

Studia Medyczne
Tom 1 1

MEDICAL STUDIES

Edited by Stanisław Głuszek

Vol. 11

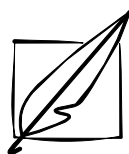
QUARTERLY
july-september

Studia Medyczne

Pod redakcją Stanisława Głuszka

Tom 11

KWARTALNIK
lipiec–wrzesień



Wydawnictwo
Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
Jana Kochanowskiego

Kielce 2008

KOMITET REDAKCYJNY/EDITORIAL COMMITTEE

Redaktor Naczelny/Editor-In-Chief

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

Zastępca Redaktora Naczelnego/Deputy Editor-In-Chief

prof. dr hab. n. med. Stanisław Bień, prof. dr hab. n. med. Marianna Janion

Sekretarz Redakcji/Assistant Editors

mgr Elżbieta Hombek, dr n. med. Jerzy Krzewicki

RADA NAUKOWA/EDITORIAL BOARD

prof. Krzysztof Bielecki (Warszawa)
dr Barbara Błaszczuk (Kielce)
prof. Jean-Pierre Chambon (Lille, Francja)
dr Elżbieta Cieśla (Kielce)
prof. Jan Czesław Czabała (Warszawa)
prof. Stanisław Jerzy Czuczwar (Lublin)
prof. Teofan Maria Domżał (Warszawa)
prof. Wiesław Drozdowski (Białystok)
prof. Sławomir Dutkiewicz (Warszawa)
prof. Bogusław Frańczuk (Kraków)
prof. Andrzej Fryczkowski (Warszawa)
prof. Pavol Holéczy (Ostrava, Czechy)
dr Helena Kadučáková (Ružomberok, Słowacja)
dr Wojciech Kiebzak (Kielce)
prof. Rudolf Klimek (Kraków)
dr Aldona Kopik (Kielce)
prof. Teresa Korwin-Piotrowska (Szczecin)
prof. Anton Lacko (Ružomberok, Słowacja)
prof. Jerzy Kotowicz (Warszawa)
prof. Romuald Lewicki (Warszawa)
prof. Andrzej Malarewicz (Kielce)
dr Małgorzata Markowska (Kielce)

dr Leszek Nowak (Kielce)
prof. Grażyna Nowak-Starz (Kielce)
prof. Józef Opara (Repty Śląskie)
prof. Siarhei Pańko (Brześć, Białoruś)
prof. Stanisław Pużyński (Warszawa)
prof. Stanisław Radowicki (Warszawa)
dr Tomasz Rogula (Cleveland, USA)
prof. Grażyna Rydzewska (Kielce)
prof. Andrzej Rydzewski (Kielce)
prof. Danuta Rylewicz (Warszawa)
prof. Halina Sińczuk-Walczak (Warszawa)
prof. Wojciech Sobaniec (Białystok)
prof. Marek Spaczyński (Poznań)
prof. Bruno Szczygieł (Warszawa)
prof. Monika Szpringer (Kielce)
prof. Wiesław Szymański (Bydgoszcz)
dr Andrew Ukleja (Cleveland, USA)
dr Piotr Walerian (Warszawa)
prof. Beata Wożakowska-Kapłon (Kielce)
dr Barbara Wybraniec-Lewicka (Warszawa)
prof. Stanisław Zabielski (Warszawa)

Adres redakcji/Editorial Correspondence

25–317 Kielce, Aleja IX Wieków Kielc 19, www.ujk.kielce.pl/studiamedyczne
tel. 041 349 69 23, 0668 185 445
e-mail: studiamedyczne@ujk.kielce.pl

Redaktor naczelny: tel. 041 349 69 10, 0602 715 889, e-mail: sgluszek@wp.pl

Opracowanie redakcyjne/Editorial study

Małgorzata Marchlewicz

Korekta/Proofreading

Małgorzata Marchlewicz

Formatowanie komputerowe/Computer formatting

Anna Domańska

Copyright © by Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego, Kielce 2008

Wydawca/Publisher

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego
25–369 Kielce, ul. Żeromskiego 5
tel. 041 349 72 65, fax 041 349 72 69
<http://www.ujk.kielce.pl/wyd>, e-mail: wyd@ujk.kielce.pl

SPIS TREŚCI

CONTENTS

ARTYKUŁY REDAKCYJNE/EDITORIAL ARTICLES

- Colposcopy in modern gynecology and obstetrics***
Kolposkopia w nowoczesnej ginekologii i położnictwie 7
Andrzej Malarewicz, Jadwiga Szymkiewicz

- The Role of Nursing in Family Health Promotion***
Rola pielęgniarki w promocji zdrowia rodziny 13
Helena Kadučáková

PRACE ORYGINALNE/ORIGINAL PAPERS

- Potrzeby edukacyjne rodziców dzieci oparzonych***
Educational needs of parents of burnt children 17
Zofia Kłapa, Zofia Musiał, Marian Słowiaczek, Wioletta Bułat

- Dziecko w szpitalu a ryzyko krzywdzenia instytucjonalnego***
Child in hospital vs. Risk of institutional abuse 23
Mieczysława Perek, Grażyna Cepuch

- Palenie tytoniu jako przykład antyzdrowotnych zachowań wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych***
Tobacco smoking as the example of the antihealthy behavior among adolescents from secondary schools 29
Aneta Grochowska, Małgorzata Schlegel-Zawadzka

- Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice***
A comparison of causes of work-related stress in nursing staff according to specialty 33
Anna Wzorek

PRACE KAZUISTYCZNE/CASE STUDIES

- Plazmafereza w neurologii – doświadczenia własne***
Plasmapheresis in neurology – own experience 39
Barbara Błaszczuk, Elżbieta Jasińska

- Leki oryginalne i generyczne w leczeniu padaczki***
Original and generic antiepileptic drugs in epilepsy treatment 43
Barbara Błaszczuk

PRACE POGLĄDOWE/REVIEW PAPERS

- Etyka i odpowiedzialność zawodowa w pracy pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentem neurochirurgicznym***
The ethics and occupational responsibility in nurse's job taking care of neurosurgery patients 47
Ewa Jachymczyk, Jacek Gołębiowski, Jacek Stypuła

- Przyczyny zachorowania na ostre zapalenie trzustki a zakres interwencji psychoedukacyjnej dla rekonwalescentów***
The causes of acute pancreatitis and range of psychoeducational intervention for convalescents 51
Izabela Chmiel, Antoni Czupryna, Tomasz Brzostek, Maciej Górkiewicz

<i>Ciąża młodocianych – problem medyczny i społeczny</i> <i>Adolescent pregnancy – medical and social problem</i>	57
Beata Frankowicz-Gasiul, Anna Michalik, Agnieszka Czerwińska, Marzena Zydorek, Jolanta Olszewska, Jarosław Olszewski	
<i>Program edukacji żywieniowej dla dzieci w wieku przedszkolnym i ich rodziców realizowany w Krakowie</i> <i>Nutritional education program for kindergarten children and their parents in Krakow</i>	65
Agnieszka Koziol-Kozakowska, Beata Piórecka, Małgorzata Schlegel-Zawadzka	
SPRAWOZDANIA/REPORTS	
<i>Sprawozdanie z II Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Ružomerské zdravotnícke dni 2007”</i> <i>Report from the Second International Scientific Conference “Ružomerské zdravotnícke dni 2007”</i>	71
Bożena Zboina, Halina Król	
<i>Regulamin publikacji prac w „Studiach Medycznych”</i>	75
<i>Publication instruction in “Medical Studies”</i>	77

COLPOSCOPY IN MODERN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

KOLPOSKOPIA W NOWOCZESNEJ GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

Andrzej Malarewicz, Jadwiga Szymkiewicz

Zakład Perinatologii i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Malarewicz

SUMMARY

A screening for a uterine cervix carcinoma is entering a new era. Instead of searching for abnormal pathological changes in the cells of uterine cervix, more and more frequently we are looking for factors evoking these changes, i. e. oncogenic types of HPV. In this way we are swiftly running away from a screening based on a cytology and colposcopy towards the one which depends on hybridization tests. One should, however, remember that screening conducted in this manner allows indeed for a precise distinguishing of a group of women with a risk of becoming ill from cervical carcinoma, but both the colposcopy and cytology are essential for establishing a proper strategy in a clinical management. It is difficult to imagine that only a fact of the infection of the uterine cervix epithelium with papilloma viruses, without morphological abnormalities detected in the epithelium, would be an indication for cervix treatment. At present, we are witnessing an intense development of modern techniques in the colposcopy. Proposals to improve the colposcopy are aiming at rendering objective an inspection of colposcopy images and enhancing a precision of diagnosis. However, the mentioned techniques are not available for each gynecologist. He does not always have to have an access to them because, as it appears from available literature, these modern procedures influence only in a small degree the increase in sensitivity and specificity of the reviewed method, and so far have mainly a scientific significance. In this situation, an essential practical importance has still a routine diagnosis using a colposcope with the application of routine colposcopy methods. Undeniable progress in the colposcopy represents a conviction that this method allows for a diagnosis of subclinical HPV infection of the uterine cervix. The colposcopic diagnosis of the subclinical HPV infection of the uterine cervix, supplemented with cytological examinations, is highly precise and finds a confirmation with hybridization methods for HPV DNA. A progress in the approach to the colposcopy mainly comes down to recognize this diagnostic method as the essential one in the process of deciding about a nature of morphological changes in the uterine cervix. This approach falls into a concept of targeted rescreening. While using the colposcopy one should, however, remember about limitations of the method. Unquestionable benefit of the colposcopy diagnostics is that the result of investigation is available immediately. If we simultaneously employ a cytological assessment of the uterine cervix in the phasecontrast microscope, we could save the patient a negative psychical stress associated with a relatively long-lasting expectation for the results of cytological examinations.

Key words: Colposcopy, HPV, Infection of the uterine cervix.

STRESZCZENIE

Skrining raka szyjki macicy wkracza w nową erę. Coraz częściej, zamiast szukać nieprawidłowych zmian morfologicznych w komórkach szyjki macicy, szuka się czynników, które wywołują te zmiany, tzn. typów onkogennych HPV. W ten sposób ucieka się szybko od skriningu opartego na cytologii i kolposkopii do skriningu, podstawą którego są testy hybrydazyjne. Pamiętać jednak należy, że tak prowadzony skrining (abstrahując od kosztów) pozwala wprawdzie na precyzyjne wyodrębnienie kobiet ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, ale do ustalenia prawidłowej strategii w postępowaniu klinicznym niezbędna jest zarówno kolposkopia, jak i cytologia. Trudno bowiem wyobrazić sobie, aby sam fakt zainfekowania nabłonka szyjki macicy wirusami papilloma, bez stwierdzonych w nabłonku nieprawidłowości morfologicznych, był wskazaniem do leczenia szyjki. Aktualnie notuje się intensywny rozwój nowoczesnych technik kolposkopowania. Propozycje zmierzające do udoskonalania kolposkopii mają na celu zobiektywizowanie oglądanych obrazów kolposkopowych i zwiększenie precyzji rozpoznania. Nie każdy lekarz ginekolog ma jednak dostęp do wspomnianych technik. Nie zawsze zresztą musi, ponieważ te nowoczesne działania tylko w niewielkim stopniu wpływają na zwiększenie czułości i swoistości omawianej metody i jak na razie mają znaczenie przede wszystkim naukowe. W tej sytuacji zasadnicze znaczenie praktyczne ma diagnostyka rutynowym kolposkopem z zastosowaniem rutynowych metod kolposkopowych. Niewątpliwym postępem w kolposkopii jest przekonanie się, że metoda ta pozwala na rozpoznawanie subklinicznej postaci zakażenia HPV. Niewątpliwą korzyścią diagnostyki kolposkopowej jest to, że wynik badania otrzymujemy natychmiast. Jeśli jednocześnie posługujemy się oceną cytologiczną szyjki macicy w mikroskopie fazowo-kontrastowym, to zaoszczędzamy pacjentce negatywnych stresów psychicznych związanych ze stosunkowo długim oczekiwaniem na wyniki badań cytologicznych.

Słowa kluczowe: kolposkopia, infekcje szyjki macicy.

A screening for a uterine cervix carcinoma is entering a new era [1]. Instead of searching for abnormal pathological changes in the cells of uterine cervix, more and more frequently we are looking for factors evoking these changes, i.e. oncogenic types of HPV [2]. In this way we are swiftly running away from a screening based on a cytology and colposcopy towards the one which depends on hybridization tests [3]. One should, however, remember that screening conducted in this manner (leaving aside the costs) allows indeed for a precise distinguishing of a group of women with a risk of becoming ill from cervical carcinoma, but both the colposcopy and cytology are essential for establishing a proper strategy in a clinical management [4]. It is difficult to imagine that only a fact of the infection of the uterine cervix epithelium with papilloma viruses, without morphological abnormalities detected in the epithelium, would be an indication for cervix treatment [5–7].

At present, we are witnessing an intense development of modern techniques in the colposcopy, such as: telecolposcopy, computerized colposcopy, multispectral imaging system colposcopy, computerized digital imaging colposcopy, fluorocolposcopy and photodynamic diagnosis in colposcopy [8–12]. Proposals to improve the colposcopy are aiming at rendering objective an inspection of colposcopy images and enhancing a precision of diagnosis [13]. However, the mentioned techniques are not available for each gynecologist. He does not always have to have an access to them because, as it appears from available literature, these modern procedures influence only in a small degree the increase in sensitivity and specificity of the reviewed method, and so far have mainly a scientific significance. In this situation, an essential practical importance has still a routine diagnosis using a colposcope with the application of routine colposcopy methods [14, 15].

It should be emphasized that the colposcopy has a tremendous importance in the clinic of uterine cervix and vagina infections. It permits, on the basis of evaluation of the appearance of the contents covering a vaginal part of uterine cervix and vagina walls, to orient further diagnostics procedures concerning the infections, including sexually-transmitted infections [16].

