_DGA_raport.pdf (dostęp: 21.12.2011).

5. Cekiera Cz. (1985) Toksykomania. Narkomania, alkoholizm, nikotynizm. PWN, Warszawa, s. 56-70.
6. Gąsior K. (2008) Czynniki zagrażające rozwojowi dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym na przykładzie Dorosłych Dzieci Alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 3, s. 247-262.
7. Grzegorzewska I. (2011) Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym, Wydawnictwo naukowe SCHOLAR, Warszawa, s. 21-65.
8. Hughes K., Macintosh A.M., Hastings G., Wheeler C., Watson J., Inglis J. (1999), Young people, alcohol, and designer drinks: Quantitative and qualitative study. *British Medicine Journal*, 314: s.414–418.
9. Kinney J., Leaton G. (1998) Zrozumieć alkohol. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa, s. 16-78.
10. Kozak S. (2007) Patologie wśród dzieci i młodzieży: leczenie i profilaktyka. Difin, Warszawa, s.175-182.
11. Krawczyk-Bocian A. (2005) Trzy oblicza dorosłych dzieci alkoholików. *Świat Problemów*, nr 4, s. 31-33.
12. Kucińska M. (2002) Gdy rodzic pije. *Charaktery*, 2002, nr 9, s. 39-40.
13. Kucińska M. (2002) Bohater, maskotka, niewidzialne dziecko. *Charaktery*, nr 11, s. 40-41.
14. Margasiński A. (2010) Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu. *Impuls*, Kraków, s. 23-43.
15. Niewiadomska I. (2002) Alkohol, alkoholizm i ja. Fundacja Rozwoju KUL, Lublin, s. 12-16, 27-34.
16. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. (1999) Picie alkoholu przez młodzież z mokotowskich szkół średnich w latach 1984–2000. *Alkohol i Narkomania*, 14(2), s.245–259.
17. Pisarska A., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K. (2002) Picie alkoholu w wypowiedziach młodzieży w wieku 13–15 lat. http://www.ipin.edu.pl/archiwum/2002/t15n4_2.pdf (dostęp: 26.12.2013)
18. Pospiszył I. (2008) Patologie społeczne. PWN, Warszawa, s. 43-69.
19. Prusik A. (2006) Wpływ ról pełnionych przez dzieci w rodzinie z chorobą alkoholową na ich dorosłe życie. *Świat Problemów*, nr 3, s. 31-33.
20. Sierosławski J, Zieliński A. (1999) Wzory picia wśród młodzieży. Badania jakościowe. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 25(2), s.263-285.
21. Sierosławski J. (2011) Raport z badań ESPAD (Europejski Program Badań Ankietowych). http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=126&Itemid=146 (dostęp: 16.12.2013].
22. Skrzypczyk W. (2000), Dzieci alkoholików - zdarzenia traumatyczne. Fundacja Wspierania Rozwoju Pełnego Zdrowia, Łódź.
23. Słowik-Gabryelska A. (2007) Patologie społeczne alkoholizm, narkomania, nikotynizm. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 34-54.
24. Strasburger V.C. (2010) Children, adolescents, substance abuse, and the media. *Pediatrics*, 126(4): s. 794 - 799.
25. Szymański J., Wojnarowska B., Mazur J. (2001) Picie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998. *Alkoholizm i Narkomania*, 14(2), s. 213–227
26. Świdarska M. (2011) Styl życia i zachowania prozdrowotne. Wybrane konteksty. *Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi*, s. 209-221.
27. Wegscheider-Cruse S. (2000) Nowa szansa - nadzieja dla rodziny alkoholowej, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
28. Wojciechowska-Charlak B. (2002) Środowiska opiekuńczo-wychowawcze, Wydawnictwo Wszechnica Świętokrzyska, Kielce, s. 54-68.

29. Woronowicz B. (1998) Alkoholizm jako choroba. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa, s. 12-20, 36-45.
30. Woronowicz B. (2001) Bez tajemnic. O uzależnieniach i ich leczeniu. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, s. 12-38.
31. Żak P. (2003) Gdzie się podziało moje dzieciństwo. Wydawnictwo Charaktery, Kielce, s. 32-54.
32. Żołnierczuk-Kieliszek D., Kulik T. B., Sidor R., Janiszewska M., Stefanowicz A., Pacian A., Pacian J. (2013) Zachowania zdrowotne związane ze spożyciem alkoholu i wiedza młodzieży gimnazjalnej na temat skutków nadużywania alkoholu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, 19(2), s.162–167.

Liczba znaków ze spacjami: 35 056

Wiedza licealistów z Białej Podlaskiej na temat anoreksji

Streszczenie: Wstęp: Częstość występowania anoreksji wśród dziewcząt i młodych kobiet w USA wynosi 0,2-5,7%, natomiast w Wielkiej Brytanii wśród kobiet w wieku rozrodczym anoreksję stwierdza się u 0,7% kobiet, a bulimię u 0,5-1%. Dane w Polsce są ograniczone. Częstość występowania anoreksji wśród dziewcząt do 18 roku życia wynosi 0,8-1,8%.

Celem pracy jest określenie poziomu wiedzy licealistów na temat anoreksji.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone wśród licealistów na terenie Białej Podlaskiej. Wykorzystano anonimowy kwestionariusz ankiety zawierający 18 pytań zamkniętych dotyczących stylu życia, posiadanej wiedzy dotyczącej anoreksji, sposobów odchudzania oraz sposobów uzyskiwania informacji na temat odchudzania.

Wnioski: Wśród młodych ludzi preferowana jest szczupła sylwetka. Przywiązują oni bardzo dużą uwagę do wyglądu zewnętrznego, a szczególnie do utrzymania szczupłej sylwetki. Niepokojące jest to, że większość z nich uważa głodówkę za najlepszy sposób utraty wagi. W szkołach szczególnie licealnych ale również w gimnazjach potrzebna jest edukacja zdrowotna. Spotkania z dietetyczką, pielęgniarką czy instruktorem fitness pozwoliłyby młodym ludziom wybrać najbardziej zdrową i bezpieczną metodę utrzymania zdrowej sylwetki.

Słowa kluczowe: anoreksja, młodzież, zaburzenia odżywiania

Wstęp

Na początku XX wieku w kulturze zachodniej otyłość oznaczała zdrowie i dostatek. Przez wiele wieków kobieta atrakcyjna była osobą pulchną i krągłą, co jednocześnie oznaczało zdrowie i siłę. Jednak koniec XX wieku i początek wieku XXI spowodował, że kanon kobiety atrakcyjnej diametralnie uległ zmianie. Sukces i powodzenie dzisiaj gwarantuje szczupła i wysportowana sylwetka. Na taką sytuację ogromny wpływ mają media, popularyzujące szczupłą, wręcz wychudzoną sylwetkę ciała (Joško i wsp. 2007).

Zaburzenia odżywiania to grupa zaburzeń psychicznych objawiających się odchyleniem od norm społecznie akceptowalnych dotyczących odżywiania. W przebiegu tego dochodzi do niezaakceptowania wizerunku własnego ciała. Zaburzenia odżywiania dotyczą w większości kobiet, chociaż coraz częściej zdarza się, że dotyczą one również mężczyzn (Czernikiewicz, 2004). Moda na szczupłą sylwetkę

powoduje, że wiele młodych dziewcząt podejmuje próby odchudzania bez względu na swoją masę ciała. Chwałczyńska i wsp. przeprowadzili badania, z których wynika, że 36% dziewcząt w wieku gimnazjalnym stosuje różne metody redukcji masy ciała, głównie głodówkę lub unikanie posiłków (Wierzejska i wsp. 2012, Chwałczyńska i wsp. 2010). Na odchudzanie decydują się kobiety niezależnie od swojej masy ciała, na co wskazują badania Sadowskiej i Szuber. Wykazują one, że odchudzanie deklaruje 63% młodych kobiet z niedoborową masą ciała, 72-78% o prawidłowej masie ciała i 72% kobiet z nadwagą (Sadowska i wsp. 2011).

Anoreksja jest jednym ze schorzeń związanych z zaburzeniami odżywiania. Częstość występowania anoreksji wśród dziewcząt i młodych kobiet w USA wynosi 0,2-5,7%, natomiast Wielkiej Brytanii wśród kobiet w wieku rozrodczym anoreksję stwierdza się u 0,7% kobiet, a bulimię u 0,5-1% (Chwałczyńska, 2010). Według Namysłowskiej częstość występowania anoreksji wśród dziewcząt do 18 roku życia wynosi 0,8-1,8% (Nowakowska i wsp. 2006).

Początki anoreksji są trudne do zauważenia, ponieważ można je ukryć pod pozorem zdrowego stylu życia. Opiekunowie lub też osoby z najbliższego otoczenia powinni zwrócić uwagę na zachowania takiej osoby, takie jak: stosowanie bardzo ścisłych, odchudzających diet lub częstych głodówek, dziwne rytuały związane z jedzeniem, np. liczenie kęsów, dzielenie jedzenia na bardzo małe porcje, bardzo chętne i częste przygotowywanie jedzenia dla innych, po to, aby odmówić zjedzenia posiłku, twierdząc, że zjadło się już w czasie jego przygotowywania, ukrywanie niezjedzonych posiłków, pozostawianie naczyń w takim stanie jakby się wszystko zjadło. Niepokój wśród opiekunów powinna wywołać również ciągła obawa przed przytyciem, pomimo niskiej wagi, unikanie sytuacji związanych z jedzeniem w towarzystwie np. niedzielny obiad, wyjście do pizzerii, stosowanie długich, wyczerpujących ćwiczeń fizycznych. Osoby chore na anoreksję bardzo często zakładają obszerne ubrania, aby ukryć swoją chudość, używają środków przeczyszczających, moczopędnych, czy też pigułek odchudzających, często ważą się, sprawdzają swoją sylwetkę w lustrze, skarżą na dolegliwości brzuszne (wymioty, biegunka). Charakterystycznym zachowaniem osób z zaburzeniami odżywiania jest wychodzenie do toalety lub łazienki bezpośrednio po posiłku (Ziółkowska, 2005).

Objawy anoreksji dotyczą nie tylko sfery fizycznej, ale również psychicznej. Na objawy fizyczne anoreksji składają się między innymi: szybki spadek wagi ciała, nieregularne miesiączkowanie, a w późniejszym okresie brak miesiączki, bladość skóry, często szarawy jej odcień, skóra pokryta meszkiem, niska temperatura ciała, czemu często towarzyszy uczucie zimna, zawroty głowy, omdlenia, suche, łamliwe włosy, odwodnienie, kołatanie serca, arytmia spowodowana głównie niskim poziomem potasu (hipokaliemia). Hipokaliemia jest również najczęstszą przyczyną śmierci u osób cierpiących na anoreksję. Najpoważniejszym powikłaniem somatycznym jest śmierć, która zdarza się u co dziesiątej, a nawet co piątej

osoby cierpiącej na anoreksję psychiczną (Czernikiewicz, 2004; Albisetti, 2006). Śmiertelność w anoreksji wzrasta również wraz z czasem trwania choroby i jest odpowiedzią organizmu na gwałtowny spadek masy ciała i wyniszczenie organizmu (Jabłońska, 2006).

W anoreksji występują również objawy psychiczne związane najczęściej z ciągłym niedożywieniem. Do objawów tych zaliczamy: zaburzenia koncentracji i myślenia, negatywne głosy przechodzące w wyrzuty sumienia zwykle osądzające osobę chorą za jej chorobę, nagłe zmiany nastroju, perfekcjonizm, obniżenie poczucia swojej wartości, zwykle uzależnione od świadomości zjedzenia posiłku i własnego wyglądu oraz tendencja do izolowania się od ludzi (Czernikiewicz, 2004).

Rozpoznanie anoreksji opiera się na kryteriach zaproponowanych przez American Psychiatric Association, które określa kryteria rozpoznania anoreksji:

- A – dążenie do utrzymywania masy ciała na dolnej granicy lub poniżej masy należnej,
- B – silny lęk przed przyrostem masy ciała lub otyłością, nawet w sytuacji niedowagi,
- C – zaburzenie postrzegania własnej masy ciała i sylwetki, nadmierny wpływ tego postrzegania na samoocenę lub zaprzeczanie niebezpieczeństwu wynikającemu z małej masy ciała,
- D – u kobiet w okresie popokwitaniowym niewystąpienie przynajmniej 3 kolejnych cykli menstruacyjnych (brak miesiączki rozpoznaje się także wówczas, gdy krwawienia miesięczne występują jedynie pod wpływem podania hormonów, np. estrogenów). Chociaż w ostatnim czasie podważa się zasadność uwzględniania braku miesiączki jako kryterium diagnostycznego (Baranowska www.mp.pl 2014).

Leczenie anoreksji jest długotrwałe i skojarzone. Pierwszym etapem leczenia anoreksji powinno być leczenie internistyczne, następnie psychiatryczne oraz żywieniowe. Leczenie internistyczne stosowane zwykle w ostrej fazie choroby ma za zadanie wyrównanie zaburzeń elektrolitowych, rytmu serca, eliminację zakażeń, hipoglikemii. Kolejnym etapem leczenia jest psychoterapia, której czas trwania nie powinien być krótszy niż 6 miesięcy. Psychoterapia powinna być prowadzona nie tylko u osoby dotkniętej problemem, ale również powinna obejmować najbliższą rodzinę osoby chorej. Równocześnie z psychoterapią stosowane jest leczenie żywieniowe, które może być prowadzone w warunkach szpitalnych lub też domowych. Sposób leczenia żywieniowego zależy od stanu fizycznego i psychicznego chorego. W przypadku leczenia szpitalnego zalecany jest wzrost masy ciała 0,5 – 1,5 kg/tydz. W przypadku, kiedy leczenie jest prowadzone poza szpitalem masa ciała powinna wzrastać o 250 g - 500 g/tydz. W trakcie leczenia żywieniowego zalecane jest stosowanie preparatów suplementacyjnych witamin i mikroelementów oraz uzupełnianie niedoborów fosforanów. W ciągu kilku dni

od rozpoczęcia prawidłowego odżywiania może rozwinąć się zespół ponownego odżywienia (refeeding syndrome), charakteryzujący się ciężką hipofosfatemią, która jest następstwem nasilonego anabolizmu komórkowego i dokońrkowego napływu fosforanów. W leczeniu anoreksji stosowane jest również leczenie farmakologiczne i dotyczy to głównie leczenia depresji oraz zaburzeń obsesyjno – kompulsywnych. Wyleczenie uzyskuje się w 45% przypadków a poprawę w 36% przypadków. Na korzystne wyniki leczenia ma wpływ młody wiek oraz szybkie podjęcie leczenia (Baranowska www.mp.pl 2014).

Cel pracy

Celem pracy jest określenie poziomu wiedzy licealistów na temat anoreksji. Na potrzeby badań sformułowano następujące problemy badawcze:

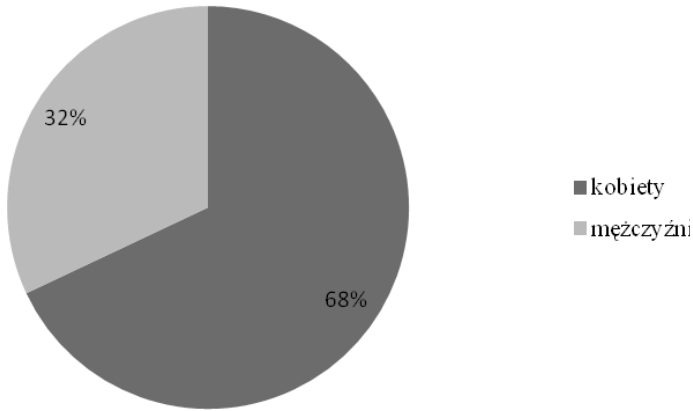
1. Czy licealiści posiadają wiedzę dotyczącą anoreksji?
2. Czy licealiści znają skutki uboczne anoreksji?
3. Czy środki masowego przekazu mają duży wpływ na propagowanie anoreksji?

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród licealistów na terenie Białej Podlaskiej za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety zawierającego 18 pytań zamkniętych dotyczących stylu życia, posiadanej wiedzy dotyczącej anoreksji, sposobów odchudzania oraz sposobów uzyskiwania informacji na temat odchudzania. Ankieta została wcześniej zweryfikowana na grupie pilotażowej 20 osób.

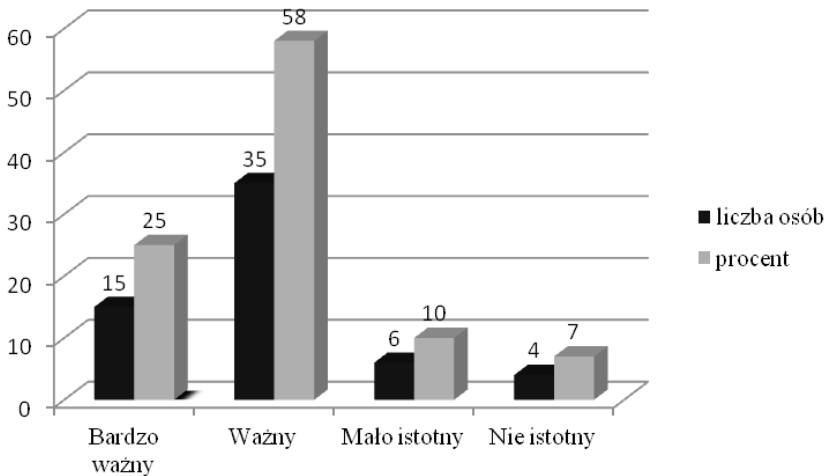
Wyniki

W badaniach wzięło udział 60 osób uczęszczających do bialskich liceów w wieku 17 – 18 lat. Zdecydowaną większość stanowili respondenci płci żeńskiej (68%), natomiast respondenci płci męskiej stanowili 32% badanych. Dane przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Płeć badanych.

Zdecydowana większość badanych, bo aż 58% oceniła, że wygląd fizyczny jest ważny w życiu. Mniej, bo 25% odpowiedziało, że wygląd fizyczny w ich życiu jest bardzo ważny. Natomiast dla 10% licealistów wygląd fizyczny jest mało istotny (10%), lub nie istotny (7%). Szczegółowe dane zamieszczono na rycinie 2.



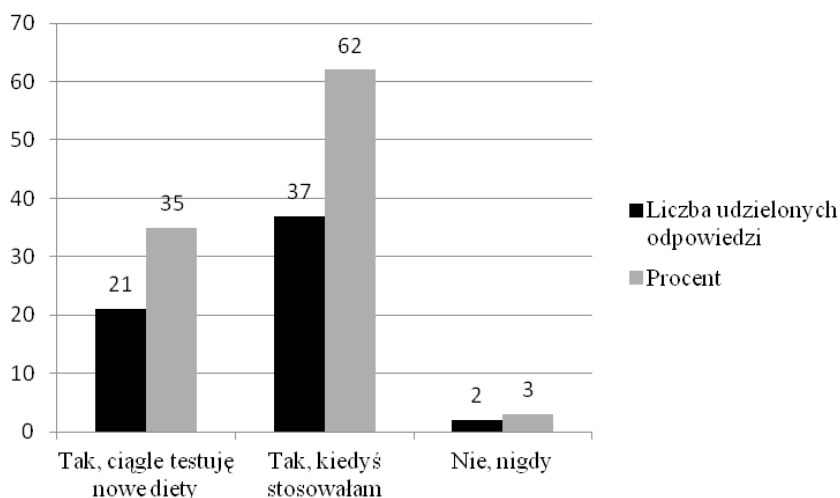
Rycina 2. „Czy wygląd fizyczny jest ważny w Twoim życiu”.

Znaczny odsetek licealistów (45%) nie jest zadowolonych ze swojej sylwetki i uważają, że mogliby jeszcze schudnąć, natomiast 8% badanych uważa, że mogliby przytyć. Wśród respondentów 22% jest zadowolonych z własnego wyglądu, a 25% uważa, że dużo pracy przed nimi, aby mieć upragnioną sylwetkę. Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Zadowolenie ankietowanych z własnej sylwetki.

	Liczba udzielonych odpowiedzi.	% udzielonych odpowiedzi
Tak	13	22%
Nie, uważam, że mogłabym/mógłbym trochę schudnąć.	27	45%
Nie, uważam, że mogłabym/mógłbym przytyć.	5	8%
Dużo pracy przede mną, aby mieć sylwetkę jaką pragnę	15	25%

Ponad 60% badanych stosowało dietę redukującą masę ciała, a 35% licealistów ciągle stosuje nowe diety odchudzające. Tylko 3% ankietowanych nigdy nie stosowało diet redukujących wagę. Dane przedstawia rycina 3.

**Rycina 3.** Stosowanie diet odchudzających przez licealistów.

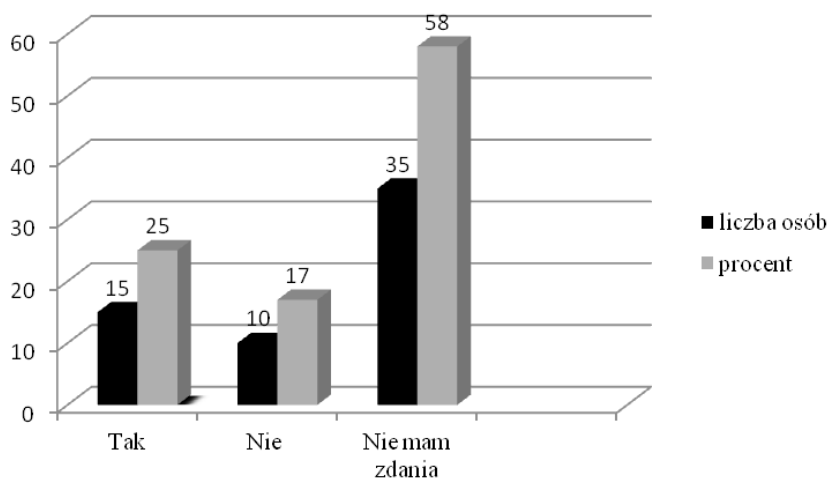
Do stosowania diety odchudzającej większość badanych skłoniła nadwaga (43%), 32% licealistów do stosowania diety skłoniła dbałość o zdrowie, a 22% - sugestie znajomych i/lub rodziny. Niepokojący jest fakt, że aż 32% licealistów za najlepszy sposób utraty wagi uważa głodówkę, a 15% badanych – zwracanie spożytego pokarmu. Racjonalną dietę oraz zwiększony wysiłek fizyczny, jako najlepszy sposób utraty masy ciała bierze pod uwagę 20% badanych. Dane obrazuje tabela 2.

Tabela 2. Sposoby utraty wagi stosowane przez badanych.

	Liczba udzielonych odpowiedzi	% udzielonych odpowiedzi
Racjonalna dieta	12	20%
Zwiększony wysiłek fizyczny	12	20%
Głodówka	19	32%
Zwracanie spożytego pokarmu	9	15%
Stosowanie środków przeczyszczających	8	13%

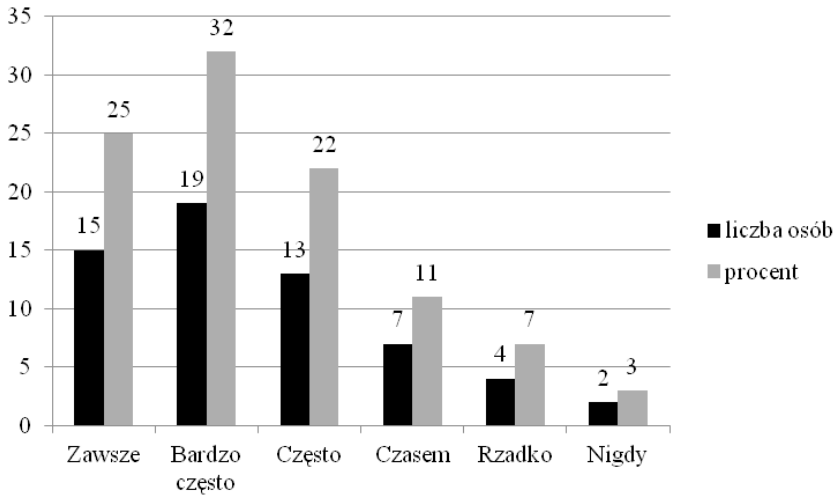
Niepokój może budzić fakt, że 57 % badanych nie jest świadoma ryzyka, jakie niesie za sobą niedożywienie. Natomiast 58% ankietowanych nie spotkało się nigdy z opiniami propagującymi anoreksję.

Aż 58% nie ma zdania na temat anoreksji jako rozszerzającego się problemu, który może dotknąć osoby z najbliższego ich otoczenia. Tylko 25% uważa, że anoreksja jest problemem, który może dotknąć najbliższych, natomiast 17% uważa, że nie ma takiego zagrożenia. Dane zamieszczono na rycinie 4 .

**Rycina 4.** „Czy anoreksja to problem mogący dotyczyć najbliższych”.

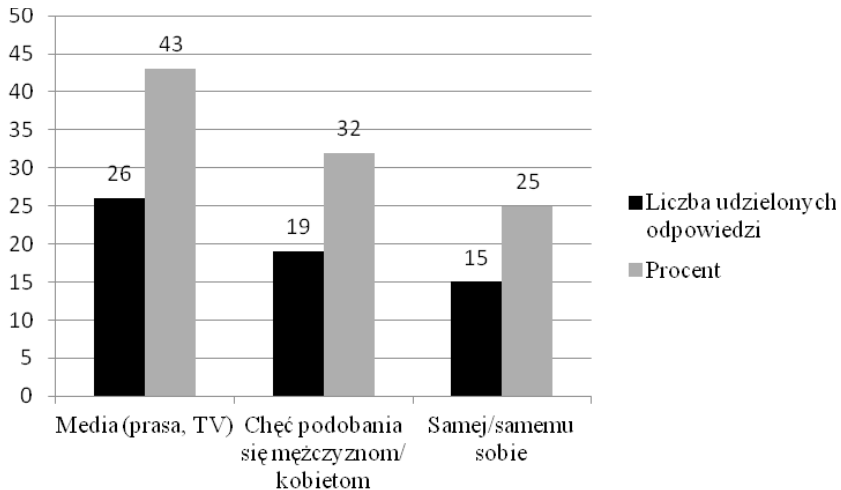
Ponad połowa badanych licealistów (62%) uważa, że problem anoreksji ich nie dotyczy. Tylko 13% badanych jest świadoma zagrożenia, a 25% nie ma zdania w tej kwestii.

Zdecydowana większość respondentów (80%) czuje się nieatrakcyjna lub otyła wśród przyjaciół i kolegów, natomiast 65% licealistów jest bardzo szczęśliwa, kiedy schudną kilka kilogramów. Tylko u 3% badanych nie zwraca uwagi na problem przybrania na wadze. Dane obrazuje rycina 5.



Rycina 5. „Wśród kolegów czuję się otyła/otyły”.

Na odchudzanie u większości licealistów (43%) mają wpływ media, a u 32% wpływ na odchudzanie ma chęć podobań się mężczyznom/kobietom. Szczegółowe dane obrazuje rycina 6.



Rycina 6. Powody odchudzania się licealistów.

Ciekawy jest fakt, że 57% ankietowanych (34 osoby) odwiedza blogi anorektyczek, jednak 60% uważa, że takie typy blogów mogą zaszkodzić. Młodzi ludzie w 60% preferują oglądanie pokazów mody w mediach i aż 52% badanych podjęło decyzję o odchudzaniu się po obejrzeniu tego typów programów.

Dyskusja

Grupą najbardziej narażoną na zachorowanie na anoreksję są młodzi ludzie. Wiadomo też, że poziom wiedzy warunkuje zdrowy styl życia i poprawne zachowania zdrowotne. Dlatego też, interesujące było zbadanie poziomu wiedzy licealistów na temat racjonalnego odżywiania oraz na temat wiedzy o anoreksji.

Badania własne dowiodły, że wiedza licealistów na temat anoreksji oraz prawidłowej redukcji masy ciała jest uboga. Podobne wnioski w swoich badaniach uzyskali Hunt i wsp., którzy po przebadaniu 106 studentów określili ich wiedzę jako ogólną i fragmentaryczną (Hunt, 2007). Z kolei badania przeprowadzone przez Ziurę i wsp. dowiodły, że młodzież posiada bogatą wiedzę na temat anoreksji, jej objawów i skutków ubocznych (Ziura, 2009). Nie można tego samego powiedzieć o młodzieży uczestniczącej w badaniach własnych, którzy nie znają skutków niedożywienia oraz nie uważają anoreksji jako problemu mogącego dotyczyć ich samych lub też bliskich z ich najbliższego otoczenia.

Ważnym elementem zaburzeń odżywiania jest brak akceptacji własnego wyglądu. Badania własne wykazały, że aż 45% licealistów nie jest zadowolona z własnego wyglądu. Niską samoocenę respondentów odnotowali Ziura i wsp., w badaniach, w których 43% badanych oceniło swój wygląd negatywnie (Ziura, 2009). Podobne rezultaty uzyskali Godała i wsp., którzy badali wiedzę studentów Uniwersytetu Medycznego. W badaniu tym 60% respondentów potwierdziło, że osoby chorujące na zaburzenia odżywiania mają zmienioną percepcję proporcji własnego ciała (Godała, 2012). Również badania Nazaruk przeprowadzone wśród młodzieży gimnazjalnej i licealnej wykazały niską samoocenę swojego wyglądu zewnętrznego (52%), a 68% badanych przez Nazaruk uważa, że smukła sylwetka jest kluczem do sukcesu (Nazaruk, 2008).

Czynnikiem prowadzącym do zaburzeń odżywiania są nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Respondenci przeprowadzonego przez autorów badania wykazali, że 60% z nich stosowało, a 35% stosuje dietę redukcyjną, a za najlepszy i najszybszy sposób utraty masy ciała wymieniają głodówkę (32%) i wymioty (15%). Można wywnioskować, że młodzież nie zna zasad prawidłowej redukcji masy ciała. Badania przeprowadzone przez Ziurę i wsp. również wskazują na nieprawidłowy sposób redukcji masy ciała. W badaniach tych prawie 45% badanych uważa, że posiłki należy spożywać wówczas, gdy odczuwa się głód (Ziura, 2009).

Ankietowani w 43% uważają, że wpływ na podjęcie decyzji o odchudzaniu mają media. Podobne wnioski z badań wyciągnęli Godała i wsp., w których 38% respondentów wskazało środki masowego przekazu jako główne źródło informacji nt. zaburzeń odżywiania. Większy odsetek respondentów (70%) wskazał również na media jako główne źródło informacji na temat zaburzeń odżywiania w badaniach przeprowadzonych przez Ziurę i wsp (Ziura, 2009, Godała, 2012). Media propagują szczupłą sylwetkę ciała, jako drogę do sukcesów w życiu oso-

bistym i zawodowym. Większość badanych (43%) stwierdziła, że wpływ na podjęcie decyzji o odchudzaniu miały media. Podobne wyniki uzyskała Nazaruk, w badaniach której ankietowani (79%) odpowiedzieli, że program TV „Chcę być piękna” jest doskonały oraz pokazuje, że szczupła sylwetka jest drogą do sukcesu (Nazaruk. 2008).

Autorzy cytowanych prac zgodnie stwierdzili, że poziom wiedzy młodzieży na temat zaburzeń odżywiania nie jest wystarczający aby im zapobiegać. Niedostateczny poziom wiedzy wskazuje na potrzebę lepszej edukacji przede wszystkim w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Licealiści posiadają ubogą wiedzę dotyczącą anoreksji. Dla większości z nich wygląd fizyczny jest bardzo ważny. Młodzież nie zna również zasad zdrowego odżywiania oraz prawidłowej redukcji masy ciała. Większość ankietowanych preferuje głodówkę jako najlepszy sposób odchudzania. Licealiści nie znają również skutków ubocznych niedożywienia.