A distinctive feature of colposcopy images in the uterine cervix inflammation and infections is the presence on a surface of the cervix a number of intensively red points or spots of variable size (Fig. 1). They represent supraepithelial extravasations (petechiae) or clusters of pleomorphic blood vessels. They show through a softened and rugous epithelium. These vessels become clearly apparent after removing a thick content from the cervix surface. The uterine cervix vessels, visible in the cervix inflammation, produce a dense

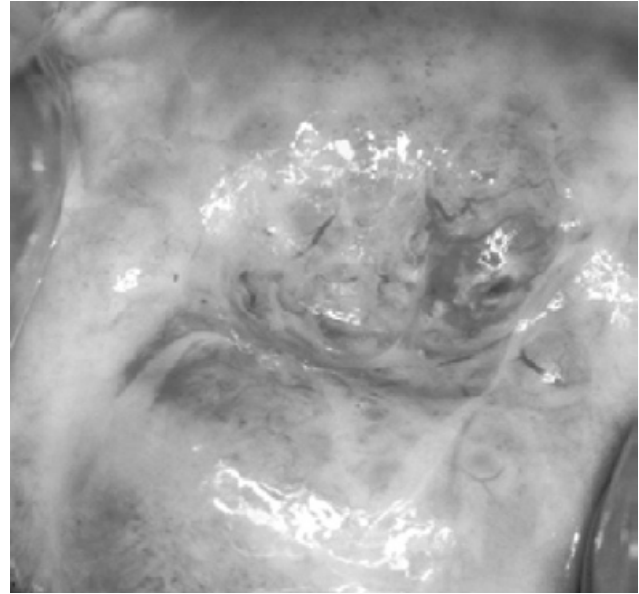


Fig. 1. Inflammation of the uterine cervix. On a surface of the cervix are visible red points and spots of variable size

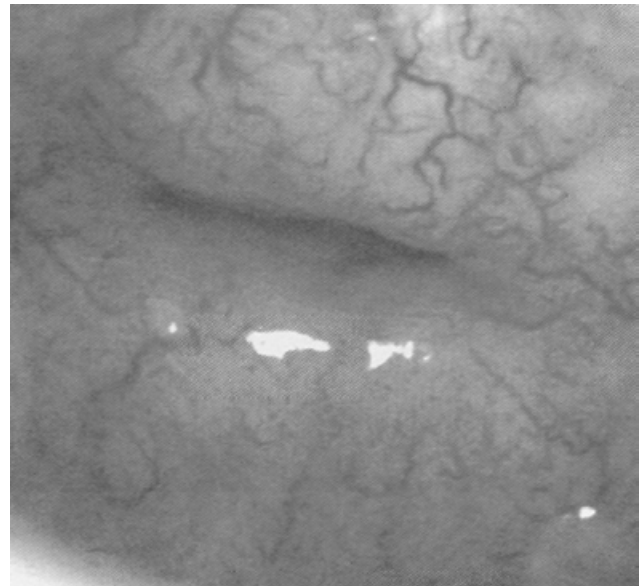


Fig. 2. The cervix inflammation. The uterine cervix vessels produce a dense disordered and disorganized net

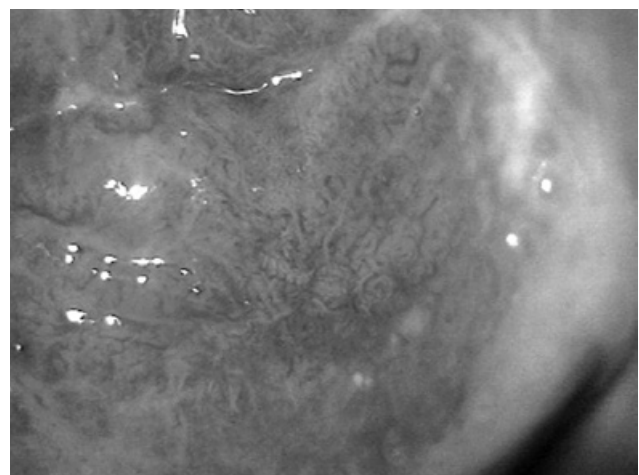


Fig. 3. Infection of the cervix with *Chlamydia trachomatis*

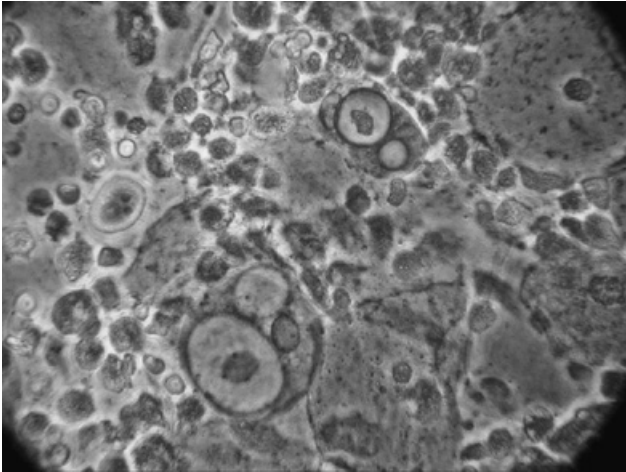


Fig. 4. Infection of the cervix with *Ch. trachomatis*. In a phase contrast microscope are visible in cylindrical cells vacuoles filled with inclusion bodies

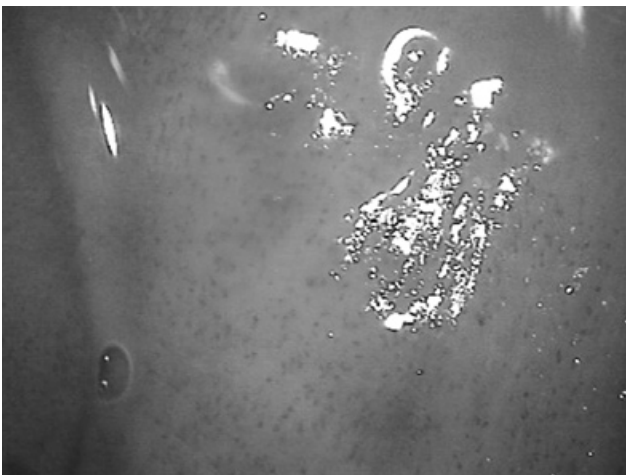


Fig. 5. Trichomonal infestation of the uterine cervix. „A strawberry sign”

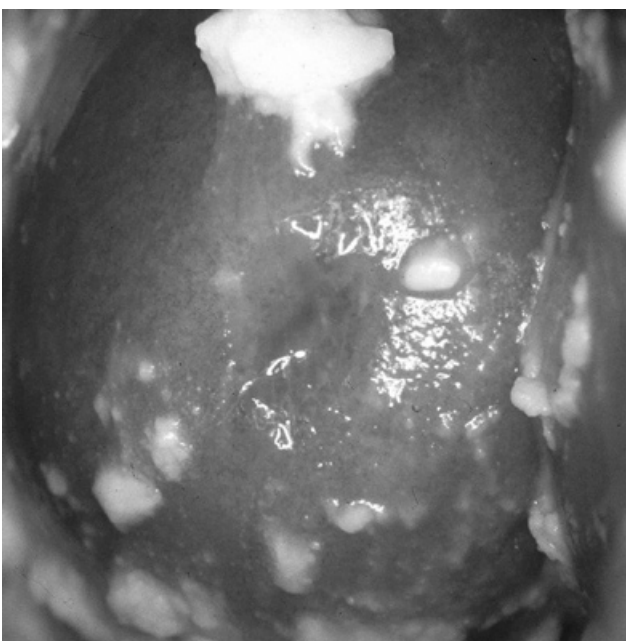


Fig. 6. Mycosis of the uterine cervix

disordered and disorganized net (Fig.2). A diversity in shape and a variable course of vessels in inflamed connective-tissue stroma depends on a differentiated structure of the border between the epithelium and stroma, on connective-tissue papillae and on a degree of hemostasis in the examined vessels.

If enhanced vessel markings described above are accompanied by a zone of epithelial transformation with a more or less extensive ectopy, we may suspect a uterine cervix infection with *Chlamydia trachomatis* [17] (Fig. 3). In cytological smears collected from such lesions there are clusters of cylindrical cells that possess in their cytoplasm numerous vacuoles filled with characteristic inclusion bodies. Such cells are especially well visible in a phase contrast microscope (Fig. 4).

An abundant foamy yellow-and-green vaginal content is a symptom of trichomonal infestation of vagina and uterine cervix. Under colposcopy magnification, the epithelium surface covering a disc of the vaginal part is strewn with the intensively red spots of various size. This symptom resembles “a moth-eaten fabric”, or is called “a strawberry sign” (Fig. 5).

A thick papular white content closely adhering to vaginal walls indicates the existence of mycosis (Fig. 6).

A translucent mucoid content at the opening of external cervical canal accompanied by a homogenous grey-and-white content covering the walls of vagina is distinctive for a bacterial vaginosis. A conspicuous microspotty iodonegative “spotting” of paraepidermoidal epithelium, visible under colposcopy following a test with Lugol liquid, confirms a suspicion of the infection with a microorganism *Gardnerella vaginalis* (Fig. 7). This diagnosis can be confirmed by a cytological examination in which aside of a small number of neutrophilic polymorphonuclear granulocytes and a scanty number or a lack of lactic acid bacilli, the marker cells for bacterial vaginosis, so-called clue cells, can be found. The clue cells are well visible in unstained smears when viewed in the phase-contrast microscopy (Fig. 8). They represent large multilateral cells, from both the surface and intermediate strata of the stratified squamous epithelium of the uterine cervix and vagina, densely covered with *Gardnerella vaginalis* bacilli. Light-refracting bacteria appear clearly on the background of the cells and the preparation.

Colposcopy precisely defines the extent of existing changes in the cervix and allows to orient in its morphological character. It detects precancerous and early cancerous states.

The colposcopy plays a decisive role in the process of qualification for the treatment of both precancerous and cancerous states, as well as other pathological states of the uterine cervix [18, 19]. The colposcopy also has an undisputable role in monitoring pregnancy

complicated with neoplasia of the uterine cervix or cancer [20].

One should not ignore the colposcopy as a method for assessing a functional state of female sexual organs. It is particularly important during early pregnancy and in a diagnosis of infertility.

Undeniable progress in the colposcopy represents a conviction that this method allows for a diagnosis of subclinical HPV infection of the uterine cervix. The colposcopic diagnosis of the subclinical HPV infection of the uterine cervix, supplemented with cytological examinations, is highly precise and finds a confirmation with hybridization methods for HPV DNA [21]. The subclinical HPV infections could be seen following a test with an acetic acid solution [17]. After the acid, bleached foci appear in the stratified squamous epithelium that did not show any alterations before application of the acid (Fig. 9). A bleaching of the epithelium is small and is maintained for a short period of time. A previous translucency of the epithelium is returning quickly. The epithelium susceptible for bleaching is lustrous and contains an uneven (“coarse”) and slightly papillary surface (Fig. 10). If the colposcopy images are accompanied with the cytological images in which koilocytes and dyskeratocytes have been revealed, then the diagnosis of subclinical HPV infection is reliable [20].

In cytological preparations stained with hematoxylin and eosine or with a Papanicolaou reagent, a distinctive for koilocytes vacuolization has a nature of empty spaces sharply separated from the rest of cytoplasm in which irregular and hyperchromatic cell nuclei are located. Cytoplasm is condensed at the periphery, and it intensively stains in eosinophilic or cyanophilic manner, and rarely is amphophilic. Koilocytes are also well visible in the unstained cytological smears inspected through the phase-contrast microscope (Fig. 11).

A progress in the approach to the colposcopy mainly comes down to recognize this diagnostic method as the essential one in the process of deciding about a nature of morphological changes in the uterine cervix. This approach falls into a concept of targeted rescreening [17]. The point is that a gynecologist despite a negative result (in the oncological sense) of the cytological smear qualifies the cervix, on the basis of obtained colposcopy images, for another cytological evaluation.

While using the colposcopy one should, however, remember about limitations of the method. By colposcopy investigations we assess only a surface of the existing changes in the cervix. On the basis of the appearance of the surface we are drawing conclusions about their structure and morphological nature. Sometimes these conclusions could be incorrect.

Unquestionable benefit of the colposcopy diagnostics is that the result of investigation is available im-

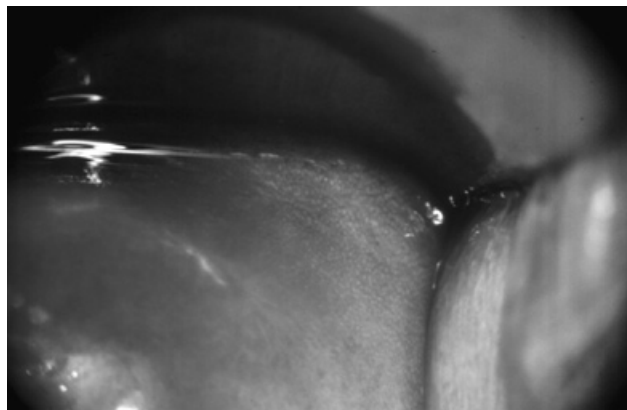


Fig. 7. Bacterial vaginosis. Iodonegative „spotting” of paraepithelial epithelium visible under colposcopy following a test with Lugol liquid

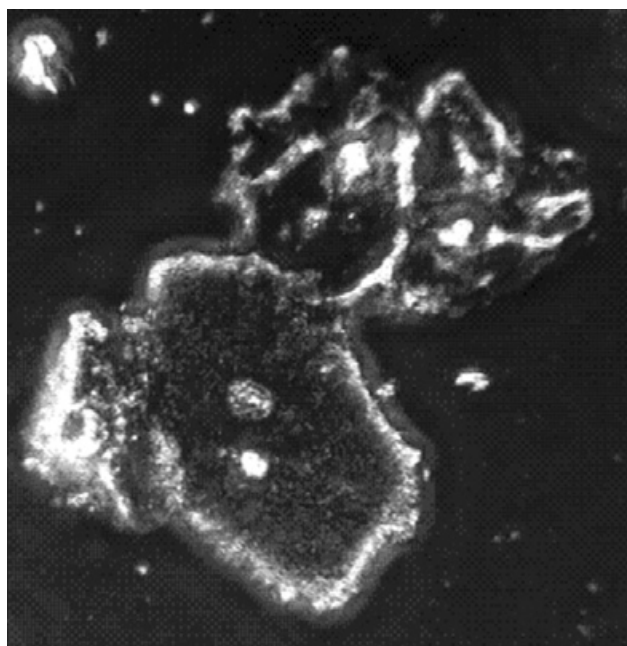


Fig 8. Clue cells in a phase-contrast microscopy

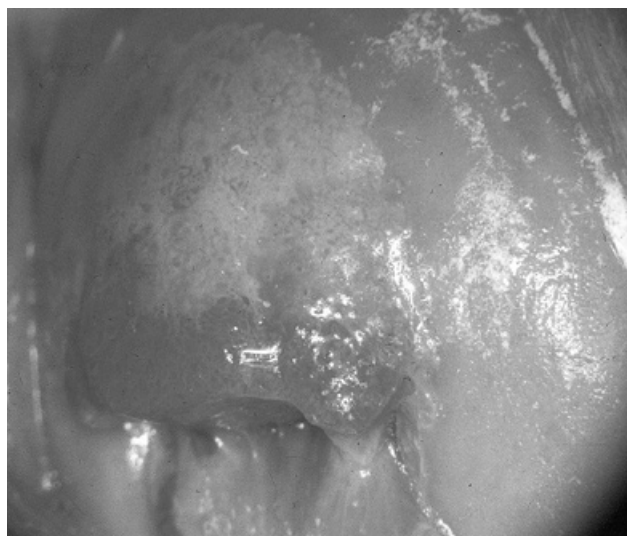


Fig. 9. HPV infection. A bleaching of the epithelium after the acetic acid

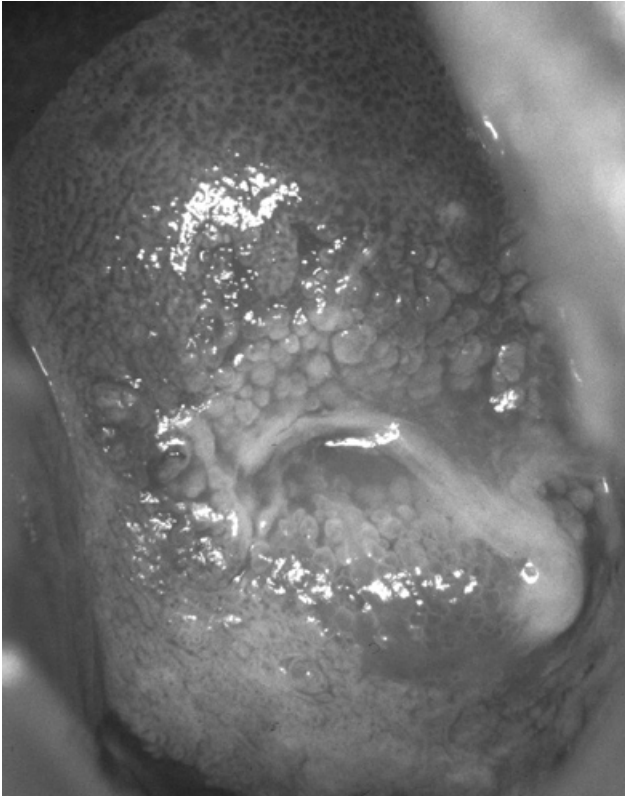


Fig. 10. HPV infection. The epithelium contains a slightly papillary surface



Fig. 11. HPV infection. The unstained cytological smear inspected through the phase-contrast microscope. Koilocytes

mediately. If we simultaneously employ a cytological assessment of the uterine cervix in the phase-contrast microscope, we could save the patient a negative psychological stress associated with a relatively long-lasting expectation for the results of cytological examinations [22, 23].

BIBLIOGRAPHY

- [1] Brink AATP. HPV testing in cervical screening. *Best Practis Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20: 253–266.
- [2] Symonds IM. Screening for gynaecological conditions. *Curr Obstet Gynaecol* 2006; 16: 337–343.
- [3] Giraldo P, Goncalves AKS, Pereira SAS et al. Human papilloma virus in the oral mucosa of women with genital human papillomavirus lesions. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol* 2006; 126: 104–106.
- [4] Boulanger JC, Bergeron C. Actualites en pathologie cervicale: l'Europe de la colposcopie. *Gynecol Obstet Fertil* 2005; 33: 50–54.
- [5] Nazeer S, Shafi M, Todd R. Colposcopy and cervical pre-malignancy. *Curr Obstet Gynaecol* 2004; 14: 104–114.
- [6] Welton K, Shafi M. Colposcopy and programme management guidelines. *Curr Obstet Gynaecol* 2005; 15: 139–141.
- [7] Jeronimo J, Schiffman M. Colposcopy at a crossroads. *Amer J Obstet Gynecol* 2006; 195: 349–53.
- [8] Bogaards A, Aalders MC, Zeyl CC et al. Localization and standing of cervical intraepithelial neoplasia using double ratio fluorescence imaging. *J Biomed Opt* 2002; 7: 215–220.
- [9] Agrawal A, Utzinger U, Brookner C et al. Fluorescence spectroscopy of the cervix: influence of acetic acid, cervical mucus, and vaginal medications. *Laser Surg Med* 1999; 25: 237–249.
- [10] Schadell D, Coumbos A, Ey S et al. The suitability of digital colposcopy for telematic applications. *Biomed Tech (Berl)* 2004; 49: 157–162.
- [11] Milbourne A, Park SY, Benedet JL. Results of a pilot study of multispectral digital colposcopy for the in vivo detection of cervical intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 2005; 99: 67–75.
- [12] Ferris DG, Macfee MS, Miller JA. The efficacy of telecolposcopy compared with traditional colposcopy. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 248–254.
- [13] Dexeus S, Cararach M, Dexeus D. The role of colposcopy in modern gynecology. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002; 23: 269–77.
- [14] Gage JC, Hanson VW, Abbey K. Number of Cervical Biopsies and Sensitivity of Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 264–272.
- [15] Benedet JL, Maticic JP, Bertrand MA. The Quality of Community Colposcopic Practice. *Obstet Gynecol* 2004; 03: 92–100.
- [16] Lanham S, Herbert A, Basarab A et al. Detection of cervical infections in colposcopy clinic patients. *J Clin Microbiol* 2001; 39: 2946–2950.
- [17] Malarewicz A, Rokita W. *Kolposkopia praktyczna*. Blackhorse, Warszawa 2005.

- [18] Ferris DG, Litaker MS. Prediction of cervical histologic results using an abbreviated Reid Colposcopic Index during ALTS. *Amer J Obstet Gynecol* 2006; 194: 704–710.
- [19] Tuon FF, Bittencourt MS, Panichi MA. Sensibility and specificity of cytology and colposcopy exams with the histological evaluation of cervical intraepithelial lesions. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48: 140–144.
- [20] Malarewicz A. *Cyodiagnostyka patologii szyjki macicy*. Blackhorse, Warszawa 2002.
- [21] Monsonego J. Colposcopy: the value of HPV testing in clinical practice. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32: 62–74.
- [22] Ferris DG, Litaker MS, Gilman PA et al. Patient Acceptance and the Psychological Effects of Women Experiencing Telecolposcopy and Colposcopy. *J Amer Board Fam Pract* 2003; 16: 405–411.
- [23] Rogstad KE. The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy. *Int J Obstet Gynaecol* 2002; 109: 364–368.

Adres do korespondencji:

prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Malarewicz
Zakład Perinatologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: andrzejmalarewicz@interia.pl

THE ROLE OF NURSING IN FAMILY HEALTH PROMOTION

ROLA PIELEŃNIARKI W PROMOCJI ZDROWIA RODZINY

Helena Kadučáková

Faculty of Health of the Catholic University in Ružomberok, Slovakia

Dean: doc. MUDr. Anton Lacko, CSc.

SUMMARY

Health promotion, health education is a process that helps to form knowledge, attitudes and habits focused on protection and improvement of individual, family, community, as well as group health. This process is parallel to development of knowledge about health in the society.

The author describes the role of nursing in family health protection, consolidation and promotion. This is to be achieved through purposive methods, forms and tools of education in terms of family health education.

Key words: health, health promotion, family, health education.

STRESZCZENIE

Promocja zdrowia, oświata zdrowotna są procesami, które pomagają ukształtować wiedzę, zdolności i nawyki z zakresu ochrony zdrowia i dbałości o higienę zdrowotną jednostki, rodziny i grup społecznych.

Autor opisuje rolę pielęgniarki w ochronie zdrowia rodziny i promocji zdrowia. Podkreśla, że do ważnych zadań pielęgniarek należy edukacja zdrowotna rodziny.

Słowa kluczowe: zdrowie, promocja zdrowia, rodzina, oświata zdrowotna.

Health is formed and experienced in everyday life of an individual, family, community and it is supposed to be a source of everyday life, not its goal. In 1947 WHO defined health as a state of total physical, mental and social comfort and not only as absence of illness or weakness.

From the health promotion and illness prevention point of view, concepts of health can be put into two lines:

1. health is a rate of how an individual, family, community accomplishes their expectations and achieve their aims and ambitions;
2. health is a rate of how an individual, family, community can adjust their environment to their own needs as well as adjust themselves to external conditions of their environment [1].

The status of health and healthcare system is expressed by medium life span (MLS). Health status analysis of the population of Slovakia has shown deterioration in some health status indicators; we are at the bottom of twenty eight European countries. One of the ways to help is to promote health and healthy lifestyle of an individual and family as well.

Health promotion is defined as the summary of all activities of an individual and society which result in health degree increasing up to its potential maximum or optimum. This calls for complex, holistic, systematic bio-psycho-social approach focused mostly on health promotion and protection plus influencing proper healthy lifestyle. Health education plays the main role in this process; it is supposed to influence and form (by means of purposive methods, forms and tools) knowledge, opinions, attitudes, habits and, eventually, change individual and society behaviour [2]. Health education is an important nursing task. It involves

- checking individual and family knowledge and competences in the field of health preservation and restoration
- preparation and providing necessary information at appropriate level
- preparation and implementation of individual, family, community educational plans
- helping with identification and solving problems related to altered health status and quality of health of an individual and family [3].

Family as a basic unit of society interacts with internal and external environment. These interactions are reciprocal, which means that families are the very causes and consequences of changes in society. As the society changes, so does the structure and function of the family. When economic, political and religious conditions change; family organization changes as well.

Influence of a proper health style on families is made by a change in the attitude of an individual, who is a part of a family structure (internal family environment) and who lives in a society (external family environment).

Family is a social group where every member develops in terms of a life cycle and all members influence each other.

Evelyn Duvallová [4] formed a family cycle model which consists of eight steps:

“Stages and tasks of a life cycle”.

1. Marital Family – to enter into marriage;
2. Birth of children – to adapt to parenthood; to make a home for everybody;
3. Family with pre-school age children – to bring up children;
4. Family with school age children – to socialize and bring up children;
5. Family with adolescent children – to even up adolescent freedom and responsibility;
6. Family with leaving children – children leave as young adults, to develop post parental interests;
7. Middle-age family – to rebuild marriage; to keep in touch with older and younger generation;
8. Ageing family – to adapt to retirement; ageing, loneliness and death.

When passing from one cycle to another and fulfilling the tasks, a family need a certain degree of adaptation and follow-up stability (homeostasis). Stability cannot be mistaken for stagnation, because for a family to survive as a whole it is important to adapt to changing conditions – e.g. family adaptation to birth of children, to parenthood, to making home for everybody.

Family homeostasis and functionality is determined by its boundaries and how these boundaries control intensity of input or external sources into the family or their feedback. These boundaries can be:

- distinctive – causing differentiations and autonomy;
- diffusion – causing involvement and follow-up interconnection;
- rigid – causing untying and isolation (families of immigrants).

It is important for the family functionality that these boundaries are partially open and into certain degree passable.

Each family is organized in structural lines which represent relations between its subsystems, which are

based on age, sex and responsibility [5]. Patterns in family determine how, when and who is the relation formed with. Family structure changes every time somebody enters or leaves the family.

Roles, which can be analyzed from the point of view of status or position /structure and from the point of view of function execution, are a part of a family structure. Roles are assigned to individuals according to their position in a family.

A suitable internal environment is needed to maintain internal health homeostasis in a family. This includes a definition of family health and ways of strengthening family health, description of present and past ways of strengthening family health, the way decisions are made in a family, influence of parenthood, influence of a father on family health, forms of the most effective interventions to promote and strengthen family health. External environment consists of special norms which promote or hinder education focused on strengthening family health, social interventions into a family and social institutions engaging in family health.

Such family identification enables us to specify a family profile (family functionality degree, to clarify relationships within a family, reveal its strong and weak points and sum up family health status mostly when a family passes from one cycle to another) on the basis of assessment of:

- individual family members characteristics,
- internal family communication characteristics,
- external family communication characteristics,
- psychological family characteristics,
- socioeconomic and environmental characteristics,
- socio-cultural characteristics.

Defining family profile requires dynamic and flexible gathering and analyzing of data concerning family structure and its functions. Application of various value scales helps to assess objectively the functional and structural status and specific family needs and enables to look into a family, its potential and needs thus helping a nurse to identify, analyse, verify and document objectively the family strong points and problems in the field of family health care and to plan individual nursing care for the family and its members individually based on these facts.

Identification of current and potential problems in a family allows the proper diagnosis of family needs concerning the identification of healthy life and comfort as well as the management of healthy life and comfort which can be then interpreted as nursing diagnosis of the following types:

1. “wellness“ describing human reactions concerning an individual, family, community who are willing to improve it

2. "health promotion" updating human health potential, expressing an individual, family community readiness to improve specific behaviour.

Influencing knowledge, behaviour and relation of a family to their own health requires setting up cognitive, affective and behavioural goals of the health education.

Interventions relating to health and health education promotion in families are implemented in vertical spiral line where principles of close cooperation with a family, ethic and systematic principles, rules of sequence, appropriateness, clearness, scientism, persistence, consistency and trust are respected.

Implementation of interventions is based on individual, age distinctiveness and socio-cultural aspect of every family.

The role of nursing in family health promotion includes:

- increasing motivation of the family to take control over their health,
- creating conditions for comfort and health in a family by activation of healthy lifestyle,
- helping family in creating attitudes to life,
- helping in learning proper ways of communication (communication, healthy lifestyle, self-acceptance, self-understanding, pro-social behaviour, emphasising interests, assertiveness in behaviour),
- systematic assessment of the impact of changing environment on a family health,
- cooperation among social, political, economical and environmental sectors,
- entering into the field of healthy politics and defending clearly stated goals of health education
- participation in creating legislative norms,
- creation and implementation of projects promoting health
- respecting natural human needs, communication development, cooperation with social and professional partners.

CONCLUSION

WHO Regional Committee for Europe adopted the project "Health for everybody in 21st century". One of the priorities is to change healthcare orientation on the primary sphere where a nurse is the main provider of

services focused on health protection and promotion and to provide health care by means of nursing care process to an individual, family, group, community.

WHO stated the term "Family nurse". It means a nurse who is competent to provide independent, dependent and synergetic nursing intervention in a family in its whole health and illness continuum. A nurse can provide individual nursing care in a family only on the basis of the systematic assessment of the family as a whole and its members individually. Quality family assessment requires a high level of cognitive skills, critical thinking and emphatic behaviour in accord with professional ethics.

Although families seem to be similar, none is the same. Every family develops and keeps unique relations of mutual interaction and these relations gives meaning to foresight, security, tradition and purpose. Every family has different expectations and specific tasks. Moreover, every family develops its specific norms of communication towards its personalities and relations. Therefore every family reacts differently to its member's health status change and to stressful situation.

Enforcing principles of health protection and promotion should bring significant changes to health status and to attitude of an individual, family, community thus improving the health of all society. And this is a strategic goal of health education.