Wśród młodych ludzi preferowana jest szczupła sylwetka. Przywiązują oni bardzo dużą wagę do wyglądu zewnętrznego, a szczególnie do utrzymania szczupłej sylwetki. Niepokojące jest to, że większość z nich uważa głodówkę za najlepszy sposób utraty wagi. W szkołach, szczególnie licealnych, ale również w gimnazjach potrzebna jest edukacja zdrowotna. Spotkania z dietetyczką, pielęgniarką czy instruktorem fitness pozwoliłyby młodym ludziom wybrać najbardziej zdrową i bezpieczną metodę utrzymania smukłej sylwetki.

Wnioski

1. Licealiści posiadają ubogą wiedzę na temat anoreksji, która jest ogólna i fragmentaryczna.
2. Ankietowani nie znają skutków ubocznych anoreksji oraz niedożywienia, nie znają również zasad prawidłowej redukcji masy ciała.
3. Środki masowego przekazu mają bardzo duży wpływ na propagowanie anoreksji oraz bardzo szczupłej sylwetki ciała.

Bibliografia

1. Albisetti V. (2006) Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć. Wydawnictwo Jedność, Kielce, 19
2. Chwałczyńska A., Bębenek A. (2010) Ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym dotycząca jadłowstrętu psychicznego. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 6(3): 118-123.
3. Czernikiewicz A. (2004) Co lekarz rodzinny powinien wiedzieć o anoreksji psychicznej? Medycyna Rodzinna 1, s. 3-6,
4. Godała M., Krasińska E., Trafalska E. i wsp. (2012) Wiedza studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na temat zaburzeń odżywiania. Problemy Higieny i Epidemiologii (93) 1:80-85

5. http://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/show.html?id=89830 z dnia 05.06.2014
6. Hunt J.S., Rothman A.J. (2007) College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite*, 48 (3): 289–300.
7. Jabłońska – Rabe J. (2006) Powikłania somatyczne jadłowstrętu psychicznego. *Polskie Towarzystwo Psychiatryczne*, Kraków, 22
8. Joško J., Kamecka – Krupa J. (2007) Czynniki ryzyka anoreksji. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88(3):254-258
9. Nazaruk S. (2008) Wybrane uwarunkowania anoreksji i postawy nastolatków. W: Koziół – Montewka M., Spisacka S. *Współczesne zagrożenia zdrowia*. Wydawnictwo PWSZ im. Papieża Jana Pawła II, Biała Podlaska, 83 – 92
10. Nowakowska A., Borkowska K. (2006) Zwyczaje żywieniowe dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji i ich matek. *Psychiatria*, 3(3): 133-137.
11. Sadowska J., Szuber M. (2011) Ocena stosowanych metod odchudzających oraz używania preparatów wspomagających odchudzanie przez młode kobiety. *Rocznik PZH*, 62(3): 343-350.
12. Wierzejska R., Jarosz M. (2012) Niedożywienie i zaburzenia odżywiania u kobiet w wieku prokreacyjnym. *Postępy Nauk Medycznych* 12, s. 965-970
13. Ziora K., Pilarz Ł. B., Sztylc J., Oświęcimska J. (2009) Ocena stanu wiedzy nastolatków na temat anorexia nervosa. *Endokrynologia Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, t.5, nr 1:12-18
14. Ziółkowska B. (2005) *Anoreksja od A do Z*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 22

Liczba znaków ze spacjami 19 886 + 6578,40 (grafika)

**Barbara Sokołowska¹, Marta Fiedoruk²,
Agnieszka Korol¹, Małgorzata Tokarska-Rodak¹**

¹ Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

Analiza poziomu wiedzy o malarii wśród studentów pielęgniarstwa i pielęgniarek pracujących

Streszczenie: Zimnica inaczej malaria jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą pasożytniczą tropiku, a także główną przyczyną zgonów osób podróżujących do tych krajów. Występuje ona na terenach zamieszkałych przez ok. 40% ludności świata, w ponad 100 krajach Afryki, Azji, Ameryki i Oceanii. Brak szczepionki przyczynia się do tego, że zapobieganie malarii u osób udających się w te regiony polega na stosowaniu środków ochrony przed komarami oraz właściwie dobranej chemioprophylaktyki. Celem pracy była ocena wiedzy studentów pielęgniarstwa Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej i pielęgniarek Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej na temat przyczyn, objawów, leczenia i profilaktyki malarii. Z prowadzonych badań wynika, że poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa był niższy niż pielęgniarek pracujących. Świadomość pielęgniarek pracujących na temat definicji, etiologii profilaktyki i powikłań malarii jest wyższa niż studentów. Zarówno pielęgniarki, jak i studenci wykazują chęć pogłębiania wiedzy z zakresu chorób tropikalnych i uczestniczenia w kursach doszkalających.

Słowa kluczowe: malaria, wiedza, student, pielęgniarka

Wstęp

Malaria, nazywana inaczej zimnicą jest pasożytniczą chorobą tropikalną wywoływaną przez pierwotniaka z rodzaju *Plasmodium*. U ludzi zakażenie wywołuje najczęściej *Plasmodium vivax* (zarodek ruchliwy) i *Plasmodium falciparum* (zarodek sierpowaty) powodujący najcięższą postać tej choroby i największą ilość zgonów (Hempelmann, 2008).

Wektorem zimnicy, który przenosi ją z osób chorych na zdrowe jest samica komara z rodzaju *Anopheles* (Wawrzyniak, 2007; Van Damme-Ostapowicz, Krajewska-Kułak, 2012). Uważa się, że jest to jedna z najpoważniejszych pasożytniczych inwazji na skalę światową ze względu na szeroki zasięg oraz dużą chorobowość i śmiertelność (Van Damme-Ostapowicz, Krajewska-Kułak 2012). Co roku na malarię choruje od 300 do 500 mln ludzi, a umiera ponad 2 mln osób. Szczególnie narażoną grupą są dzieci z krajów strefy tropikalnej i subtropikalnej (Prokopowicz, 2010).

Definicja malarii obowiązująca w krajach Unii Europejskiej jest podstawą rozpoznawania tej choroby we wszystkich krajach Wspólnoty, także w Polsce. Ze względu na precyzję i jakość nadzoru epidemiologicznego - zgłaszane są tylko przypadki potwierdzone obecnością zarodźców malarii we krwi lub te, w których wykazuje się obecność kwasu nukleinowego w tkankach (Knap, Myjak, 2009).

W Polsce podawano przypadki endemicznego występowania malarii już w połowie XIX w., a jej nasilenie nastąpiło po I wojnie światowej, w wyniku wędrówek wielu walczących armii. Zarejestrowano wtedy 52 965 przypadków zimnicy i 41 zgonów (Wawrzyniak, 2007). Obecnie Polska uznana jest przez WHO za kraj wolny od endemicznej malarii, aczkolwiek należy liczyć się z niebezpieczeństwem jej wybuchu. Duży wpływ na jej rozwój może mieć ocieplający się klimat, jak również zwiększająca się liczba osób migrujących z krajów o silnych ogniskach endemicznych (Prokopowicz, 2003; Dzbeński, 2008). Ogromne ryzyko niosą za sobą także podróże i pobyty Europejczyków w egzotycznych krajach, tj. Nepal, Indie, Tajlandia, obszary Azji południowo - wschodniej oraz kraje Afryki Subsaharyjskiej i Ameryki Południowej (Wawrzyniak, 2007).

Niewątpliwie podróże są cenne i wzbogacają życie w wiedzę lecz z drugiej strony wiążą się z wielkim zagrożeniem zdrowotnym. Towarzyszący wyjazdom stres oraz wysiłek fizyczny zmniejsza odporność i zwiększa podatność na choroby zakaźne. Dlatego ważnym elementem w każdej podróży do krajów endemicznej malarii jest właściwe przygotowanie się do niej oraz odpowiednia profilaktyka indywidualna i przeciwwimnicza (Stępień, 2010).

Na obraz kliniczny choroby składa się szereg objawów występujących po okresie wylegania, który jest zróżnicowany pod względem długości dla poszczególnych gatunków zarodźca (Kajfasz, 2009). Klasyczny atak zimnicy składa się z następujących po sobie okresów ziębienia i dreszczy, wysokiej gorączki, a także zlewnych potów, bólu głowy, karku, mięśni, nudności i wymiotów (Knap, Myjak, 2009, Kotłowski, 2008).

Celem pracy była ocena wiedzy studentów pielęgniarstwa Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej i pielęgniarek pracujących w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej na temat przyczyn, objawów, leczenia i profilaktyki malarii. Porównano poziom wiedzy studentów i pielęgniarek bialskiego szpitala oraz oceniono zapotrzebowanie badanych osób na poszerzenie wiedzy z zakresu malarii.

Material i metody

Badania przeprowadzono w grupie 115 pielęgniarek i 115 studentów pielęgniarstwa w Białej Podlaskiej na podstawie anonimowego kwestionariusza ankiety.

Zebrany materiał został poddany analizie statystycznej. Wyliczono wartości średnie, odchylenia standardowe, wartości procentowe. Do analizy różnic pomiędzy badanymi grupami wykorzystano test χ^2 (χ^2).

Wyniki

Badania zostały przeprowadzone wśród 115 pielęgniarek i pielęgniarzy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej oraz 115 studentów pielęgniarstwa Państwowej Szkoły Wyższej, gdzie zdecydowaną większość badanych (94,3%) stanowiły kobiety. Charakteryzując badaną grupę wzięto pod uwagę: płeć badanych, stosunek do pracy, miejsce zamieszkania, kierunek i rok studiów, uczestnictwo w szkoleniach na temat malarii oraz staż pracy.

Średnia wieku badanych studentów i studentek wynosiła nieco ponad 21 lat. Wszystkie osoby studiowały na kierunku pielęgniarstwo. Ponad połowę badanych stanowili studenci i studentki I roku, a prawie co piąty badany był studentem IV roku, a nieco ponad 10% II lub III roku.

W grupie osób pracujących wyższą średnią wieku charakteryzowały się kobiety 42,4 lat. W przypadku mężczyzn wartość ta wynosiła 38,7 lat. Szczegółowe dane dotyczące wieku badanych zawiera tabela 1.

Co czwarta badana osoba była studentką mieszkającą w mieście. W grupie kobiet pracujących odsetek mieszkających w mieście i na wsi był na zbliżonym poziomie wynoszącym odpowiednio 24,8% i 23,9%. W grupie mężczyzn nieco większy odsetek stanowili badani mieszkający na wsi (3%). Ogólnie mieszkańcy miasta stanowili 58,3% ogółu badanych. Szczegółowe dane zawiera tabela 2.

Tabela 1. Średnia wieku badanych

Kobiety (n=217)				Mężczyźni (n=13)			
Studentki (n=105)		Pracujące (n=112)		Studenci (n=10)		Pracujący (n=3)	
$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
21,45	3,1	42,4	9,2	21,4	2,2	38,7	4,0

Tabela 2. Miejsce zamieszkania badanych

Kobiety (n=217)								Mężczyźni (n=13)							
Studentki (n=105)				Pracujące (n=112)				Studenci (n=10)				Pracujący (n=3)			
Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
66	28,7	33	14,3	57	24,8	55	23,9	3	1,3	7	3,0	2	0,9	1	1,3

Tylko około 2% badanych brało udział w szkoleniach na temat malarii. Pozostałe osoby nie uczestniczyły w takich formach (91,3% osób pracujących i 95,65% studentów) lub nie pamiętają by takie zdarzenie miało miejsce (6,09% osób pracujących i 2,61% studentów).

Co trzecia badana z grupy osób pracujących w służbie zdrowia posiadała staż pracy od 25 do 30 lat, a co czwarta od roku do 5 lat. Osoby ze stażem pracy powyżej 30 lat stanowiły 8,7%, od 21 do 25 7,8%, a od 16 do 20 lat 7%. Najmniejszy odsetek stanowiły osoby ze stażem pracy w przedziale 11 – 15 lat.

Na pytanie dotyczące przyczyn wywołujących malarię prawie $\frac{3}{4}$ badanych osób pracujących w służbie zdrowia prawidłowo wskazało, że przyczyną malarii są pierwotniaki z rodziny Plasmodium. W grupie studentek i studentów odsetek ten wynosił tylko 52,2%. Co trzecia osoba z tej grupy błędnie wskazywała na wirusy Flaviviridae, a pozostałe osoby (14,8%) na wiciowce z rodzaju Leishmania. W grupie pracujących procent takich odpowiedzi wynosił odpowiednio 19,1% i 6,96%. Znajomość przyczyn wywołujących malarię różniła statystycznie istotnie badane grupy ($p < 0,001$; $\chi^2 = 12$). Na temat wektora malarii przenoszącego zakażenie między osobami chorymi, a zdrowymi znacznie większą wiedzę posiadały osoby pracujące. Znajomość wektora malarii przenoszącego zakażenie między osobami chorymi a zdrowymi posiadało 74,8% badanych w tej grupie. W przypadku studentek i studentów wiedza ta była na poziomie nieznacznie powyżej 50%. Bardzo duża grupa badanych (40% studentek/ów i 20% pracujących) stwierdziła, że wektorem tym jest mucha tse-tse. Znajomość wektora malarii przenoszącego zakażenie między osobami chorymi a zdrowymi statystycznie istotnie różniła badane grupy ($p < 0,01$; $\chi^2 = 14,8$). W badaniu starano się ustalić czy badani znają płeć owada odpowiadającego za rozwój zakażenia. Największą grupę (67,8% studentów i 59% pracujących) stanowiły osoby, które prawidłowo wskazały, że za rozwój zakażenia odpowiadają samice komara widliszka. Znaczna grupa badanych (20% studentów i 17,4% pracujących) uważała, że za stan ten odpowiadają samce, a pozostałe badane osoby (12,1% studentów i 10,6% pracujących), że zarówno samice jak i samce. W tym pytaniu nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami ($p < 0,2$; $\chi^2 = 2,8$).

Zdecydowana większość badanych osób (73,9% studentów i 57,4% pracujących) była błędnie przekonana, że istnieje szczepionka na malarię. Tylko co czwarta osoba pracująca udzieliła prawidłowej odpowiedzi, a w grupie studentów odsetek ten wynosił tylko 1,7%. Co piąta badana osoba stwierdziła, że nie posiada wiedzy na ten temat. Poziom wiedzy w tej kwestii różni statystycznie istotnie badane grupy na poziomie $p < 0,001$ ($\chi^2 = 28,8$).

Znajomość leków stosowanych w profilaktyce i leczeniu ostrej niepowikłanej malarii zadeklarowała co trzecia osoba pracująca i tylko nieco ponad 5% studentów. W dalszej części pytania osoby te miały wymienić stosowane leki. W grupie osób pracujących w szpitalu tylko 12 osób wykonało tą część pytania wymieniając najczęściej chininę (7 osób), doksycyklinę (3 osoby) oraz malarone i chlorochinę (po 1 osobie). W grupie drugiej (studentów) nie wymieniono żadnego leku. Różnica między badanymi grupami w poziomie wiedzy o lekach stosowanych w profilaktyce i leczeniu ostrej niepowikłanej malarii była istotna statystycznie ($p < 0,001$; $\chi^2 = 31,5$).

Co druga badana osoba pracująca w szpitalu oraz co trzeci student zadeklarowali znajomość dróg przenoszenia malarii. Podobnie jak w pytaniu o leki stosowane w profilaktyce i leczeniu malarii, również i w tym przypadku, część badanych stwierdziła, że posiada wiedzę, jednak nie potrafiła podać przykładów. Badani z pierwszej grupy (pracujący) najczęściej wymieniali jako drogi przenoszenia malarii: krew (22,6%), ukąszenie komara (14,5%), zakażenie drogą kropelkową (8,1%), przez łożysko ciężarnej kobiety (4,8%), zakażone igły, strzykawki (3,2%). Studenci najczęściej wskazywali zakażenie przez komary (31,7%), poprzez krew (22%), drogą kropelkową lub przez drogi oddechowe (po 7,3%), kontakt płciowy (4,9%) i łożysko (2,4%).

Tylko niewielka grupa badanych studentów 2,61% i 6,09% pracujących próbowała odpowiedzieć na pytanie dotyczące znajomości liczby zachorowań w ostatnich latach na malarię. Tylko w dwóch przypadkach, po jednym w każdej grupie, podano odpowiedzi prawidłowe. Nie stwierdzono, by znajomość liczby zachorowań na malarię różniła badane grupy.

W dalszej części badania oceniano wiedzę badanych na temat grup osób najbardziej narażonych na zachorowanie na malarię.

Ponad połowa badanych osób pracujących w służbie zdrowia i co czwarty student byli przekonani o znajomości grup ryzyka zachorowania na malarię. W pierwszym przypadku badane osoby, jako szczególnie narażone na ryzyko zachorowania wskazywały osoby podróżujące po terenach występowania tej choroby (19,7%), mieszkańców tropików (10,6%), osoby nie stosujące profilaktyki przeciwko malarii (9,1%), dzieci i osoby nie posiadające odporności na tą chorobę (po 7,6%) oraz osoby zarażone HIV (4,5%). Z kolei studenci uważali, że najbardziej narażeni są mieszkańcy strefy występowania tej choroby (21,9%), personel służby zdrowia pracujący na tych terenach oraz dzieci (po 15,9%), osoby nie zaszczepione na malarię (12,5%), osoby podróżujące po terenach występowania malarii (9,4%) oraz partner osoby będącej nosicielem tej choroby (6,3%). Również w tym przypadku nie wszystkie osoby deklarujące znajomość grup ryzyka potrafiły je wymienić. Znajomość grup zwiększających ryzyko zachorowania na malarię różni istotnie statystycznie badane grupy na poziomie $p < 0,001$ ($\chi^2 = 20,9$).

Większość badanych (65,2% pracujących i 52,2% studentów) prawidłowo odpowiedziało, że istnieje ryzyko przeniesienia malarii z matki na płód. Przeciwnego zdania było 13,9% osób studiujących i 7% pracujących. Duży, około 30% odsetek respondentów nie posiadał wiedzy na ten temat. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy badanymi grupami.

Znajomość środków ochrony osobistej przed malarią zadeklarowało ponad 60% badanych pracujących w służbie zdrowia, jednak część z nich błędnie wskazała na szczepienia ochronne (28,2%). Ankietowani wymieniali także: przestrzeganie zasad higieny (25,4%), stosowanie środków odstraszających komary (21,1%), a także używanie odpowiedniej odzieży (1,4%). W grupie studentów tylko co trzecia osoba posiadała wiedzę na ten temat. W tej grupie jako środki

ochrony osobistej najczęściej wymieniano: stosowanie moskitier i odpowiedniej odzieży chroniącej ciało (po 26,5%), stosowanie środków odstrasżających komary (23,5%), oraz higienę osobistą i unikanie kontaktu z osobami zarażonymi (po 2,9%). Także i w tym pytaniu udzielono wielu odpowiedzi niepełnych i błędnych - szczepienia ochronne wymieniło 17,1% studentów.

Z zebranych danych wynika, że w badanych grupach znaczący odsetek zna objawy malarii - 65,22% osób pracujących w służbie zdrowia, 41,74% studentów. Pracujący wymieniali, że głównymi objawami malarii jest wysoka gorączka (34,7%), dreszcze (33,3%), potliwość (10,7%), nudności, biegunka, bóle głowy (po 5,3%), wymioty, osłabienie (po 4%) oraz wysypka, utrata przytomności i przyspieszona akcja serca (po 1,3%). Zdaniem studentek i studentów głównymi objawami tej choroby jest wysoka gorączka (52,1%), dreszcze (35,4%), potliwość (10,4%), osłabienie (8,3%), drgawki i wysypka (po 4,3%), zamroczenie, majaczenie, przyspieszone tętno, bóle głowy i nudności (po 2,1%).

Dyskusja

Choroby tropikalne, do niedawna traktowane były jako egzotyczne i to nie tylko z powodu miejsca ich występowania, ale również częstości takich przypadków w Polsce. Badania wiedzy z zakresu medycyny tropikalnej wśród studentów pielęgniarstwa były prowadzone w województwie podlaskim. Autorzy badań wykazali, że wiedza badanych na ten temat jest niewystarczająca (Van Damme-Ostapowicz K. i wsp. 2009). Wniosek ten jest zbieżny z danymi uzyskanymi w badaniach własnych. Zdecydowana większość badanych bardzo nisko oceniała swoją wiedzę o malarii, a tylko znikomy odsetek był zdania, że wiedza ta jest bardzo dobra (0,87% studentek/ów) lub dobra (5,22% pracujących). Biorąc pod uwagę fakt, że badane osoby są lub będą pracownikami służby zdrowia, niejednokrotnie odpowiedzialnymi za ludzkie zdrowie, niepokojące jest, że znaczna część badanych całkowicie nie posiada wiedzy na temat tej choroby.

Przyczyną malarii są pierwotniaki z rodziny *Plazmodium* (Mrówka K. i wsp. 2009). W badanej grupie wiedzę tę posiadała większość badanych, przy czym znacznie większą liczbę prawidłowych odpowiedzi stwierdzono w grupie pracujących w służbie zdrowia (73,91%). Podobną sytuację stwierdzono analizując odpowiedzi na kolejne pytanie, które dotyczyło wektora przenoszącego zakażenie między osobami chorymi a zdrowymi. Odsetek prawidłowych odpowiedzi wynosił około 75% w grupie pracujących i 50% wśród studentek i studentów.

Za rozwój zakażenia odpowiada samica komara widliszka z rodzaju *Anopheles* (Mrówka K. i wsp. 2009). Również i w tym wypadku badani zaprezentowali dość wysoki poziom wiedzy (67,83% studentek studentów i 59% pracujących).

Dotychczas nie opracowano skutecznej szczepionki przeciwko malarii. Wprawdzie firma GlaxoSmithKline opracowała szczepionkę RTS,S (znaną też

jako Mosquirix) jednak jej skuteczność wynosi tylko około 50% i w dalszym ciągu jest w fazie testowej, a przewidywany rok wprowadzenia jej do obrotu to rok 2015 (<http://www.geekweek.pl/aktualności>). Dla badanych osób dużym problemem było określenie czy istnieje szczepionka na malarię. Tylko co czwarta osoba z grupy pracujących w służbie zdrowia udzieliła prawidłowej odpowiedzi, wskazując na brak takiego preparatu.

W badanej grupie osób znajomość leków stosowanych w profilaktyce i leczeniu ostrej niepowikłanej malarii była na bardzo niskim poziomie. Tylko niewielka grupa (12 osób pracujących w służbie zdrowia) stwierdziła, że lekami stosowanymi w tej chorobie jest doksycyklina, malarone i chlorochina, pomijając wiele innych leków takich jak np. meflonina, lariam, primachina.

Dość znaczna grupa badanych osób (55,39% pracujących i 35,65% studentów) zadeklarowała znajomość dróg przenoszenia malarii jednak w bardzo wielu wypadkach nie udzielono odpowiedzi. Spośród udzielonych prawidłowo odpowiedzi w grupie studentów najczęściej wymieniano jako drogi przenoszenia malarii: krew (22,6%), ukąszenie komara (14,5%), a w grupie osób pracujących: komary (31,7%) i krew (22%).

Jak w większości chorób również i w malarii istnieją grupy szczególnie narażone na ryzyko zachorowania. Malaria jest szczególnie niebezpieczna dla osób przybywających z terenów, na których choroba nie występuje, dzieci do 5 roku życia, kobiet w ciąży i osób z obniżoną odpornością immunologiczną (Pokorska-Lis, 2010, Summer, Stauffer, 2009.) Ponad połowa badanych osób pracujących w służbie zdrowia i co czwarty student stwierdzili, że do grup takich należą osoby podróżujące po terenach występowania tej choroby, mieszkańcy tropików, pracownicy służby zdrowia pracujący na tych terenach, dzieci oraz osoby nie zaszczepione na malarię.

Typowymi objawami malarii są dreszcze i wysoka temperatura ciała przekraczająca nawet 40°C, zlewne poty, zaburzenia świadomości, bóle brzucha, głowy, mięśni, mdłości, wymioty, biegunka, żółtaczka (Kotłowski, 2007). W grupie pracujących w służbie zdrowia odsetek osób znających objawy malarii wynosił 65,22% natomiast u studentek i studentów 41,74%. W pierwszej grupie objawami najczęściej wymienianymi były: wysoka gorączka (34,7%), dreszcze (33,3%) i wzmożona potliwość (10,7%), natomiast w drugiej wysoka gorączka (52,1%), dreszcze (35,4%) i wzmożona potliwość (10,4%).

Tylko co czwarta badana osoba pracująca w służbie zdrowia i nieco ponad 15% studentów była zdania, że ryzyko zachorowania na malarię może dotyczyć również ludzi mieszkających w Polsce. Również co czwarta badana osoba z obu grup stwierdziła, że dostępność do informacji na temat malarii jest dobra. Z badań Van Damme-Ostapowicz i wsp. wynika, że studenci wiedzę o malarii czerpali najczęściej ze stron internetowych, a tylko niewielka część brała udział w kursach kształcących czy szkoleniach wewnątrzszpitalnych i kursach specjalistycz-

nych, czytała fachowe książki i czasopisma (Van Damme- Ostapowicz K. i wsp. 2009). Około połowy studentów oraz osób pracujących w służbie zdrowia było przekonanych, że kształcenie pielęgniarek/studentów z zakresu chorób tropikalnych powinno być istotnym elementem programu nauczania.

Wnioski

1. Poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa był niższy niż pielęgniarek pracujących w szpitalu.
2. Świadomość pielęgniarek na temat definicji, etiologii profilaktyki i powikłań malarii jest wyższa niż studentów.
3. Zarówno pielęgniarki, jak i studenci wykazują chęć pogłębiania wiedzy z zakresu chorób tropikalnych i uczestniczenia w kursach doszkalających.

Bibliografia

1. Dzbeński T. H. (2008) Sytuacja epidemiologiczna malarii w Polsce- dawniej, obecnie i w przyszłości, Wiadomości Parazytologiczne; 54 (3); s. 205- 211
2. Hempelmann E., Tesarowicz I., Oleksyn B. (2008) Malaria wciąż groźna, Wszechświat; 7-9: s. 180- 189
3. Kajfasz P. (2009) Malaria- zagrożenie przed którym można się ochronić, Gabinet Prywatny; 03- 04: s. 17- 20
4. Knap J., Myjak P. (2009) Malaria w Polsce i na świecie- wczoraj i dziś, Wydawnictwo Medyczne alfa- media Press; s. 17- 234
5. Kotłowski A. (2007) Profilaktyka malarii, Lekarz rodzinny; 5: s. 536- 539
6. Kotłowski A. (2008) Malaria- wybrane zagadnienia epidemiologii, profilaktyki, diagnostyki i leczenia, Zakażenia; 8 supl.2: s. 29- 34
7. Mrówka K., Kasprzak E., Stefaniak J. (2009) Najczęstsze choroby pasożytnicze i tropikalne, Family Medicine& Primary Care Review; 11 (3): s. 707- 712
8. Pokorska- Lis M. (2010) Przewlekłe chore dziecko w podróży, Klinika Pediatria; 18 (5): s. 5093- 5096
9. Prokopowicz D. (2003) Medycyna podróży, Przegląd Epidemiologiczny; s. 57
10. Prokopowicz D. (2010) Choroby zakaźne przywlekane do Polski, Lekarz; 5: s. 18- 23
11. Stępień M. (2010) Zimnica w Polsce w 2008 roku, Przegląd Epidemiologiczny; 65: s. 273- 274
12. Summer A., Stauffer M. (2009) Postępowanie diagnostyczne z chorym dzieckiem po powrocie z podróży do krajów tropikalnych, Medycyna Praktyczna; 4: s. 42- 52
13. Wawrzyniak U. (2007) Zimnica (malaria), Praca i zdrowie; s.335- 339
14. Van Damme-Ostapowicz K., Krajewska- Kułak E., Olszański R., Nahorski W, i wsp. (2009) Ocena poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa w województwie podlaskim w zakresie medycyny tropikalnej, Pielęgniarstwo XXI wieku; s. 30- 31, 57- 62
15. Van Damme-Ostapowicz K., Krajewska- Kułak E. (2012) Prawie wszystko o malarii, Pielęgniarka i Położna; 7- 8: s. 58- 59
16. <http://www.geekweek.pl/aktualności>

Liczba znaków ze spacjami: 21 595

Anna Ławnik¹, Justyna Biront², Ryszard Markert¹

¹ Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

² Klinka Endokrynologii i Diabetologii, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”

Zespół nabytego niedoboru odporności – AIDS jako wyzwanie dla zdrowia publicznego XXI wieku

Streszczenie: Powszechnie uważa się, że zagrażająca życiu choroba, spowodowana przez wirusa HIV obejmuje swym zasięgiem mieszkańców zarówno rozwiniętych, jak i nierozwiniętych krajów świata. W Polsce wśród osób zakażonych HIV 10% stanowią ludzie poniżej 20 roku życia, a ponad 50% jest w wieku od 20-29 lat. Wzrasta również liczba zakażeń będących wynikiem ryzykownych kontaktów seksualnych. Celem terapii jest przede wszystkim zmniejszenie objawów chorób związanych z tym zakażeniem, spowolnienie rozwoju choroby oraz rekonstrukcja układu immunologicznego, która jest możliwa dzięki zahamowaniu replikacji HIV. Poznanie budowy wirusa i mechanizmów jego replikacji umożliwiło zsyntetyzowanie leków, które w sposób celowy hamują te procesy. Ważnym celem profilaktyki jest edukacja, dotycząca dróg zakażenia HIV i świadomości społecznej na temat AIDS. Poszukiwania nowych leków antyretrowirusowych oraz próby wyprodukowania skutecznej szczepionki trwają, dając nadzieję na dalszą poprawę zdrowia zakażonych HIV, a także znalezienie metody pozwalającej na całkowitą eliminację wirusa z organizmu. Celem pracy było ukazanie skali problemu jaki w wymiarze światowym stanowią zakażenia HIV.

Słowa kluczowe: HIV, AIDS, wirus, odporność

Wstęp

Według Raportu UNAIDS (Sojusz Agend Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (ang. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)) 2012, na świecie z HIV żyje około 33,3 miliona osób. Co 12 sekund na świecie ktoś zakaża się HIV, co 17 sekund inna osoba umiera na AIDS. Jednocześnie szacuje się, że zaledwie 40% seropozytywnych osób posiada wiedzę o swoim zakażeniu. W Polsce liczba zdiagnozowanych zakażeń HIV wynosi blisko 16 tysięcy. Szacuje się jednak, że zakażonych wirusem jest około 30-35 tysięcy Polaków. Oznacza to, że wiele osób zakażonych nie jest świadoma tego faktu. Tymczasem wczesne wykrycie zakażenia daje szansę na szybkie rozpoczęcie terapii, która przyczynia się nie tylko do poprawy jakości życia, ale także pozwala żyć dłużej. W Polsce każdego dnia

statystycznie 3 osoby dowiadują się o tym, iż są zakażeni wirusem HIV (www.mz.gov.pl).

Ludzki wirus upośledzenia odporności HIV (human immunodeficiency virus) zaliczany jest do rodzaju *Lentivirus*, rodziny *Retroviridae*. Znane są dwa typy tego wirusa: HIV-1 i HIV-2, które różnią się antygenowością, patogennością, a także rozprzestrzenieniem geograficznym (Heczko, 2006; Rudkowski, 2002; Winek, 2010).