BIBLIOGRAPHY

- [1] Ewles L, Simnett I. Promoting Health: A Practical Guide. 4. vyd. Edinburg: Bailliere Tindall, 1999. 330 s. Podľa: Baška T. a kol.: Celospoločenský prístup k prevencii a podpore zdravia. In: Moderný medicínsky manažment, číslo 3, november, 2001; 8: 17–18.
- [2] Magerčiaková M. Edukácia v ošetrovatelstve 1. Katolícka univerzita v Ružomberku. Fakulta zdravotníctva, Ružomberok 2007.
- [3] Žiaková K. Podpora zdravia a prevencia ako jedna z možností zlepšenia kvality života. In: Moderný medicínsky manažment. 2000; 7(3): 2–7.
- [4] Duvall EM. Marriage and Family Development. 4. vyd. Philadelphia, Lippincott 1977.
- [5] Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press 1974.

Adres do korespondenciji:

PhDr. Helena Kadučáková PhD.
Faculty of Health Catholic University in Ružomberok
Slovakia 034 01 Ružomberok, ul. Gen. M. Vesela 21
e-mail: kaducakova@fzdrav.ku.sk

POTRZEBY EDUKACYJNE RODZICÓW DZIECI OPARZONYCH

EDUCATIONAL NEEDS OF PARENTS OF BURNT CHILDREN

Zofia Kłapa¹, Zofia Musiał¹, Marian Słowiacek², Wioletta Bułat

¹ Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
p.o. Kierownika: mgr Maria Ogarek

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Kierownik: dr hab. n. med. Ryszard Gajdosz

STRESZCZENIE

Cel: Zbadanie poziomu wiedzy i umiejętności rodziców dzieci oparzonych w sprawowaniu opieki nad dzieckiem po wypisaniu do domu. Zdiagnozowanie potrzeb i oczekiwań rodziców w zakresie edukacji dotyczącej kompleksowej terapii dziecka oparzonego, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 60 respondentów – rodziców, których dzieci uległy oparzeniu i były z tego powodu hospitalizowane w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. Materiał badawczy zebrano za pomocą sondażu diagnostycznego: kwestionariusza ankiety, obserwacji oraz rozmowy kierowanej. W analizie zebranego materiału dokonano procentowych obliczeń częstotliwości odpowiedzi na pytania.

Wyniki i ich omówienie: Analiza materiału wykazała, iż niewielu badanych potrafiło udzielić pierwszej pomocy swojemu dziecku podczas wypadku. Większość badanych (83%) twierdzi, że uzyskała informacje o powikłaniach grożących dziecku w przypadku niedostatecznej pielęgnacji i rehabilitacji. Pomimo tego u dzieci 73% ankietowanych wystąpiły powikłania pod postacią m.in. przykurczających blizn, powstających najczęściej w wyniku niedostatecznej rehabilitacji po wypisie do domu. Częściowo mogło to wynikać z braku środków finansowych – 30% respondentów skarżyło się na zbyt wysokie koszty leczenia szpitalnego. Podczas pobytu dziecka w szpitalu 73% rodziców aktywnie uczestniczyło w opiece nad swoim dzieckiem (prowadziło ćwiczenia rehabilitacyjne po ukierunkowaniu przez fizjoterapeutę, brało czynny udział w czynnościach pielęgnacyjnych dziecka). Część rodziców nie wykonywała tych czynności z obawy przed „zrobieniem dziecku krzywdy”. Większość respondentów (87%) dobrze oceniła swoje przygotowanie do samodzielnej opieki i rehabilitacji w domu. Największy udział w przygotowaniu do sprawowania opieki ankietowani przypisują: lekarzom – 60%, pielęgniarkom – 26% oraz rehabilitantom – 8%.

Wnioski: Badania potwierdziły niski poziom wiedzy i umiejętności społeczeństwa w zakresie udzielania pierwszej pomocy poparzonym. Niedostateczna wiedza rodziców na temat potrzeby kontynuowania rehabilitacji przyczynia się do powstania powikłań utrudniających dziecku prawidłowe funkcjonowanie w codziennym życiu. Przeciętna polska rodzina nie jest w pełni finansowo przygotowana na pokrycie kosztów leczenia. Badania wskazują na potrzebę intensyfikacji działań związanych z podniesieniem poziomu edukacji rodziców w zakresie sprawowania rehabilitacji i opieki nad dziećmi po wypisie ze szpitala.

Słowa kluczowe: oparzenie, dziecko, rodzice, opieka, rehabilitacja.

SUMMARY

The aim: To examine the level of knowledge and abilities of parents for taking care of scalded children, after their discharge from the hospital to home and to make a proper diagnosis regarding needs and expectations of their parents concerning the education associated with a comprehensive therapy of scalded children, with special emphasis given to their rehabilitation.

Materials and methods: Sixty respondents took part in the examination process. They were the parents of children, who were scalded and, for this reason, hospitalized at the University Children's Hospital in Cracow. Research material was gathered with the help of the following diagnostic tools: questionnaire forms, observations and direct conversations. In its analysis the frequency of replies to particular questions was determined.

Results and discussion: Only a few respondents were able to give any aid to a child during the accident. A distinct majority of 83% claimed that they were informed about complications threatening a child in the case of insufficient care and rehabilitation. In spite of that 73% of the respondents reported complications, occurring in a form of contracting scars being, primarily, a result of the insufficient rehabilitation after the discharge of a child from hospital to home. At times, this could have been caused by financial problems as 30% of respondents complained about excessive costs of buying out medicines and dressing means. During the stay of the child in the hospital, the 73% of parents took an active part in providing care for their child (they carried out rehabilitation exercises, bathed, fed etc.). Some parents didn't do it, however, only because anxiety that 'their child would be injured'. The majority of respondents, that is 87%,

appraised well their own ability for the independent care at home. In their view the greatest guiding role in preparing them for carrying out proper rehabilitation should be played by: doctors (60%), nurses (26%) and physiotherapists (8%).

Conclusion: The search confirmed a very limited knowledge and ability of the society to look after scalded children. The insufficient awareness of parents about the need for continuing rehabilitation is the most likely cause of complications that make it difficult for the child to function normally. In addition, an average Polish family is hardly financially prepared for covering the high expenses involved. The search indicated the need for an intensification of a range of activities urgently advancing the education of parents in this area, that is, indicating how to take care of injured children after their discharge from hospital to home.

Key words: scalded, child, parents, care, rehabilitation.

WSTĘP

Oparzenie jest to uszkodzenie skóry lub błony śluzowej powstające w wyniku działania wysokiej temperatury, środków chemicznych, energii elektrycznej lub promieniowania jonizującego.

Według danych statystycznych, w ciągu roku 1% populacji ulega różnego rodzaju oparzeniom. W Polsce rocznie ulega im ok. 300–400 tysięcy osób, z których 50–70% stanowią dzieci [1]. Według Harmela oparzenia termiczne stanowią drugą co do częstości urazową przyczynę zgonów w wieku dziecięcym [2]. Puchała podaje, że stanowią one drugą przyczynę do 4. roku życia, a pierwszą u dzieci starszych [3]. Im młodszy pacjent, tym trudniejsze jest jego leczenie [4].

Śmiertelność wśród dzieci oparzonych wynosi od 0,3% do 9,2%. Najczęstszą przyczyną oparzeń w dzieciństwie jest kontakt z gorącymi płynami, przedmiotami oraz płomieniem. Oparzenie może być również symptomem zespołu dziecka maltretowanego [3]. Rany oparzeniowe najczęściej zlokalizowane są na klatce piersiowej, barkach, plecach, kończynach górnych, pośladkach oraz kroczu. Uraz termiczny, jeżeli dotyczy dużej powierzchni ciała, tj. 35–40% całkowitej jego powierzchni, powoduje naruszenie równowagi procesów fizjologicznych koniecznych człowiekowi do przeżycia. U dziecka oparzenie nawet niewielkiej powierzchni ciała może doprowadzić do rozwinięcia się choroby oparzeniowej [5].

Uraz, który spotyka chorego nagle i nieoczekiwanie, stres, ból, separacja od rodziny, a następnie długotrwały proces leczenia, rehabilitacji, zagrożenie kalectwem lub oszpeceniem, powodują olbrzymie obciążenia psychiczne. Defekty kosmetyczne mogą być przeszkodą w realizacji planów życiowych. Zmiany organiczne w OUN, spowodowane niedotlenieniem mózgu, hipowolemią, zakażeniem, niedożywieniem, mogą stanowić podłoże do rozwoju zmian charakterologicznych oraz opóźnienia w rozwoju psychicznym. Dzieci mogą być pobudzone psychoruchowo, cierpieć na bezsenność oraz koszmary nocne. Małe dzieci nie zdają sobie sprawy z ewentualnych skutków oparzenia i cierpią przede wszystkim z powodu bólu i przymusowej separacji od rodziny. U starszych dzieci często występują stany depresyjne, charakteryzujące

się najczęściej odmową jedzenia i buntem przeciwko terapii [6].

Przytoczone fakty wskazują na wysoką rangę problemu. Rozległe i głębokie oparzenie należy do najbardziej dramatycznych i bolesnych urazów, a jego leczenie jest długotrwałym i trudnym procesem, wymagającym współpracy wielospecjalistycznego zespołu: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów oraz rodziców dzieci, które uległy oparzeniu. To od ich kompetencji, wiedzy oraz umiejętności zależy powrót do zdrowia. Jednak już sam ból i powolne gojenie ran powstałych w wyniku oparzeń oraz rozległe blizny są dostatecznym powodem, dla którego należy poświęcić więcej uwagi zarówno zapobieganiu oparzeniom, jak i postępowaniu w przypadku ich wystąpienia.

W związku z powyższym edukacja zdrowotna pacjentów i ich rodzin coraz częściej uznawana jest za element odgrywający znaczącą rolę w przebiegu procesu zdrowienia, przyczynia się do szybszego powrotu do zdrowia i poprawy jakości życia pacjentów [7].

CEL

Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy i umiejętności rodziców dzieci oparzonych w sprawowaniu opieki nad dzieckiem po wypisie ze szpitala do domu oraz zdiagnozowanie potrzeb i oczekiwań rodziców w zakresie edukacji dotyczącej kompleksowej terapii dziecka oparzonego, ze szczególnym uwzględnieniem procesu rehabilitacji.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród 60 respondentów – rodziców dzieci, które uległy oparzeniu i były z tego powodu hospitalizowane w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

Badania przeprowadzono w trakcie leczenia szpitalnego oraz podczas kontrolnego zgłaszania się do ambulatorium chirurgicznego. Materiał badawczy zebrano za pomocą sondażu diagnostycznego:

kwestionariusza ankiety, obserwacji oraz rozmowy kierowanej. Pytania dotyczyły wiedzy rodziców na temat choroby oparzeniowej, możliwości aktywnego uczestniczenia w kompleksowej terapii dziecka oraz przygotowania rodziców do sprawowania samodzielnej opieki w domu.

Obserwacji dokonywano podczas rozmów z rodzicami, polegała ona na przyglądaniu się rodzicom pielęgnującym swoje dzieci w szpitalu. Rozmowa miała naturalny i swobodny przebieg, ukierunkowany na zdobycie informacji w zakresie radzenia sobie z różnymi czynnościami pielęgnacyjnymi, rehabilitacją oraz oczekiwaniami rodziców dotyczącymi pomocy w zdobyciu umiejętności sprawowania opieki nad dzieckiem w warunkach domowych.

W analizie zebranego materiału dokonano procentowych obliczeń częstotliwości odpowiedzi na pytania.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Wyniki badań przedstawiono w tabeli 1 i na rycinach 1–3. Charakterystykę grupy badawczej przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej

Charakterystyka grupy badawczej		Ogółem	
		N=60	[%]
Wiek [lata]	20–30	30	50,0
	31–40	22	36,7
	41–50	6	10,0
	51–60	2	3,3
Poziom wykształcenia	podstawowe	0	0,0
	zasadnicze zawodowe	24	40,0
	średnie	20	33,3
	wyższe	16	26,7
Miejsce zamieszkania	Kraków	16	26,7
	mieszka w odległości do 50 km	22	36,7
	mieszka w odległości 51–100 km	14	23,3
	mieszka w odległości powyżej 100 km	8	13,3

N – liczba osób

Wśród badanych były 52 kobiety (86,4%) i 8 mężczyzn (13,3%). Najlichnieszą grupę – 30 (50,0%) respondentów stanowiły osoby w wieku 20–30 lat, następną w wieku 31–40 lat oraz 41–50 lat i wynosiły odpowiednio – 22 (36,7%) oraz 6 (10,0%). Dwóch respondentów (3,3%) przekroczyło 50. rok życia.

Najwięcej osób badanych – 24 (40,0%) miało wykształcenie zasadnicze zawodowe, nieco mniej średnie – 20 (33,3%) oraz wyższe – 16 (26,7%). Nikt z badanych nie posiadał wykształcenia podstawowego.

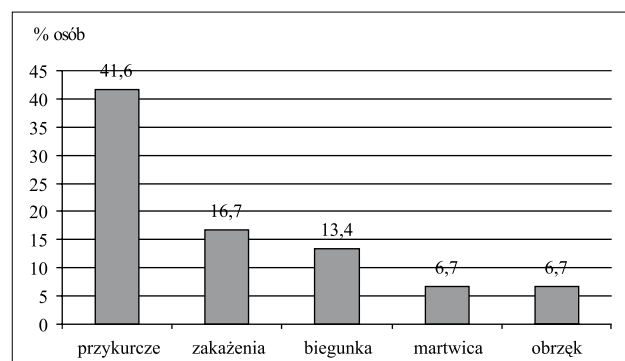
W badanej grupie było 20 osób (33,3%), które nie pracowały i sprawowały opiekę nad dzieckiem w domu.

Większość rodziców – 44 osoby, czyli 73,3% mieszkała poza Krakowem, natomiast 16 osób (26,7%) mieszkało w Krakowie (tabela 1).

Nieco ponad połowa ankietowanych, tj. 32 osoby (53,5%) odpowiedziała, że przed przyjęciem dziecka do szpitala z powodu oparzenia miała podstawową wiedzę na temat oparzeń i udzielania pierwszej pomocy w oparzeniach. Mniej liczna grupa respondentów, tj. 28 osób (46,7%), nie miała wiedzy z tego zakresu.

Zdecydowana większość rodziców, czyli 50 osób (83,3%), twierdziła, że została poinformowana o skutkach urazu, metodach leczenia, możliwościach wystąpienia powikłań oraz następstwach grożących dziecku w przypadku niedostatecznej pielęgnacji oraz rehabilitacji. Informacje dotyczące leczenia otrzymali od lekarza podczas przyjęcia dziecka do szpitala oraz w miarę potrzeby i postępu leczenia od chirurga na oddziale oparzeniowym. Informacji na temat pielęgnowania dziecka udzielały pielęgniarki z oddziału, natomiast metod prowadzenia rehabilitacji uczyli fizjoterapeuci. Niewiele osób, bo tylko 10 badanych (16,7%), odpowiedziało, że nie udzielono im takich informacji.