Wrażliwość wirusa na czynniki fizykochemiczne

Wirus HIV jest bardzo wrażliwy na działanie czynników środowiska zewnętrznego. Poza organizmem szybko traci zakaźność. Znajdując się w roztworze, ginie w temperaturze 56°C po 10–20 min. W temperaturze otoczenia, na powietrzu i w zakrzepłej krwi może przeżyć 3–7 dni, zaś w wodzie w temperaturze 23–27°C - do 15 dni. W brudnej zanieczyszczonej krwi strzykawce w środowisku wilgotnym i temperaturze otoczenia może przeżyć kilka godzin, a w środowisku suchym o temperaturze 20°C od 3 do 7 dni. W temperaturze 56°C wirus ginie po 30 minutach. Szybko ginie również pod wpływem czynników dezynfekujących - jest wrażliwy na niskie stężenia związków chloru, formaliny i aldehydu glutarowego. Etanol i alkohol izopropylowy w stężeniach 40–70%, woda utleniona, fenole bardzo szybko inaktywują ten wirus jeśli znajduje się on w zawiesinie, lecz są mniej efektywne wówczas, gdy HIV jest w stanie wysuszonym lub w środowisku bogatobiałkowym. HIV jest wrażliwy na powszechnie stosowane czynniki sterylizujące (Dziubka, 2000; Rudkowski, 2002).

Źródła zakażenia

Przez wiele lat utrzymywało się przekonanie, że w przypadku AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) istnieją tzw. „grupy ryzyka”, do których zaliczano: homoseksualistów, narkomanów i prostytutki. Obecnie specjaliści odeszli już od tego pojęcia, gdyż wirusem może zakażać się każdy, kto podejmuje tzw. ryzykowne zachowanie. Ryzykowne zachowania to między innymi: stosunek płciowy bez użycia prezerwatywy z osobą mało znaną (przypadkowy seks), korzystanie z tej samej igły, strzykawki, podczas stosowania dożylnych środków odurzających, wykonanie tatuażu (lub innego zabiegu kosmetycznego z uszkodzeniem powłok skórnych) w niesterylnych warunkach (Hejwosz i wsp. 2003).

Dzieci głównie zakażane są na drodze wertykalnej od matki (90%) w okresie prenatalnym, drogą krwiopochodną lub w wyniku karmienia piersią. Zdarzają się przypadki zakażenia dzieci przez przetoczenie zakażonej krwi, osocza (Cybulski i wsp. 2013; Jablecki 2006; Rudkowski 2002).

Przebieg i objawy zakażenia HIV

W ciągu 1-8 tygodni od wniknięcia HIV do organizmu u większości pacjentów pojawiają się objawy tzw. ostrej choroby retrowirusowej, w której stwierdza się wysokie wartości HIV we krwi obwodowej i następuje spadek liczby limfocytów CD4. Utrzymują się one od kilku do kilkunastu tygodni. Najczęstsze symptomy przypominają infekcję grypopodobną. Może wystąpić: gorączka, bóle głowy, uczucie zmęczenia, limfadenopatia. Jest to moment występowania bardzo dużej wiremii, często liczonej w milionach kopii HIV1 RNA/ml, niespotykanej już podczas przewlekłej fazy zakażenia. Objawy nie są charakterystyczne, dlatego często zakażenie w tym stadium nie jest rozpoznawane. Stan ten szybko mija, następuje pozorne samoistne wyleczenie. U części osób nie występują żadne uchwytnie zmiany kliniczne, chociaż osoby te są równie zakażne jak te, u których wystąpiła ostra choroba retrowirusowa.

W kolejnym etapie choroby następuje spowolnienie replikacji HIV wywołane nasileniem się odpowiedzi immunologicznej, a chory przechodzi w przewlekłą bezobjawową fazę zakażenia, która trwa kilka lat (1-15 lub dłużej). W związku z brakiem objawów klinicznych osoby te stwarzają zagrożenie epidemiologiczne. U tych osób występuje zmienna w nasileniu wiremia, wirus namnaża się w niewielkich limfocytach krążących. W tym okresie następuje stały spadek ogólnej liczby limfocytów i wzrost poziomu wiremii. Przy spadku limfocytów CD4 do 200-400/ μ l krwi pojawiają się objawy kliniczne. Początkowo występuje powiększenie obwodowych węzłów chłonnych, uporczywa biegunka, co najmniej 10% utraty masy ciała, potliwość nocna, stan wyczerpania fizycznego i psychicznego. Jest to tzw. zespół ARC (AIDS related complex), który w krótkim czasie przekształca się w pełnoobjawowe AIDS. Czas od zakażenia HIV do pojawienia się objawów AIDS wynosi średnio 8-12 lat (Hejwosz, 2006, Winek, 2010).

HIV wnika do mózgu przez komórki śródbłónka spłotów naczyniowych lub wskutek przejścia zakażonych limfocytów i monocytów przez uszkodzoną barierę krew-płyn mózgowo-rdzeniowy. Zaburzenia w OUN (ośrodkowym układzie nerwowym), przybierające z czasem postać otępienia związanego z AIDS, spowodowane są prawdopodobnie przez cytokiny wydzielane przez zakażone monocyty i makrofagi. Już we wczesnym okresie zakażenia dochodzi do umiejscawiania się wirusa w tkankach limfatycznych, przede wszystkim węzłów chłonnych (także w migdałkach). Częstki HIV w węzłach chłonnych są początkowo wykrywane przede wszystkim w limfocytach CD4, gdyż zakażone komórki wędrują do tkanki węzłów. Później częstki HIV znajdują się głównie w komórkach dendrytycznych ośrodków rozmnażania. W węzłach chłonnych, także w okresie zakażenia utajonego, odbywa się stała replikacja wirusa. Przejawem zajęcia węzłów chłonnych jest ich powiększenie. Węzły chłonne tracą zdolność do zatrzymywania wirusa na swym obszarze. Dochodzi do wyzwolenia znacznych ilości cząstek wirusowych,

które przedostają się do krwi. W rozwiniętych okresach choroby powiększenie węzłów chłonnych jako objaw kliniczny zanika (Dziubka, 2000).

Diagnostyka zakażenia HIV

Rozpoznanie zakażeń HIV opiera się głównie na wykrywaniu obecności swoistych przeciwciał anti-HIV w surowicy i wykrywaniu antygeny wirusa we krwi. Obecność swoistych przeciwciał anti-HIV poprzedza przejściowa antygenemia p24, która jest wykładnikiem wirerii. Przeciwciała utrzymują się przez cały okres bezobjawowego zakażenia, a ich poziom obniża się w momencie przejścia w fazę ARC/AIDS (Heczko i wsp 2006).

Do potwierdzenia zakażenia HIV stosowane są różnorodne testy diagnostyczne. W celu wykrycia przeciwciał anti-HIV wykorzystuje się przesiewowe testy immunoenzymatyczne (EIA – enzyme immunoassay) oparte na zastosowaniu antygeny wirusowego, uzyskanego drogą syntezy lub metodami inżynierii genetycznej (testy przesiewowe I, II i III generacji). Każdy wynik dodatni wymaga potwierdzenia innym testem. Testy przesiewowe IV generacji pozwalają na wykrywanie w jednej próbce klinicznej przeciwciał anti-HIV-1 i anti-HIV-2 oraz antygeny p24 (test skojarzony). Materiałem badanym jest surowica, osocze, niekiedy także mogą być diagnozowane inne płyny ustrojowe. Za pomocą tych testów można zdiagnozować zakażenie pierwotne, zanim wytworzone zostaną przeciwciała.

Testy oparte na wykrywaniu przeciwciał są dostępne do szybkiej diagnostyki tych zakażeń w praktykach lekarskich, szpitalach i przychodniach. Techniki te są równoważne z testami przesiewowymi III generacji.

Przeciwciała anti-HIV wykrywa się metodą enzymoimmunologiczną (ELISA) i potwierdza techniką zwaną Western-blottingiem. Licencjonowane zestawy mają czułość bliską 100%. Przeciwciała klasy IgM mają ograniczone znaczenie rozpoznawcze, natomiast klasy IgG przeciwko antygenom otoczki i rdzenia występują z dużą regularnością. Ich wykrycie dowodzi zakażenia. Najwcześniej pojawiają się po 3, a średnio po 6 tygodniach, rzadko – po kilkunastu miesiącach, niezwykle rzadko nie są wykrywalne. Po 6 miesiącach od zakażenia anti-HIV wykrywa się u 95% zakażonych.

Western-blot jest testem wykrywającym większe spektrum przeciwciał anti-HIV aniżeli w metodzie ELISA. Charakterystyczne prążki na pasku nitrocelulozowym uwidaczniają się wówczas, gdy dochodzi do reakcji przeciwciała z antygenem wirusa. Wynik uznaje się za dodatni, gdy reakcja taka dotyczy dowolnego spośród 2 prążków: p24/gp41 i gp120/gp160 (białka rdzenia i otoczki). Test ten wykonuje się z surowicami osób 2-krotnie dodatnimi w teście ELISA. Jeżeli wynik jest ujemny, zakażenie wirusem HIV zostaje wykluczone, jeśli zaś wątpliwy, test powtarza się po kilku miesiącach. Western-blot jest najczęściej stosowanym testem potwierdzającym anti-HIV (Dziubka, 2000).

Przy zastosowaniu innego typu testu możliwe jest wykrycie kapsydowego białka antygenowego p24 wirusa HIV w surowicy krwi. Antygen p24 jest wykrywany w surowicy już w dwa tygodnie po zakażeniu, by następnie zaniknąć po 8-12 tygodniach. Po klinicznie stabilnym okresie latencji antygen wirusa HIV może stać się wykrywalny w kilka miesięcy lub lat później. Powtórne pojawienie się antygeny wirusa HIV jest złym prognostykiem, gdyż zwykle niedługo później występują objawy AIDS.

W diagnostyce zakażeń HIV stosuje się również testy genetyczne, które umożliwiają wykrycie materiału genetycznego wirusa w zakażonych komórkach. Stosowane są dwie grupy testów, różniące się zastosowaną technologią. Należą do nich testy PCR (polymerase chain reaction – reakcja polimerazy łańcuchowej). Dostępny jest ilościowy test RT-PCR (reverse transcriptase PCR), pozwalający na określenie liczby cząsteczek wirusowego RNA w mililitrze krwi obwodowej, w odniesieniu do standardu ilościowego HIV-RNA. Test ten pozwala na oszacowanie ryzyka rozwoju AIDS (pojawienia się objawów chorób wskazujących na AIDS) (Heczko i wsp. 2003, Leszczyńska-Pynka, 2005).

Leczenie zakażenia HIV

Poznanie budowy wirusa HIV i etiopatogenezy zakażenia pozwoliło na zastosowanie leków, które w sposób celowy hamują replikację wirusa. W 1987 roku wprowadzono pierwszy lek – zydowudynę. Kolejnymi lekami były didanozyna i zalcytabina. Badania kliniczne przeprowadzone we wczesnych latach dziewięćdziesiątych wykazały, że zydowudyna oraz inne nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy w monoterapii zawiodły, przede wszystkim z powodu szybko pojawiających się szczepów wirusa opornych na działanie leku.

W 1995 roku do terapii wprowadzono inhibitory proteazy, a rok później to początki kompleksowej terapii antyretrowirusowej, zwanej wówczas HAART (highly active antiretroviral therapy), obecnie nazywanej cART (combined antiretroviral therapy) – leczenia opartego na kombinacji trzech leków antyretrowirusowych (Winek, 2010).

Postęp w leczeniu zakażenia HIV związany jest z wprowadzeniem do praktyki leków antyretrowirusowych. Działanie ich polega na blokowaniu lub zmniejszaniu aktywności białek enzymatycznych wirusa, odwrotnej transkryptazy i proteazy (Dziubka, 2000).

Obecnie występuje sześć grup leków antyretrowirusowych, spośród których w Polsce zarejestrowanych jest 27 leków, w tym leki złożone.

Największą grupę leków antyretrowirusowych stanowią inhibitory odwrotnej transkryptazy, dominują tutaj nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NRTIs – Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors). Po wnikięciu do komórki ulegają one przemianie do aktywnych metabolitów, następnie ulegają fosfory-

lacji i mitują fizjologiczne nukleozydy. Nowszą podgrupą leków antyretrowirusowych są nukleotydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NtRTIs – Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors), różnią się od nukleozydowych dołączoną do nich grupą fosforanową.

Leki, które hamują działanie odwrotnej transkryptazy to także nienukleozydowe inhibitory enzymu (NNRTIs – Non- Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors) ich działanie polega na przyłączaniu się do centrum aktywnego enzymu i blokowaniu go poprzez zmianę jego konformacji. NNRTI w odróżnieniu od NRTI nie wymagają aktywacji we wnętrzu komórki.

Inhibitory proteazy (PI) to kolejna grupa leków antyretrowirusowych, działanie tej grupy leków opiera się na blokowaniu proteazy HIV. Proteaza – enzym, który działa w końcowej fazie cyklu replikacyjnego, jego rola polega na rozszczepianiu prekursorowego polipeptydu na białka rdzeniowe i prekursorowe enzymów. W wyniku zablokowania aktywności proteazy powstające potomne wiriony nie są dojrzałe, a tym samym niezdolne do rozmnażania i pozbawione zakaźności.

Kolejną grupą leków są inhibitory fuzji (FIs – Fusion Inhibitors), które blokują wnikanie wirusa do komórki. W Polsce dostępny jest tylko jeden inhibitor fuzji – enfuwirytid. Jest to lek o budowie oligopeptydowej, który przyłącza się do glikoproteiny wirusa gp41, niezbędnej do wnikania do komórki gospodarza. Przyłączenie syntetycznego oligopeptydy blokuje zmiany konformacyjne, jakie zachodzą w procesie fuzji z komórką, tym samym uniemożliwiają zaiscienie tego procesu.

Do inhibitorów koreceptora CCR5 należy preparat Maraviroc – Celsentri, Selzentry (MVC). Ten lek jest inhibitorem receptorów chemokinowych (CCR5) wykorzystywanych w procesie wnikania wirusa do komórki.

Działanie najnowszej klasy leków antyretrowirusowych polega na blokowaniu kolejnego z enzymów umożliwiających namnażanie się HIV – integrazy. Inhibitory integrazy (raltegrawir) blokują możliwość włączenia DNA wirusowego do DNA ludzkiego (Winek, 2010).

Zalecane schematy leczenia podlegają częstym zmianom. Ich wspólnym celem jest jak najskuteczniejsze zmniejszenie liczby wirionów i to w jak najkrótszym czasie. Taka strategia może opóźnić pojawienie się objawów klinicznych, spowodować cofnięcie się już istniejących symptomów, a także zwolnić lub wstrzymać proces powstania wirionów HIV opornych na leki (Heczko i wsp. 2007).

Najczęściej zalecanym schematem terapii jest połączenie dwóch NRTI oraz jednego NNRTI lub PI wzmacnianego (boosted) 100 mg ritonawiru. Nie wykazano wyższości stosowania terapii cART opartej na inhibitorach proteazy, jednak istnieją opinie, że ta grupa leków powinna być zastosowana w pierwszym schemacie u chorych z bardziej zaawansowaną chorobą. Według najnowszych Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (<http://www.ptnaids.pl/attachments/article/20/Rekomendacje%20PTN%20AIDS%202013.pdf>) terapię cART należy rozpocząć u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem HIV oraz ob-

jawami klinicznymi niezależnie od limfocytów CD4. Korzyści z wcześniejszego rozpoczęcia cART to między innymi: osiągnięcie większej wartości CD4 i zapobieganie potencjalnie nieodwracalnemu uszkodzeniu układu odpornościowego, obniżone ryzyko powikłań związanych z HIV (gruźlica, chłoniaki nieziarnicze, mięsak Kaposiego). Przez wcześniejsze wdrożenie terapii można także obniżyć ryzyko schorzeń związanych z bezpośrednim działaniem HIV na nerki, układ krążenia, wątrobę i kości (Winek, 2010).

U niemowląt w wieku poniżej 12 miesięcy życia z potwierdzeniem zakażenia HIV leczenie antyretrowirusowe rozpoczyna się bez względu na stan kliniczny, immunologiczny lub wirusologiczny. Wczesne leczenie daje lepsze wyniki i przede wszystkim obniża liczbę kopii wirusa nawet do niewykrywalnych wartości. W leczeniu dzieci stosuje się: inhibitory nukleozydowe odwrotnej transkryptazy (rewertazy) (NRTI), inhibitory nienukleozydowe odwrotnej transkryptazy (NNRTI) oraz inhibitory proteazy (PI) (Rudkowski, 2002).

Rozpoczęcie terapii rozważa się po pojawieniu się objawów ostrej choroby retrowirusowej. Leczenie zalecane jest w pierwszej, bezobjawowej fazie zakażenia, jeśli liczba limfocytów CD4 spada poniżej 350/ μ l. Cięża u kobiety zakażonej wirusem HIV jest wskazaniem do zastosowania leczenia (Heczko i wsp. 2007).

Epidemiologia

Od wdrożenia badań w 1985 roku do 30 listopada 2012 roku stwierdzono zakażenie HIV u 16.209 obywateli Polski, odnotowano 2.823 zachorowania na AIDS, 1.182 chorych zmarło (<http://www.pzh.gov.pl>).

Epidemia wirusa HIV szerzy się od 1981 roku. Od tego czasu na świecie ponad 40 milionów ludzi uległo zakażeniu, z czego 22 miliony zmarło. Liczbę zakażeń HIV/AIDS dla oceny epidemiologicznej liczy się od początku epidemii do chwili bieżącej. Dwie trzecie zakażonych HIV/AIDS to mieszkańcy Afryki, w tym dzieci, których rocznie zakaża się około 600 tysięcy, w tym corocznie 1,5 miliona dzieci zostaje osieroconą w związku ze zgonem rodziców chorych na AIDS (Rudkowski, 2002).

Epidemia HIV w Europie ma charakter niejednorodny. W Europie Środkowej i Skandynawii sytuacja epidemiologiczna jest stabilna, a do nowych zakażeń dochodzi tam najczęściej nie drogą iniekcji środków psychoaktywnych, ale poprzez kontakty seksualne. Z kolei w Europie Wschodniej, głównie na terytorium Federacji Rosyjskiej czy na Ukrainie (90% spośród wszystkich zakażeń w regionie), obserwuje się lawinowy wzrost zakażeń HIV i umieralności na AIDS. To jedyny region na świecie, gdzie prewalencja HIV wyraźnie rośnie, w latach 2001-2008 liczba zakażeń wzrosła o 66%. Populacją najbardziej dotkniętą przez epidemię w tym regionie są osoby stosujące środki psychoaktywne w iniekcjach. Przy tak poważnej sytuacji epidemiologicznej, w Europie Wschodniej i Azji Środkowej,

gdzie liczba zakażeń od 2000 roku niemalże się potroiła, to jedynie 19% osób ma dostęp do leków ARV (antyretrowirusowych) (Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowana na lata 2012 – 2016).

Jak wynika z oficjalnych danych, w Rosji w 2012 roku odnotowano 69849 nowych przypadków zakażeń wirusem HIV, co stanowi 12% więcej niż w roku poprzednim. Liczba zgonów wywołanych AIDS także cały czas rośnie. W 2011 roku zmarło 18414 osób, natomiast w 2012 roku już 20511, czyli odnotowano ponad 11 procentowy wzrost (www.rynekzdrowia.pl).

Według szacunków UNAIDS, pod koniec 2008 roku na świecie zanotowano około 33 miliony zakażeń wirusem HIV. Każdego dnia zakaża się około 7 tysięcy osób, w tym blisko 10% to dzieci (Kurpas 2010).

W 2009 roku u obywateli polskich wykonano ponad 1 420 834 testów przesiewowych w kierunku zakażenia wirusem HIV i zgłoszono 939 przypadków nowo wykrytego zakażenia wirusem HIV.

Według zgłoszeń, które wpłynęły do Zakładu Epidemiologii NIZP – PZH w 2009 roku zmarło 42 chorych na AIDS. Łącznie zmarło 32 mężczyzn i 10 kobiet. Wiek zmarłych: w grupie wieku 20-29 lat – 4 osoby, 30-39 lat – 20 osób, 40-49 lat – 15 osób, 50-59 lat – 2 osoby oraz 1 niemowlę (Werbińska-Sienkiewicz, 2011).

Do końca 2010 roku zgłoszono 1.207 nowo wykrytych zakażeń HIV, 127 zachorowań na AIDS oraz 39 zgonów osób chorych na AIDS.

W przeciągu całego 2011 roku zgłoszono 1302 nowo wykrytych zakażeń HIV oraz 264 zachorowania na AIDS. Zgonów osób chorych na AIDS w 2011 odnotowano 82, z czego zmarło 63 mężczyzn i 19 kobiet.

Rok 2012 przyniósł nieco mniej zachorowań w stosunku do lat poprzednich, liczba nowo wykrytych zakażeń HIV wyniosła 1.019, 144 zachorowania na AIDS oraz 49 zgonów osób chorych na AIDS.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. zgłoszono 1.258 nowo wykrytych zakażeń HIV, 214 zachorowań na AIDS oraz 61 zgonów osób chorych na AIDS.

Do maja 2014 r. zarejestrowano w Polsce 376 nowo wykrytych zakażeń HIV, 51 zachorowań na AIDS oraz 23 zgony osób chorych na AIDS (<http://www.pzh.gov.pl>).

Profilaktyka zakażenia wirusem HIV

W celu zahamowania rozwoju epidemii AIDS na całym świecie prowadzone są liczne akcje oświatowo – zdrowotne dotyczące zakażenia HIV, propaguje się również zmianę zachowań seksualnych. Ogromne znaczenie ma zapobieganie narkomanii i leczenie osób uzależnionych. Elementami programu zapobiegania HIV są: przesiewowe badania prenatalne, zwalczanie zakażeń narządów płciowych oraz badanie w kierunku HIV ochotników z grup ryzykownych zachowań.

W przecinaniu dróg zakażenia stosuje się badania krwiodawców oraz rygorystyczne przestrzeganie zasad odkażania i wyjaławiania w zakładach leczniczych (Cianciara 2005, Dziubka 2000, Heczko i wsp. 2007).

Zakażenia wirusem HIV stanowią duże wyzwanie dla zdrowia publicznego w Europie. Wśród przyczyn tej sytuacji należy wymienić:

- a. wieloaspektowość problematyki związanej z epidemią (generuje wiele negatywnych implikacji dla innych dziedzin gospodarki, dlatego uznawana jest za problem ekonomiczny, polityczny, społeczny),
- b. brak szczepionki,
- c. feminizację epidemii,
- d. wysokie koszty leczenia antyretrowirusowego,
- e. współistnienie zakażenia HIV z HCV, HBV i gruźlicą,
- f. niedostateczną profilaktykę (w wielu krajach prowadzi się zbyt mało działań, mających na celu zapobieganie zakażeniom HIV),
- g. stygmatyzację i dyskryminację wobec populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia,
- h. migracje (problem dotyczy w szczególności krajów Europy Zachodniej).

W Polsce istnieje duże zapotrzebowanie na wczesną diagnostykę, w tym także zwiększenie dostępności wykonywania testów w kierunku HIV m.in. poprzez rozbudowę ogólnopolskiej sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (bezpłatnego i anonimowego testowania). Przyczyniło się to do ograniczenia wzrostu późnych rozpoznań AIDS.

Zapewnienie odpowiedniego dostępu do leczenia ARV oznacza stabilizację liczby zachorowań na AIDS oraz spadek śmiertelności z powodu AIDS. Wydłuża się okres przeżycia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS, co pomimo choroby pozwala na powrót do funkcji społecznych i rodzinnych.

Zastosowanie profilaktyki ARV w grupie noworodków urodzonych przez matki żyjące z HIV, spowodowało zmniejszenie odsetka zakażeń wertykalnych z 23% przed rokiem 1989 do poniżej 1% obecnie.

W najbliższych latach należy spodziewać się dalszego wzrostu liczby pacjentów wymagających diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego ze wskazań życiowych. Wynika to m.in. z sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w latach ubiegłych, kiedy to wykrywano znaczną liczbę zakażeń HIV, obecnie przechodzących w fazę pełnoobjawowego AIDS. Zapewnienie dostępności leczenia oraz odzwierciedlenie tego faktu w strategiach narodowych wynika z zobowiązań podjętych przez Polskę na forum ONZ, między innymi w Declaration of Commitment on HIV/AIDS oraz Political Declaration on HIV/AIDS.

W Polsce istnieje zapotrzebowanie na profilaktykę, w tym na informację o HIV/AIDS. W dłuższej perspektywie zaniechanie profilaktyki HIV/AIDS spowoduje znaczący wzrost kosztów leczenia chorych. Polska należy do państw Unii Europejskiej, które przeznaczają najmniej środków na profilaktykę.

W celu przeprowadzenia lepszej diagnozy problemu i skierowania działań profilaktycznych do właściwych populacji, konieczne jest systematyczne prowadzenie badań behawioralnych i epidemiologicznych.

Wnioski

1. Wczesne wykrycie zakażenia daje szansę na szybkie rozpoczęcie terapii, która przyczynia się nie tylko do poprawy jakości życia, ale także pozwala żyć dłużej.
2. Zapewnienie dostępu do leczenia antyretrowirusowego oznacza stabilizację zachorowań oraz spadek śmiertelności z powodu AIDS.
3. Zastosowanie profilaktyki ARV w grupie noworodków urodzonych przez matki żyjące z HIV powoduje spadek zakażeń wertykalnych.
4. Dla prowadzenia skutecznej profilaktyki zakażeń HIV konieczne są systematyczne badania behawioralne i epidemiologiczne.
5. Liczba nowych zakażeń na HIV oraz zachorowań na AIDS stale utrzymuje się na wysokim poziomie.

Bibliografia

1. Cybulski M., Pawłowska M., Karczewski J., Maksymowicz – Jaroszuk J. (2013) Zakażenia wertykalne wirusem HIV w świadomości studentów kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(2): 361-364
2. Dyk A. (2008) Świadomość zagrożeń HIV/AIDS wśród młodzieży. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(2): 282-288.
3. Cianciara D. (2005) Profilaktyka HIV/AIDS ze względu na kulturową tożsamość płci, *Przegląd Epidemiologiczny* 59: 763-771.
4. Dziubka Z. (2000) Choroby zakaźne i pasożytnicze, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 334-355.
5. Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowana na lata 2012 – 2016.
6. Heczko P. (2006) Mikrobiologia Podręcznik dla pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 218-225.
7. Heczko P. Pietrzyk A. (red.) (2007) Mikrobiologia lekarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 414-422.
8. Hejwosz D. (2003) Poziom wiedzy na temat AIDS i HIV wśród licealistów i studentów wyższych uczelni miasta Poznania (z wyłączeniem Akademii Medycznej), *Pielęgniarstwo Polskie* 1: 62-65.
9. Hejwosz D. (2003) Postawy młodzieży wobec AIDS/HIV, *Pielęgniarstwo Polskie* 1: 77-81.
10. Jabłecki J. (2006) Fenomeny epidemiologiczne zakażeń HIV/AIDS, *Nowiny Lekarskie* 75: 70-74.
11. Kurpas D. (2010), Opinia rodziców na temat kontaktów ich dzieci z zakażonymi HIV/ chorymi na AIDS, *Family Medicine & Primary Care Review* 2: 258-260.
12. Leszczyńska-Pynka M. (2005) Czy zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) w praktyce lekarskiej staje się codziennością?, *Lekarz* 3: 35-38.

13. Rogowska-Szadkowska D. (2003) Związek między zakażeniem ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) a zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS), Praca pogładowa Problemy HIV i AIDS 9: 99-102.
14. Rudkowski Z. (2002) Zakażenie wirusem nabytego niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) u dzieci, Standardy Medyczne 4: 281-295.
15. Smoliński P. (2005) Podstawy współczesnej diagnostyki HIV/AIDS – od teorii do praktyki, Zakażenia 5: 105-110.
16. Werbińska-Sienkiewicz B. (2011) Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2009 roku, Przegląd Epidemiologiczny 65: 289-295.
17. Winek K. (2010) Postępy w leczeniu zakażenia HIV, Postępy Nauk Medycznych 10: 800-804.
18. www.pzh.gov.pl data pobrania 20.06.2014.
19. www.ptnaids.pl data pobrania 09.07.2014.
20. www.rynekzdrowia.pl data pobrania 09.07.2014.
21. www.mz.gov.pl data pobrania 09.07.2014

Liczba znaków ze spacjami: 27 281

**Anna Ślifirczyk¹, Marek Tomaszewski^{1,2},
Marzanna Marciniuk¹, Wiesław Gołąbek¹**

¹ Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

² Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Streszczenie: W grupie chorób niezakaźnych, choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę umieralności na świecie (17 milionów ludzi co stanowi około 49% wszystkich zgonów). W Polsce z tego powodu umiera 26,9% do 64 roku życia oraz 46% ogółu społeczeństwa (w tym 40,8% to mężczyźni i 51,8% to kobiety). Na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wśród najważniejszych czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych należą: brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, cukrzyca oraz zaburzenia lipidowe.

Na podstawie analiz ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że około 80% przypadków chorób serca, udarów mózgu, cukrzycy typu 2, a także około 40% nowotworów można uniknąć, o ile uda się wyeliminować główne czynniki ryzyka. Z tego powodu wdrożono w wielu krajach, w tym także i w Polsce, odpowiednie programy regionalne i ogólnokrajowe skierowane na precyzyjne monitorowanie rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka wystąpienia zawałów serca i udarów mózgu.

Poniższy artykuł zawiera aktualne dane dotyczące profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych (czynniki, poziomy oraz ocena ryzyka) wraz z jej celami jak również sposoby skutecznego przestrzegania zaleceń dotyczących zmiany stylu życia w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: choroby sercowo-naczyniowe, otyłość, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, cholesterol, palenie tytoniu

Wstęp

W grupie chorób niezakaźnych, choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę umieralności na świecie (17 milionów ludzi co stanowi około 49% wszystkich zgonów). W Polsce z tego powodu umiera 26,9% do 64 roku życia oraz 46% ogółu społeczeństwa (w tym 40,8% to mężczyźni i 51,8% to kobiety). Na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wśród najważniejszych

czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych należą: brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, cukrzyca oraz zaburzenia lipidowe. Na podstawie danych epidemiologicznych, w programach regionalnych i ogólnokrajowych, bardzo ważne jest precyzyjne monitorowanie rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka wystąpienia zawałów serca i udarów mózgu. Z tego powodu, w ostatniej dekadzie, główne ośrodki badawcze włączone zostały do realizacji ogólnopolskich badań epidemiologicznych z wykorzystaniem metody reprezentacyjnej. Do czterech najważniejszych projektów można zaliczyć: badanie NATPOL PLUS (wykonane w 2002 roku), badanie WO-BASZ (wykonane w latach 2003-2006), badanie POLSENIOR (wykonane w latach 2007-2010), badanie NATPOL 2011 (wykonane w 2011 roku). Dzięki zmniejszeniu się umieralności spowodowanej chorobą niedokrwienną serca (w porównaniu do roku 1991) stwierdzono ponad 26 tysięcy mniej zgonów wśród osób w wieku 25-74 lat. W dużej mierze (ponad 50%) było to wynikiem zmniejszenia się rozpowszechnienia czynników ryzyka w populacji generalnej dorosłych Polaków (39% redukcja średniego stężenia cholesterolu całkowitego, 11% zmniejszenie się rozpowszechnienia nałogu palenia) (Bandosz i wsp. 2012; Central Statistical Office, GUS, Warszawa, 2012; Wojtyniak, Goryński, 2008).

Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego

Istnieją dwa rodzaje czynników ryzyka sercowo-naczyniowego: podlegające i niepodlegające modyfikacji. Do czynników podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, nadwaga lub otyłość, podwyższone ciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu LDL (LDL-C) w osoczu, małe stężenie cholesterolu HDL (HDL-C), zwiększone stężenie trójglicerydów (TG), stany przedcukrzycowe (nieprawidłowa glikemia na czczo, nieprawidłowa tolerancja glukozy) lub cukrzyca. Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego niepodlegających modyfikacji należą: wiek (mężczyźni $\geq$ 45 r.ż., kobiety $\geq$ 55 r.ż.), wczesne występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca (u mężczyzn $<$ 55 r.ż., u kobiet $<$ 65 r.ż.) lub chorób innych tętnic na podłożu miażdżycy, już obecna choroba niedokrwienna serca lub choroba innych tętnic na podłożu miażdżycy.