U dzieci większości ankietowanych – 44 (73,3%) wystąpiły powikłania pod postacią: przykurczających blizn – 25 (41,6%), powstających najczęściej w wyniku niedostatecznej rehabilitacji po wypisie do domu, zakażeń – 10 (16,7%), biegunki – 8 (13,4%), martwicy palców i ich amputacji – 4 (6,7%) oraz obrzęków – 4 (6,7%) (ryc. 1).



*Wyniki nie sumują się, gdyż respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź
Ryc. 1. Powikłania u dzieci

Większość ankietowanych, tj. 42 osoby (70,0%), nie zgłaszała kłopotów związanych z zakupem niezbędnych środków leczniczych, jednakże aż 18 (30,0%) respondentów miało problemy z wykupieniem leków

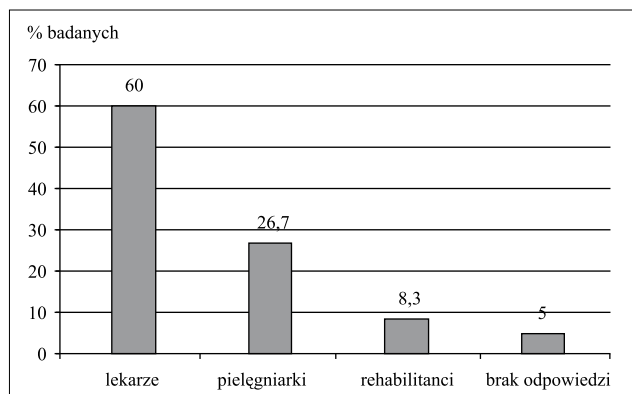
i materiałów medycznych z powodu ich zbyt wysokiej ceny.

Podczas pobytu dziecka w szpitalu, większość – 44 rodziców (73,3%) aktywnie uczestniczyła w opiece nad swoim dzieckiem. Mniejszość – 16 (26,7%) stanowili rodzice, którzy nie włączali się do opieki nad oparżonym dzieckiem, przy czym, jak podało 8 badanych (13,4%), nie wykonywali tego ze względu na obawy „przed zrobieniem dziecku krzywdy”.

Większość poddanych badaniu – 38 (63,3%) odpowiedziała twierdząco na pytanie, czy uważają, że personel szpitala przygotował ich do sprawowania opieki nad dzieckiem po wypisie do domu. Za nieprzygotowanych do sprawowania samodzielnej opieki w domu uważało się 14 (23,3%) ankietowanych. Pozostałe osoby – 8 (13,4%) nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Jak wynika z kolejnego pytania zamieszczonego w ankiecie, pomimo że duża liczba badanych – 38 (63,3%) miała poczucie dobrego przygotowania do opieki nad dzieckiem w domu, to prawie jedna czwarta ankietowanych miała problem z pielęgnacją dziecka w domu, głównie z wykonywaniem opatrunków – 26 (43,3%), prowadzeniem rehabilitacji – 26 (43,3%) oraz z przywróceniem równowagi psychicznej dziecka – 8 (13,3%).

Ankietowani wskazywali kolejno: lekarzy – 36 (60,0%), pielęgniarki – 16 (26,7%) oraz rehabilitantów – 5 (8,3%) jako osoby, które najczęściej przyczyniły się do przygotowania badanych do sprawowania samodzielnej opieki nad dzieckiem w domu (ryc. 2).

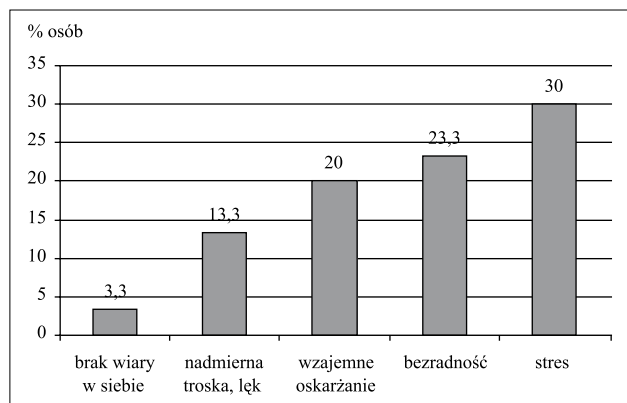


Ryc. 2. Udział w przygotowaniu rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem w domu

Prawie wszyscy respondenci – 58 (96,7%) byli zadowoleni z opieki pielęgniarskiej nad ich dziećmi w szpitalu (60,0% oceniło dobrze, 36,7% bardzo dobrze opiekę sprawowaną przez pielęgniarki). Tylko 2 rodziców (3,3%) przejawiało niezadowolenie z pracy pielęgniarek

Ankietowani rodzice podkreślali trudną sytuację, w której znalazła się cała rodzina na skutek choroby jednego z jej członków. Przejawiało się to: stresem – 18 (30,0%), poczuciem bezradności i niepewności – 14

(23,3%), wzajemnym oskarżaniem o wypadek – 12 (20,0%), nadmierną troską i lękiem o dziecko – 8 (13,3%) oraz brakiem wiary w możliwość sprawowania właściwej, samodzielnej opieki nad dzieckiem – 2 (3,3%) (ryc. 3)



Ryc. 3. Wpływ trudnej sytuacji na rodzinę

Leczenie kompleksowe, oprócz leczenia chirurgicznego, pediatrycznego i rehabilitacyjnego, powinno obejmować również edukację chorego i jego bliskich w zakresie higieny i postępowania z bliznami, a także ćwiczeń usprawniających, gier i zabaw oraz masażu [8]. Troskliwi rodzice spędzają dużo czasu przy łóżku chorego dziecka, starają się pomagać personelowi medycznemu. Czas ten można wykorzystać do przygotowania ich do sprawowania samodzielnej opieki nad dzieckiem w domu. Stały kontakt chorego dziecka z rodzicami, łącząca ich więź emocjonalna wpływa korzystnie na proces leczenia, skraca go i pozwala na uzyskanie lepszych wyników [9]. Okres leczenia i rekonwalescencji przy współdziałaniu rodziców powinien być rozpoczęty tak wcześnie, jak tylko to możliwe. Powinien być oparty na schemacie dostosowanym do metod leczenia, poziomu wiedzy, umiejętności oraz możliwości rodziców. Edukacja rodziców powinna przebiegać systematycznie, na bieżąco należy pomagać w rozwiązywaniu sytuacji problemowych. Ze względu na to, że pielęgniarki poświęcają dziecku najczęściej czasu na oddziale, to one przede wszystkim powinny starać się jak najczęściej nauczyć rodziców.

Edukacja pacjenta i jego rodziny opisywana jest w literaturze jako integralna część opieki pielęgniarskiej. W praktyce zawodowej działania edukacyjne coraz częściej realizowane są w sposób celowy i uporządkowany oraz stanowią w dużej mierze o poziomie wykonania świadczonych usług [10].

Poprzez uświadomienie społeczeństwa można by zmniejszyć częstotliwość występowania oparzeń, a dzięki ogólnie rozpowszechnionej wiedzy o sposobach udzielania pierwszej pomocy zwiększyć szansę oparżonych na przeżycie i uniknięcie wielu niekorzystnych powikłań.

WNIOSKI

1. Niedostateczna wiedza i świadomość rodziców na temat potrzeby kontynuowania rehabilitacji przyczynia się do powstania powikłań.
2. Poparzenia częściej zdarzają się w środowiskach wiejskich, gdzie rodzice są zaangażowani w prace na gospodarstwie i dzieci nie zawsze mają zapewnioną należytą opiekę.
3. Prawie połowa badanych to osoby młode, z małym doświadczeniem, nie zawsze potrafiące przewidzieć skutki pozostawienia dziecka bez właściwej opieki.
4. Dzieci badanych nie miały zapewnionej właściwej opieki, pomimo że jedna trzecia ankietowanych to osoby niepracujące.
5. Przeciętna polska rodzina nie zawsze jest w pełni finansowo przygotowana na pokrycie kosztów leczenia i rehabilitacji poparzonego członka rodziny.
6. Ze względu na niekorzystny wpływ choroby dziecka na funkcjonowanie rodziny cała rodzina powinna być objęta opieką psychologiczną.
7. W szpitalu dość często dochodzi do powikłań w postaci zakażeń, konieczne jest więc zwiększenie nadzoru nad przestrzeganiem zasad i procedur postępowania z tym związanych.
8. Prawie jedna czwarta rodziców miała problem z pielęgnacją dziecka w domu, dlatego też należy zintensyfikować działania związane z podniesieniem poziomu edukacji rodziców.

[2] Harmel RP i wsp. Burn care in children: special considerations. In: Clinics in plastic surgery. Ruberg R.L. (red.). Vol. 13, No 1 – Advances in burn care. WB Saunders Company. Philadelphia 1986; 95–107.

[3] Kaźmierski M, Mańkowski P, Jankowski A. Zastosowanie opatrunków hydrokoloidowych w leczeniu rany oparzeniowej u dzieci. *Magazyn Medyczny. Chirurgia – Dodatek: Oparzenia* 2002; 1: 133–134.

[4] Grochowski J. Wydawnictwo Fundacji „O Zdrowie Dziecka”, Kraków 1999; 28.

[5] Puchała J, Spodarek M, Jarosz J. Oparzenia u dzieci. Od urazu do wyleczenia. Wydawnictwo UJ, Kraków 1998; 22.

[6] Nyka W, Tomczak H. Specyfika rehabilitacji młodocianych ofiar masowego oparzenia. W: *Postępy rehabilitacji*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000; 14, 3: 73–79.

[7] Wańkowicz Z. Edukacja medyczna jako klucz do sukcesu w C.A.D.O. *Polski Merkurusz Lekarski* 1998; 29: 45–51.

[8] Pona EL. Fizjoterapia w oparzeniach. W: *Fizjoterapia*. Wyd. Zarząd Oddziału Wrocławskiego PTF, Wrocław 1993; 3, 7: 49–51.

[9] Kania B i wsp. Kompleksowa opieka pielęgniarska nad oparzonego dzieckiem. W: *Roczniki Oparzeń*, Wyd. Polskie Towarzystwo Leczenia Oparzeń, Poznań 1999; 10: 107–110.

[10] Ślusarska B, Lorencowicz R, Wachowicz M i wsp. Zapotrzebowanie na edukację zdrowotną na przykładzie wybranych grup pacjentów. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska, Lublin-Polonia*, 2000; 7: 59.

PIŚMIENNICTWO

[1] Kaźmierski M, Mańkowski P, Jankowski A. Rola lekarza rodzinnego w leczeniu oparzeń. *Magazyn Medyczny. Lekarz Rodzinny* 2002; 11: 34.

Adres do korespondencji:

mgr Zofia Kłapa
Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, CM UJ
31-126 Kraków, ul. Michałowskiego 12
e-mail: z.klapa@interia.pl

DZIECKO W SZPITALU A RYZYKO KRZYWDZENIA INSTYTUCJONALNEGO

CHILD IN HOSPITAL VS. RISK OF INSTITUTIONAL ABUSE

Mieczysława Perek, Grażyna Cepuch

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Antoni Czupryna

STRESZCZENIE

Dziecko w szpitalu narażone jest na silne negatywne emocje, które obciążają psychikę, niekorzystnie wpływają na proces leczenia i dalszy rozwój dziecka. Chore dziecko wymaga respektowania jego praw i potrzeb rozwojowych oraz szczególnej ochrony przed cierpieniem fizycznym i emocjonalnym. Niezaspokojenie podstawowych potrzeb, jak również nieprzestrzeganie praw dziecka mogą posiadać znamiona krzywdzenia emocjonalnego w wymiarze instytucjonalnym, którego skutki mogą mieć dramatyczne następstwa dla prawidłowego rozwoju dziecka. Celem pracy jest przedstawienie medyczno-prawnych inicjatyw na rzecz dziecka hospitalizowanego, omówienie zagrożeń występowania przemocy instytucjonalnej oraz działań profilaktycznych w celu ograniczenia stresogennego wpływu środowiska szpitalnego.

Słowa kluczowe: dziecko, szpital, prawa, krzywdzenie.

SUMMARY

A child staying in a hospital is at risk of strong negative emotions, which affect psyche, influence therapy and child's further development adversely. Ill child requires respect for his/ her rights and developmental demands, and special protection from physical and emotional suffering. When those basic needs are not met and children rights are not respected, child's situation may have elements of emotional abuse of institutional character, which outcomes may lead to consequences tragic to proper development of a child. The aim of this work is to describe difficult psychological situation of an ill child, development of medical and legal initiatives in favor of a hospitalized child, discussion of institutional abuse threats and prevention in order to limit stressing influence of hospital environment.

Key words: child, hospital, law, abuse.

WSTĘP

Pacjent w wieku rozwojowym różni się od dorosłego chorego i wymaga specyficznych warunków leczenia i hospitalizacji. Dziecko ze względu na niedojrzałą psychikę, wrażliwą i podatną na urazy nie potrafi radzić sobie w nowych trudnych sytuacjach i stosować skutecznych strategii przystosowawczych. Jest niesamodzielne, bezbronne, uzależnione od osób dorosłych. Szpital w odróżnieniu od naturalnego środowiska domowego jest dla dziecka środowiskiem sztucznym, nowym i obcym. Pozbawia je stałej obecności matki i bliskich osób gwarantujących poczucie bezpieczeństwa, ogranicza możliwość zaspokojenia wielu potrzeb rozwojowych i prowadzenia typowej dla wieku codziennej aktywności. Będąc w okresie intensywnego rozwoju psychofizycznego dziecko potrzebuje zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych, jak: więzi emocjonalnej z matką, miłości,

poczucia bezpieczeństwa, aktywności poznawczej i ruchowej, zabawy, nauki. Przebywanie w szpitalu, oddzielenie od rodziców i rodzeństwa naraża małego pacjenta na depryzację fundamentalnych potrzeb, naruszając jego sferę emocjonalną [1]. Z powodu zmiany otoczenia oraz rozłąki z matką następuje deprywacja bardzo ważnych potrzeb determinujących rozwój – bezpieczeństwa, bliskości i kontaktu emocjonalnego [2]. Unieruchomienie i konieczność pozostania w łóżku zakłóca potrzebę ruchu i aktywności, którą szczególnie silnie odczuwają młodsze dzieci. Ograniczenie samodzielności i długotrwała zależność od osób sprawujących opiekę powoduje, że dzieci stają się bierne, nastawione roszczeniowo, opóźnieniu ulega proces usamodzielniania się dziecka oraz kształtowania się jego woli i motywacji.