Podwyższone ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych będzie dodatkowo większe w przypadkach osób (European Society of Cardiology, 2011):

- z niższych warstw społecznych (ubóstwo nasila wiele innych czynników ryzyka),
- z zaburzeniami lipidowymi,
 - » z małym stężeniem apolipoproteiny A1 (apo A1),
 - » ze zwiększonym stężeniem fibrynogenu, homocystyny, apolipoproteiny B (apo B),

- » z hipercholesterolemią rodzinną,
- bez objawów z subklinicznymi dowodami miażdżycy (obecność blaszki miażdżycowej lub zwiększenie grubości kompleksu błony środkowej i wewnętrznej tętnicy szyjnej) stwierdzonymi w badaniu ultrasonograficznym tętnic szyjnych,
- z nieprawidłową czynnością nerek,
- obciążonych przedwczesnym występowaniem chorób sercowo-naczyniowych w wywiadzie rodzinnym (zwiększenie ryzyka 1,7-krotnie w przypadku kobiet i 2-krotnie w przypadku mężczyzn).

Odwrotnie, ryzyko może być mniejsze niż oszacowane u osób z bardzo dużym stężeniem cholesterolu HDL lub długowiecznością w wywiadzie.

Poziomy ryzyka

Celem leczenia objęte powinny być nie tylko osoby z dużym czynnikiem ryzyka ale także osoby z umiarkowanym ryzykiem ujawnienia się chorób sercowo-naczyniowych. Tacy pacjenci powinni otrzymywać profesjonalne porady dotyczące zmiany stylu życia i w niektórych przypadkach farmakoterapię celem kontroli stężeń lipidów osocza. U tych chorych powinno się podjąć wszelkie możliwe działania aby: zapobiegać dalszemu wzrostowi całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego, zwiększać świadomość niebezpieczeństwa związanego z ryzykiem sercowo-naczyniowym, poprawiać przekazywanie informacji związanych z ryzykiem oraz promować podstawowe działania prewencyjne (European Society of Cardiology, 2011).

Osoby z małym ryzykiem powinny otrzymywać porady, które mają pomóc im w utrzymywaniu tego stanu (European Society of Cardiology, 2011).

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego

Do grupy dużego ryzyka sercowo-naczyniowego należą osoby (European Society of Cardiology, 2011):

- z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca, miażdżycą tętnic obwodowych lub chorobą naczyń mózgowych,
- chore na cukrzycę,
- bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej lub cukrzycy:
 - » z silnym pojedynczym czynnikiem ryzyka:
 - stężenie cholesterolu całkowitego ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl),
 - stężenie cholesterolu LDL ≥ 6 mmol/l (240 mg/dl),
 - ciśnienie tętnicze skurczowe ≥ 180 mmHg lub rozkurczowe ≥ 110 mmHg,
 - » u których ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat wynosi $\geq 5\%$.

Do oceny ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych służy karta SCORE dla populacji polskiej, w której uwzględnia się wiek, płeć, ciśnienie tętnicze skurczowe, stężenie cholesterolu całkowitego i palenie tytoniu. Osoby z już rozwiniętą chorobą sercowo-naczyniową i chorzy na cukrzycę są obciążeni dużym ryzykiem, niezależnie od obecności innych czynników ryzyka. Dodatkowo ryzyko choroby sercowo-naczyniowej może być tym większe u osób (niż wskazuje karta): zbliżających się do następnej kategorii wiekowej, z miażdżycą przedkliniczną (bezobjawową) wykrytą za pomocą ultrasonografii tętnic, z silnie dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku przedwczesnej choroby sercowo-naczyniowej, z małym stężeniem cholesterolu HDL, zwiększonym stężeniem trójglicerydów, upośledzoną tolerancją glukozy, otyłych i prowadzących siedzący tryb życia (European Society of Cardiology, 2011).

Dyslipidemie

Metabolizm tłuszczów może być zaburzony w różnorodny sposób, doprowadzając do odmiennych funkcji lipoprotein osocza lub ich stężenia. Zmiany te wraz z współwystępowaniem innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego mogą wpłynąć na rozwój miażdżycy. Podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego i cholesterolu LDL (frakcji lipoprotein o małej gęstości) jak również podwyższony poziom trójglicerydów, zwiększa prawdopodobieństwo ujawnienia się chorób sercowo-naczyniowych (European Society of Cardiology, 2011).

Otyłość

Otyłość definiuje się jako zwiększenie masy ciała znacznie powyżej wartości prawidłowych, ustalonych dla danego wieku, płci i rasy, spowodowane nadmiernym rozwojem tkanki tłuszczowej (Lang, 2012). U dorosłych rozpoznaje się ją gdy zawartość tkanki tłuszczowej jest większa niż 30% należnej masy ciała u kobiet i 25% u mężczyzn. U dzieci zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie ściśle zależy od wieku i płci (Berkowitz i wsp. 2005; Galal, Hulett, 2005). Do oceny stopnia otyłości oraz przedstawienia rozkładu danych antropometrycznych wykorzystuje się siatki centylowe i tzw. wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index) wyliczany jako iloraz masy ciała (w kilogramach) i kwadratu długości ciała (w metrach). BMI pomiędzy 25-29,9 kg/m² to nadwaga podczas gdy wartość powyżej 30 kg/m² określa się mianem otyłości (Poskitt, 1995).

Do najczęstszych przyczyn zwiększających ilości tkanki tłuszczowej zaliczamy nieprawidłowe nawyki żywieniowe, małą aktywność fizyczną, problemy emocjonalne oraz nieprawidłowe odżywianie się ciężarnych kobiet. Dodatkowo wśród czynników wpływających na masę ciała i na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej odgrywają następujące geny (Męczekalski i wsp. 2008):

- gen receptora aktywowanego proliferatorami peroksyksomów typu γ (peroxisomal proliferator-activated receptor gamma, PPAR γ) odpowiadający za różnicowanie fibroblastów w kierunku adipocytów oraz wpływający na metabolizm dojrzałych komórek;
- gen receptora endokannabinoidowego (cannabinoid receptor, CNR1) stanowiący integralną część sieci kontrolujących apetyt;
- gen podatności na otyłość (fat mass and obesity associated gene, FTO).

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze definiuje się jako podwyższone ciśnienie krwi w układzie tętniczym krążenia dużego, uzyskane na podstawie pomiarów klinicznych (European Society of Cardiology, 2011).

Na podstawie przeprowadzonych badań ujawniono, że istnieje bezpośredni związek między ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, a skurczowym i rozkurczowym ciśnieniem tętniczym. U osób starszych ryzyko chorób sercowo-naczyniowych jest wprost proporcjonalne do skurczowego ciśnienia tętniczego, a przy podobnych wartościach ciśnienia skurczowego ryzyko powikłań jest odwrotnie proporcjonalne do rozkurczowego ciśnienia tętniczego (Benetos i wsp. 1997; Benetos i wsp. 2000; Darne i WSP. 1989; Ezzati i WSP. 2002; Franklin, 1999; Gasowski i wsp. 2002; Staessen i wsp. 2000).

W praktyce, zarówno klasyfikacja nadciśnienia tętniczego (Tabela 1), jak i ocena ryzyka, powinny się opierać na wartościach ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Stanowią one kryterium randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznych nad izolowanym skurczowym i skurczowo-rozkurczowym nadciśnieniem (European Society of Cardiology, 2011).

Tabela 1. Klasyfikacja wartości ciśnienia tętniczego [mm Hg] (European Society of Cardiology, 2011)

ciśnienie		skurczowe		rozkurczowe
optymalne		<120	i	<80
prawidłowe		120 — 129	i/lub	80 — 84
wysokie prawidłowe		130 — 139	i/lub	85 — 89
nadciśnienie	1 stopień	140 — 159	i/lub	90 — 99
	2 stopień	160 — 179	i/lub	100 — 109
	3 stopień	≥ 180	i/lub	≥ 110
	skurczowe izolowane	≥ 140	i/lub	≥ 90

Cukrzyca

Cukrzyca jest to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperглиkemią, która wynika z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Skutkiem przewlekłej hiperglikemii w cukrzycy jest przewlekłe uszkodzenie i niewydolność różnych narządów w szczególności: nerek, oczu, nerwów, serca oraz naczyń krwionośnych (American Diabetes Association, 2008).

Dane epidemiologiczne wskazują, że liczba chorych na cukrzycę stale rośnie (Haffner et al., 1998; Janeczko et al., 2000; McKinnlay and Merceau, 2000). W tej grupie chorych nadciśnienie tętnicze znacznie zwiększa częstość występowania chorób układu krążenia o około 75%. Jest zatem ważniejsze, aby zredukować nieprawidłowe ciśnienia krwi nawet w stosunku do kontroli glikemii czy profilu lipidowego. W badaniu UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) (UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group, 1998) skrupulatna kontrola hipotensyjna doprowadziła do redukcji incydentów sercowo — naczyniowych i mikroangiopatii o 24%, udarów mózgu o 44% oraz zgonów związanych z cukrzycą głównie z przyczyn wieńcowych o 32%. Lepsza kontrola ciśnienia zmniejszyła o 37% występowanie mikroangiopatii, głównie przez redukcję ryzyka fotokoagulacji siatkówki. Każde obniżenie skurczowego ciśnienia tętniczego o 10 mmHg wiązało się z 13 — 20% zmniejszeniem częstości powikłań.

Cele profilaktyki

Istnieją odmienne cele profilaktyki u osób z grupy dużego ryzyka (bez klinicznie jawnej choroby niedokrwiennej serca) i u osób z rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową lub z cukrzycą bez klinicznie jawnej choroby sercowo-naczyniowej. U osób z grupy dużego ryzyka (bez klinicznie jawnej choroby sercowo-naczyniowej) zaleca się: zaprzestanie palenia tytoniu, przestrzeganie zasad zdrowego żywienia, 30 minutowa dzienna umiarkowana aktywność fizyczna, BMI przynajmniej $< 30 \text{ kg/m}^2$ (jeśli możliwe $< 25 \text{ kg/m}^2$), obwód w talii $< 102 \text{ cm}$ u mężczyzn i $< 88 \text{ cm}$ u kobiet (jeśli obwody w talii wynoszą odpowiednio 94-102 cm i 80-88 cm wskazane by nie zwiększać masy ciała), ciśnienie tętnicze $< 140/90 \text{ mmHg}$, stężenie w osoczu cholesterolu całkowitego $< 5 \text{ mmol/l}$ (190 mg/dl) i cholesterolu LDL $< 3 \text{ mmol/l}$ (115 mg/dl) [jeżeli duże ryzyko utrzymuje się przez 3 miesiące pomimo postępowania niefarmakologicznego utrzymać stężenie docelowe cholesterolu całkowitego $< 4,5 \text{ mmol/l}$ (175 mg/dl) i cholesterolu LDL $< 2,5 \text{ mmol/l}$ (100 mg/dl)], stężenie glukozy na czczo $< 6 \text{ mmol/l}$ (110 mg/dl) (European Society of Cardiology, 2011).

U osób z rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową lub z cukrzycą bez klinicznie jawnej choroby sercowo-naczyniowej zaleca się: utrzymać stężenie docelowe cholesterolu całkowitego $< 4,5 \text{ mmol/l}$ (175 mg/dl) i cholesterolu LDL $< 2,5$

mmol/l (100 mg/dl) [ew. jeśli to możliwe cholesterolu całkowitego < 4 mmol/l (155 mg/dl) i cholesterolu LDL < 2,0 mmol/l (80 mg/dl)], ciśnienie tętnicze < 130/80 mmHg, BMI przynajmniej < 30 kg/m² (jeśli możliwe < 25 kg/m²), obwód w talii < 102 cm u mężczyzn i < 88 cm u kobiet (jeśli obwody w talii wynoszą odpowiednio 94-102 cm i 80-88 cm wskazane by nie zwiększać masy ciała), stężenie glukozy na czczo < 6 mmol/l (110 mg/dl) i hemoglobiny glikowanej (HbA1c) < 6,5% (European Society of Cardiology, 2011).

Zmiana stylu życia

W ramach postępowania nakierowanego na całkowite ryzyko sercowo-naczyniowe zaleca się następującą zmianę stylu życia i wyboru zdrowej żywności (European Society of Cardiology, 2011; Kobus i wsp. 2009):

- zalecenia żywieniowe powinny zawsze uwzględniać lokalne nawyki żywieniowe,
- spożywanie różnorodnych produktów (ilość przyjmowanej energii należy tak dostosować aby zapobiegać nadwadze i otyłości),
 - » odpowiednia kaloryczność posiłków dostosowana do aktywności fizycznej,
- zachęcać do spożywania owoców, warzyw, roślin strączkowych, pełnoziarnistych produktów zbożowych i chleba oraz ryb,
 - » spożywanie warzyw (4 porcje dziennie) i owoców (3 porcje dziennie), które dostarczają witamin, składników mineralnych, błonnika pokarmowego oraz flawonoidów, zmniejszających szkodliwe działanie cholesterolu we krwi,
 - » zaleca się produkty zbożowe, tj.: ciemne pieczywo, kasze gruboziarniste (gryczana, jęczmienna, jaglana), płatki owsiane, musli, ryż brązowy,
- zastąpić tłuszcze nasycone ww. produktami (jednonienasyconymi i wielonienasyconymi tłuszczami pochodzącymi ze źródeł warzywnych w celu redukcji całkowitej energii pochodzącej z tłuszczów do 35%, tłuszczów nasyconych do 7% całkowitej energii, tłuszczów trans do 1% całkowitej energii oraz spożywanego cholesterolu do 300mg/dobę),
 - » zmniejszenie spożycia tłuszczów zwierzęcych na rzecz tłuszczów roślinnych, głównie wolne nienasycone kwasy tłuszczowe (WNKT) z grupy omega 3,
 - » unikanie spożycia produktów będących bogatym źródłem cholesterolu (jaja, podroby),
 - » ilość spożytego cholesterolu nie powinna przekraczać 200 mg/dobę,
 - » spożywać tłuste ryby 2–3 razy w tygodniu (zawierają kwasy tłuszczowe z grupy omega 3),

- » dieta powinna być ubogotłuszczowa, mięso czerwone nie więcej niż 3 razy w tygodniu,
 - » sery o średniej zawartości tłuszczu oraz mięsne i rybne pasty raz w tygodniu,
 - » ciasto domowe, biszkopty i wyroby cukiernicze przygotowane z dodatkiem odpowiednich margaryn zawierających WNKT lub olejów, 2 razy w tygodniu,
 - » frytki i ziemniaki pieczone na właściwym oleju, raz na 2 tygodnie,
 - zredukować spożycie soli do 5g/dobę (unikanie soli stołowej, ograniczenie soli przy gotowaniu oraz wybieranie świeżych lub mrożonych, niesolonych pokarmów),
 - umiarkowane spożywanie alkoholu (<10-20 g/dobę dla kobiet i <20-30 g/dobę dla mężczyzn); pacjenci z hipertriglicydemią powinni zaprzestać spożywania alkoholu,
 - ograniczyć spożywanie napojów i żywności z dodatkiem cukrów,
 - zachęcać do regularnej aktywności fizycznej (codzienna aktywność fizyczna przez co najmniej 30 minut),
 - unikać stosowania i ekspozycji na produkty tytoniowe,
 - należy wypijać około 1,5 l płynów/dobę (woda mineralna, herbatki ziołowe, soki warzywne niesłodzone, herbatki ziołowe, herbata zielona).
- Aby właściwie przygotować posiłek należy (Kobus i wsp. 2009):
- gotować na wodzie, na parze i pod ciśnieniem (najwłaściwsza forma przygotowywanie posiłków),
 - piec w folii przezroczystej, pergaminie, na ruszcie i rożnie,
 - dusić, po uprzednim obsmażaniu składników potrawy na patelni teflonowej (bez dodatku tłuszczu),
 - smażyć jedynie omlety, jajecznice (na białkach) lub ryby bez skóry (w ograniczonych ilościach),
 - » do smażenia należy używać olej rzepakowy lub oliwę z oliwek (oliwę z oliwek tylko do krótkiego smażenia),
 - usuwać tłuszcz z mięsa i skórę z drobiu, zanim zacznie się przygotowywać posiłek,
 - nie zagęszczać zup i sosów (jeśli trzeba, to odrobiną mąki i wody lub mleka),
 - spożywać warzywa, najlepiej w postaci surówek z dodatkiem oleju, gotowane w wodzie lub na parze oraz w formie soków.

Skuteczność przestrzegania zaleceń dotyczących zmiany stylu życia

Aby skutecznie chronić pacjenta przed ryzykiem sercowo-naczyniowym zaleca się wcielić w życie pomocne wskazówki: nawiązać dobre porozumienie z pacjentem, upewnić się że pacjent rozumie jak styl życia wpływa na chorobę

sercowo-naczyniową, ocenić potencjalne przeszkody we wdrożeniu zmian, zaprojektować wraz z pacjentem plan zmian stylu życia, wzmacniać wysiłki pacjenta mające na celu wprowadzenie zmian, zaangażować innych ekspertów, sporządzić harmonogram wizyt kontrolnych, uprościć sposób podawania leków (wybrać tańsze opcje), podjąć dialog z pacjentem dotyczący przestrzegania zaleceń w zakresie stosowania diety, dostosować schemat leczenia do stylu życia i potrzeb, zaangażować pacjenta w leczenie jako partnera, zastosować strategie behawioralne (przypominanie, sygnały, samomonitorowanie, sprzężenie zwrotne, wzmacnianie) (European Society of Cardiology, 2011).

Podsumowanie

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną umieralności i stanowią 46% zgonów w Polsce. W związku ze starzeniem się społeczeństwa ciągle rośnie liczba zachorowań, dlatego ważne jest dostateczne uzupełnienie wiedzy na temat wpływu czynników ryzyka na rozwój chorób sercowo-naczyniowych.

Na podstawie analiz ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że około 80% przypadków chorób serca, udarów mózgu, cukrzycy typu 2 (a także około 40% nowotworów) można uniknąć, o ile uda się wyeliminować główne czynniki ryzyka (Raport WHO, GainingHelath, 2006).

Bibliografia

1. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes (2008) Diabetes Care, 31, (Suppl. 1), S12-S54
2. Bandosz P., O'Flaherty M., Drygas W., Rutkowski M., Koziarek J., Wyrzykowski B., Bennett K., Zdrojewski T., Camewell S. (2012) Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: model ling study. BMJ, 344, d8136
3. Benetos A., Safar M., Rudnicki A., Smulyan H., Richard J.L., Ducimetiere P., Guize L. (1997) Pulse pressure: a predictor of long-term cardiovascular mortality in a French male population. Hypertension. 30: 1410-1415.
4. Benetos A., Zureik M., Morcet J., Thomas F., Bean K., Safar M., Ducimetiere P., Guize L. (2000) A decrease in diastolic blood pressure combined with an increase in systolic blood pressure is associated with a higher cardiovascular mortality in men. J. Am. Coll. Cardiol. 35: 673-680.
5. Berkowitz R.I., Stallings V.A., Maislin G., Stunkard A.J. (2005) Growth of children at high risk of obesity Turing the first 6 y of life: implications for prevention. Am J Clin Nutr. 81, 1, 140-146.
6. Central Statistical Office. Branch Yearbooks. Dermographic Yearbook of Poland. GUS, Warszawa. 2012
7. Darne B., Girerd X., Safar M., Cambien F., Guize L. (1989) Pulsatile versus steady component of blood pressure: a cross-sectional analysis and a prospective analysis on cardiovascular mortality. Hypertensio. 13: 392-400.

8. European Society of Cardiology, 2011
9. Franklin S.S. (1999) Ageing and hypertension: the assessment of blood pressure indices in predicting coronary heart disease. *J. Hypertens.* 17 (supl. 5): S29-S36. RV
10. Galal O.M., Hulett J. (2005) Obesity among schoolchildren in developing countries. *Food Nutr Bull.* 26, 2, 261-266.
11. Gasowski J., Fagard R.H., Staessen J.A., Grodzicki T., Pocock S., Boutitie F., Gueyffier F., Boissel J.P. (2002) INDANA Project Collaborators. Pulsatile blood pressure component as predictor of mortality in hypertension: a meta-analysis of clinical trial control groups. *J. Hypertens.* 20: 145-151.
12. Haffner S.M., Lehto S., Ronnemaa T et al. (1998) Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med.* 339:229-234.
13. Janeczko D., Kopczyński J., Lewandowski Z et al. (2000) Umieralność z powodu chorób układu krążenia u chorych na cukrzycę typu 2. *Przeg Lek.* 57(4):3-7.
14. Kobus G., Bachórzewska-Gajewska H., Kinalska I. (2009) Dieta niskocholesterolowa. *Przegląd Kardiadiabetologiczny.* 4, 3: 114-124
15. Lang J.E. (2012) Obesity, nutrition and asthma in children. *Pediatr ALLergy Immunol Pulmonol.* 25, 2, 64-75.
16. McKinnlay J., Merceau L. (2000) US public health and the 21st century diabetes mellitus. *Lancet.* 356:157-161.
17. Męczekalski B., Czyżyk A., Warenik-Szymankiewicz A. (2008) Rola genów w powstawaniu otyłości. Współczesne poglądy, patogeneza, aspekty kliniczne. *Endokrynologia Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 5, 27-37.
18. Poskitt E. (1995). Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI). *Acta Paediatr.* 84, 961-962.
19. Raport WHO 2006, Gaining Helath
20. Staessen J.A., Gasowski J., Wang J.G., Thijs L., Den Hond E., Boissel J.P., Coope J., Ekblom T., Gueyffier F., Liu L., Kerlikowske K., Pocock S., Fagard R.H. (2000) Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet.* 355: 865-872.
21. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998) Effect of intensive blood glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet.* 352:854-865.
22. Wojtyński B., Goryński P. (red.). (2008) Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Liczba znaków ze spacjami: 23 357

Analiza czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego w ocenie zachowań zdrowotnych ludności wiejskiej

Streszczenie: Nadciśnienie tętnicze jest jedną z chorób o znaczeniu społecznym, której częstość występowania XX wieku stale rosła, a epidemiologiczne dane z początku XXI wieku wskazują, że proces ten będzie nadal postępował.

Celem pracy była ocena znajomości wybranych czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego oraz częstości ich występowania wśród ludności wiejskiej.

Badaniami objęto grupę 100 mieszkańców wsi, czynnych zawodowo: 50 mężczyzn i 50 kobiet w wieku 35 -55 lat, u których wartość ciśnienia tętniczego w trakcie badania profilaktycznego była > 140/90 mm Hg.

Przeprowadzone badania wskazują na zróżnicowany poziom wiedzy mieszkańców wsi aktywnych zawodowo o czynnikach sprzyjających rozwojowi nadciśnienia tętniczego. Większość wiedziała o roli stresu (87.0% badanych), nadwadze i otyłości (84.0%), paleniu papierosów (65.0%), nadmiernym spożyciu alkoholu (61.0%); znacznie mniej wskazało na duże spożycie soli (34.0%), niską aktywność fizyczną (18.0% ankietowanych). Ponad połowa badanych miała nadwagę (52.0%), a u 35.0% stwierdzono otyłość, mimo iż 84.0% ankietowanych wskazało te czynniki jako sprzyjające wystąpieniu nadciśnienia tętniczego. Badani mieszkańcy wsi przejawiali niską aktywność fizyczną, jedynie 9.0% ćwiczyło regularnie, a 17.0% podejmowało wysiłek fizyczny nieregularnie. Ponad 1/3 badanych mieszkańców wsi (36.0%) pije alkohol raz w miesiącu, 13.0% raz w tygodniu, 41.0% okolicznościowo; żaden nie pije codziennie, a 20.0% badanych kobiet nie pije alkoholu. Prawie 2/3 respondentów (65.0%) posiadała wiedzę o wpływie palenia na występowanie nadciśnienia tętniczego, a mimo to nałogowi palacze stanowili 48.0% badanych.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, czynniki ryzyka, nadwaga, otyłość, palenie papierosów, wysiłek fizyczny

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z chorób o znaczeniu społecznym, której częstość występowania w XX wieku stale rosła, a epidemiologiczne dane z początku XXI wieku wskazują, że proces ten będzie nadal postępował. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci dokonał się istotny postęp w badaniach nad patogenezą nadciśnienia tętniczego. Został on uwarunkowany głębszym poznaniem mechanizmów regulujących ciśnienie krwi, a także pogłębieniem wiedzy o procesach leżących u podłoża zmian strukturalnych i funkcjonalnych w układzie sercowo-

-naczyniowym w przebiegu nadciśnienia. Przyjmuje się, że przyczyną tak częstego występowania nadciśnienia tętniczego są zmiany jakie zaszły i ciągle jeszcze dokonują się w trybie naszego życia, odżywiania, pracy, sposobie wypoczynku. Większość tych czynników należy do tak zwanych modyfikowalnych czynników ryzyka, a więc takich które możemy kontrolować i eliminować poprzez modyfikację stylu naszego życia (Ciurysek i wsp 2008). Duże znaczenie na nadciśnienie tętnicze ma wpływ takich czynników środowiskowych, jak: otyłość, nadmierne spożycie soli i alkoholu, mała aktywność fizyczna czy powtarzające się bodźce stresowe. Uważa się, że wytworzone w toku ewolucji człowieka genetyczne uwarunkowane mechanizmy adaptacyjne do zmieniającego się środowiska stają się niekorzystne dla ustroju w warunkach współczesnej cywilizacji technicznej i mogą sprzyjać rozwojowi nadciśnienia tętniczego.

Zmiana trybu życia to również pierwsze zalecenie przy leczeniu nadciśnienia tętniczego. Powszechnie przyjmuje się, że zmianę stylu życia należy zalecić jako pierwszy etap postępowania w nadciśnieniu tętniczym, a wśród chorych z nadciśnieniem I° lub nawet II° może być to podstawowe efektywne leczenie. Poza wpływem na obniżenie ciśnienie tętniczego modyfikacja trybu życia przyczynia się do ogólnej poprawy stanu zdrowia. W wielu publikacjach podkreśla się potrzebę promocji zdrowego stylu życia wśród osób zdrowych, zwłaszcza u których istnieją czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w celu zapobiegania występowaniu tych chorób (Ciurysek i wsp 2008).

Ostatnie doniesienia wskazują, że takie działania mogą przyczynić się do zahamowania, a nawet obniżenia częstości występowania nadciśnienia tętniczego (Appel, 2009).

Celem pracy była ocena znajomości wybranych czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego oraz częstości ich występowania wśród ludności wiejskiej. Do tak postawionego problemu badawczego w celu poszukiwania właściwej odpowiedzi sformułowano następujące problemy szczegółowe. Czy mieszkańcy wsi, czynni zawodowo znają i przestrzegają zasady racjonalnego żywienia, zachowują aktywność fizyczną, jaki sposób spędzania wolnego czasu preferują. Podjęto również próbę ustalenia czy starają się eliminować palenie tytoniu i picie alkoholu.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 100 mieszkańców wsi, czynnych zawodowo: 50 mężczyzn i 50 kobiet w wieku 35 -55 lat, u których wartość ciśnienia tętniczego w trakcie badania profilaktycznego była > 140/90 mm Hg. Badania przeprowadzono w listopadzie 2013 roku w oparciu o kwestionariusz ankiety, stworzony do celów pracy oraz posłużono się kartą badania profilaktycznego. Kwestionariusz ankiety był anonimowy co pozwoliło zwiększyć wiarygodność wyników.

Wyniki badań

Wśród ankietowanych 42% deklaroowało wykształcenie zawodowe, w tym było 20 kobiet i 22 mężczyzn, 36% badanych podało wykształcenie średnie, a 7% - wykształcenie wyższe. W tabeli 1 zestawiono odpowiedzi badanych o czynnikach sprzyjających nadciśnieniu tętniczemu.

Tabela 1. Znajomość czynników sprzyjających rozwojowi nadciśnienia tętniczego przez badanych

Znajomość czynników sprzyjających rozwojowi nadciśnienia tętniczego	Płeć				Ogółem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	n	%	n	%	n	%
Stres	42	84,0	45	90,0	87	87,0
Palenie papierosów	34	68,0	31	62,0	65	65,0
Nadwaga i otyłość	41	82,0	43	86,0	84	84,0
Spożycie dużej ilości soli kuchennej	18	36,0	16	32,0	34	34,0
Mała aktywność fizyczna	8	16,0	10	20,0	18	18,0
Spożycie dużej ilości białka	1	2,0	1	2,0	2	2,0
Duża aktywność fizyczna	3	6,0	4	8,0	7	7,0
Nadmierne spożycie alkoholu	40	80,0	21	42,0	61	61,0
Razem	50	100,0	50	100,0	100	100,0

Najczęściej wymienianym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi nadciśnienia był stres. Takiej odpowiedzi udzieliło 45 kobiet i 42 mężczyzn - 87% badanych. Nadwagę i otyłość wskazało 43 kobiety i 41 mężczyzn - 84,0% badanych. Na trzecim miejscu ankietowani (34 mężczyzn i 31 kobiet) podali palenie papierosów - 65,0% badanych, a nadmierne spożycie alkoholu wskazało 61,0% respondentów. Tylko 34,0% ankietowanych (18 mężczyzn i 16 kobiet) uznało spożycie dużej ilości soli kuchennej za czynnik sprzyjający nadciśnieniu, a małą aktywność fizyczną podało 18,0% badanych.

Tabela 2 przedstawia kształtowanie się wskaźnika BMI (Body Mass Index) wśród badanych.

Tabela 2. Wskaźnik BMI badanej populacji

BMI badanej populacji	Płeć				Ogółem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	N	%	n	%	n	%
Masa ciała prawidłowa	5	10,0	8	16,0	13	13
Nadwaga	28	56,0	24	48,0	52	52,0
Otyłość	17	34,0	18	36,0	35	35,0
Razem	50	100.0	50	100,0	100	100,0

Największą grupę stanowili badani z nadwagą (52.0%: 28 mężczyzn i 24 kobiety), 13.0% ankietowanych posiadało prawidłową masę ciała (8 kobiet i 5 mężczyzn), a u 35.0% stwierdzono otyłość (18 kobiet i 17 mężczyzn).

Zestawienie aktywności fizycznej badanych przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Częstotliwość podejmowania wysiłku fizycznego przez badanych

Częstotliwość podejmowania wysiłku fizycznego	Płeć				Ogółem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	n	%	n	%	n	%
Regularnie	1	2,0	8	16,0	9	9,0
Nieregularnie	10	20,0	7	14	17	17,0
Sporadycznie, rzadko	31	62,0	27	54,0	58	58,0
Wcale	8	16,0	8	16,0	16	16,0
Razem	50	100,0	50	100,0	100	100,0

Ponad połowa respondentów (58.0%) tylko sporadycznie podejmuje aktywność fizyczną (31 mężczyzn i 27 kobiet), nieregularny wysiłek fizyczny podejmuje 17.0%, a tylko 9.0% podejmuje regularnie aktywność fizyczną. Żadnego wysiłku fizycznego nie stosuje 16.0% respondentów.

Tabela 4. Preferowany sposób spędzania wolnego czasu

Preferowany sposób spędzania wolnego czasu	Płeć				Ogółem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	n	%	n	%	n	%
Na pływalni	3	6,0	3	6,0	6	6,0
Na spacerze	20	40	15	30	35	35,0
Przed telewizorem	48	96,0	42	84,0	90	90,0
Bieganie	2	4,0	2	4,0	4	4,0
Czytanie	12	24,0	20	40	32	32,0
Razem	50	100,0	50	100,0	100	100,0

Zdecydowana większość respondentów (90.0%) czas wolny spędza przed telewizorem. Taki sposób spędzania wolnego czasu preferuje 48 mężczyzn i 42 kobiety. Tylko 6% badanych spędza czas wolny na pływalni, a jeszcze mniej (4 osoby) regularnie biegają (tabela 4).

Tabela 5. Zestawienie ilość wypalanych papierosów dziennie przez badanych

Ilość wypalanych papierosów dziennie	Płeć				Ogółem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	n	%	n	%	n	%
Do 10 sztuk dziennie	16	32,0	1	2,0	17	17,0
11-20 sztuk dziennie	9	18,0	1	2,0	10	10,0
Powyżej 20 sztuk dziennie	21	42,0	0	0	21	21,0
Nie palę	3	6,0	43	86,0	46	46,0
Tylko w towarzystwie	1	2,0	5	10,0	6	6,0
Razem	50	100,0	50	100,0	100	100,0

Większość badanych (64.0%: 43 kobiety i 3 mężczyzn) nie pali papierosów. Wśród osób palących do 10 papierosów dziennie (17.0% badanych) było 16 mężczyzn i 1 kobieta, 10.0% ankietowanych paliło 11-20 papierosów dziennie (9 mężczyzn i 1 kobieta), a wypalanie powyżej 20 sztuk papierosów dziennie podało 21 mężczyzn. Palenie papierosów tylko w towarzystwie deklarowało 6.0% badanych: 5 kobiet i 1 mężczyzna (tabela 5).

Tabela 6. Zestawienie opinii badanych na temat wpływu palenia papierosów na nadciśnienie

Wpływ palenia papierosów na nadciśnienie tętnicze	Płeć				Ogółem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	n	%	n	%	n	%
Podwyższa ciśnienie	32	64,0	16	32,0	48	48,0
Obniża ciśnienie	0	0	2	4,0	2	2,0
Nie ma związku z nadciśnieniem	10	20,0	16	32,0	26	26,0
Nie wiem	8	16,0	16	32,0	24	24,0
Razem	50	100,0	50	100,0	100	100,0

Prawie połowa ankietowanych (48.0%: 32 mężczyzn i 16 kobiet) wiedziała, że palenie papierosów podwyższa ciśnienie krwi, 26.0% odpowiedziało, że palenie nie ma związku z nadciśnieniem (16 kobiet i 10 mężczyzn), a 4.0% podało brak wiedzy na ten temat (tabela 6).

Tabela 7. Zestawienie informacji o spożyciu alkoholu wśród badanych

Spożycie alkoholu wśród bada- nych	Płeć				Ogółem	
	Mężczyźni		Kobiety			
	n	%	n	%	n	%
Codziennie	0	0	0	0	0	0
Raz w tygodniu	13	26,0	0	0	13	13,0
Raz w miesiącu	35	70,0	1	2,0	36	36,0
Nie piję	0	0	10	20,0	10	10,0

Okolicznościowo	2	4,0	39	78,0	41	41,0
Razem	50	100,0	50	100,0	100	100,0

Najwięcej ankietowanych (41.0%: 39 kobiet i 2 mężczyzn) pije alkohol okolicznościowo. Picie alkoholu raz w miesiącu deklaruje 36.0% badanych: 35 mężczyzn i 1 kobieta, a raz w tygodniu deklarowało 13 mężczyzn. Żadna z osób ankietowanych nie pije alkoholu codziennie, a abstynentami było 10 kobiet (tabela 7).

Dyskusja

Wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wskazują na częste występowanie u nich: nadwagi i otyłości, nadużywania alkoholu, palenia papierosów, nadmierne spożycie soli i małą aktywności fizyczną, co może sugerować na małą znajomość tych czynników jako sprzyjających występowaniu nadciśnienia tętniczego (Bartnik 2010). Przeprowadzone badanie własne wśród mieszkańców wsi, czynnych zawodowo wykazało dosyć dużą wiedzę badanych o większości wymienionych czynników sprzyjających nadciśnieniu tętniczemu. Większość ankietowanych z pośród tych czynników wskazała takie jak: stres (87.0% badanych), nadwaga i otyłość (84.0%), palenie papierosów (65.0%), nadmierne spożycie alkoholu (61.0%). Natomiast niezbyt duża część respondentów wymieniła: duże spożycie soli (34.0% badanych) oraz małą aktywność fizyczną (18.0% ankietowanych).

Wśród badanych czynników sprzyjających nadciśnieniu tętniczemu nadwaga i otyłość zajmują szczególne miejsce, co związane jest z obserwowanym pod koniec XX wieku i obecnie bardzo znacznym wzrostem występowania nadwagi i otyłości, dotyczy to również nadciśnienia tętniczego. W celu zahamowania tego wzrostu i ograniczenia występowania nadwagi i otyłości najbardziej skuteczną metodą wydają się być działania zmierzające do zmiany stylu życia społeczeństwa, w tym zwłaszcza sposobu żywienia i aktywności fizycznej (Filip i wsp. 2009). W badanej populacji mieszkańców wsi aktywnych zawodowo nadwagę stwierdzono u 52.0% ankietowanych, a otyłość u 35.0%. Uzyskane wyniki są wyższe od wyników podawanych w innych badaniach. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych Ameryki wskazują na znaczenie redukcji nadwagi w całokształcie leczenia osób z nadciśnieniem tętniczym. Dokonana przez Staessena analiza 11 programów badawczych, obejmujących 650 chorych, wykazała, że zmniejszenie masy ciała średnio o 1kg związane było z obniżeniem ciśnienia skurczowego i rozkurczowego odpowiednio o 1,6 i 1, 3mm Hg (Januszewicz i wsp. 2005).

Prawdopodobieństwo wystąpienia wysokiego ciśnienia krwi jest znacznie mniejsze u ludzi aktywnych fizycznie. W profilaktyce oraz leczeniu nadciśnienia tętniczego szczególnie wskazany jest umiarkowany wysiłek: szybkie spacerowanie czy jazda na rowerze - trwające przez 30-45 minut i powtarzane 3-4 razy

w tygodniu. Wymienione formy aktywności muszą być indywidualnie dobrane w zależności od wieku pacjenta, jego ogólnej kondycji i stanu układu sercowo-naczyniowego. Wykazano, że takie postępowanie pozwala uzyskać umiarkowany spadek ciśnienia skurczowego w granicach 4-8 mm Hg i 2-6 mm Hg ciśnienia rozkurczowego. Takie postępowanie zmniejszy zapotrzebowanie na leki hipotensyjne, a w niektórych przypadkach, łącznie z innymi metodami postępowania niefarmakologicznego, stanowić może jedyną formę leczenia hipotensyjnego (Nowacka, 2000). Wyniki naszych badań wskazują, że jedynie 9.0% mieszkańców wsi, czynnych zawodowo regularnie podejmuje wysiłek fizyczny, sporadycznie, rzadko - 58.0% ankietowanych, a nie wykonuje żadnych ćwiczeń 16.0%. W badaniach przeprowadzonych w Polsce pod koniec lat 90-tych stwierdzono, że ponad 70% dorosłych kobiet i mężczyzn prowadzi siedzący tryb życia tj. nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych trwających dłużej niż 30 minut. Jedynie 6-10% osób dorosłych w Polsce można zakwalifikować do grona osób o dużej systematycznej aktywności fizycznej (Drygas i wsp. 2009).

Palenie tytoniu jest od dawna uznawanym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu nadciśnienia tętniczego. Wypalenie papierosa podnosi ciśnienie tętnicze średnio o około 9-8 mm Hg. Palenie tytoniu jest również ważnym czynnikiem ryzyka miażdżycy tętnic nerkowych dysplazji włóknisto mięśniowej, prowadząc do powstania nadciśnienia naczyniowo nerkowego. Aż 88% chorych z miażdżycowym zwężeniem tętnicy nerkowej to osoby palące. Wykazano również, że wzrost ciśnienia wywołany wypaleniem papierosa nie reaguje na niektóre leki hipotensyjne (Goldman i wsp. 2010). Aktualny stan wiedzy pozwala stwierdzić, że palenie tytoniu jest czynnikiem etiologicznym większości chorób układu krążenia, w tym nadciśnienia tętniczego (Zatoński, 2000). W badanej przez nas populacji mieszkańców wsi 48.0% respondentów (46 mężczyzn i 2 kobiety) nałogowo paliło papierosy, w tym 21 mężczyzn wypalało ponad 20 papierosów dziennie. Międzynarodowe dane jak również badania w Polsce wskazują na zmniejszenie się palaczy w większości populacji. Według WHO MONICA częściej palą papierosy osoby o niskim statusie ekonomicznym i mieszkające w środowisku wiejskim. Palenie jest częstszym nałogiem wśród mężczyzn, niż wśród kobiet. Potwierdzają to również badania przeprowadzone przez nas.

Ponad połowa ankietowanych (61.0%) wskazała na nadmierne spożycie alkoholu jako czynnik sprzyjający nadciśnieniu tętniczemu. Wśród pijących alkohol 41.0% badanych podało, że pije alkohol okolicznościowo, 36.0% spożywa alkohol raz w miesiącu, 13.0% raz w tygodniu. Żaden ankietowany nie podał picia alkoholu codziennie, a grupę niepijących stanowiło 10 kobiet. Polska należy do państw o wysokim wskaźniku spożycia alkoholu oraz niekorzystnym modelu konsumpcji, polegającym na jednorazowym wypijaniu dużych dawek alkoholu wysokoprocentowego (Pisemna, 2006). Należy również podkreślić dużą podatności opinii społecznej na poglądy o korzystnym działaniu alkoholu, które są błędnie

akceptowane i prowadzą do nadużywania alkoholu. Natomiast zalecenia odnośnie zmian sposobu żywienia, picia alkoholu, ograniczenia palenia tytoniu czy większej aktywności fizycznej nie wywołują tak powszechnej akceptacji (Skrętowicz i wsp. 2004).

Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliło na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Wyniki badania wskazują na zróżnicowany poziom wiedzy mieszkańców wsi, aktywnych zawodowo o czynnikach sprzyjających rozwojowi nadciśnienia tętniczego. Większość wiedziała o roli stresu (87.0% badanych), nadwadze i otyłości (84.0%), paleniu papierosów (65.0%), nadmiernym spożyciu alkoholu (61.0%); znacznie mniej wskazało na duże spożycie soli (34.0%), niską aktywność fizyczną (18.0% ankietowanych).
2. Ponad połowa badanych miała nadwagę (52.0%), a u 35.0% stwierdzono otyłość, mimo iż 84.0% ankietowanych wskazało te czynniki jako sprzyjające wystąpieniu nadciśnienia tętniczego.
3. Badani mieszkańcy wsi przejawiali niską aktywność fizyczną, jedynie 9.0% ćwiczyło regularnie, a 17.0% podejmowało wysiłek fizyczny nieregularnie.
4. Ponad 1/3 badanych mieszkańców wsi (36.0%) pije alkohol raz w miesiącu, 13.0% raz w tygodniu, 41.0% okolicznościowo, żaden nie pije codziennie, a 20.0% badanych kobiet nie pije alkoholu.
5. Prawie 2/3 respondentów (65.0%) posiada wiedzę o wpływie palenia na występowanie nadciśnienia tętniczego, a mimo to nałogowi palacze stanowili 48.0% badanych.

Bibliografia

1. Appel L., Moore T., Obarzanek E., et al. (2009) A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med*; 336: 1177-1124.
2. Bartnik W. (2010) Choroba wrzodowa. W: *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, A Szczeklik (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków, 839 -845.
3. Ciurysek M., Schabowski J. (2008) Modyfikowalne czynniki ryzyka chorób układu krążenia i zachowania zdrowotne pacjentów poddanych operacyjnemu leczeniu chorób serca. *Med. Ogólna*, 14, 3, 235-245.
4. Drygas W., Skiba A., Bielecki W., Puska P. (2009) Ocena aktywności fizycznej mieszkańców sześciu krajów europejskich. Projekt Bridging East-West Health Gap. *Medycyna Sportiva*, 5, (suppl. 2), 119
5. Filip R., Ciurysek M., Schabowski J. (2009) Rola wysiłku fizycznego w prewencji powikłań chorobowych otyłości. *Med. Ogólna*, 15, 1, 27-34.
6. Goldman J., Klinger M. (2010) Nikotyna a powikłania sercowo-naczyniowe choroby nadciśnieniowej. *Przegląd Lekarski*, 55.

7. Hyman DJ, Oavlik VN. (2001) Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med.* 345: 479-86.
8. Jagier A. (2009) Wysilek fizyczny u osób z nadciśnieniem tętniczym. *Medycyna Sportowa*, 19.
9. Januszewicz A. i Januszewicz W. (2005) Nadciśnienie tętnicze. *Medycyna praktyczna*. Kraków.
10. Musiał W., Prokop J. (2009) Nadciśnienie tętnicze. ADI, Łódź 2009.
11. National High Blood Pressure Education Program: National High Blood Pressure Education Program Working Group report on primary prevention of hypertension . *Arch Intern Med* 1993; 153:186-208.
12. Nowacka E.(red.) (2000) Nadciśnienie . KiW, Warszawa.
13. Pisegna J.R. (2006) Wrzód trawienny żołądka. W: *Gastroenterologia i choroby wątroby*, T.M. Bayless, A.M. Diehl (red.). Wyd. Czelej, Lublin, 155 -162.
14. Skrzutowicz B., Schabowski J. (2004) Alkoholizm w Polsce - problemy epidemiologiczne. *Med. Ogólna*, 10 (39), 9-17.
15. Skrzydło-Radomańska B., Radwan P., Schabowski J. (2004) Pozytywne skutki działania alkoholu na przewód pokarmowy - czy istnieją?. *Med. Ogólna*, 10 (39),101-107.
16. Szerma K., Borys B., Narkiewicz K., Furmański J., Majkowicz M., Krupa-Wojciechowska B. (1998) Wpływ 5-tygodniowej terapii relaksacyjnej, na wartość ciśnienia tętniczego u chorych na nadciśnienie tętnicze graniczne. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 4/24.
17. Trias of Hypertension Prevention Collaborative Research Group: The effects nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels: results of the Trials of Hypertension Prevention, Phase I. *Jama* 1992; 267: 1213-1220.
18. Trial of Hypertension Prevention Collaborative Group: Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure: the Trials of Hypertension Prevention, Phase II. *Arch Intern Med* 1997; 157:657-667.
19. Whelton PK, Appel LJ, Eilspeland MA, et al. (1998) Sodium and reduction of weight in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic in the elderly (TONE). *JAMA*; 279:839-846.
20. Zatoński W. (2000) *Biuletyn Centrum Onkologii*. Warszawa.

Liczba znaków ze spacjami: 20 075

Ocena występowania raka tarczycy w latach 2001-2010 w Polsce

Streszczenie: Rak tarczycy stanowi zaledwie 0,5% ogółu nowotworów wśród mężczyzn i 2% wśród kobiet, ale jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym gruczołów wydzielania wewnętrznego. Histologicznie występuje jako rak pęcherzykowy, brodawkowy, rdzeniasty i anaplastyczny, jednak najczęstszy i stanowiący 70-80% wszystkich przypadków raka tarczycy w krajach o prawidłowej podaży jodu jest rak brodawkowy.

Stwierdza się, że mimo wzrostu liczby zachorowań z powodu raka tarczycy odnotowuje się jednak spadek umieralności z tego powodu. Przyczyny tego stanu są związane ze skutecznymi metodami leczenia oraz stosunkowo niską agresywnością biologiczną raka tarczycy. Celem badań była analiza danych z Krajowego Rejestru Nowotworów na temat nowotworu tarczycy w Polsce w latach 2001 – 2010. Na podstawie dokonanej analizy danych wykazano, że na przestrzeni w/w lat na nowotwór tarczycy zachorowało w Polsce łącznie 14.947 kobiet i 3.138 mężczyzn, co ogółem stanowi aż 18.085 osób.

Słowa kluczowe: rak tarczycy, zachorowalność, umieralność

Wstęp

Nowotwór tarczycy jest najczęściej występującym nowotworem gruczołów wydzielania wewnętrznego (90%), ale stanowi zaledwie ok. 1% wszystkich nowotworów złośliwych u ludzi (Gryczka, 2007; Didkowska, 2011). Współczynnik zachorowalności na ten typ nowotworu wynosi w Polsce ponad 1000/rok (Jarząb, 2001; Komorowski i wsp. 2010). W rozpoznaniu raka tarczycy na ogół stosowana jest klasyfikacja przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (Roszkowska, Goryński, 2004; Nagasaki, Nystrom, 2002). Historia raka tarczycy opiera się według badaczy głównie na powiązaniu występowania choroby z awarią w Czarnobylu w 1986 roku (Gembicki i wsp. 1995; Lewiński i wsp. 1991; Mangano, 1996; Moysich, Menezes, 2002). Jak wykazują badania, tkanka dziecięcego gruczołu tarczowego jest najbardziej wrażliwa na promieniowanie jonizujące, dlatego też, większość doniesień dotyczy właśnie dzieci (Trejster, 2001). Na podstawie literatury stwierdza się, że na Białorusi pierwsze przypadki nowotworu tarczycy zaobserwowano właśnie na terenach najbardziej skażonych po wybuchu w Czarnobylu, tj. w rejonie brzeskim

i homelskim (Zonenberg i wsp. 2006). W latach 1990-1992 zanotowano aż 131 przypadków raka tarczycy u białoruskich dzieci (Zonenberg i wsp. 2006). Na podstawie danych pochodzących z Centrum Raka Tarczycy oraz Państwowego Instytutu Medycznego w Mińsku od 1986 roku do końca 1994 roku z powodu raka tarczycy operowano tam 333 dzieci. Stan ten miał związek z ponad 40-krotnym wzrostem zachorowań na raka tarczycy w porównaniu z latami 1977-1985, kiedy wykryto jedynie 8 przypadków tego nowotworu (Zonenberg i wsp. 2006).

Doniesienia z piśmiennictwa wskazują, że w Rosji, w regionie Briańsk w 1994 roku stwierdzono najwyższą zachorowalność na raka tarczycy wśród dorosłych 11 przypadków na 100000 kobiet i 1, 7 na 100000 mężczyzn, podczas gdy na terenie całej Rosji współczynniki wynosiły 4 na 100000 oraz 1,1 na 100000. Według badaczy większa różnica dostrzegalna była wśród dzieci i wynosiła odpowiednio 2,5 na 100000 w rejonie briańskim oraz 0,2 na 100000 w całej Rosji (Zonenberg i wsp. 2006).

Piśmiennictwo wskazuje, że promieniowanie jonizujące jakim skutkowałam awaria w Czarnobylu zwiększyło odsetek występowania raka tarczycy u dzieci, przy czym najwięcej guzów tego gruczołu obserwowano wśród populacji dzieci, które w momencie katastrofy miały mniej niż 5 lat, a rozwijające się nowotwory wykazywały cechy większej złośliwości (Zonenberg i wsp. 2006; Zdanowska-Filipczak, Orlicz-Szczęsna, 2004).

Zdaniem badaczy na całym świecie kobiety chorują trzykrotnie częściej na nowotwór tarczycy niż mężczyźni. Współczynnik zachorowań wynosi 2,8 na 100000 kobiet oraz 0,8 na 100000 mężczyzn. Według niektórych doniesień różnica ta zacieiera się dopiero po przekroczeniu 70 roku życia (Wojciechowska i wsp. 2010, 2012).

W latach 1991-1996 przeprowadzono największy międzynarodowy program przesiewowy dzieci po wypadku w Czarnobylu. Wśród 118.773 małych mieszkańców Białorusi, Ukrainy i Rosji stwierdzono aż 62 przypadki raka tarczycy (Gembicki i wsp. 1995).

W oparciu o dane z rejestrów nowotworowych obszaru północnej Anglii w latach 1968-1986 i 1987-1997 w pierwszym okresie wyodrębniono 26 nowotworów wśród osób w wieku 15-24 lata oraz 39 przypadków poniżej 15 roku życia. W drugim okresie stwierdzono odpowiednio 30 i 4 przypadki zachorowań na ten nowotwór, przy czym największy wzrost wskaźnika zachorowań obserwowano na obszarze Cumbri (Wielka Brytania) (Gryczka, 2007).

Z piśmiennictwa wynika, że częstość występowania raka tarczycy wśród osób poniżej 15 roku życia wzrosła również w Connecticut (USA), gdyż przed 1989 rokiem wskaźnik zachorowań wynosił 1,6 na milion, a w latach późniejszych wzrósł do 3,1 na jeden milion mieszkańców. Podobny wzrost zachorowań obserwowano także w latach 1990-1993 i dotyczył on nie tylko dzieci ale i dorosłych (Mangano, 1996).

Histologicznie raki tarczycy dzieli się na: raka pęcherzykowego, brodawkowego, rdzeniastego i anaplastycznego (Bryan, 2001). Najczęstszym typem histologicznym stanowiącym 70-80% wszystkich przypadków raka tarczycy w krajach

o prawidłowej podaży jodu jest rak brodawkowy. Rak pęcherzykowy stanowi 5-15% wszystkich raków, ale charakteryzuje się większą agresywnością. Pozostałe typy cechuje mniejsza częstość występowania (rak rdzeniasty – 5%, rak anaplastyczny – 1% (Jarząb i wsp. 2008, Kopczyńska i wsp. 2006, Kopczyńska i wsp. 2007, Krysiak i wsp. 2001, 2008).

Dokładna etiologia raka tarczycy jest niejasna. Niektóre postacie tj. rak rdzeniasty, rzadziej brodawkowy mogą mieć podłoże genetyczne i występować rodzinie. Rozwojowi raka tarczycy sprzyja także przebyte przed 20 rokiem życia napromieniowanie tarczycy np. w toku leczenia nowotworów złośliwych okolicy głowy i szyi lub skażenia radioaktywnego (Dziarkowska, Wieczorek, 2006).

Charakterystyczna zdaniem wielu badaczy dla nowotworów tarczycy jest zmniejszona jodochwytność, a proces ten jest ściśle związany z białkiem NIS, którego ekspresja w tego typu nowotworach jest zmniejszona. Wśród chorych na pierwotnego raka tarczycy wykazuje się także zmniejszenie ilości mRNA i białka CD82, a u chorych z rakiem brodawkowym nasilenie występowania antygenu CD44 (Herman, Jarząb, 2011).

Na podstawie wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Tyreologicznego stwierdza się, że rak brodawczakowaty występuje głównie wśród osób młodych i dzieci oraz kobiet w 3 i 4 dekadzie życia. Występuje w liczbie mnogiej w obu płatach gruczołu, ale jest nieotorebkowany, średnicy od kilku do kilkudziesięciu milimetrów o łagodnym przebiegu (Herman, Jarząb, 2011).

Rak pęcherzykowy stanowi zdaniem badaczy około 20% wszystkich raków tarczycy. Szczyt zachorowań przypada między 40 a 50 rokiem życia. Postać ta cechuje się umiarkowaną złośliwością, która zmienia się zależnie od postaci (angioinwazyjnej i masywnie naciekającej). Ten rodzaj nowotworu tarczycy daje przerzuty do płuc i kości (Jarząb, 2001).

Rak rdzeniasty jest bardzo rzadki i występuje (wg różnych doniesień) u jednej osoby na milion rocznie. Wywodzi się z komórek około pęcherzykowych tzw. komórek C, będących źródłem kalcytoniny w organizmie. Charakteryzuje się umiarkowaną złośliwością. Guz rośnie wolno, ale wcześniej daje przerzuty do węzłów chłonnych, kości, płuc i wątroby. U $\frac{3}{4}$ chorych ten rodzaj raka ma charakter sporadyczny, natomiast u $\frac{1}{4}$ pozostałych chorych jest uwarunkowany genetycznie i wchodzi w skład MEN2 – zespołu mnogiej gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej typu 2 (Jarząb i wsp. 2008, Krysiak i wsp. 2008).

Rak anaplastyczny stanowi około 10% wszystkich raków tarczycy. Występuje głównie wśród osób po 50 roku życia. Charakteryzuje się naciekającym, szybkim wzrostem oraz szybko powstającymi przerzutami drogą krwionośną oraz chłonną. Duży odsetek chorych umiera przed upływem 6 miesięcy od czasu rozpoznania (Komorowski i wsp. 2012).

Czynniki ryzyka wystąpienia raka tarczycy badacze klasyfikują na egzogenne oraz endogenne (Gryczka, 2007). Do pierwszych zalicza się: niedobór jodu i nad-

miar jodu oraz promieniowanie jonizujące. Według doniesień stwierdza się, że w ciągu 5-15 lat od zastosowania powszechnej profilaktyki jodem odsetek osób ze zróżnicowanym rakiem pęcherzykowym uległ zmniejszeniu. Literatura wskazuje, że w czasie ostatnich 15 lat trwania powszechnej profilaktyki jodem wzrósł odsetek chorych z rakiem brodawkowatym i naciekami limfocytarnymi (Szubiński, 2003).

Czynniki endogenne odpowiedzialne za rozwój nowotworu tarczycy to: płeć (kobiety chorują ponad 3 razy częściej niż mężczyźni), wiek (80% zachorowań występuje po 30 roku życia), protoonkogeny, zaburzenia hormonalne (Gryczka, 2007; Jarzab, 2001).

Objawy nowotworu tarczycy opisane w literaturze są różnorodne i zależą od stopnia zaawansowania, jak np: ból szyi, duszność, utrudnione połykanie, powiększenie węzłów chłonnych szyi (Gryczka, 2007; Jarzab, 2001).

Cel badań

Celem badań była analiza zachorowalności i umieralności na raka tarczycy w Polsce względem płci i w poszczególnych województwach w latach 2001-2010.

Materiał i metody

Materiał badawczy stanowiły dane pozyskane z raportów Krajowego Rejestru Nowotworów działającego przy Centrum Onkologii-Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie dotyczące zachorowalności i umieralności kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2001-2010.

Dane w Krajowym Rejestrze Nowotworów są opracowane na podstawie zbiorczych statystyk z Centrów Onkologii z całej Polski, które odnotowują wszystkie przypadki zachorowań na nowotwory złośliwe z terenu całego kraju. Wojewódzkie rejestry nowotworów przesyłają dane w formie elektronicznej do Krajowego Rejestru Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie, tam dane te są weryfikowane pod względem poprawności logicznej i merytorycznej, a następnie przedstawione w ogólnopolskim zbiorze rocznym. Zbiór ten powstaje przez połączenie danych dotyczących przypadków zachorowań zdiagnozowanych w konkretnym roku i zgłoszonych do wojewódzkich rejestrów nowotworów. Ocena umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce każdego roku zostaje opracowana na podstawie danych pochodzących ze świadectw zgonów gromadzonych przez Główny Urząd Statystyczny.

Raporty te, zawierają także informacje dotyczące współczynników zachorowań i umieralności dla nowotworów tarczycy z podziałem na wiek, płeć oraz województwo. Rejestracja raka tarczycy odbywa się w ramach Krajowego Rejestru Nowotworów znajdującego się w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów przy Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie. Wszyst-

kie przypadki zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce gromadzone są na podstawie kart zgłoszenia nowotworów złośliwych, a źródłowym dokumentem o podstawowym znaczeniu dla bazy danych Krajowego Rejestru Nowotworów jest Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego, która służy do zgłaszania przypadków zdiagnozowanych nowotworów złośliwych oraz raka „in situ” przez wszystkie placówki publicznej i niepublicznej służby zdrowia na terenie całej Polski. Wyniki pozyskiwane w ten sposób opracowywane są przy pomocy odpowiednich metod statystycznych, spośród których najważniejszy jest standaryzowany współczynnik zachorowalności (umieralności) według wieku, który określa jaka liczba zachorowań (zgonów) wystąpiłaby w badanej populacji, przy założeniu, że struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego.

Wyniki badań

Z analizy danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów wynika, iż w roku 2001 największy odsetek zachorowań wśród mężczyzn wystąpił w województwie lubuskim, podlaskim, małopolskim (po 1,4), natomiast najmniejszy w województwie opolskim (0,3). W ciągu 2001 roku odnotowano łącznie 236 zachorowań na nowotwór tarczycy wśród mężczyzn. Na podstawie danych zaobserwowano, że wśród kobiet, największy odsetek dotyczył województwa świętokrzyskiego (8,8), a najmniejszy województwa dolnośląskiego (3,0). Współczynnik zachorowalności na raka tarczycy dla polskich kobiet w roku 2001 wyniósł 5,0.

W 2002 roku największą zachorowalność na raka tarczycy wśród mężczyzn odnotowano w województwie łódzkim (2,1), a najmniejszą liczbę zachorowań w województwie zachodniopomorskim (0,9). W ciągu całego 2002 roku odnotowano łącznie 286 zachorowań na raka tarczycy wśród płci męskiej. Zaobserwowano, że najwięcej kobiet zachorowało na raka tarczycy w województwie świętokrzyskim (13,0), a najmniej w województwie podlaskim (2,9). W ciągu 2002 roku stwierdzono aż 1430 zachorowań wśród kobiet, a współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy dla płci żeńskiej w roku 2002 wyniósł 5,6.

Analiza danych opracowanych przez Centrum Onkologii wykazała, że w 2003 roku odnotowano łącznie 314 zachorowań na raka tarczycy wśród mężczyzn. Zaobserwowano, że największy współczynnik zachorowalności, bo aż 2,7 odnotowano w województwie świętokrzyskim, a najmniejszy w województwie lubuskim (0,8). Z dostępnych danych wynika, że w całym roku 2003 zanotowano 314 zachorowań na nowotwór tarczycy wśród mężczyzn. W 2003 roku wśród kobiet najwięcej przypadków nowych zachorowań zanotowano w województwie warmińsko-mazurskim (10,0), a najmniej (2,4) w województwie śląskim. W ciągu całego 2003 roku odnotowano aż 1372 nowe przypadki zachorowania na raka tarczycy

wśród kobiet. Współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy wśród kobiet w roku 2003 wyniósł 5,3.

Z danych dotyczących odsetka zachorowań w poszczególnych województwach Polski w roku 2004 wynika, że największy odsetek zachorowań na raka tarczycy zdiagnozowanych u mężczyzn odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (2,4), a najmniej zachorowań wśród mieszkańców województwa lubelskiego (0,8). W całym roku 2004 rozpoznano ogółem 296 przypadków raka tarczycy wśród mężczyzn. W tym samym roku, najwięcej zachorowań na raka tarczycy wśród kobiet obserwowano w województwie świętokrzyskim, a najmniej w województwie pomorskim (2,5). W roku 2004 stwierdzono aż 1272 przypadki nowych zachorowań na raka tarczycy wśród kobiet, a w całej Polsce współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy wyniósł 4,9.

Z dostępnych rejestrów nowotworów złośliwych wynika, że w 2005 roku najwięcej nowotworów tarczycy wśród mężczyzn rozpoznano w województwie warmińsko-mazurskim (2,5), a najmniej (0,7) w województwie opolskim. W całym 2005 roku zdiagnozowano ogółem 280 przypadków raka tarczycy w populacji mężczyzn. Współczynnik standaryzowany dla zachorowalności na nowotwory tarczycy wyniósł w 2005 roku 1,2. Zaobserwowano, że najwięcej przypadków raka tarczycy rozpoznanego u kobiet dotyczyło województwa świętokrzyskiego (9,4), a najmniej (2,6) dolnośląskiego, przy czym ogólna liczba nowotworów tarczycy w populacji kobiet wyniosła aż 1405 nowych przypadków. W całej Polsce w roku 2005 współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy wyniósł 5,4.