Analizując problem szpitalnych przeżyć z punktu widzenia kolejnych okresów rozwojowych, stwierdzono, że od urodzenia do około 3 miesiąca życia

dziecko reaguje na oddzielenie od matki jak na każdą zmianę środowiska i opieki, to jest ogólną reakcją w postaci zmienionego rytmu snu, łaknienia i wydalania. Hospitalizacja dziecka od 4 do ok. 6 miesiąca życia powoduje nagłą dezorientację, wyrażającą się gwałtownym płaczem. Trudniejsze są problemy hospitalizacyjne dziecka od 7 do ok. 18 miesiąca życia. Nie rozumie ono, że to czego nie widzi, nadal istnieje. Każde odejście matki traktuje jako utratę, ale jej całkowity brak odbiera jako utratę totalną, obezwładniającą. Najtrudniejsza jest sytuacja dziecka hospitalizowanego w wieku ok. 18 miesiąca do ok. 3–4 roku życia, ponieważ przywiązanie do matki jest w tym okresie bardzo silne, egoistyczne, a zaufanie całkowite. Starsze dzieci powyżej 4 roku życia, a także bardziej rozwinięte intelektualnie młodsze dzieci, są zdolne do oczekiwania na powrót matki, są również podatne na perswazję, w związku z czym skutki hospitalizacji nie muszą być tak dotkliwe. Konieczność oddania do szpitala dziecka w wieku szkolnym nie pociąga już za sobą wymienionych skutków, ponieważ dziecko jest bardziej niezależne od rodziców i na ogół dobrze znosi rozłąkę, a kontakty z rówieśnikami i interesujące obserwacje powodują, że w szpitalu pomimo tęsknoty czuje się dobrze. Reakcje dziecka w tym wieku na hospitalizację manifestują się zazwyczaj zachowaniami regresywnymi, zmiennością nastrojów, a niekiedy zachowaniami agresywnymi [1, 2].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie trudnej sytuacji psychologicznej dzieci hospitalizowanych, medyczno-prawnych inicjatyw, a także omówienie czynników ryzyka krzywdzenia emocjonalnego oraz przedstawienie działań ograniczających stresogenny wpływ środowiska szpitalnego.

Prawa dziecka w szpitalu

Wyrazem dostrzegania szczególnych potrzeb dzieci hospitalizowanych i dążenia do tworzenia warunków sprzyjających ich dobremu samopoczuciu w okresie leczenia jest Europejska Karta Dziecka w Szpitalu. Została ona opracowana przez Krajowe Stowarzyszenie na rzecz Opieki nad Dziećmi w Szpitalu w Wielkiej Brytanii (National Association for the Welfare of Children In hospital – NAWCH) i zaaprobowana przez 13 krajów. W Polsce czynione są starania o jej przyjęcie. Europejska Karta Praw Dziecka to zbiór 10 praw, które powinny być przestrzegane w każdym europejskim szpitalu lub oddziale dziecięcym. W myśl Karty pacjenci w wieku rozwojowym powinni być przyjmowani do szpitala tylko wtedy gdy leczenie,

którego wymagają, nie może być przeprowadzone w domu, ambulatoryjnie lub w oddziale dziennym. Szpital nie powinien wprowadzać żadnych ograniczeń dotyczących odwiedzających. Dzieci powinni mieć prawo do tego, aby w szpitalu przez cały czas przebywali z nimi rodzice lub stali opiekunowie, którym należy zapewnić odpowiednie warunki. Personel medyczny powinien informować ich o sposobie postępowania w oddziale i zachęcać do aktywnej współpracy. Europejska Karta Dziecka w Szpitalu daje też rodzicom i dzieciom prawo do informacji o stanie zdrowia i prowadzonym leczeniu. W przypadku pacjenta w wieku rozwojowym należy jednak pamiętać, aby przekazywane informacje dostosować do wieku i możliwości percepcyjnych małego pacjenta. Dzieci i ich rodzice mają prawo uczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia, a więc mogą także nie wyrazić zgody na proponowane zabiegi. Należy podkreślić, że małych pacjentów należy szczególnie chronić przed zbędnymi zabiegami, co do których zachodzą przesłanki, iż niewiele wniosą do procesu leczenia. Dzieci powinny przebywać w szpitalu z dziećmi o podobnych potrzebach rozwojowych, mieć pełną możliwość zabawy, odpoczynku i nauki dostosowanej do swojego wieku i stanu zdrowia. Powinny przebywać w otoczeniu zaprojektowanym, urządzonym i wyposażonym z myślą o ich potrzebach. Profesjonalizm personelu medycznego powinien być oparty na rzetelnej znajomości potrzeb fizycznych, emocjonalnych i rozwojowych dzieci oraz ich rodzin, a wszystkie jego działania powinny sprowadzać się do tego, aby pobyt w szpitalu był dla dziecka wydarzeniem, po którym pozostanie jak najmniej przykrych wspomnień [3–5]. Prawa pacjenta, w tym pacjenta-dziecka, określa także Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30. 08. 1991 roku (Dz.U. nr 91, poz.408). Artykuł 19 (działu I, rozdziału 1) mówi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymogom wiedzy medycznej, wyrażania na określone świadczenia zgody lub odmowy jej udzielenia (po uzyskaniu odpowiedniej informacji). Pacjent ma także prawo do uzyskania informacji o stanie swojego zdrowia, poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, umierania w spokoju i godności. Z kolei artykuł 20.2 (dział I, rozdział 2) określa, że osoba przebywająca w szpitalu ma prawo do opieki pielęgnacyjnej przez bliską osobę, kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz, opieki duszpasterskiej. Prawa dziecka zawarte są także w Kodeksie Rodzinnym i Opiekuńczym (m.in. art. 96). Zgodnie z zawartymi tam przepisami rodzice nadal są zobowiązani do sprawowania opieki nad dzieckiem przebywającym w szpitalu, dbałości o jego zdrowie i rozwój, o zaspokojenie potrzeb, w tym potrzeby miłości i bezpieczeństwa. Dziecko w szpi-

talu zachowuje także liczne prawa, które przysługują wszystkim dzieciom, a które zawarte są w Konwencji o Prawach Dziecka, przyjętej przez ONZ w 1989 roku i ratyfikowanej przez Polskę w 1991 roku (m.in. art. 3, 9, 16, 23, 24, 25, 28) [6, 7].

Ratyfikowanie Konwencji o Prawach Dziecka w 1991 roku i wejście w życie Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej poprzedziła dyskusja na łamach prasy i telewizji o problemach dziecka w szpitalu i skutkach jego separacji od domu. Piętnasty rozdział Konwencji o Prawach Dziecka zawierający artykuły dotyczące polityki zdrowotnej oraz ustawa nr 480 Dziennika Ustaw RP z dnia 15. 10. 1991 roku dały formalno-prawne podstawy do respektowania praw dziecka hospitalizowanego, a tym samym do przeciwdziałania wszelkim formom przemocy instytucjonalnej [4, 6, 7].

Sytuacja psychologiczna dziecka hospitalizowanego

Przedstawione wybrane dokumenty dotyczące leczenia i hospitalizacji dzieci stanowią podstawę prawną do dokonywania zmian w funkcjonowaniu służby zdrowia, służących humanizacji medycyny. Wymaga to od personelu medycznego zrozumienia potrzeby ich przeprowadzenia, wysiłku i aktywnego zaangażowania. Choroba i hospitalizacja powoduje u dziecka stan obciążenia psychicznego, a do najważniejszych i uniwersalnych czynników należą lęk, ból i ograniczenie aktywności dziecka [2]. Lęk u dzieci może wystąpić w postaci krótkotrwałych reakcji bądź nieokreślonego rozlanego uczucia niepokoju, który wzmagają się w sytuacjach niezrozumiałych dla małego pacjenta, np. gdy lekarze mówią o dziecku w jego obecności, a ono tego nie rozumie, gdy widzi nieznaną mu aparaturę, a nie uzyskuje wyjaśnienia, do czego ona służy, gdy nie zna dalszego przebiegu badania czy zabiegu, któremu jest poddawany. W przypadku małych dzieci specyficznym źródłem lęku jest rozłąka z matką – lęk separacyjny. Przejawy odczuwanego lęku można u dzieci zaobserwować w reakcjach motorycznych, np. ucieczka i unikanie (skulenie się, zamykanie oczu, chowanie się pod kołdrę), płacz, indukcja lęku („zarazanie” się lękiem, jedno dziecko uczy się od drugiego reakcji lękowej), a także dostrzec w zmianach neurologicznych (drżenie kończyn, czerwone plamy na twarzy, szyi, załamywanie się głosu, bóle głowy, brzucha, podwyższona ciepłota ciała). Dla pacjenta w wieku rozwojowym dużym obciążeniem psychicznym jest ból. Przeżyciami dzieci związanymi z bólem i cierpieniem fizycznym zainteresowano się stosunkowo niedawno. Badacze twierdzą, że ból u dzieci jest zjawiskiem niedocenionym, wręcz lekceważonym. Chore dzieci reagują na ból lękiem, czasem złością, pragnieniem zemsty, poczuciem winy, poddaniem i wycofaniem się, przygnębieniem, smutkiem. Ból może także powodować mieszane stany uczuciowe,

a mianowicie występowanie naprzemiennie agresji i rozdrażnienia lub poczucia bezradności i krzywdy [2]. Trzeci wielki stresor szpitalny to brak aktywności. Do natury dziecięcego świata należy ruch, zdobywanie nowych przedmiotów i przestrzeni wzrokiem i dotykem, stały kontakt z ludźmi. Ograniczenie aktywności, monotonia, nuda, rutyna życia szpitalnego narusza najistotniejszą potrzebę dziecka – potrzebę nieskrępowanego działania. Jej skutków doświadczają zwłaszcza dzieci unieruchomione i przewlekle hospitalizowane. W szpitalu brak nie tylko przestrzeni do zabaw, ale też charakterystycznej dla domu atmosfery. Ograniczenia związane z rygiem szpitalnym dzieci znoszą różnie, nie znaczy to jednak, że te, które znoszą to z zewnętrznym spokojem, nie przeżywają stanów rozżalenia, upokorzenia, złości czy agresji. Z badań wynika, że ograniczona aktywność powoduje złe samopoczucie, brak zainteresowania otoczeniem, brak chęci poruszania się, utratę apetytu, rozdrażnienie, wybuchy złości i zaburzenia snu. Najczęściej jednak z powodu braku aktywności myśli dziecka wypełniają się obrazami zawierającymi treści lękowe [2, 8, 9].

Krzywdzenie instytucjonalne

Problem krzywdzenia dzieci poza domem, w instytucjach, gdzie dzieci przebywają okresowo i mogą być tam zaniedbywane, źle traktowane, wykorzystywane jest jeszcze niedostatecznie zauważany. W odniesieniu do instytucjonalnego krzywdzenia chorych dzieci, za które uznaje się nierespektowanie ich praw i potrzeb, można stwierdzić, że w placówkach ochrony zdrowia w dalszym ciągu brak jest efektywnych działań na rzecz poprawy psychologicznej sytuacji leczonych dzieci. Aby zminimalizować stres szpitalny i uniknąć negatywnego wpływu przeżyć szpitalnych na psychiczne, a także fizyczne funkcjonowanie pacjenta w wieku rozwojowym, wszyscy pracownicy medyczni muszą bezwzględnie przestrzegać praw i potrzeb dziecka chorego. Zespół terapeutyczny powinien pogłębiać swoją wiedzę na temat emocjonalnych i psychicznych potrzeb dzieci w określonej grupie wiekowej oraz kształtować umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych, informowania, uważnego słuchania. Codzienna praktyka wskazuje na niewystarczającą ochronę psychiki dziecka przed cierpieniem psychicznym i fizycznym w trakcie całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Bardzo często można stwierdzić brak przygotowania psychicznego do badań i zabiegów, uchybienia w zakresie profilaktyki i leczenia bólu, niedoinformowanie, niewłaściwe regulacje prawne czy organizacyjne, np. ograniczenie pobytu matki z dzieckiem. Na podstawie przeglądu literatury można stwierdzić, że badania inwazyjne i zabiegi przeprowadzane bez psychicznego przygotowania i farmakologicznej ochrony przed bólem są źródłem

szkodliwego stresu psychicznego, którego skutki w postaci różnych objawów nerwicowych utrzymują się nieraz długo po powrocie ze szpitala, a mogą pozostawić uraz psychiczny na całe życie. Znamiona krzywdzenia instytucjonalnego można dostrzec, obserwując relacje pomiędzy dzieckiem a personelem medycznym, które często ograniczone są do medycznego podejścia i przedmiotowego traktowania pacjenta bez uwzględnienia jego przeżyć psychicznych. Niezaspokajanie potrzeb ruchowych, emocjonalnych i poznawczych dziecka, nieprzestrzeganie praw dziecka, np. prawa do intymności i godności, do poczucia bezpieczeństwa, zawstydzanie, lekceważenie, niedocenywanie, niedelikatność przy wykonywaniu zabiegów, karmienie dziecka przemocą, straszenie zastrzykami, a nawet poniżanie czy szantażowanie chorego dziecka, to zachowania, które wywołują w nim lęk, przygnębienie i niepokój oraz sprawiają, że pobyt w szpitalu kojarzy mu się z odrzuceniem, karą, brakiem akceptacji i zrozumienia [9, 10]. Należy także pamiętać, że za formę przemocy instytucjonalnej uznaje się także takie zachowania, które ograniczają dostęp do odpowiednio wysokiego poziomu leczenia, nowoczesnej techniki medycznej, aparatury i leków oraz dostęp do nauki, gier i zabaw w oddziale szpitalnym [5].