W roku 2006 najwięcej nowotworów tarczycy rozpoznano u mężczyzn zamieszkujących województwo podlaskie (2,8), natomiast najrzadziej był on rozpoznawany wśród mieszkańców województwa lubuskiego (0,8). W ciągu tego roku stwierdzono wśród mężczyzn 339 nowych zachorowań. Zaobserwowano, że najwięcej zachorowań na raka tarczycy wśród kobiet odnotowano w województwie świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (8,4), natomiast najmniej w województwie pomorskim (3,1). W roku 2006 zanotowano jednak aż 1482 przypadki nowych zachorowań na raka tarczycy, a odsetek ten był wyraźnie wyższy niż w roku poprzednim. W całej Polsce w roku 2006 współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy wyniósł 5,7.

W kolejnym roku (2007) największy odsetek mężczyzn z rozpoznaniem raka tarczycy dotyczył województwa kujawsko - pomorskiego (1,7), a najmniejszy (0,5) odnotowano wśród mężczyzn zamieszkujących województwo pomorskie. Ogół nowych zachorowań na ten rodzaj nowotworu dla płci męskiej był tylko nieznacznie mniejszy od roku poprzedniego i wyniósł 312 nowych zachorowań. Z analizy danych wynika, że najwięcej nowych zachorowań na raka tarczycy wśród kobiet obserwowano w województwie świętokrzyskim (9,3), a najmniej (2,5) w województwie pomorskim. Warto zwrócić uwagę, że w roku 2007 zanotowano łącznie

1474 nowych przypadków zachorowań wśród płci żeńskiej. W całej Polsce w roku 2007 współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy wyniósł 5,5.

W 2008 roku najwięcej przypadków zachorowań na raka tarczycy u mężczyzn odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (2,3), a najmniej w województwie pomorskim (0,7). W 2008 roku zanotowano jednak podobnie wysoką do lat poprzednich liczbę zachorowań, ogółem aż 332 nowe przypadki raka tarczycy wśród mężczyzn. W całej Polsce współczynnik standaryzowany wyniósł 1,4 dla tego nowotworu. Stwierdzono, że najwięcej przypadków zachorowań na raka tarczycy wśród kobiet zanotowano w województwie małopolskim (10,4), a najmniej w województwie pomorskim (3,4). W roku 2008 odnotowano także większą niż w latach poprzednich liczbę nowych zachorowań, ogółem było to aż 1695 przypadków raka tarczycy wśród kobiet. W całej Polsce w roku 2008 współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy wyniósł 6,4.

Stwierdzono, że w roku 2009, najwięcej chorujących mężczyzn z rozpoznanym nowotworem tarczycy (2,4) mieszkało w województwie świętokrzyskim, a najmniej (0,9) w województwie lubelskim. W tym właśnie roku odsetek rozpoznania tego nowotworu był zdecydowanie większy niż w latach poprzednich, tj. od roku 2001 i wyniósł aż 359 nowych zdiagnozowanych nowotworów tarczycy. Współczynnik standaryzowany dla Polski w tym roku wyniósł 1,5. W populacji kobiet w tym samym roku (2009) najwięcej zachorowań z powodu raka tarczycy odnotowano w województwie świętokrzyskim (9,5), a najmniej w województwie opolskim (3,3).

W roku 2009 rozpoznano jednak już 1.712 nowych przypadków raka tarczycy wśród kobiet. W tym też roku w całej Polsce współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy wyniósł 6,5.

W 2010 roku największy odsetek mężczyzn z rozpoznanym rakiem tarczycy zamieszkiwało województwo pomorskie (2,4). Najmniejszy odsetek chorych stanowili mieszkańcy województwa lubelskiego (0,8), ale ogólna liczba rozpoznania nowotworu tarczycy dla Polski była ponownie wyższa niż w porównaniu z latami poprzednimi i wynosiła 384 rozpoznania dla tej płci. W roku 2010 w województwie świętokrzyskim zanotowano aż (9,9) zachorowań na raka tarczycy wśród kobiet. Najmniej nowych przypadków zachorowań wykazano w województwie lubelskim (3,3). Ogółem w 2010 roku stwierdzono 1808 nowych zachorowań na nowotwór tarczycy wśród kobiet, a w całej Polsce w roku 2010 współczynnik standaryzowany zachorowań na raka tarczycy wyniósł 6,7.

Z tabeli 1 wynika, że liczba zachorowań na nowotwory tarczycy wyniosła w 2010 roku aż 2.192 przypadków, z czego 384 rozpoznano u mężczyzn i 1.808 u kobiet. Z danych zawartych w tej tabeli wynika, że ciągu tych dziesięciu obserwowanych lat, liczba zachorowań zdecydowanie wzrosła. Obserwowane standaryzowane współczynniki wskaźnika zachorowań dla kobiet i mężczyzn wyniosły odpowiednio w roku 2000 (3,0); w 2005 (3,3); 2010 (4,2).

Tabela 1. Zachorowalność na raka tarczycy w latach 2000-2010 wśród kobiet i mężczyzn (Wojciechowska 2010).

MĘŻCZYŻNI			
Rok	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2000	264	1.4	1.2
2005	280	1.5	1.2
2010	384	2.1	1.5
KOBIECY			
Rok	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2000	1193	6.0	4.7
2005	1405	7.1	5.4
2010	1808	9.1	6.7
OGÓŁEM			
Rok	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2000	1457	3.8	3.0
2005	1685	4.4	3.3
2010	2192	5.7	4.2

Z danych zawartych w tabeli 2 wynika, że liczba zgonów z powodu rozpoznanych nowotworów tarczycy wyniosła w 2010 roku ogółem 261 przypadków wszystkich zgonów, z czego 74 dotyczyło mężczyzn i 187 kobiet. Współczynnik standaryzowany wskaźnika umieralności dla kobiet i mężczyzn w roku 2000 wyniósł 0,5, a w roku 2010 (0,3).

Tabela 2. Umieralność na raka tarczycy w latach 2001-2010 wśród kobiet i mężczyzn (Wojciechowska 2010).

MĘŻCZYŻNI			
Rok	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2000	84	0.4	0.4
2010	74	0.4	0.3
KOBIECY			
Rok	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2000	217	1.1	0.6
2010	187	0.9	0.4

OGÓŁEM			
Rok	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2000	301	0.8	0.5
2010	261	0.7	0.3

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 3, w ciągu całego obserwowanego okresu 10 lat (od 2001 do 2010 roku) na nowotwory zachorowało w Polsce łącznie 1.262.619 osób, z czego aż u 18.112 osób zdiagnozowano nowotwór tarczycy.

Tabela 3. Zachorowalność na nowotwory w latach 2001-2010 (Wojciechowska 2010).

Rok	Nowotwory ogółem	Rak tarczycy
2001	114709	1560
2002	115215	1716
2003	121144	1686
2004	121300	1568
2005	125673	1685
2006	126020	1821
2007	128889	1786
2008	131073	2027
2009	138032	2071
2010	140564	2192
Razem	1262619	18112

Dyskusja

Nowotwory złośliwe stanowią istotny problem, nie tylko zdrowotny ale także ekonomiczny społeczeństwa polskiego. O powadze tego problemu wskazują dane statystyczne potwierdzające aż 155 tys. nowych zachorowań rocznie i ponad 320 tys. osób z już rozpoznaną chorobą nowotworową (Jarząb 2001; Komorowski i wsp. 2010)

Rak tarczycy jest najczęściej występującym nowotworem gruczołów wydzielania wewnętrznego i stanowi około 1% wszystkich przypadków guzów tarczycy. Wykazuje on duże zróżnicowanie – od gruczolaków do złośliwych i agresywnych raków anaplastycznych (Herman, Jarząb, 2011).

Stwierdza się, że pomimo tego, iż nowych przypadków raka tarczycy jest coraz więcej, to współczynnik umieralności z powodu tego rodzaju nowotworu spada. Przyczyn tego stanu należy szukać przede wszystkim w dużej skuteczności stosowanych metod leczenia oraz stosunkowo niską agresywnością biologiczną tego rodzaju nowotworu (Bryan, 2001). Z tego powodu i z uwagi na fakt, że podstawowym sposobem leczenia raka tego typu jest nadal leczenie chirurgiczne, to

większość chorych ma zdecydowanie duże szanse na wyleczenie (Dziarkowska, Wieczorek, 2006; Musiatowicz, 1993; Stajgis, 2005).

Z analizy dostępnego piśmiennictwa wynika, że na przestrzeni lat 1980–2000 obserwowano wzrost częstości zachorowań. Wzrost ten był wyraźnie widoczny od roku 1991 (wśród kobiet), a w latach 1992–1993 i 1999–2000 dotyczył także mężczyzn (Roszkowska, Goryński, 2004). Według niektórych autorów stan ten miał związek czasowy ze wstrzymaniem w Polsce profilaktyki jodowej w 1980 roku (Herman, Jarzab 2011, Lewiński 1991). Ponadto badacze zwracają też uwagę na inne przyczyny tego stanu i doszukują się rozwiązania przyczyn tego zjawiska wśród czynników ryzyka nowotworów tarczycy, wśród których za najbardziej istotne wymienia się promieniowanie jonizujące pochodzące głównie z Czarnobyla (Gembicki i wsp. 1995; Lewiński 1991).

Jak podaje literatura w Polsce w ciągu każdego roku obserwuje się około 1000 nowych zachorowań na raka tarczycy (Gryczka, 2007; Roszkowska, Goryński, 2004), a uśrednione dane na ten temat dowodzą, że w latach 2001–2010 na terenie Polski co roku rozpoznawano około 1800 nowych zachorowań.

Z piśmiennictwa i danych statystycznych wynika, że wśród chorych znajdują się osoby w różnym przedziale wiekowym, chociaż nowotwory tarczycy traktowane są zwykle, jako choroby wieku starszego (Zemła, Wołosza, 2011). W latach 1980–2000 wzrost zachorowań u obu płci był obserwowany już od 40 roku życia. Podobne dane obserwowano w innych krajach, np. we Francji mediana wieku wynosiła 53 lata u mężczyzn i 49 lat u kobiet. W Polsce mediana wieku dla chorych leczonych z powodu nowotworu tarczycy w latach 1980–1996 wynosiła 58,0 lat u mężczyzn i 53,5 wśród kobiet (Roszkowska, Goryński, 2004). Obecnie, badacze wskazują wyraźnie, że ten typ nowotworów jest diagnozowany praktycznie w każdym wieku, ale według literatury najczęściej pacjentkami są kobiety między 25 a 60 rokiem życia (Gryczka, 2007; Dziarkowska, Wieczorek, 2006).

Z dostępnego piśmiennictwa wynika, że w Polsce mężczyźni hospitalizowani z powodu nowotworów tarczycy stanowią 0,02%, a kobiety 0,07% wszystkich przypadków leczonych w szpitalach (Didkowska i wsp. 2011).

Na podstawie danych pochodzących z Krajowego Rejestru Nowotworów zarejestrowane zachorowania na raka tarczycy stanowią odpowiednio - wśród mężczyzn poniżej 0,5% ogółu nowotworów i zajmują 32 miejsce. U kobiet, nowotwory tarczycy rejestrowane są jednak już trzy razy częściej i stanowią nieco powyżej 2% ogółu zachorowań na nowotwory ogółem i plasują się na 13 miejscu wg kolejności występowania (Didkowska i wsp. 2011).

Analiza danych pozyskanych z Krajowego Rejestru Nowotworów wskazuje, że w latach 2001 – 2010 na raka tarczycy zachorowało łącznie 14.947 kobiet i 3.138 mężczyzn, co ogółem stanowi 18.085 osób. Z analizy danych wynika, że statystycznie najwięcej zachorowań odnotowano w 2010 roku, ale prawie sześciokrotnie więcej wśród kobiet (1808) niż wśród mężczyzn (384).

Dostępne dane statystyczne dotyczące występowania nowotworu tarczycy wskazują, na wyraźną różnicę między odsetkiem liczby zachorowań na terenach poszczególnych województw Polski. Z danych tych wynika, że niemal w każdym roku największa liczba zachorowań miała miejsce w województwach: świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim, a najmniejsza była na terenach województw: lubelskiego i opolskiego.

Uzyskane dane Krajowego Rejestru Nowotworów pozwalają wnioskować również, że w latach 2001 – 2010 w Polsce stwierdzono aż 1940 zgonów z powodu raka tarczycy wśród kobiet oraz 805 zgonów wśród mężczyzn, co daje łączną liczbę 2745. Współczynnik umieralności zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn był stosunkowo niski w porównaniu z umieralnością z powodu innych nowotworów.

Stwierdza się, że podstawowym warunkiem prawidłowej oceny stanu zagrożenia nowotworami złośliwymi jest wiarygodność danych, a zatem konieczna jest wzorowa, a tym samym jak najwyższa kompletność rejestracji nowotworów w danej populacji. Zaobserwowano znaczącą poprawę kompletności rejestracji nowotworów złośliwych w Polsce. Przykładowo, na początku lat 80. oszacowano braki w tym zakresie na około 30%. W kolejnych latach, odsetek ten miał tendencję spadkową i obniżał się: do 20% w 1990 roku, a kolejno do 5% w 1996 roku. Kolejnym przykładem są lata 1997 i 1998, kiedy to z powodu akcji protestacyjnej lekarzy nie wypełniano informacji o przyczynie zgonu w historii choroby oraz kart zgłoszenia nowotworu, co doprowadziło do zdecydowanego obniżenia jakości rejestracji, a w konsekwencji też wiedzy o nowotworach złośliwych w Polsce. W roku 2010 średnia kompletności danych na ten temat w całym kraju wynosiła 91%, przy czym stu procentowa zgłaszalność była tylko w województwie: lubelskim, podkarpackim, pomorskim oraz świętokrzyskim. Najmniejszą frekwencję osiągnęły województwa: zachodniopomorskie, podkarpackie oraz mazowieckie - ok. 78%, ale w 2009 roku kompletność rejestracji wynosiła tylko 89%. Z tego powodu informacja ta może pozwalać na stwierdzenie, że nawet dane pozyskane z Krajowego Rejestru Nowotworów mogą być nie do końca wiarygodne (Wojciechowska i wsp. 2010).

Wnioski

W wyniku podjętych działań (analiza opracowań w rejestrach nowotworów) i przegląd piśmiennictwa sformułowano następujące wnioski:

1. Poziom zachorowalności na raka tarczycy w latach 2001-2010 był niski, w porównaniu z ogólną liczbą zachorowań na wszystkie nowotwory złośliwe.
2. Analiza danych pozyskanych z Krajowego Rejestru Nowotworów wykazała, że w latach 2001 – 2010 odsetek zachorowań na raka tarczycy wykazał tendencję wzrostową, a współczynnik standaryzowany wskaźnika zachorowań dla kobiet i mężczyzn wynosił w roku 2000 (3,0); w 2005

- (3,3); 2010 (4,2), a współczynnik standaryzowany wskaźnika umieralności dla kobiet i mężczyzn wynosił w roku 2000 (0,5), a w roku 2010 (0,3).
3. Zachorowalność na raka tarczycy w Polsce wykazuje zróżnicowanie w zakresie poszczególnych województw, chociaż w każdym roku największa liczba zachorowań miała miejsce w województwie śląskim i mazowieckim, i była mniejsza na terenach województw lubuskiego i opolskiego. Taką samą tendencję obserwowano w odniesieniu do liczby zgonów.

Bibliografia

1. Bryan G.T., Olsen M.R., Robins H.I. Tł. Stachura J., Czopek J.P. (2001), Historia naturalna i biologia nowotworów. W: Pollock R. (red.): Podręcznik Onkologii Klinicznej. Wydawnictwo Przegląd Lekarski. Kraków.
2. Gembicki M., Demidchik E.P., Gedrevich Z.E. (1995) Wzrost zachorowalności na raka tarczycy u dzieci na Białorusi po katastrofie elektrowni atomowej w Czarnobylu. *Endokrynologia Polska*, 46 (supl.2), s. 145-152.
3. Gryczka R. (2007) Rak tarczycy W: Onkologia. Skrypt dla studentów. Katedra i Klinika Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań, s. 65-89.
4. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2011) Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku. Centrum Onkologii Instytut. Warszawa.
5. Dziarkowska K., Wieczorek P. (2006) Nowotwory tarczycy – klasyczne techniki diagnostyczne i markery nowotworowe. *Kosmos*, vol. 55, nr 2/3, s. 267-276.
6. Herman K., Jarzab M. (2011) Nowotwory układu wewnątrzwydzielniczego. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych.
7. Jarzab B.: Nowotwory gruczołów dokrewnych. (2001) W: Krzakowski M. (red.) Onkologia kliniczna. Wydawnictwo Medyczne Borgis. Warszawa, s. 76-83.
8. Jarzab B., Włoch J., Wygoda Z. (2008) Genetyka kliniczna raka rdzeniastego tarczycy. *Postępy Nauk Medycznych*, nr 7, s. 472-481.
9. Komorowski A.L., Barczyński M., Wysocki W.M. (2012) Rak tarczycy. Nowa klasyfikacja TNM. *Medycyna Praktyczna - Chirurgia*, nr 2., s. 15-23
10. Kopczyńska E., Junik R., Tyrakowski T. (2006) Mutacja genu BRAF w raku tarczycy. *Polski Merkuriusz Lekarski*, vol. 20, nr 116, s. 210-213.
11. Kopczyńska E., Kwapisz J., Junik R. i in. (2007) Komórkowe markery nowotworowe w raku tarczycy. *Polski Merkuriusz Lekarski*, vol. XXII, nr 130, s. 295-299.
12. Krysiak R., Marek B., Okopień B. (2008) Rak rdzeniasty tarczycy – aktualny stan wiedzy. *Endokrynologia Polska*, vol. 59, nr 5, s. 446-455.
13. Krysiak R., Bogdan M., Okopień B. (2001) Rak rdzeniasty tarczycy – aktualny stan wiedzy. *Endokrynologia Polska*, vol. 59, nr 5, s. 446-455.
14. Lewiński A., Świętosławski J., Wajs E. i wsp. (1991) Wpływ profilaktycznej dawki jodku potasu na przebieg chorób tarczycy (1986-1990) zdiagnozowanych przed awarią elektrowni atomowej w Czarnobylu u dorosłych pacjentów Poradni Endokrynologicznej Szpitala Klinicznego nr 3 Akademii Medycznej w Łodzi. *Endokrynologia Polska*, 42, s. 321-351.
15. Mangano J.J. (1996) A post – Chernobyl rise in thyroid cancer in Connecticut (USA). *European Journal of Cancer Prevention*, 5, s. 75-81.

16. Moysich K.B., Menezes R.V. (2002) Chernobyl – related ionising radiation exposure and cancer risk: an epidemiological review. *The Lancet Oncology*, 3, s. 269-279.
17. Musiatowicz B., Puchalski Z., Kinalska I. i in. (1993) Aspiracyjna biopsja cienkoigłowa nowotworów tarczycy. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, vol. 65, nr 8, s. 746-752.
18. Nagasaki S., Nystrom E. (2002) Epidemiology and primary prevention of thyroid cancer. *Thyroid*, 12, s. 889-896.
19. Roszkowska H., Goryński P. (2004) Nowotwory tarczycy w Polsce w latach 1980-2000. *Przegląd Epidemiologiczny*, nr 58, s.369–376.
20. Stajgis P. (2005) Chirurgia gruczołów wydzielania wewnętrznego. Tarczycza. W: Fibak J. (red.): *Chirurgia. Podręcznik dla studentów*. PZWL. Warszawa, s. 213-243.
21. Szybiński Z., Huszno B., Zemła B. i wsp. (2003) Incidence of thyroid cancer in the selected areas of iodine deficiency of Poland. *Journal of Endocrinological Investigation* , 26 (supl.2), s. 63-70.
22. Trejster E., Harse M., Rólski M. i in. (2001) Raki tarczycy u dzieci i młodzieży. *Nowiny Lekarskie*, vol. 70, nr 3, s. 241-247.
23. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. (2012) Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku. Centrum Onkologii Instytut, Warszawa.
24. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. (2010) Nowotwory złośliwe w Polsce w 2008 roku. Centrum Onkologii Instytut. Warszawa.
25. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. (2010) Nowotwory złośliwe w Polsce - wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw. Centrum Onkologii Instytut. Warszawa.
26. Zdanowska-Filipczak J., Orlicz-Szczęsna G. (2004) Epidemiologiczne aspekty niedoboru i nadmiaru jodu. *Zdrowie Publiczne*, vol. 114, nr 3, s. 422-424.
27. Zemła B., Kołosa Z. (2011) Rak tarczycy w populacji śląskich kobiet. *Medycyna Środowiskowa*, vol. 14, nr 2, s. 39-44.
28. Zonenberg A., Zarzycki W., Leoniak M. (2006) Wpływ awarii w Czarnobylu na występowanie nowotworów tarczycy – stan po 20 latach. *Endokrynologia Polska*, vol. 57, nr 3, s. 245-251.

Liczba znaków ze spacjami: 32 538

**Edyta Kawka¹, Marzena Mazurek¹,
Maria Koziół-Montewka^{1,2}, Małgorzata Tokarska-Rodak¹,
Aneta Filipek-Czerska¹, Jolanta Paluch-Oleś^{1,2}**

¹ Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

² Katedra Mikrobiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wielodyscyplinarny udział pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu gruźlicy

Streszczenie: Zgodnie z Raportem WHO 2013 gruźlica nadal stanowi globalne zagrożenie, nadal konieczne jest podejmowanie nowych metod systematycznego leczenia, kontroli przyjmowania właściwych dawek leku aby uniknąć przedłużonego prątkowania, remisji choroby i powstania lekooporności na podstawowe leki przeciwprątkowe. Przerwane leczenie sprawia też, że rośnie liczba osób będących źródłem zakażenia dla innych. Wielu pacjentów szybko rezygnuje z leczenia, dlatego bardzo istotna jest ciągła edukacja w zakresie celowości przyjmowania leków przez czas wyznaczony przez lekarza. W świetle powyższych faktów dotyczących trudności procesu leczenia, szczególnie istotna jest rola pielęgniarki. Pielęgniarka pracująca na oddziale, gdzie leżeni są pacjenci z gruźlicą bierze udział w procesie diagnozowania chorego, opiekuje się nim podczas hospitalizacji i odpowiedzialna jest za jego ciągłą edukację i podejmowanie działań profilaktycznych. Pielęgniarka spełnia też kluczową rolę sprawując opiekę nad pacjentem w oparciu o program DOTS, czyli uczestniczy w obserwacjach medycznych, nadzoruje rutynowe badania mikrobiologiczne, wraz z lekarzem analizuje wrażliwość wyizolowanych prątków na podawane antybiotyki, towarzyszy pacjentowi podczas zażywania leków i przypomina o terminowości ich przyjmowania, cotygodniowo przelicza tabletki chorego, przeprowadza wywiady, przegląda zażywane przez niego leki, ocenia parametry życiowe pacjenta, prowadzi ustawiczną edukację pacjenta.

Słowa kluczowe: gruźlica, leczenie, profilaktyka, pielęgniarka, strategia DOTS

Wstęp

Zgodnie z Raportem WHO 2013 gruźlica nadal stanowi globalne zagrożenie, nadal konieczne są działania zapewniające kompleksową ocenę epidemii gruźlicy, postęp w realizacji programów ochronnych i ich finansowaniu, kontrolę na poziomach globalnych, regionalnych i krajowych (Global Tuberculosis Report, 2013). Aktualne główne założenia zostały określone w Programie „Stop Tuberculosis” gdzie zawarte są wszelkie działania prowadzące do zmniejszenia liczby zakażeń, spadku rozwoju aktywnej gruźlicy oraz zmniejszenia śmiertelności. Szczególnym

kierunkiem działań jest zapobieganie szerzenia się gruźlicy wywołanej przez wielooporne prątki *Mycobacterium tuberculosis*.

Zakażenie prątkiem gruźlicy według definicji ERS (European Respiratory Society), WHO (World Health Organisation) i IUATLD (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) jest to zakażenie *M. tuberculosis*, odznaczające się dodatnim odczynem tuberkulinowym (Szczeklik, 2011). Zakażenie może przebiegać bezobjawowo przez całe życie i świadczy o tym jedynie dodatnia próba tuberkulinowa lub wynik swoistego testu interferonowego IGRA (interferon γ release assay). Podczas utajonego zakażenia nie obserwuje się objawów klinicznych i radiologicznych gruźlicy. Testy wydzielania interferonu gamma są stosowane w diagnostyce utajonego (bezobjawowego) zakażenia prątkiem gruźlicy (a także *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium szulgai*, *Mycobacterium microti*), oparte są na pomiarze wydzielania interferonu- γ przez swoiste limfocyty T w wyniku pobudzenia przez antygeny prątkowe. Charakteryzują się wyższą czułością i swoistością w stosunku do odczynów tuberkulinowych. Na ich wynik nie ma wpływu szczepienie BCG (Borkowska i wsp. 2011).

Badania w wybranych grupach w Polsce wskazują, że 10% do 20% populacji jest zakażona latentnie. Globalnie mając na względzie wysokie wskaźniki zapadalności na gruźlicę w krajach Azji i Afryki – określa się, że 1/3 ludności jest zakażona prątkami gruźlicy. Stwierdzono, że około 10% latentnych zakażeń ulega rozwojowi w aktywną postać gruźlicy (Korzeniewska-Kosela, 2011).

Leczenie latentnej infekcji prątkami gruźlicy (LTBI) zostało ustanowione dla pacjentów z wysokim ryzykiem rozwoju aktywnej gruźlicy. Leczenie LTBI jest również uważane za ważną strategię dla wyeliminowania gruźlicy (TB) w krajach o wysokich wskaźnikach zapadalności na gruźlicę. Terapia obejmuje podawanie izoniazydu (INH) przez okres 6 do 9 miesięcy i obejmuje pacjentów o wysokim ryzyku rozwoju aktywnej gruźlicy w tym pacjentów z HIV. Dotyczy to też kobiet w ciąży, alkoholików i osób z uszkodzeniem wątroby, u których regularne badania czynności wątroby są niezbędne. Podczas podawania leczenia LTBI, pacjenci muszą być poinformowani o możliwości skutków ubocznych, jak i ryzyku rozwoju gruźlicy w przypadku zaniechania leczenia. W tym przypadku pielęgniarka zdrowia publicznego odwiedza chorego, prowadzi rozmowę edukacyjną dotyczącą rozwoju choroby, warunków i skuteczności terapii, zagrożeń dla najbliższych. (Kekkaku, 2014)

Opieka nad pacjentem z gruźlicą podczas hospitalizacji

Obecnie rośnie uznanie kluczowej roli pielęgniarek w kontroli gruźlicy i w opiece nad chorymi. Najlepszym przykładem jest rola pielęgniarstwa w programie WHO DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course), którego idea jest standardowe krótkotrwałe nadzorowanie leczenia gruźlicy poprzez bezpo-

średnią obserwację pacjentów, monitorowanie terapii lekowej, zapewnienie regularnych dostaw leków i standaryzację systemu zapisywania i raportowania (American Journal Respiratory Critical Care Medicine, 2003).

Pielęgniarki są odpowiedzialne za bezpośrednią obserwację pacjenta, strategię i zarządzanie programami zwalczania gruźlicy (TB) oraz kontrolę terapii. Brak wiedzy może doprowadzić do błędów w leczeniu i nieskutecznej kontroli gruźlicy, co potwierdza konieczność wprowadzania odpowiednich programów nauczania i praktyk dla pielęgniarek (Yükseltürk, 2013).

Pacjent cierpiący na chorobę zakaźną jest uzależniony od opieki pielęgniarskiej, która powinna być całościowa i skierowana na zaspokajanie psychospołecznych aspektów i potrzeb chorych na różne choroby w tym gruźlicę oraz ich rodzin (Wood, 2014). Często pacjent potrzebuje pomocy fizycznej obejmującej: utrzymanie higieny, odżywianie się i zaspokajanie innych podstawowych potrzeb fizjologicznych. Poza wsparciem fizycznym niezmiernie ważna jest pomoc duchowa, społeczna i psychologiczna (La Motte, 2012). Stopień potrzebnego wsparcia uzależniony jest od stanu chorego i może dotyczyć jedynie minimalnej pomocy, jak również przejęcia całościowej opieki nad pacjentem (Ben Salem, 2012).

Do pielęgniarki opiekującej się chorym na gruźlicę, należy cały szereg zadań.

Niezwykle istotne jest posiadanie wiedzy na temat historii choroby danego pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem warunków życiowych chorego, jego miejsca zamieszkania, statusu społecznego, ewentualnie uzależnień i innych czynników, które mogą mieć wpływ na wyniki leczenia. Część pacjentów rezygnuje z leczenia tuż po jego wdrożeniu, dlatego bardzo istotna jest ciągła edukacja i wyjaśnianie celowości przyjmowania leków przez czas wyznaczony przez lekarza (Rowińska-Zakrzewska, 2000).

W oparciu o program DOTS promowany zarówno w krajach o średnim, jak i wysokim wskaźniku zachorowań na gruźlicę (Nagata, 2013) pielęgniarka powinna brać udział w obserwacjach medycznych, cotygodniowo przeliczać tabletki chorego, przeprowadzać z nim życzliwe i nieosądzające wywiady oraz przeglądać zażywane przez niego leki, dowiadywać się o ewentualne, obserwowane przez pacjenta działania uboczne leków oraz ich wpływ na jakość życia pacjentów (Fedotkina, 2013). Dobrą strategią pielęgniarską wspomagającą leczenie gruźlicy jest przypominanie chorym o czasie przyjmowania leków poprzez ustalenie z nimi szczegółowego harmonogramu, ustawianie zegarów, alarmów oraz zintegrowanie czasu zażywania leków z codziennymi nawykami pacjenta. Pielęgniarka powinna wzmacniać pozytywne zachowania pacjenta, np. przedstawiając co jakiś czas choremu wykresy i wyniki badań pokazujące wpływ leków i leczenia na chorobę (np. zmiana wyniku testu płwociny z pozytywnego na negatywny, przyrost masy ciała, poprawa kliniczna, itp.) (Szczuka, 2000). Pacjent powinien też znać ewentualne skutki uboczne leczenia i sposoby radzenia sobie z nimi oraz niezwłocznie zgłaszać pielęgniarce objawy, takie jak: nietolerancja na którykolwiek lek, wysyp-

ka, drętwienie, mrowienie kończyn, zmiany widzenia, bóle stawów, brak apetytu, żółte zabarwienie skóry, ciemny moczu, wymioty, złe samopoczucie, niespodziewana gorączka trwająca dłużej niż 3 dni (Kołaczkowska, 2008).

Aby terapia przyniosła efekt i była właściwie przeprowadzona, bardzo istotna jest odpowiednia znajomość kategorii stosowanych leków przeciwpłatkowych, zwłaszcza leków drugiego rzutu oraz możliwość zastosowania zasad DOTS, w ramach których należy zapewnić pacjentowi wysokiej jakości leki, nadzór nad prawidłowym ich dawkowaniem i wsparcie chorego w celu zapewnienia ukończenia pełnego kursu leczenia gruźlicy. Zakres opieki nad pacjentem z gruźlicą powinien określać i uwzględniać czynniki, które sprawiają, że chorzy mogą przerwać leczenie. Nadzorowane leczenie, poprzez bezpośrednią obserwację, pomaga pacjentom przyjmować leki regularnie i całkowicie ukończyć terapię, osiągając całkowite wyzdrowienie i zapobiegając rozwojowi oporności na lek. Nadzór musi być przeprowadzony w sposób szczególny i brać pod uwagę wrażliwość pacjentów. Ma on na celu zapewnienie przestrzegania zaleceń z obu stron - w udzielaniu właściwej opieki i wsparcia pielęgniarek oraz ze strony pacjentów, w podejmowaniu regularnego leczenia (Szcuka, 2000).

Poza zadaniami związanymi ze strategią DOTS i nadzorem nad regularnym zażywaniem leków przez pacjenta, pielęgniarka współpracująca z pacjentem musi przeprowadzać kontrolę jego stanu zdrowia, m.in. poprzez: ocenę kaszlu i jego efektywności, obserwację płwociny (kolor, ilość, konsystencja), osłuchiwanie płuc w celu sprawdzenia prawidłowych i niewłaściwych dźwięków oddechowych (sapanie, spadek odgłosów oddechowych, grube ciężkie dźwięki), monitorowanie temperatury ciała, saturacji i innych podstawowych czynności życiowych, pomiary wagi ciała (Ben Salem, 2012).

W razie wystąpienia problemów z oddychaniem z powodu kaszlu, zdenerwowania lub wysokiej gorączki na zlecenie lekarza należy podać tlen i środki rozrzedzające wydzielinę, co ułatwi jej wydalenie z płuc. Wskazane jest podejmowanie u pacjentów działań edukacyjnych w zakresie ćwiczeń oddechowych i efektywnego odkrztuszania wydzieliny oraz właściwego zaplanowania aktywności i czasu odpoczynku chorego. Wszyscy pacjenci wymagają właściwej ilości wypoczynku wspomagającego terapię i zapewniającego pełny powrót do zdrowia. Opieka pielęgniarska powinna być właściwie przygotowana, tak aby nie utrudniać codziennego funkcjonowania chorych. Jeżeli pacjenci podczas leczenia przebywają w pomieszczeniach izolowanych, pielęgniarka musi systematycznie ich odwiedzać, by eliminować poczucie strachu, odrzucenia i uniknąć wystąpienia u chorych konsekwencji emocjonalnych, jak lęk i depresja. Niezbędne dla organizmu podczas leczenia i zwalczania infekcji jest też prawidłowe odżywianie. Interwencje pielęgniarskie odnoszące się do poprawy stanu odżywienia chorych na gruźlicę zawierają: wyjaśnienie znaczenia odżywczej diety, monitorowanie wagi pacjenta, jej poprawę lub utrzymanie, aplikowanie witamin i płynnych suplementów diety, dostarczanie

nie obfitych, lecz częstych posiłków. W przypadku chorych, którzy są niedożywionymi alkoholikami konieczna jest wcześniejsza detoksykacja alkoholowa. Najodpowiedniejsza jest dieta wysokobiałkowa i bogata w witaminy, która wzmacnia wytwarzanie przeciwciał. W sytuacji, gdy chory ma wysoką gorączkę i silnie się poci pielęgniarka musi zadbać o właściwe nawadnianie. Należy często podawać płyny do picia, a jeśli pacjent traci dużo elektrolitów należy skonsultować się z lekarzem prowadzącym (Wojtkiewicz U.).

Niezwykle istotną sprawą podczas opieki pielęgniarskiej nad chorym na gruźlicę jest zachowywanie środków bezpieczeństwa, mających na celu zapobieganie transmisji gruźlicy w placówkach medycznych. Pielęgniarka powinna dbać o bezpieczeństwo własne, jak i pozostałych pacjentów oraz osób odwiedzających. Należy przestrzegać zasad prawidłowego postępowania z wydaliniami i wydzielinami osoby chorej, z przedmiotami z bezpośredniego kontaktu oraz zakładać odzież ochronną w każdej sytuacji przed kontaktem z pacjentem. Pacjent powinien zostać pouczony o zasadach ograniczających transmisję zakażenia (zasłanianie ust podczas kaszlu, częste mycie rąk). Ponadto pielęgniarka powinna poinformować rodzinę i krewnych pacjenta, że podlega on pielęgnacji z zastosowaniem zabezpieczeń kontaktowych i powiedzieć w jaki sposób mogą się do niego zbliżyć i udzielać mu opieki.

Pielęgniarka oprócz wsparcia fizycznego nie powinna zapominać o pomocy psychologicznej. Często pacjenci odczuwają niepokój, odosobnienie i smutek z powodu choroby. W takim przypadku należy pamiętać, że im więcej informacji o leczeniu i wykonywanych zabiegach przekazuje pielęgniarka, tym mniejsze jest uczucie lęku u chorych. W czasie pobytu w szpitalu należy zapewnić pacjentom poczucie bezpieczeństwa i udzielać odpowiedzi na wszystkie ich pytania. Ważne jest także, aby pielęgniarki sprawujące opiekę nad zakażonymi pacjentami miały wystarczającą wiedzę do udzielania informacji pacjentom oraz ich rodzinie (Andysz, 2012).

Zadania personelu pielęgniarskiego w procesie edukacji chorego i profilaktyce gruźlicy

Do głównych zadań pielęgniarki należy edukacja pacjenta, jak i społeczeństwa w obszarze lokalnym (M'imumya, Kredo, 2012). Obok zadań ściśle związanych z edukacją, pielęgniarka może także uczestniczyć w profilaktycznych szczepieniach ochronnych oraz przeprowadzać próby tuberkulinowe. Znając grupy szczególnie wysokiego ryzyka pielęgniarka może jako pierwsza zauważyć pewne symptomy choroby, dzięki dokładnej obserwacji swoich podopiecznych przebywających poza placówkami opieki medycznej i przeprowadzenia z nimi stosownego wywiadu. Pacjent, u którego istnieje podejrzenie występowania gruźlicy lub została już ona zdiagnozowana powinien zostać przeszkolony na temat zakrywania ust

i nosa podczas kaszlu, metod usuwania nadmiaru wydzieliny, zasad wychodzenia z sali, technik pobierania płwociny do badania (tylko w odpowiednio wietrzonym pomieszczeniu, w odległości od innych osób) (Fol i wsp. 2011). Pielęgniarka powinna też podkreślać znaczenie systematycznego leczenia i stosowania się ściśle do zaleceń lekarza prowadzącego. Przerwanie terapii jest bowiem dla zdrowia publicznego sytuacją stwarzającą duże ryzyko. Niedokończone leczenie chroni pacjenta przed śmiercią z powodu gruźlicy, ale jednocześnie powiększa liczbę osób tworzących źródło zakażenia. Pacjenci leczący się nieregularnie dłużej prątkują oraz łatwiej dochodzi u nich do powstania lekooporności przeciwprątkowej, co wymaga wprowadzenia leków drugiego rzutu i przeciągania fazy leczenia (Siemion-Szcześniak, 2009). Leczenie gruźlicy jest trudnym zadaniem, ponieważ jest długotrwałe i wymaga zażywania przez chorego kilku leków przeciwprątkowych. Niekiedy leczenie okazuje się nieskuteczne – jeśli pacjent został zakażony prątkami wielolekoopornymi lub jest zainfekowany wirusem HIV (Kruczak, 2009).

Wydawać by się mogło, że gruźlica to choroba minionych epok i współcześnie jest rzadko spotykana, jednak problem istnieje i jest wciąż poważny. Choroba rozprzestrzenia się bardzo łatwo, dlatego tak ważne jest wczesne jej wykrywanie i podjęcie działań profilaktycznych. Zadanie to ma spełniać program profilaktyki gruźlicy realizowany przez pielęgniarki środowiskowe lub rodzinne, we współpracy z lekarzem rodzinnym. Dobra znajomość otoczenia umożliwia pielęgniarsce dotarcie do grup podwyższonego ryzyka. Narodowe programy zwalczania gruźlicy (NPZG) opracowano na całym świecie. Uwzględniono w nich elementarne cele terapii gruźlicy, m.in.: wyleczenie chorego, zapobieganie zgonom i następstwom choroby, niedopuszczanie do nawrotu choroby, redukcja zapadalności na gruźlicę, zmniejszenie rozprzestrzeniania się choroby, zapobieganie rozwojowi lekooporności, jednak najistotniejszym zadaniem jest zapewnienie i utrzymanie wysokiego poziomu wykrywalności choroby oraz wyleczenie przynajmniej 85% nowych przypadków (Kończakowska, 2008).

Podsumowanie i wnioski

Gruźlica w Polsce charakteryzuje się systematycznym spadkiem zapadalności i umieralności na przestrzeni ostatnich lat. Nie oznacza to jednak, że problem nie istnieje. Gruźlica jest chorobą społeczną, łatwo rozprzestrzeniającą się wśród ludzi, zwłaszcza u osób z grupy o podwyższonym ryzyku (m.in. zakażone wirusem HIV, mające kontakt z chorymi prątkującymi, osoby ze zmianami „minimalnymi” w płucach, bezdomni, alkoholicy, narkomani, chorzy na choroby przewlekłe) (Szczeklik, 2005). Transmisji prątków sprzyjają też środowiska zamknięte, np. więzienia, domy opieki społecznej (Łukaszuk i wsp. 2007). Co roku na świecie świeżemu zakażeniu ulega około 100 000 osób oraz notuje się około 10 000 nowych zachorowań na wszystkie postacie gruźlicy. Według danych pochodzących

z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, w 2012 r. w Polsce zgłoszono 7 371 zachorowań na gruźlicę. Jest to liczba o wiele niższa w porównaniu z 2011 rokiem, w którym zgłoszono 8 479 przypadków zachorowań na gruźlicę (Korzeniewska-Kosela, 2013). Według danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego współczynnik zapadalności na gruźlicę w 2012 roku, wszystkich postaci gruźlicy wyniósł 19,1 i był niższy o 14% niż w roku 2011. Jest to jednak nadal wartość wyższa niż średnia w krajach Unii Europejskiej, w których współczynnik zapadalności na gruźlicę wynosi 14,2 na 100 000 ludności (GIS, 2012).

Leczenie gruźlicy musi być systematyczne i wystarczająco długie (6–9 miesięcy) aby usunąć całkowicie prątki. Zbyt krótkie leczenie i nie przestrzeganie właściwych dawek leku nie przyniosą efektów. Wielu pacjentów szybko rezygnuje z leczenia, dlatego bardzo istotna jest też ciągła edukacja i wytłumaczenie celowości przyjmowania leków przez czas wyznaczony przez lekarza (Kuś, 2000).

W świetle powyższych faktów dotyczących sytuacji epidemiologicznej oraz trudności procesu leczenia, szczególnie istotna jest rola pielęgniarki. Pielęgniarka pracująca na oddziale gruźlicy bierze udział w procesie diagnozowania chorego, opiekuje się nim podczas hospitalizacji i odpowiedzialna jest za jego ciągłą edukację i podejmowanie działań profilaktycznych (Majda, 2006).

Wnioski

1. Współpraca między chorym na gruźlicę i personelem medycznym jest bardzo ważna. Nieregularne przyjmowanie leków i zły kontakt z pielęgniarką powoduje przedłużenie prątkowania, remisję choroby, powstanie lekooporności na podstawowe leki przeciwprątkowe. Przerwane leczenie sprawia też, że rośnie liczba osób będących źródłem zakażenia.
2. Do pielęgniarki opiekującej się chorym na gruźlicę należy cały szereg zadań, od poznania historii jego choroby i pomagania w procesie diagnozowania, poprzez codzienną obserwację parametrów życiowych i podawanie leków, aż do ciągłej edukacji chorego.
3. Spełniając swoje zadania zgodnie z zaleceniami programu DOTS pielęgniarka powinna zapewniać nadzór poprzez bezpośrednią obserwację oraz wsparcie dla chorego na gruźlicę, tak aby chciał ukończyć cały kurs leczenia.
4. Do funkcji pielęgniarki należy edukacja pacjenta hospitalizowanego na temat zastosowania podstawowych zasad higieny, tak aby nie zakażać innych osób. Personel medyczny powinien też podkreślać znaczenie systematycznego leczenia i stosowania się ściśle do zaleceń lekarza prowadzącego.
5. Pielęgniarki powinny odbywać szkolenia w zakresie natychmiastowej identyfikacji osób podejrzanych o zachorowanie na gruźlicę oraz na temat najnowszych wytycznych i stosowanych dawek leków podczas leczenia choroby.

Bibliografia

1. American Journal Respiratory Critical Care Medicine (2003) Treatment of Tuberculosis, American Thoracic Society, CDC and Infectious Diseases Society of America, Vol 167.
2. Andysz A., Merecz D. (2012) Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu. *Pneumonol. Alergol. Pol.* Tom 80, nr 4: 329–338.
3. Ben Salem R. (2012) Opieka nad zakażonym pacjentem. W: *Prewencja i kontrola zakażeń*. B. Bober-Gheek (red.).
4. Borkowska D., Zwolska Z., Broniarek-Samson B., Michałowska-Mitczuk D., Augustynowicz-Kopeć E. (2011) Porównanie testów IGRA i próby tuberkulinowej w rozpoznaniu utajonego zakażenia prątkiem gruźlicy Borgis - *Postępy Nauk Medycznych* 10/2011, s. 836-841.
5. Fedotkina T.Y., Williams V. (2013) The contribution of nurses to a Multi-disciplinary approach to patient care In Tomsk, Russia . *Int J. Tuberculosis Lung Dis.* 17. :S33-S35.
6. Fol M., Zawadzka K., Druszczyńska M., Kowalewicz-Kulbat M., Rudnicka W. (2011) Szczepienia przeciwprątkowe – BCG i co dalej? *Postępy HigMedDosw* (online). Nr 65: 93-103
7. Global Tuberculosis Report 2013
8. Główny Inspektorat Sanitarny. Stan sanitarny kraju w roku 2012. Warszawa, maj 2013.
9. Kekkaku (2014) Praca zbiorowa. Treatment guidelines for latent tuberculosis infection 89:21-37
10. Kołaczowska M. (2008) Sesja II. Współczesna terapia chorób układu oddechowego. *Zasady leczenia gruźlicy. Przew. Lek.* Nr 1: 53-60
11. Korzeniewska-Koseła M. (2011) Postępowanie wobec osób z kontaktu z chorym na gruźlicę – aktualne zalecenia dla krajów europejskich o małej częstości występowania gruźlicy i polska perspektywa. *Medycyna Praktyczna* 2011/02.
12. Korzeniewska-Koseła M. Światowy Dzień Gruźlicy- 24 Marzec 2013. Instytut Gruźlicy i Chorob Płuc <http://www.igichp.edu.pl/>.
13. Kruczak K., Niżankowska-Mogilnicka E. (2009) Gruźlica wielolekooporna — współczesne problemy. *Pneumonol. Alergol. Pol.* Tom 77: 276–283.
14. Kuś J. (2000) Leczenie gruźlicy. W: *Gruźlica w praktyce lekarskiej*. Rowińska-Zakrzewska E. red. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; s.213-32
15. La Motte E. (2012) The nurse as a social Wolker. *Public Health Nurs.* 29: 185-7.
16. Łukaszuk C., Domańska H., Krajewska- Kułak E., vanDamme – Ostapowicz K. (2007) Gruźlica – nawracający problem. *ProblHigEpidemiol* , 88 (3): 249 - 253.
17. Majda A., Zahradniczek K. (2006) Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia. W: Zahradniczek K. *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wyd. PZWL, Warszawa.
18. M'imunya JM, Kredt T, Volmink J. (2012) Patient education and counseling for promoting adherence to treatment for tuberculosis *Cochrane atabase Syst. Rev.* 2012 May).
19. Nagata Y., Kato T. (2013) Expanding the role of the nursing profession tuberculosis medical services. *Kekkaku.* 88.12: 815-25
20. Rowińska-Zakrzewska E., Pawlicka L. (2000) Sytuacje życiowe i choroby usposabiające do zachorowania na gruźlicę. W: *Gruźlica w praktyce lekarskiej*. Rowińska-Zakrzewska E. red. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL;
21. Siemion-Szcześniak I., Kuś J. (2009) Wyniki leczenia chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie. *Pneumologia i Alergologia Polska.* Tom77, nr 1, 11–22
22. Szczeklik A. (2011) Choroby wewnętrzne. *Medycyna Praktyczna*, Kraków.
23. Szczuka I. (2000) Program i organizacja zwalczania gruźlicy w Polsce. W: *Gruźlica w praktyce lekarskiej*. Rowińska-Zakrzewska E. red. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

24. Wojtkiewicz U., Dziedziczak-Buczyńska M. Interna i pielęgniarstwo internistyczne. Kurs Polskiego Uniwersytetu Wirtualnego (on- line). Moduł 5. Pielęgnacja chorego w chorobach układu krążenia, oddechowego pokarmowego.
25. Wood P. (2014) Nurses' occupational health as a driver for curriculum change emphasising health promotion: an historical research study. *Nurse educ. Today.* 34:709-130
26. Yükseltürk N, Dinç L (2013) Knowledge about anti-tuberculosis treatment among nurses at tuberculosis clinics. *Int J Nurs Pract.*; 19(1):47-53.)

Liczba znaków ze spacjami: 23 680

**Anna Ślifirczyk, Katarzyna Jańczuk,
Bożena Olichwiruk, Małgorzata Tokarska-Rodak**

Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Rola szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych dzieci i młodzieży

Streszczenie: Choroby zakaźne zarówno bakteryjne jak i wirusowe, od wieków stanowią stałe zagrożenie dla zdrowia i życia społeczeństwa. Wielkie epidemie chorób zakaźnych były, obok długotrwałych wojen, najważniejszymi czynnikami regulującymi wielkość populacji. Eliminacja czynników zakaźnych ze środowiska człowieka jest niemożliwa, dlatego profilaktyka jest najskuteczniejszą metodą walki z chorobami zakaźnymi. Celem działań profilaktycznych jest ochrona przed zakażeniem, łagodzenie przebiegu choroby oraz dążenie do jej eliminacji. Do najskuteczniejszych działań profilaktycznych należą szczepienia ochronne.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy jest przybliżenie tematyki szczepień ochronnych jako najskuteczniejszej i najbezpieczniejszej formy zapobiegania chorobom zakaźnym wieku dziecięcego, oraz przedstawienie zadań pielęgniarki pracującej w podstawowej opiece zdrowotnej, realizującej program szczepień ochronnych.

W pracy tej skupiono się na szczepieniach dzieci i młodzieży, ponieważ większość chorób zakaźnych występuje jedynie w wieku dziecięcym, z powodu niedojrzałości układu odpornościowego, zmian metabolicznych rozwijającego się organizmu oraz częstego kontaktu z rówieśnikami.

Słowa kluczowe: szczepienia ochronne, choroby zakaźne

Choroby zakaźne od zawsze towarzyszyły człowiekowi. W minionym tysiącleciu choroby zakaźne takie jak dżuma, ospa prawdziwa, cholera, tyfus plamisty, gruźlica występowały w postaci epidemii, a nawet pandemii. Początkowy okres rozwoju szczepień to poszukiwania bardziej instynktowne niż naukowe. Próby racjonalnej walki z chorobami zakaźnymi podjęto w średniowieczu (Magdzik, 2007). Wiedza na temat odporności, uodpornienia, preparatów szczepionkowych oraz szczepień stały się wyspecjalizowanym działem medycyny, obejmującym zarówno teorię jak i działalność praktyczną. Dział ten nazwano „wakcynologią” (Wysocki, 2007). Historia szczepień ochronnych w Polsce sięga XIX wieku. Pierwszym szczepieniem ochronnym na ziemiach polskich było szczepienie przeciwko ospie prawdziwej. Obecnie szczepienia w Polsce mają charakter masowy lub indywidualny.

Celem masowych szczepień jest utrzymanie wysokiego poziomu odporności zbiorowskiej, co warunkuje odporność populacyjną. Odporność zbiorowisko-

wa chroni osoby szczepione oraz osoby, które z różnych przyczyn nie poddały się szczepieniom. Zjawisko odporności zbiorowskiej nie dotyczy takich chorób jak: tężec i wścieklizna. Szczepienia przeciwko tym chorobom chronią wyłącznie osoby szczepione. Warunkiem uzyskania efektów masowych szczepień jest ich prawidłowa organizacja, oparta na jednolitych zasadach dla całego społeczeństwa (Mrozek-Budzyn, 2012). Maksymalne zwiększenie wykorzystania obecnie dostępnych szczepionek jest jednym z priorytetów w zakresie polityki szczepień ochronnych, wskazywanym przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia). Bariery rozwoju tej metody profilaktyki są rosnące koszty programów szczepień.

Tworzenie i realizację Programu Szczepień w Polsce regulują przepisy Ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 roku (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570) oraz rozporządzenia wykonawcze Ministra Zdrowia (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych; Mrozek-Budzyn, 2012). Aktualizację Programu Szczepień Ochronnych przeprowadza Komisja Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy współudziale epidemiologów, pediatrów, osób zatrudnionych w produkcji i kontroli szczepionek oraz pracowników odpowiedzialnych za zakup, dystrybucję, przechowywanie i transport szczepionek. Jest ona zatwierdzana przez Głównego Inspektora Sanitarnego (Magdzik, 2007). W Polsce szczepień obowiązkowych dokonuje się u dzieci i młodzieży do 19 roku życia i u osób szczególnie narażonych na zakażenie (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych). Szczepienia ochronne mogą być wykonywane w placówkach ochrony zdrowia przez lekarzy, pielęgniarki i położne, czyli osoby mające niezbędne przygotowanie fachowe (Pawlaczyk, 2007). Szerzenie się chorób zakaźnych, zależy od źródła zakażenia – którym może być człowiek, zwierzę lub materia nieożywiona, dróg szerzenia się zakażenia – czyli sposobu przenoszenia czynnika chorobotwórczego oraz od obecności osób wrażliwych na zakażenie. Wtargnięcie drobnoustrojów do organizmu oraz ich dalszy w nim rozwój, określamy mianem zakażenia (Czaja, 2010). Choroby zakaźne, diagnozuje się poprzez badania mikrobiologiczno-serologiczne, badania laboratoryjne i objawy kliniczne.

Medycyna zapobiegawcza, czyli profilaktyka, jest to zespół przedsięwzięć, skierowanych na zmniejszenie rozprzestrzeniania się choroby wśród ludności, przez skracanie długości jej trwania. W zakres ten wchodzi izolacja i leczenie zakażenia. Podstawowym elementem likwidacji zakażeń jest higiena osobista, higiena ubrania i mieszkania, higiena żywienia, żywności i wody, usuwanie i niszczenie odpadów, śmieci i wód ściekowych, nadzór nad przestrzeganiem przepisów sanitarno-epidemiologicznych. Do najskuteczniejszych środków zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych należą szczepienia ochronne. Dzięki szczepieniom, doprowadzono na świecie do eradykacji ospy prawdziwej. W Polsce zlikwi-

dowano błonicę, poliomyelitis i dur brzuszny (Czaja, 2010). W wyniku procesów wynikających z interwencji medycznych, o charakterze profilaktycznym lub leczniczym, można wytworzyć uodpornienie sztuczne. Mechanizmy uodpornienia sztucznego obejmują cztery grupy interwencji: uodpornienie czynne rozwijające się w wyniku szczepienia, uodpornienie bierne rozwijające się w wyniku podania immunoglobulin pozajelitowo, uodpornienie bierno-czynne rozwijające się po podaniu immunoglobulin i szczepionki, uodpornienie adoptywne rozwijające się w wyniku przekazania swoistych limfocytów T (Grzesiowski, 2007).

W Polsce szczepienia ochronne realizowane są zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych. Dokument ten uwzględnia szczepienia obowiązkowe bezpłatne, realizowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, bez dodatkowych opłat oraz szczepienia zalecane odpłatne, nierefundowane przez budżet państwa. Program reguluje czas i sposób uodpornienia, a nie zaleca konkretnej szczepionki, określa tylko jej rodzaj. W realizacji szczepień obowiązkowych i zalecanych, mogą być stosowane tylko preparaty szczepionek zarejestrowane i dostępne na polskim rynku (Wysocki, 2009).

Szczepienia obowiązkowe, to szczepienia prowadzone zgodnie z aktualnym programem szczepień, od chwili narodzin dziecka aż do 19 roku życia oraz wśród osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie. Obecnie do grupy szczepień ochronnych obowiązkowych należą szczepienia przeciw: gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, błonicy, krztuścowi, tężcowi, inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b, ostremu zapaleniu rogów przednich rdzenia kręgowego zwanej poliomyelitis, odrze, śwince, różyczce, oraz w grupach ryzyka, przeciwko inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*, ospie wietrznej, wściekliznie (Program Szczepień Ochronnych na 2013 rok, Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29 października 2012 r. poz. 78).

Pielęgniarka pracująca w Punkcie szczepień, ma obowiązek szczepienia dzieci według obowiązującego na dany rok Programu Szczepień Ochronnych. W celu realizacji tego programu, pielęgniarka wzywa w odpowiednim terminie dzieci do szczepienia. Szczepienie wykonuje się po wcześniejszym zbadaniu kwalifikacyjnym dziecka przez lekarza, w celu wykluczenia przeciwwskazań. Szczepienie musi być wykonane do 24 godzin od badania lekarskiego. Informację na temat szczepienia pielęgniarka dokumentuje w karcie uodpornienia i w książeczce zdrowia dziecka. Wpis do dokumentacji powinien zawierać: datę i godzinę dokonania szczepienia, miejsce podania szczepionki, nazwę szczepionki, numer serii preparatu, czytelne nazwisko lekarza kwalifikującego i osoby wykonującej szczepienie. Każda pielęgniarka wykonująca szczepienie ochronne zobowiązana jest do sporządzania i przesyłania Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu kwartalne sprawozdania z realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych, ilości kart uodpornienia oraz roczne sprawozdanie z realizacji szczepień ochronnych na druku MZ-54. Wraz ze sprawozdaniem kwartalnym przekazuje listę osób uchy-

lających się od obowiązku szczepień (Mamoń, 2010). Podstawowym problemem w realizacji programu szczepień ochronnych, są zwolnienia stałe lub okresowe ze szczepień, wyjazdy dziecka poza miejsce zamieszkania w tym za granicę, zaniechanie szczepień przez rodziców spowodowane zaniedbaniami oraz czasowe lub stałe nie wyrażanie zgody na szczepienie.

Cechą charakterystyczną polskiego kalendarza szczepień jest współwystępowanie szczepień obowiązkowych i zalecanych. Dlatego pielęgniarka w porozumieniu z lekarzem muszą uzgodnić plan uodpornienia dziecka zgodny z kalendarzem szczepień oraz możliwościami finansowymi pacjentów. Częstym problemem w ustalaniu programu szczepienia są decyzje i życzenia rodziców odbiegające od kalendarza szczepień, dlatego w nietypowych sytuacjach należy korzystać z poradni konsultacyjnych (Wysocki, 2007).

Lekarz i pielęgniarka pracujący w punkcie szczepień mają wspólny cel – ochronę zdrowia dziecka. Rolą lekarza oraz pielęgniarki jest przekazywanie wyczerpującej wiedzy na temat skutecznych i bezpiecznych metod ochrony zdrowia, czyli szczepień. Przedstawiciele opieki zdrowotnej są dla rodziców autorytetem i najbardziej wiarygodnym źródłem informacji o szczepieniach (Bernatowska, 2012). Właściwa organizacja i czytelny podział kompetencji wpływają na zapewnienie pacjentom poczucia bezpieczeństwa. Wspólnie pielęgniarka z lekarzem edukują pacjentów w zakresie szczepień ochronnych. Przykładem dobrej współpracy w odpowiadaniu na pytania rodziców jest wspólne stanowisko oparte na aktualnej wiedzy (Czaja, 2012).

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega m.in. na rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów, udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (Ustawa z dn. 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039). Zadania pielęgniarki POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) obejmują m.in. profilaktykę chorób wieku rozwojowego, edukację w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz informacje o szczepieniach zalecanych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ). Pielęgniarka wykonująca szczepienia ochronne jest organizatorem wydarzeń w punkcie szczepień. Jej zadaniem jest nie tylko szczepienie dzieci, ale też przekazywanie rodzicom wiedzy dotyczącej uodpornienia przeciwko chorobie zakaźnej uzyskane dzięki szczepieniu, które jest bezpieczniejsze niż uzyskane w wyniku przechorowania. Choroba zakaźna może mieć ciężki przebieg i wiązać się z wieloma groźnymi powikłaniami. Szczepienia ochronne są najskuteczniejszą metodą zapobiegania chorobom zakaźnym. Chronią nie tylko dzieci, ale całą rodzinę przed groźnymi dla życia chorobami. Zagrożenie występowania chorób zakaźnych jest związane z wiekiem. Na każdym etapie życia szczepienia są nie tylko wskazane, ale i niezbędne do podtrzymania zdrowia. Dlatego istnieje konieczność równoległego stosowania szczepionek obowiązkowych z kalendarza szczepień i zaleca-

nych. Dzieciom, zwłaszcza do drugiego roku życia z powodu niedojrzałości układu odpornościowego, należy zapewnić najszerszą ochronę i zabezpieczyć przede wszystkim przed pneumokokami. Młodzież ze względu na częste kontakty z rówieśnikami oraz zmiany metaboliczne dojrzewającego organizmu, należy szczepić przeciwko meningokokom oraz przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego. Dorośli są szczególnie narażeni na ciężki przebieg choroby i powikłania związane z przebiegiem grypy i zakażeń pneumokokowych. Działania edukacyjne pielęgniarki, mają na celu podniesienie poziomu wiedzy rodziców na temat profilaktyki chorób zakaźnych, poprzez zastosowanie szczepień ochronnych. Edukacja ma zapewnić rodzicom, zdobycie i poszerzenie wiedzy na temat szczepień obowiązkowych i zalecanych, poznanie pozytywnego wpływu szczepień ochronnych na zdrowy rozwój dziecka i pomóc w wyborze schematu szczepień.

Celem edukacji jest też obalenie mitów dotyczących szczepień. Jednym z nich jest teoria, że dziecko powinno przechorować niektóre choroby, że odporność naturalna jest lepsza niż poszczepienna. Cena tej metody może być wysoka, bo nigdy nie możemy być pewni, że dziecko lekko przechoruje zakażenie i że nie wystąpią powikłania (Nitka, 2012). Do Polski dotarła metoda na organizowanie tzw. „ospa party”. Są to przyjęcia polegające na przyprowadzaniu dziecka chorego na ospę wietrzną oraz zdrowych dzieci. Ospa wietrzna ze względu na swoją zakaźność, „nadaje się” do świadomego zakażenia bardziej niż inne choroby. Okres inkubacji ospy wietrznej wynosi 11-21 dni, może się wydłużyć do 28 dni. W tym okresie dziecko jest narażone na inne zakażenia, które razem z zaplanowaną przez rodziców chorobą, mogą dać nieprzewidywalne, groźne efekty. Powikłania ospy wietrznej mogą być groźne dla życia i zdrowia dziecka. Najczęstsze powikłania to wtórne ropne zakażenie skóry i tkanki podskórnej, zapalenie mózgu, demielinizacyjne zapalenie mózgu, zapalenie nerwów czaszkowych. Szczepionka zapewnia odporność i nie naraża dziecka i jego otoczenia na nieprzewidywalne skutki choroby. Szczepienie przeciw ospie wietrznej jest zalecane wszystkim dzieciom po ukończeniu dziewiątego miesiąca życia, które nie chorowały na tę chorobę. Szczepionka jest bezpłatna dla dzieci z grup ryzyka i dzieci uczęszczających do żłobka. Schemat szczepienia składa się z dwóch dawek szczepionki podawanych w odstępie dwóch miesięcy (Szenborn, 2012).

Należy także pamiętać, że są choroby, które pomimo przechorowania, nie dają odporności. Możemy do nich zaliczyć choroby wirusowe, zakażenia pneumokokowe, meningokokowe. Szczepionki zawierają zabite lub żyjące mikroorganizmy lub ich elementy, które są pozbawione zjadliwości. Odporność wytworzona przez szczepienie jest o wiele bezpieczniejsza, niż uzyskana w wyniku przechorowania choroby i może utrzymywać się nawet przez całe życie (Bernatowska, 2012).

Osoba szczepiona może również zachorować, ponieważ żadna szczepionka nie jest w 100% skuteczna. Około 5 osób na 100 może nie odpowiedzieć prawidłowo na szczepienie, odporność poszczepienna może też być niewystarczająca na zbyt

dużą ilość wirusa czy bakterii. Niektóre szczepionki są skierowane przeciwko wybranym serotypom np. szczepionka przeciwko pneumokokom zawiera 10 lub 13 serotypów, przeciwko meningokokom 1 lub 4, a jest ich dużo więcej. Mogą więc wystąpić zachorowania wywołane przez inny, nie zawarty w szczepionce serotyp wirusa. Jednak choroba występująca pomimo szczepienia ma o wiele łżejszy przebieg i nie wywołuje powikłań (Nitka, 2012).