Działania ochronne na rzecz dzieci hospitalizowanych

Znając źródła i konsekwencje stresu szpitalnego, można i należy ograniczać ich szkodliwy wpływ na chore dziecko. Aby stało się to możliwe, należy traktować dziecko podmiotowo, z życzliwością i wyrozumiałością, respektować jego prawa i potrzeby, szanować godność, chronić przed cierpieniem psychicznym i fizycznym, dbać o dobre samopoczucie. Personel medyczny powinien dołożyć starań, aby szpital był środowiskiem przyjaznym dzieciom i rodzicom. Wszystkim rodzicom należy zapewnić możliwość pobytu w szpitalu razem z dzieckiem i opieki nad nim przez cały dzień, w wyjątkowych przypadkach również w nocy. Dzieci starsze i rodzice powinni mieć prawo świadomie uczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących opieki nad ich zdrowiem. Rodziców ponadto należy zachęcać i edukować w zakresie sprawowania opieki nad dzieckiem oraz aktywnej współpracy z zespołem terapeutycznym. Aby przeciwdziałać apatii i bierności dzieci hospitalizowanych, konieczne jest pobudzanie aktywności poprzez dostarczanie różnorodnych bodźców wielozmysłowych, organizowania zabaw i zajęć, takich jak: zajęcia przedszkolne, szkolne, profilaktyczno-terapeutyczne: muzykoterapia, biblioterapia i inne. Estetyczne, kolorowe sale szpitalne, własne ubrania, korzystanie z osobistych, przyniesionych z domu przedmiotów, zabawek, książek, radiomagnetofonów itp. to istotne elementy, które chronią chore dzieci przed negatywnymi przeżyciami psychicznymi i tym

samym przyspieszają powrót do zdrowia. W działaniach ochronnych na rzecz dziecka chorego nie można pominąć roli, jaką spełnia właściwe przygotowanie do planowego pobytu w szpitalu. Dzieci, które zostały pozytywnie nastawione do hospitalizacji, prawidłowo poinformowane i uprzedzone o czekających je zabiegach, na ogół łatwiej znoszą leczenie szpitalne od dzieci pozbawionych takiego przygotowania. Wiadomości przekazywane dziecku muszą być dostosowane do jego wieku, stanu emocjonalnego i gotowości przyjęcia nowych informacji. Niektóre dzieci chcą wiedzieć o szpitalu i planowanych zabiegach jak najwięcej, inne jak najmniej. Należy to uszanować. Nieudzielenie informacji lub podawanie nieprawdziwych jest wyjściem najgorszym. W procesie przystosowania się dziecka do nieznanego środowiska niezwykle ważne są pierwsze chwile, godziny, dni. Często to one decydują o zachowaniu się dziecka w toku dalszego leczenia. Przyjęcie do szpitala i oddziału powinno odbywać się zawsze w towarzystwie matki/rodziców. Oddzielenie od najbliższych podczas przyjęcia wywołuje u małych dzieci szok psychiczny, a u starszych przykre uczucie zagubienia i niepokoju. Dużą rolę podczas przyjęcia do szpitala może odegrać pielęgniarka, która jako pierwsza nawiązuje kontakt z dzieckiem i rodzicami. Udziela informacji o prawach pacjenta (obowiązek ten nakłada Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z 1996 r.), specyfice i regulaminie oddziału, zakresie czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, jakie matka może wykonywać przy dziecku [5, 9].

PODSUMOWANIE

Dziecko w szpitalu wymaga szczególnej ochrony przed cierpieniem psychicznym i fizycznym, respektowania jego praw i potrzeb rozwojowych. Zaniedbania w tym względzie mogą powodować, że dziecko wyjdzie ze szpitala z wyleczoną chorobą fizyczną, ale z okaleczoną psychiką z powodu doznanej krzywdy. Dla niektórych dzieci sam pobyt w szpitalu bywa bardziej dotkliwy niż przebyta choroba i stosowane leczenie. Skutki silnego urazu psychicznego mogą pozostać na całe życie.

Hospitalizowanie małych dzieci wraz z matkami, skracanie okresu pobytu w szpitalu do niezbędnego minimum, tworzenie oddziałów dziennego pobytu, oddziałów chirurgii jednego dnia czy też tzw. hospitalizacji domowej są podyktowane nie tylko względami ekonomicznymi, ale też troską o ograniczenie stresogennego wpływu środowiska szpitalnego na chore dziecko. Znajomość i respektowanie praw i potrzeb dziecka chorego, dobra współpraca z dziećmi i rodzicami, udzielanie im nie tylko informacyjnego, ale także emocjonalnego wsparcia poprzez życzliwą uwagę i zobiektywizowaną troskę to podstawowe czynniki zapobiegania przemocy instytucjonalnej.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Ostrowski TM. Potrzeby dzieci chorych somatycznie. W: Dziecko chore na astmę: integracja działań pedagogicznych, medycznych i psychologicznych. Red. R Kurzawa, J Wyczesany. Wydawnictwo Universitas, Kraków 1995.
- [2] Maruszczak M. Doświadczenie hospitalizacji. W: Encyklopedia Rodzice i Dzieci. Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała 2002.
- [3] Obuchowska I. Przeżycia dziecka w szpitalu. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 1996; 9.
- [4] Kątna M, Liszyk K, Mossakowska B. Prawa dziecka w szpitalu. Materiały informacyjne KOPD. Warszawa 1997.
- [5] Konwencja o Prawach Dziecka: Prawo Dziecka do Ochrony Zdrowia. Polski Komitet UNICEF, 1994.
- [6] Mossakowska B, Mozol K. Prawa dziecka hospitalizowanego. Przegląd Pediatryczny 1998; 3.
- [7] Dziennik Ustaw RP Nr 91. Ustawa 408. Warszawa 1991.
- [8] Czyż E (red.). Dziecko i jego prawa. Komitet Ochrony Praw Dziecka, Warszawa 1992.
- [9] Ossowska A. Choroba przewlekła jako czynnik ryzyka krzywdzenia emocjonalnego dziecka. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1998.
- [10] Macierz A. Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.

Adres do korespondencji:

mgr Mieczysława Perek
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25
e-mail: pergrazyna@op.p

PALENIE TYTONIU JAKO PRZYKŁAD ANTYZDROWOTNYCH ZACHOWAŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH

TOBACCO SMOKING AS THE EXAMPLE OF THE ANTIHEALTHY BEHAVIOR AMONG ADOLESCENTS
FROM SECONDARY SCHOOLS

Aneta Grochowska¹, Małgorzata Schlegel-Zawadzka²

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie

Kierownik: dr Agnieszka Gniadek

Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego

² Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik: dr hab. Małgorzata Schlegel-Zawadzka

STRESZCZENIE

Wstęp: W okresie adolescencji osoba może doświadczać wielu trudności i konfliktów, skutkiem czego mogą być ryzykowne zachowania zdrowotne.

Cel pracy: Ocena palenia papierosów wśród młodzieży szkoły ponadgimnazjalnej oraz wpływu środowiska na występowanie zachowań antyzdrowotnych.

Material i metody: Badania przeprowadzono wśród 164 uczniów pierwszych klas Liceum Ogólnokształcącego w Tarnowie metodą ankietową w 2007 roku. Oznaczono także ilość tlenku węgla w wydychanym powietrzu za pomocą aparatu Micro Medical Smoke Check. Na badanie uzyskano zgodę dyrekcji i rodziców uczniów, jak i ich samych.

Wyniki i omówienie: Ankietowani uczniowie (28%) deklarowali, że kiedykolwiek palili, a obecnie deklarację palenia podało znacznie mniej, bo 7,3% badanych. W ciągu ostatnich 6 miesięcy palenia zaprzestało 3,7% uczniów, a 3,1% w czasie dłuższym niż 6 miesięcy. Z kolei 23,0% uczniów było namawianych w ciągu ostatnich 30 dni do zapalenia papierosa. Jeśli uczniowie palą, to najczęściej z kolegami i koleżankami (2,90±0,83), sami (2,25±1,07), w obecności innych członków rodziny (1,22±0,58) (skala: 1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasem, 4 – często). Uczniowie podali, że nigdy nie palą w obecności rodziców (matek lub ojców). Oznaczenie zawartości tlenku węgla wydychanego przez uczniów wykazało, że poziom od 0–6 odnotowano u 89,0%, 7–10 u 5,5%, 11–20 u 3,7%, a powyżej 20 u 1,8% uczniów. Wartości te korelowały istotnie dodatnio z deklarowanym paleniem – współczynnik korelacji R-Spearmana=+0,42 (korelacja przeciętna, p<0,05).

Wnioski: Uczniowie liceum podejmowali próby palenia tytoniu. Palące osoby z otoczenia młodzieży miały wpływ na podjęcie przez nich decyzji o paleniu. Płeć nie miała wpływu na udzielane wypowiedzi na temat palenia tytoniu.

Słowa kluczowe: palenie tytoniu, młodzież, zachowania antyzdrowotne.

SUMMARY

Introduction: During the age of adolescence a person may experience many difficulties and conflicts which may lead to hazardous health behaviours.

Thesis objective: The assessment of cigarette smoking among the youth of post primary schools and the influence of environment on antihealthy behaviours occurrence.

Materials and methods: The research has been conducted among 164 first-year Tarnów high school students with the use of the survey method in 2007. Also, the amount of carbon monoxide in exhaled air has been measured with Micro Medical Smoke Check device. The consent for the research has been obtained from both school authorities and the students' parents, as well as from students.

Results and analysis: 28.0 % of the study students declared that they had ever smoked, and substantially fewer – as few as 7.3 % – declared they currently smoke. In the last 6 months 3.7 % of the students quit smoking and 3.1 % did the same more than 6 months ago. 23.0 % were persuaded to smoke a cigarette within the last 30 days. In the case of smoking students they do it most often with friends (2.90±0.83), alone (2.25±1.07), in the presence of other family members (1.22±0.58) (scale: 1 – never, 2 – rarely, 3 – sometimes, 4 – often). The students answered they never smoke in the presence of their parents (mothers and fathers). The reading of the air exhaled by the students indicated the 0–6 level in the case of 89.0 %, 7–10 in 5.5 %, 11–20 in 3.7 % and above 20 in 1.8 % of the students. These values actually correlated positively with the smoking declaration – the R-Spearman correlation factor = +0.42 (average correlation, p<0.05).

Conclusions: The high school students have tried tobacco smoking. Smoking individuals from the youth's environment have influenced their decision to smoke. Gender has not affected the answers provided by the high school students related to smoking.

Key words: tobacco smoking, youth, antihealthy behaviours.

WSTĘP

Palenie tytoniu jest bardzo ważnym i aktualnym problemem zdrowotnym w Polsce. Ponad 10 mln osób pali regularnie od 15–20 papierosów dziennie, stając się nałogowymi palaczami. Problem ten dotyczy zarówno mężczyzn (ok. 40%), jak i kobiet (20%), a w ostatnich latach zauważa się zwiększone zainteresowanie paleniem papierosów wśród dzieci i młodzieży [1]. W okresie adolescencji osoba może doświadczać wielu trudności i konfliktów, skutkiem czego mogą być ryzykowne zachowania zdrowotne. Do najpowszechniejszych i najwcześniej powstających zachowań antyzdrowotnych, należy zaliczyć palenie papierosów. Codziennie wielu nieletnich zapala pierwszego w swoim życiu papierosa, stając się potencjalnymi kandydatami do zostania nałogowymi palaczami. Papierosy pali 19% chłopców i 12% dziewcząt w wieku 11–19 lat [2]. Obniża się także średnia wieku sięgania po pierwszego papierosa – największy wzrost liczby młodocianych palaczy ma miejsce między 13 a 15 rokiem życia. Papierosy pali 45–53% uczniów szkół zawodowych, 36% młodzieży licealnej oraz 6% uczniów szkół podstawowych [3].

CEL PRACY

Ocena palenia papierosów wśród młodzieży szkoły ponadgimnazjalnej oraz wpływu środowiska na występowanie zachowań antyzdrowotnych.

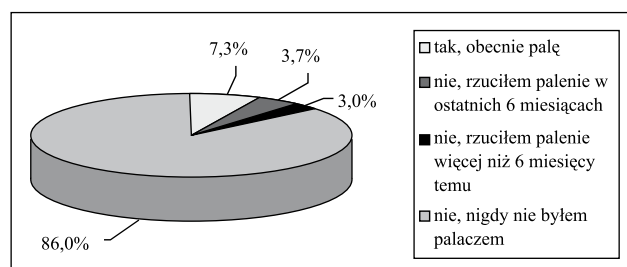
MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone wśród 164 uczniów pierwszych klas Liceum Ogólnokształcącego w Tarnowie metodą ankietową w 2007 roku. Pytania dotyczyły palenia papierosów przez uczniów, rodziny, przyjaciół. Oznaczono także ilość tlenku węgla w wydychanym powietrzu za pomocą aparatu Micro Medical Smoke Check. Wykonywano prosty test przesiewowy wskazujący na palenie tytoniu. Aparat pokazuje wyniki: 0–6 CO – badany nie palił, 7–10 CO – lekki palacz, 11–20 CO – ciężki palacz, powyżej 20 – bardzo ciężki palacz. Wyniki zostały zakodowane w programie Excel Microsoft Office, analizy statystyczne przeprowadzono pakietem statystycznym Statistica Pl 7.1 (Firma StatSoft). Na badanie uzyskano zgodę dyrekcji szkoły i rodziców uczniów, jak i ich samych.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Przebadano 164 uczniów szkoły ponadgimnazjalnej (62% dziewcząt – 102 uczennice, 38% chłopców – 62 uczniów) w wieku 16 lat. Analiza porównawcza zwyczajów związanych z paleniem i opinii na temat palenia, wykonana testem nieparametrycznym Manna-Whitneya, nie wykazała różnic w odpowiedziach chłopców i dziewcząt. Liczba osób w rodzinach uczniów wynosiła $5,01 \pm 1,56$ (2–12 osób), najliczniejsze były rodziny 4-osobowe (31%). Spośród badanych 99% rodzin miało matki, a 95% ojca. Matki uczniów były lepiej wykształcone; wyższe wykształcenie miało 27,3% matek i 12,4% ojców. Rodzeństwo miało 91% badanych uczniów (od 1–4 siostr i od 1–5 braci).

Spośród ankietowanych 28% uczniów deklaroowało, że paliło kiedykolwiek, a obecnie deklarację palenia złożyło znacznie mniej, bo 7,3% (ryc. 1).



Ryc. 1. Palenie papierosów przez uczniów

Palący uczniowie wypalali najczęściej 1–10 papierosów w ciągu tygodnia – 10,5%. Palenie papierosów w ciągu ostatnich 6 miesięcy rzuciło 3,7%, a 3,1% w czasie dłuższym niż 6 miesięcy. W ciągu ostatnich 30 dni 23% uczniów było namawianych do zapalenia papierosa. Wśród 164 rodzin uczniów w 74 (45,1%) rodzice palili papierosy. Istotnie większy odsetek uczniów palił kiedyś lub obecnie w tych rodzinach (18,9%) w porównaniu do rodzin z rodzicami niepalącymi (8,9%) ($p < 0,05$). Jeśli uczniowie palili, to najczęściej z kolegami i koleżankami ($2,90 \pm 0,83$), sami ($2,25 \pm 1,07$), a najrzadziej w obecności innych członków rodziny ($1,22 \pm 0,58$) (skala: 1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasem, 4 – często). Uczniowie podali, że nigdy nie palą w obecności rodziców (matek lub ojców) (tab. 1).

W otoczeniu uczniów paliło 17,6% braci, 12,5% siostr, 23,0% matek (wśród nich codziennie 81,0%) oraz 36,0% ojców (wśród nich codziennie 84,0%) (tab. 2). Jednakże badani uczniowie chcieli, aby ich rodzice przestali palić, odnosiło się to do 68,4% matek i prawie takiego samego odsetka ojców (67,8%) (tab. 3). Palili też najlepsi koledzy lub koleżanki – codziennie 10%.