Rodzice niepokoją się, że szczepionki mogą być szkodliwe. Nad bezpieczeństwem szczepień czuwają specjalnie powołane instytucje w kraju i na świecie. Specjaliści, pracujący w tych instytucjach, przed wydaniem zgody na wprowadzenie szczepionki do użycia, dokładnie analizują badania kliniczne oraz sprawdzają jakość każdej nowej serii szczepionki. Po podaniu szczepionki, wystąpienie takich objawów jak gorączka, reakcja zapalna w miejscu szczepienia, wysypka, senność, zmniejszenie apetytu czy drażliwość związane jest z pobudzeniem układu odpornościowego. Są to reakcje przejściowe, które mijają bez żadnych następstw (Bernatowska, 2012). Szczepienie jest interwencją medyczną, po której może wystąpić niepożądany odczyn poszczepienny lub reakcja niepożądana w postaci omdlenia czy anafilaksji. Na szczęście takie przypadki zdarzają się niezmiernie rzadko (Czaja, 2010).

Pacjentów niepokoją doniesienia na temat związku szczepionki MMR (odra, świnka, różyczka) z autyzmem. Podejrzenia o istnieniu takiego związku, wysunięto w połowie lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Doktor Andrew Wakefield wysunął hipotezę, że szczepionkowy wirus odry zawarty w szczepionce MMR może wywołać zapalenie jelita grubego i autyzm. Światowy Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa Szczepień na podstawie badań stwierdził, że szczepionka MMR nie wywołuje autyzmu. W 2010 roku czasopismo „Lancet”, które opublikowało artykuły doktora Wakefielda stwierdziło, że dowody na to, że szczepionka MMR wywołuje autyzm są fałszywe i odcięto się od publikacji tego autora, który za manipulowanie danymi medycznymi został skazany wyrokiem sądowym (Bernatowska, 2012).

Przeciwnicy szczepień twierdzą, że zawarty w szczepionkach tiomersal - silny przeciwbakteryjny i przeciwgrzybiczny związek organiczny rtęci, może stanowić zagrożenie dla zdrowia. Tymczasem tiomersal stosuje się w niektórych kosmetykach i lekach, rtęć znajduje się w wielu produktach żywnościowych, pod postacią metylku rtęci w rybach i owocach morza, a także w środowisku (Bernatowska, 2012). Prace badawcze szukające związku pomiędzy objawami chorobowymi ze strony układu nerwowego a tiomersalem nie potwierdziły toksycznego działania tego związku. Budzi on jednak duży niepokój, dlatego większość dostępnych szczepionek nie zawiera już tego składnika, został on zastąpiony innymi konserwantami (Wysocki, 2010).

Pielęgniarka pracująca w punkcie szczepień w POZ, ma bezpośredni kontakt z rodzicami i dziećmi w różnym wieku. Zakłady opieki zdrowotnej są miejscem,

w którym realizacji świadczeń medycznych towarzyszy realizacja różnych form edukacji. Bardzo ważne jest, aby pielęgniarka i lekarz, posiadali aktualną wiedzę na temat wakcynologii co zapewni udzielanie rodzicom rzetelnej wiedzy, dotyczącej celowości i skuteczności szczepień oraz działań niepożądanych. Pielęgniarka jest przewodnikiem rodziny, a jej zadanie to przede wszystkim doradztwo i pomoc rodzinie w dążeniu wzmacniania i ochrony zdrowia (Steciwko, 2012).

Podsumowując - w niniejszej pracy przedstawiono zagadnienia dotyczące uodporniania czynnego dzieci i młodzieży. Podczas przedstawiania roli szczepień stwierdzono, że szczepienia należą do najskuteczniejszych środków i sposobów zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. W przeszłości choroby zakaźne były przyczyną zeszpecenia, kalectwa i śmierci. Historia pokazała, że dzięki szczepieniom udało się znacznie zmniejszyć zapadalność na niebezpieczne i powszechne choroby, a niektóre całkowicie wyeliminować. Szczególnie narażone na zachorowania są najmłodsze dzieci, choroba jest przyczyną ich cierpienia, niepokoju rodziców, stwarza ryzyko wystąpienia powikłań, a nawet śmierci. Istotą szczepienia jest uzyskanie odporności, czyli możliwość obrony organizmu przed infekcją wywołującą chorobę lub złagodzenie przebiegu choroby. Szczepienia ratują życie i zdrowie, prowadzą do spadku zachorowań, a więc zapobiegają wybuchom epidemii. Dzięki szczepieniom ochronnym spadła zapadalność na choroby zakaźne, w związku z tym w świadomości społecznej przestały być one zagrożeniem i nie wywołują już lęku. Następstwem tego jest zaniechanie niektórych szczepień, pojawiają się również ruchy anty szczepionkowe, propagujące całkowite zaprzestanie szczepień. Prowadzi to do ponownego pojawienia się chorób już wyeliminowanych. Dlatego konieczna jest ciągła edukacja, szczególnie kierowana do rodziców, w celu podniesienia poziomu ich wiedzy na temat pozytywnego wpływu szczepień na zdrowie dziecka. Pielęgniarka i lekarz odgrywają zasadniczą rolę w edukacji, wspólnie udzielają rodzicom aktualnej wiedzy o szczepieniach, które dzięki rozwojowi nowych technologii są oraz bezpieczniejsze, doskonalsze i wytwarzają odporność na coraz więcej chorób.

Bibliografia

1. Bernatowska E., Grzesiowski P. (2012), Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane od A do Z., Wydawnictwo Lekarskie PZWL.,Warszawa.
2. Czaja H. (2012) Lekarz i pielęgniarka w punkcie szczepień-model współpracy.,Medycyna Praktyczna, materiały szkoleniowe, Kraków.
3. Czaja H., Wysocki J. (2010), Szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych, Help-Med. s.c. Kraków.
4. Grzesiowski P. (2007), Uodpornienie człowieka i jego rodzaje, W: Wakcynologia, a-medica Press, Bielsko-Biała.
5. Magdzik W. (2007), Historia uodpornienia sztucznego, W: Wakcynologia, a-medica Press, Bielsko-Biała.

6. Magdzik W. (2007), Zakres i organizacja szczepień, W: Wakcynologia, a-medica Press, Bielsko-Biała.
7. Mamoń A. (2010), Szczepienia ochronne dzieci i dorosłych, ad vocem, Kraków.
8. Mrozek-Budzyn D. (2012), Wakcynologia praktyczna, a-medica Press, Bielsko-Biała.
9. Nitka A., Grzesiowski P. (2012), 7 mitów na temat szczepień, W: Puls Medycyny, dodatek tematyczny, Szczepienia, Medicine Today Poland, Warszawa.
10. Pawlaczek B. (2007), Pielęgniarstwo pediatryczne, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa.
11. Program Szczepień Ochronnych na 2013 rok, Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29 października 2012 r. (poz. 78).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ.
14. Steciwko A., Kurpas D., Sochocka L. (2012), Dziecko i jego środowisko, Continuo, Wrocław.
15. Szenborn L. (2012), Nieprzewidywalne ryzyko związane z udziałem dziecka w „ospa party”, W: Puls Medycyny, dodatek tematyczny Szczepienia, Medicine Today Poland, Warszawa.
16. Ustawa z dn. 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039).
17. Wysocki J. (2007) Co to jest wakcynologia? W: Wakcynologia, a medica Press, Bielsko-Biała.
18. Wysocki J. (2010), Czaja., Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach, Help-Med., Kraków.
19. Wysocki J. (2009), Szczepienia krok po kroku, Grupa Medica s.c. Warszawa.
20. Wysocki J. (2007), Szczepienia obowiązkowe czy zalecane? W: Lekarz rodzinny, numer specjalny-grudzień.

Liczba znaków ze spacjami: 22 050

**Aneta Filipek-Czerska¹, Anna Badysiak¹,
Maria Koziół-Montewka^{1,2}, Edyta Kawka¹**

¹ Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

² Katedra Mikrobiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Edukacyjna rola pielęgniarki w zapobieganiu zakażeń rota wirusowych

Streszczenie: Szerzeniu się zakażeń rota wirusowych u dzieci sprzyja łatwość przenoszenia wirusa, szczególnie drogą feralno-oralną. Do zakażenia może dojść poprzez kontakt z osobą chorą, jak również przez styczność z zanieczyszczoną powierzchnią czy przedmiotami. Przebywanie jednego chorego dziecka w skupisku przedszkolnym czy szkole, skutkuje przeniesieniem wirusa na wiele innych dzieci. Głównym zagrożeniem dla dziecka zakażonego rota wirusami jest ryzyko szybkiego odwodnienia spowodowanego wymiotami i gwałtowną biegunką. Celem edukacji jest wyprzedzenie i zabezpieczenie przed chorobą i uświadomienie opiekunom powagi infekcji rota wirusowych. Pielęgniarka oprócz fachowego przygotowania musi posiadać wiedzę na temat występowania reakcji niepożądanych. Obejmuje to zarówno teorię, jak i działania praktyczne, istotna jest znajomość przebiegu choroby. Pielęgniarka posiadająca wiedzę merytoryczną, dotyczącą zakażeń i umiejętności w zakresie profilaktyki, musi umieć pozyskiwać zaufanie zarówno dzieci jak i rodziców, musi umieć wpływać na zmianę niepokojących postaw rodziców wobec szczepień ochronnych.

Słowa kluczowe: rota wirus, biegunka, szczepienia, edukacja, zakażenia

Wstęp

W Polsce niezwykle często występują zakażenia rota wirusowe, które odpowiadają za ponad 50% ostrych zakażeń przewodu pokarmowego. Zakażenia rota wirusowe najczęściej występują w populacji dziecięcej, zwłaszcza wśród najmłodszych grup. Szerzeniu zakażeń rota wirusowych sprzyja bardzo duża zakaźność i łatwość przenoszenia wirusa spowodowana przebywaniem dzieci w skupiskach, np. w żłobkach, przedszkolach, szkołach oraz mała dbałość o higienę, niestaranne mycie rąk po skorzystaniu z toalety czy przed posiłkiem, ssanie palców, branie do buzi różnych przedmiotów. Największe wskaźniki zachorowalności oraz śmiertelności w przebiegu zakażeń rota wirusowych dotyczą dzieci do 5 roku życia (Banister i wsp. 1998).

Ze względu na gwałtowny i zagrażający życiu przebieg choroby bardzo ważną rolę edukacyjną odgrywa pielęgniarka. Opieka medyczna i działania edukacyjne,

którym podlegają dzieci w placówkach oświatowych mogą radykalnie wpłynąć na zmniejszenie liczby zakażeń rota wirusowych. Edukacja dzieci i dorosłych uświadamia im sposoby szerzenia się infekcji przede wszystkim na drodze feralno - oralnej, jak również ukazuje skuteczną metodę profilaktyki rota wirusowej, którą jest szczepienie ochronne. Potrzeba ochrony przed zakażeniem rota wirusami staje się koniecznością ze względu na ich wysoką zakaźność.

Wdrażane przez pielęgniarkę podstawowe jak również ogólne zasady profilaktyki wiążą się z przestrzeganiem higieny, zarówno osobistej, jak i dotyczącej żywności. Czynna profilaktyka i edukacyjne działania pielęgniarki mogą przyczynić się do zapobiegania występowaniu ciężkiej postaci biegunki rota wirusowej (Ciechanowicz, 2000).

Wirus Rota został wykryty w 1973 roku w Australii, w biopsji jelitowej chłopca z ciężką biegunką i opisany przez Ruth Bishop jako czynnik etiologiczny choroby występującej u ludzi. Rotawirusy (R.V.) – należą do rodziny RNA wirusów Reoviridae. Powszechnie występują u człowieka, jak również u wielu gatunków ssaków i ptaków. Jednak zwierzęta nie stanowią rezerwuaru wirusów zakażających ludzi, ani też nie odgrywają roli w transmisji tych wirusów na człowieka (Grzesiowski, 2007).

Nazwa wirusów nawiązuje do ich wyglądu, kształtem przypominają koła (łac. rota – koło). Dla człowieka patogenne są typy A, B, C. Za główny czynnik etiologiczny biegunek u dzieci uznany jest, występujący na całym świecie, typ A. Rota wirusy cechują się bardzo dużą stabilnością, ułatwia to przetrwanie w niekorzystnym środowisku zewnętrznym: na rękach, na pościeli czy na powierzchni mebli i przedmiotów użytkowych, co umożliwia transmisję zakażenia podczas kontaktu. Rota wirusy zachowują swoją żywotność w temperaturze pokojowej od 90 minut do ponad 10 dni. Są odporne na działanie powszechnie stosowanych środków dezynfekujących, takich jak detergenty, niektóre czwartorzędowe związki amonowe, chlor w niskich stężeniach, jak również na zamrażanie oraz inkubację przez godzinę w temperaturze 56°C. Zachowują wrażliwość wobec 95% etanolu, 70% izopropanolu, 2% glutaraldehydu i niektórych związków fenolowych (Czerwionka-Szaflarska, 2010).

Wirusy rota cechuje duża zakaźność - do wywołania choroby wystarczy 10-100 cząsteczek wirusa. Kał stanowi jedyny materiał biologiczny zawierający cząsteczki wirusa. Rota wirusy namnażają się w dojrzałych komórkach nabłonka jelita cienkiego, dochodzi do zaniku kosmków jelitowych, co prowadzi do upośledzenia procesów trawienia i wchłaniania składników odżywczych, czego efektem jest biegunka (Czerwionka-Szaflarska, 2010). Źródłem zakażenia jest chory człowiek lub rekonwalescent. Najważniejszą drogą szerzenia się choroby jest droga fekalno-oralna. Do zakażenia dochodzi głównie poprzez spożycie skażonego pokarmu, zanieczyszczonej wody pitnej, a także po kontakcie z przedmiotami skażonymi. Chory wydalą z kałem bardzo duże ilości wirusów, ale ich obecność stwierdza się

również w wymiocinach i w wydzielinie z dróg oddechowych, jednak w przenoszeniu wirusa droga kropelkowa pełni niewielką rolę. Zakażenia rota wirusowe stwierdzane są najczęściej wśród niemowląt i małych dzieci (Czerwionka-Szaflarska, 2010). Choroba jest powszechna, a wiele dzieci ma kontakt z wirusem przed ukończeniem 5 roku życia. Co piąte dziecko po zetknięciu z wirusem wymaga konsultacji lekarskiej, natomiast co 65 - hospitalizacji. Wysoka zakaźność wirusa jest przyczyną epidemii szpitalnych, żłobkowych, przedszkolnych oraz domowych. Zakażenia rota wirusowe tak samo często występują w krajach rozwiniętych, jak i w krajach rozwijających się. Obserwuje się wyraźną sezonowość tych zakażeń z największym nasileniem w okresie zimowo-wiosennym, w okresie letnim zachorowania są sporadyczne (Gieruszczak-Białek i wsp. 2010). Szczególnie ciężko infekcję rota wirusową przechodzą dzieci w wieku od 6-24 miesiąca życia oraz dzieci obciążone chorobami przewlekłymi układu krążenia czy oddechowego. Choroba może mieć charakter od bezobjawowego, poprzez lekki i umiarkowany, po ciężki.

Objawy infekcji rota wirusowej najczęściej występują gwałtownie i są bardzo nasilone. Pojawia się gorączka 38°C, a nawet do 40°C, której często towarzyszą infekcje górnych dróg oddechowych (około 50% przypadków). Mogą pojawić się wymioty trwające 1-2 dni zwykle 3-4 razy na dobę i zazwyczaj wyprzedzają wystąpienie biegunki. Ostra biegunka według WHO to 3 lub więcej stolców płynnych lub półpłynnych na dobę, bądź jeden stolec zawierający ropę, śluz lub krew. W zakażeniu rota wirusowym dziecko wypróżnia się średnio 10 razy na dobę, a stolce są luźne, wodniste, tryskające, jednak nie zawierają krwi ani śluzu. Biegunka może trwać od 4 do 8 dni.

Wyróżnia się trzy postacie biegunki rota wirusowej: biegunka łagodna – mniej niż 3 stolce na dobę, bez objawów ogólnych; biegunka średnia – więcej niż 6 stolców, z objawami dyskomfortu w jamie brzusznej oraz biegunka ciężka – więcej niż 6 stolców na dobę (do 10 stolców), parcie na stolec i objawy poważnych zaburzeń wodno – elektrolitowych. Dziecko traci duże ilości płynów i elektrolitów (sodu, potasu, chloru, wodorowęglanów) i jeśli nie będą one skutecznie uzupełniane, bardzo szybko może dojść do groźnego dla zdrowia, a nawet życia, odwodnienia. Należy bacznie obserwować dziecko czy nie występują objawy takie jak: nadmierne pragnienie, utrata elastyczności skóry, kurcze mięśniowe, zapadnięte gałki oczne, podsychnięte błony śluzowe jamy ustnej, skąpomocz, głębokie szybkie oddechy, słaby puls, obniżone ciśnienie krwi i utrata masy ciała. O konieczności hospitalizacji decyduje lekarz na podstawie ogólnego stanu dziecka oraz nasilenia czasu trwania choroby.

Rocznie w Polsce z powodu zakażeń rota wirusowych trafia do szpitala ponad 21,5 tysiąca dzieci poniżej 5 roku życia. Dodatkowo rota wirusy są przyczyną około 11 tysięcy zakażeń wewnątrzszpitalnych dzieci do 5 roku życia. Do zakażenia dochodzi u dzieci, które z innego powodu przebywają w szpitalu, np.

z powodu zapalenia płuc czy zabiegu operacyjnego (Gieruszczak- Białek i wsp. 2010). Hospitalizacja z powodu odwodnienia w wyniku zakażenia rota wirusowego może trwać do 9 dni i dłużej.

Zakażenia rota wirusami są bardzo upowszechnione na całym świecie. Chorują zarówno dzieci i dorośli. Z danych statystycznych wynika, że każdego roku na świecie zakażeniu tymi wirusami ulega od 125 do 140 milionów osób. Rota wirus stanowi jeden z najważniejszych czynników etiologicznych biegunek u niemowląt i małych dzieci. Wirus ten powoduje corocznie około 440 tysięcy zgonów dzieci poniżej 5 roku życia. W Polsce ostra rota wirusowa biegunka jest rocznie przyczyną około 6,5 tysiąca hospitalizacji i 52 tysiąca porad ambulatoryjnych (Banister i wsp. 1998).

Profilaktyka zakażeń

W zapobieganiu zakażeń rota wirusowych bardzo dużą rolę odgrywa stosowanie szczepień ochronnych, dbanie o higienę osobistą i otoczenia, właściwa inspekcja jedzenia i napojów w miejscu ich wytwarzania, odizolowanie i leczenie w odpowiednich warunkach chorych osób, poddanie kwarantannie chorych i ich mienia, które może być ośrodkiem wirusów. Bardzo ważne jest, aby układ odpornościowy dziecka był odpowiednio przygotowany na ataki drobnoustrojów i mógł sprawnie produkować przeciwciała skierowane przeciwko rota wirusom. Rodzice mogą zapewnić swoim dzieciom wczesną ochronę przed infekcjami stosując szczepienia. Jak wskazują dane, szczepienia przeciw rota wirusom są skuteczne i bezpieczne. Mogą być wykonywane jednocześnie z innymi szczepieniami, w trakcie jednej wizyty w poradni. Stosowanie doustnej szczepionki eliminuje stres, zarówno u rodziców jak i u dzieci, a także dyskomfort dziecka związany z bólem w przypadku zastosowania iniekcji. Najistotniejszym celem szczepień ochronnych jest zabezpieczenie przed chorobami zakaźnymi i uzyskanie długotrwałej (wieloletniej) odporności. Szczepionki bardzo skutecznie zapobiegają zachorowaniu, a przy ekspozycji nie dają ciężkich powikłań (Gieruszczak-Białek i wsp. 2010).

Szczepienie jest to wprowadzenie szczepionki do organizmu w celu czynnego wytworzenia stanu odporności. W czynności szczepienia zasadniczą rolę odgrywa preparat biologiczny, jakim jest szczepionka. Szczepienia są najskuteczniejszą metodą profilaktyki chorób. Celem szczepień jest uzyskanie odporności, bez zachorowania lub w przypadku zachorowalności uzyskania odpowiedzi organizmu ze zmniejszoną reakcją.

Uzyskiwany jest wówczas łagodniejszy przebieg infekcji, wraz z eliminacją groźnych powikłań. Społecznym celem wakcynacji jest ograniczenie zachorowań w całej populacji, a tym samym ograniczenie rozprzestrzeniania się drobnoustrojów chorobotwórczych. Szczepienia to inwestycja w zdrowie najpierw nie-

mowlęcia, przez wiek dziecięcy, młodość po wiek sędziwy. Zachowanie zdrowia na przyszłość to dbanie o nie od lat najmłodszych. Choroby zakaźne, wirusowe i bakteryjne, są szczególnie groźne dla najmłodszych dzieci. U niektórych infekcje te przebiegają łagodnie i bez powikłań, u innych przebieg choroby jest ciężki z powikłaniami, czasem kończą się zgonem. Przed chorobami zakaźnymi można skutecznie ochronić dziecko jedynie przez szczepienia.

Rozszerzona ochrona dotyczy dzieci, które:

- korzystają lub w przyszłości będą korzystać ze żłobków i przedszkoli;
- mają starsze rodzeństwo uczęszczające do szkoły, przedszkola lub żłobka;
- z powodu choroby przewlekłej często przebywają w szpitalu;
- wyjeżdżają za granicę z powodów migracji (stałych, czasowych) lub na wakacje;
- w związku z przenoszeniem chorób przez dorosłych uwarunkowanych pracą zawodową.

Szczepionkę podaje się do ust dziecka za pomocą strzykawki. Szczepionka stosowana w profilaktyce zakażeń wirusami rota jest przeznaczona dla niemowląt w wieku od 6 tygodnia życia do 24-26 tygodnia, w zależności od preparatu (Mrukowicz, 2011).

Jedną ze szczepionek jest ROTARIX – szczepionkowy preparat doustny, zawierający żywe, odzjadliwione drobnoustroje, produkt firmy – GlaxoSmithKline Biologicals. Schemat uodpornienia – dwie dawki, przeznaczony dla niemowląt od 6 do 24 tygodnia życia. Obie dawki należy podać przed 24 tygodniem życia. Preferowane jest ukończenie schematu dwudawkowego szczepienia przed 16 tygodniem życia. Szczepionka przeznaczona jest do podania na wewnętrzną część policzka.

Szczepienie podstawowe: I dawka – w 6 tygodniu życia; II dawka – minimum 4 tygodnie po I dawce (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, 2013).

Inna szczepionka to Rota Teq firmy SANOFI PASTEUR MSD, do podania doustnego na wewnętrzną część policzka. Zaleca się podanie wszystkich dawek przed 20 - 22 tygodniem życia. Ostatecznie szczepienia preparatem Rota Teq należy zakończyć przed 26 tygodniem życia. Szczepienia podstawowe: I dawka – w 6 tygodniu życia; II dawka – minimum 4 tygodnie po I dawce; III dawka – minimum 4 tygodnie po II dawce (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, 2013).

Rola pielęgniarki jako edukatora

Zmiany w modelach ochrony zdrowia traktują pielęgniarkę jako ważny element systemu działającego na rzecz zdrowia jednostki, grupy i społeczeństwa. Zadania, jakie powinna realizować pielęgniarka to przede wszystkim świadczenie opieki zdrowotnej, ale także zarządzanie tą opieką, zadania terapeutyczne i samokształceniowe oraz zadania dydaktyczne w zakresie nauczania pacjentów, ich rodzin oraz innych członków personelu opieki zdrowotnej (Krymska, 2004).

Pielęgniarkę do pełnienia roli edukatora uprawnia Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz Narodowy Program Zdrowia. Te dokumenty wyznaczają jej kluczową rolę w przyczynianiu się do jak najlepszego zdrowia społeczeństwa i jego jednostek (Bass i wsp. 2008). Szczególnym wyzwaniem dla pielęgniarki staje się promocja zdrowia oraz wzmocnienie działań w profilaktyce. Głównymi zadaniami pielęgniarki w zakresie promocji zdrowia jest dostarczenie wiedzy, czyli edukowanie oraz zmotywowanie edukowanych osób do zdrowego trybu życia (Dolińska i wsp. 2005).

Jako jeden z elementów pracy pielęgniarek, edukacja obejmuje swym zakresem następujące funkcje:

- profilaktyczną – polegającą na zapobieganiu i ograniczaniu ryzyka chorób i ich powikłań,
- wychowawczą – polegającą na kształtowaniu odpowiedzialności za własne zdrowie,
- promowania zdrowia – polegającą głównie na kształtowaniu zachowań prozdrowotnych.

Rodzicom na pierwszym spotkaniu ogólnym, zorganizowanym na początku roku szkolnego w szkołach czy przedszkolach należy przedstawić zagadnienia dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych, w tym zakażeń rota wirusowych (Dolińska i wsp. 2005).

Ostre biegunki mogą prowadzić do groźnego w skutkach odwodnienia, dlatego rolą pielęgniarki jest informowanie jakie kroki należy podjąć aby nie dopuścić do odwodnienia, które najczęściej jest przyczyną hospitalizacji dziecka. Pobyt w szpitalu jest bardzo stresujący nie tylko dla dziecka, ale także dla rodziców. Dezorganizuje życie rodzinne i zawodowe (jest przyczyną zwolnień z pracy) dlatego tak bardzo ważną rolę odgrywają szeroko zakrojone działania profilaktyczne (Czerwionka- Szaflarska i wsp. 2010). Podstawowym działaniem profilaktycznym jest przestrzeganie higieny i częste mycie rąk. Jednak najbardziej skutecznym sposobem zapobiegania zakażeniom są szczepienia, które w konsekwencji zapewniają wczesną ochronę przed wystąpieniem blisko 96% przypadków ciężkiego zapalenia żołądka i jelit wywołanego przez rota wirusy.

W Polsce dostępne są dwa rodzaje szczepionek przeciw rota wirusom, podawane doustnie, a więc bez stresu spowodowanego bólem. Głównym motywatorem skłaniającym do zakupu szczepionek powinna być przede wszystkim wiedza i świadomość rodziców, a w dalszej kolejności zasoby finansowe. Jest to inwestycja w zdrowie dziecka (Gieruszczak-Białek i wsp. 2010). Warto zaszczepić dziecko przeciw rota wirusom aby uchronić je przed męczącą biegunką, wymiotami i innymi objawami zakażenia rota wirusami, zapobiec ewentualnej hospitalizacji z powodu odwodnienia w przebiegu ostrej biegunki.

W edukację zdrowotną powinno być zaangażowane całe społeczeństwo, bo zdrowie stanowi ogromną wartość społeczną, dlatego pielęgniarka jako pracow-

nik systemu ochrony zdrowia, jest osobą kompetentną do pełnienia roli edukatora (Dolińska i wsp. 2005). W upowszechnieniu wiedzy zdrowotnej pielęgniarka powinna pamiętać o podstawowych zasadach dydaktyki, działać na intelekt, uczucia i wolę edukowanej osoby. W pracy tej musi zainteresować, przekonać i zachęcić do zmiany zachowań (Ciechanowicz, 2000).

Podsumowanie

Szerzeniu się zakażeń rota wirusowych u dzieci sprzyja łatwość przenoszenia wirusa szczególnie drogą feralno-oralną. Do zakażenia może dojść poprzez kontakt z osobą chorą, jak również przez styczność z zanieczyszczoną powierzchnią czy przedmiotami. Przebywanie jednego chorego dziecka w skupisku przedszkolnym czy szkole, skutkuje przeniesieniem wirusa na wiele innych dzieci. Głównym zagrożeniem dla dziecka zakażonego rota wirusami jest ryzyko szybkiego odwodnienia spowodowanego wymiotami i gwałtowną biegunką. Celem edukacji jest wyprzedzenie i zabezpieczenie przed chorobą i uświadomienie opiekunom powagi infekcji rota wirusowych. Pielęgniarka oprócz fachowego przygotowania musi posiadać wiedzę na temat występowania reakcji niepożądanych. Obejmuje to zarówno teorię, jak i działania praktyczne, istotna jest znajomość przebiegu choroby. Pielęgniarka posiadająca wiedzę merytoryczną, dotyczącą zakażeń i umiejętności w zakresie profilaktyki, musi umieć pozyskiwać zaufanie zarówno dzieci jak i rodziców, musi umieć wpływać na zmianę niepokojących postaw rodziców wobec szczepień ochronnych.

Wnioski

1. Pierwszoplanowe znaczenie w realizacji szczepień ochronnych przeciw rota wirusom ma rzetelnie przeprowadzana edukacja zdrowotna realizowana przez pielęgniarkę w placówkach przedszkolnych, szczególnie za pomocą rozmów indywidualnych, broszur i ulotek.
2. Zwiększona liczba zachorowań uświadamia, że istnieje potrzeba dalszej edukacji zdrowotnej, prowadzącej do zmiany postaw i zachowań rodziców oraz opiekunów dzieci w kierunku znaczenia szczepień ochronnych.
3. Na pracownikach szkół spoczywa obowiązek dbania i przekazywania rzetelnej wiedzy rodzicom i opiekunom na temat niepożądanych zdarzeń i przenoszenia się infekcji, a także zapewnienie warunków umożliwiających natychmiastową pomoc medyczną i możliwą izolację chorego.

Bibliografia

1. Banister B., Begg N., Gillespie S., (1998) Choroby zakaźne. Urban & Partner, Wrocław.
2. Bass E., Pappano D., Humiston S. (2008) Rotawirus. *Pediatr. Po Dypl.*;12(1):36-46.
3. Ciechanowicz W. (2004) Dawca i biorca w pielęgnowaniu. Podstawy pielęgniarstwa, tom I (red) Ślusarska B., Zarzycka D. Zachradniczek K. Lublin: 300
4. Ciechanowicz W. (2000) Działalność pedagogiczna pielęgniarki, *Pedagogika-podręcznik dla szkół medycznych*. Warszawa:239.
5. Czerwionka-Szaflarska M., Murawska S., Swincow G. (2009) Ocena wpływu doustnego leczenia probiotykiem i/lub doustnym płynem nawadniającym na przebieg ostrej biegunki u dzieci. *Przegląd Gastroenterologiczny*. 4-7.
6. Czerwionka-Szaflarska M. (2010) Zakażenia rotawirusowe. Manifestacja kliniczna, diagnostyka, W: Wysocki M., (red.). Zakażenia wirusami rota – podstawy kliniki i zapobiegania:11-13.
7. Dolińska C., Zientkowi Z., Zientkowska E., Bodzenia-Lukaszyk A. (2005) (4): Edukacja pacjenta. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 99.
8. Gieruszczak-Białek D., Szajewska H. (157) (2010) Uaktualnienie wytycznych AAP dotyczących szczepień przeciwko rotawirusom. W: *Lekarz Rodzinny*, 755
9. Grzesiowski P., Uodpornienie człowieka i jego rodzaje. W: Madzik W., Naruszewicz – Lesiuk D., Zielińska A. (2007) *Wakcynologiamedica Press*, Bielsko-Biała: 30-41
10. Mrukowicz J. Szczepienie przeciwko rotawirusom. *Pediatrics*, przedruk z wydania specjalnego 1/2011, s. 1-5
11. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, Warszawa, dnia 31 października 2013, poz. 43. Program Szczepień Ochronnych na 2014.
12. Krymska B. (2004) Pielęgniarka nauczyciel i doradca, *Magazyn Piel. i Położ.* (9):29

Liczba znaków ze spacjami: 20 145