Tabela 1. Sytuacje, w których uczniowie palą papierosy

Obecność innych osób podczas palenia	Częstość palenia							
	Nigdy		Rzadko		Czasem		Często	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Jest sam	7	35,0	3	15,0	8	40,0	2	10,0
Koledzy	–	–	8	38,1	7	33,3	6	28,6
Inni członkowie rodziny (siostra, brat)	23	85,2	2	7,4	2	7,4	–	–

N – liczba osób

Tabela 2. Palenie papierosów przez członków rodziny uczniów

Członkowie rodziny	Ocena palenia					
	Pali		Nie pali		Nie wiem	
	N	%	N	%	N	%
Brat	18	17,6	77	75,4	7	6,0
Siostra	13	12,5	86	82,5	5	5,0
Matka	37	23,0	124	76,0	2	1,0
Ojciec	58	36,0	100	62,0	4	2,0

N – liczba osób

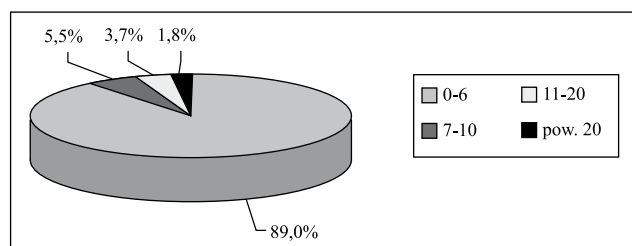
Tabela 3. Stosunek uczniów do zaprzestania palenia przez rodziców

Rodzice	Opinia ucznia					
	Chcę, żeby przestał palić		Nie chcę, żeby przestał palić		Jest mi to obojętne	
	N	%	N	%	N	%
Matka	26	68,4	5	13,2	7	18,4
Ojciec	40	67,8	5	8,5	14	23,7

N – liczba osób

Badani uczniowie (164) najczęściej zaczęli palić, gdy chcieli spróbować (14%), z innych przyczyn (7%), za namową znajomych (3%) lub z chęci zaimponowania innym (1%).

Oznaczenie zawartości tlenu węgla wydychanego przez uczniów wykazało poziom od 0–6 u 89,0%, 7–10 u 5,5%, 11–20 u 3,7%, a powyżej 20 u 1,8% uczniów (ryc. 2). Wartości te korelowały istotnie dodatnio z deklarowanym paleniem – współczynnik korelacji R-Spearmana=+0,42 (korelacja przeciętna, $p<0,05$).



Ryc. 2. Zawartość tlenu węgla w wydychanym powietrzu

Na pytanie o miejsce, gdzie wolno palić, 43% uczniów odpowiedziało, że nie wolno palić w żadnym miejscu w budynku i na terenie szkoły, jednocześnie 40% uczniów nie umiało odpowiedzieć na to pytanie. Pozostali uważali, że palenie na terenie szkoły jest dozwolone. Uczniowie podawali, że palenie odbywa się w różnych miejscach, poza budynkiem ($2,22\pm 1,31$), w toaletach i szatniach ($1,62\pm 0,85$), na boisku i na zewnątrz budynków szkolnych ($1,74\pm 1,04$), na korytarzach ($1,51\pm 0,56$), w innych miejscach budynku ($1,51\pm 0,86$) (skala: 1 – nie wiem, 2 – nigdy, 3 – czasem, 4 – prawie codziennie).

Nauczyciele, zdaniem uczniów, mieli sporą wiedzę na temat miejsc palenia papierosów, gdyż w ich opinii najczęściej sprawdzali następujące miejsca: korytarze szkolne ($3,16\pm 1,19$), toalety i szatnie ($3,11\pm 1,06$), inne miejsca w budynku szkolnym ($2,79\pm 1,00$), boiska i teren na zewnątrz szkoły ($2,63\pm 0,79$), stołówkę ($2,60\pm 1,00$) oraz poza budynkiem ($2,29\pm 1,00$) (skala: 1 – nie ma zakazu palenia papierosów, 2 – nigdy, 3 – czasem, 4 – często, 5 – zawsze).

Większość uczniów (51%) nie wiedziała, jakie są konsekwencje palenia w szkole, jednakże 26% zdawało sobie sprawę, że ich rodzice będą poinformowani, 19% miało wiedzę, że mogą być ukarani za palenie, 9% podało informację, że w szkole odbywają się z nimi rozmowy i oferowana jest pomoc, ale 4% uczniów wykazywało, że nic się nie robi w tym zakresie.

Uczniowie wypowiedzieli opinię na temat konsekwencji palenia tytoniu; według 92% palenie niszczy zdrowie, 49% – zmniejsza finanse, 17% – powoduje problemy w szkole, 14% – prowadzi do konfliktów w rodzinie, 12% – powoduje problemy w pracy, a jedynie 2% podało, że nie powoduje żadnych zmian.

Większość uczniów była przeciwna temu, aby uczniowie lub nauczyciele mogli palić na terenie szkoły (odpowiednio 61,5% i 70%). Także palenie przez rodziców w domu oraz palenie w miejscach publicznych spotykało się z ich dezaprobatą (odpowiednio 50,6% i 54% uczniów).

DYSKUSJA

Zachowania prozdrowotne i zdrowy tryb życia w okresie dojrzewania są ważnymi modyfikatorami stanu zdrowia w przyszłości. Jednym z zachowań antyzdrowotnych jest palenie tytoniu, stanowiące jednocześnie ważny problem społeczny. Ponad połowa (51%) osób w wieku 15 lat i więcej deklaruje, że nigdy nie paliła tytoniu [5]. Niepokojący jest wzrost częstości palenia w populacji młodzieży. W latach 90. XX wieku w większości krajów Europy, również

w Polsce, wyraźnie zwiększyła się częstość palenia wśród nastolatków, zwłaszcza dziewcząt. W wieku 15 lat paliło 34% chłopców i 26% dziewcząt [4]. Badania zachowań ryzykownych wśród młodzieży, w tym palenia tytoniu, przeprowadzone w Polsce w 2002 jako część badania HBSC w kooperacji z WHO wykazały, że 7% nastolatków regularnie pali papierosy [4]. Podobne wyniki uzyskano wśród badanej młodzieży – 7,3% uczniów zadeklarowało palenie w dniu badania. Badania wykazały, że ryzyko rozpoczęcia i regularnego palenia przez dzieci rodziców palących jest znacznie większe niż dzieci rodziców niepalących. Istotną rolę w podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu palenia przez młodzież odgrywają także zachowania ich rówieśników oraz presja najbliższego otoczenia potencjalnych młodocianych palaczy [6]. Badani licealiści byli namawiani do sięgnięcia po papierosa, jeżeli palili, to w obecności palących kolegów i koleżanek ($2,90 \pm 0,83$) oraz rodzeństwa ($1,22 \pm 0,58$), a także przebywali w otoczeniu palących rodziców. Wpływ otoczenia oraz chęć spróbowania powoduje, że pomimo wiedzy o skutkach palenia (92%), uczniowie sięgają po papierosa. Nastolatki, które raz spróbowały palenia, stają się potencjalnymi ofiarami późniejszego nałogu, niezależnie od czasu, który minął od momentu pierwszego kontaktu z papierosem. Wypalenie nawet jednego papierosa przez młodych ludzi powoduje, że dwukrotnie częściej stają się oni nałogowymi palaczami. Do zapalenia papierosa kiedykolwiek przyznało się 23% badanych uczniów. Uczniowie nie mieli pełnych informacji na temat zakazu palenia w szkole, nie znali konsekwencji wynikających z palenia (51%). Należy położyć większy nacisk na uświadamianie skutków palenia i jego konsekwencji. Zadanie to musi wypełnić szkoła, rodzice, ale i środowisko uczniów.

Adres do korespondencji:

Aneta Grochowska
Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
33-100 Tarnów, ul. Mickiewicza 8
e-mail: apea1@op.pl

WNIOSKI

1. Uczniowie liceum podejmowali próby palenia tytoniu. Palące osoby z otoczenia młodzieży miały wpływ na podjęcie przez nich decyzji o paleniu.
2. Płeć nie miała wpływu na udzielane wypowiedzi badanych licealistów na temat palenia tytoniu.
3. Problem palenia tytoniu przez młodzież powinien być przedmiotem szczególnej uwagi rodziców, nauczycieli i pracowników służby zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Stasiołek D, Kwaśniewska M, Drygas W. Palenie tytoniu jako czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. *Czyn Ryzyka* 2000; 4: 62–67.
- [2] Woynarowska B, Mazur J. Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach w latach 1990–1998. *Zdr Publ* 1999; 109 (2): 312–319.
- [3] Niewiadomska I. Specyfika czynników osobowości u młodzieży palącej tytoń. W: *Tytoń albo zdrowie*. Red. E Florek, W Piekoszowski, Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 2003; 201–202.
- [4] Główny Urząd Statystyczny Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku. GUS, Warszawa 2005.
- [5] Woynarowska B, Mazur J. Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002. *Zdr Publ* 2004; 114 (2): 158–167.
- [6] Woynarowska B, Mazur J. Intencje palenia tytoniu w niedalekiej przyszłości u młodzieży 15-letniej i ich niektóre uwarunkowania. *Alkohol Narkom* 2002; 1–15.

PORÓWNANIE PRZYCZYŃ STRESU WŚRÓD PIELEŃNIAREK PRACUJĄCYCH NA ODDZIAŁACH O RÓŻNEJ SPECYFICE

A COMPARISON OF CAUSES OF WORK-RELATED STRESS
IN NURSING STAFF ACCORDING TO SPECIALTY

Anna Wzorek

absolwentka kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dyrektor Instytutu: prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Malarewicz

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono czynniki wywołujące stres i doprowadzające do zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice, tj. oddziału intensywnej terapii, neurologii oraz w przychodniach. Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące stresu, jego objawów, źródeł, zjawiska wypalenia zawodowego – dokonanie analizy porównawczej w zależności od miejsca pracy pielęgniarki.

Badaniami objęto pielęgniarki pracujące na oddziale intensywnej terapii, neurologii oraz w przychodniach na terenie województwa świętokrzyskiego. Jako metodę zastosowano sondaż diagnostyczny. Wyniki badań uzyskano na podstawie obliczeń wypowiedzi respondentek. Z przeprowadzonych badań wynika, iż najczęstszym źródłem stresu jest nerwowa atmosfera, zła organizacja pracy, a na oddziale intensywnej terapii – reanimacja i śmierć pacjenta. Pielęgniarki najczęściej radzą sobie ze stresem poprzez szczerą rozmowę z bliską osobą, pozytywne myślenie. Przeprowadzone badania pozwalają wnioskować, że miejsce pracy warunkuje wpływ czynników stresogennych.

Słowa kluczowe: stres, wypalenie zawodowe, pielęgniarki.

SUMMARY

The paper discusses occupational stress and burnout in nursing staff working in different inpatient and outpatient units. A diagnostic survey was conducted among nurses working in intensive care units, neurology departments and outpatient clinics in Świętokrzyski Voivodship. The aim of the study was to compare the stress causes, symptoms and consequences, especially the burnout syndrome, in nursing staff depending on the care they provide to patients. It has been found from the respondents' answers that the major stressors are a hectic atmosphere and bad organization in a workplace. In intensive care units, the most stressful situations include a serious medical emergency and a patient's death. In the majority of cases, nurses cope with work-related stress by having a chat with a friend or a family member or by adopting a positive attitude to life. It can be concluded therefore that there exists a close relationship between stress and type of pressure at work.

Key words: stress, occupational burnout, nursing staff.

WPROWADZENIE

Jednym z wielu czynników wpływających na zdrowie człowieka są warunki związane z wykonywaną przez niego pracą zawodową. Jeżeli są one dobre, praca staje się źródłem satysfakcji życiowej i pozytywnie wpływa na kondycję pracowników. Środowisko pracy pielęgniarek nacechowane jest stresem. Wynika ono z dużej odpowiedzialności profesjonalnej za wartości, jakimi są zdrowie i życie człowieka. Znaczenie mają

również częste i intensywne interakcje z osobami cierpiącymi. W wielu przypadkach pielęgniarki nie potrafią walczyć z ciągłym stresem emocjonalnym, co w efekcie może doprowadzić do zespołu wypalenia zawodowego, którego przyczyn należy doszukiwać się w strukturze zawodu, jak również w indywidualnych cechach, postawach i sposobach zachowania się pracownika [1–4, 9]. Pielęgniarki są szczególnie narażone na utratę satysfakcji zawodowej i ogólnej satysfakcji życiowej [1, 5, 6].

Istnieją dwie zasadnicze koncepcje badawcze tłumaczące powstawanie stresogennych sytuacji w pracy zawodowej. Istotą pierwszej jest niewspółmierność pomiędzy wymaganiami, jakie przed pracownikami stawia praca, a indywidualnymi możliwościami sprostania tym wymaganiom. Stresogenne sytuacje powstają wówczas, gdy wymagania są wyższe lub niższe od możliwości. Praca stresująca przyczynia się do przemęczenia objawiającego się upośledzeniem ogólnej aktywności psychoruchowej, pogorszeniem samopoczucia, wzmożeniem napięcia psychicznego i osłabieniem reakcji emocjonalnych. Poza zmianami w sferze psychicznej przewlekłe reakcje stresowe doprowadzają do zaburzeń reakcji wewnątrzustrojowych, wytworzenia się zaburzeń psychosomatycznych i zespołów nerwicowych. Wymagania stawiane pielęgniarkom obciążają nie tylko ich zdrowie fizyczne, ale i psychiczne [7, 8]. Uważa się, że stres zawodowy może wpływać nie tylko na satysfakcję zawodową, ale również na ogólną satysfakcję życiową [1–3].

Celem pracy było porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice.

MATERIAŁ I METODY

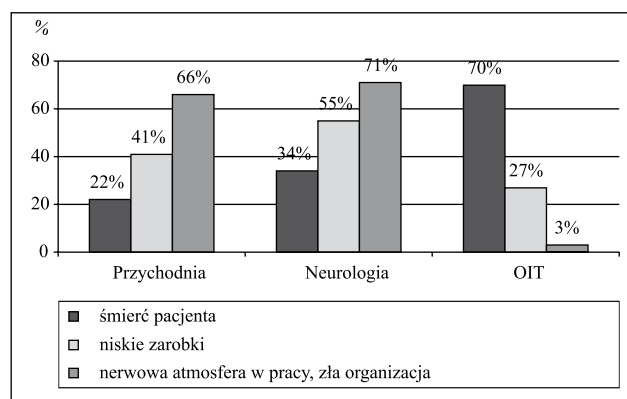
Do realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzoną za pomocą techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety złożony z 10 pytań oraz metryczki. Badania przeprowadzono w pierwszej połowie 2006 roku.

Charakterystyki badanej grupy dokonano na podstawie takich zmiennych, jak: wiek, miejsce pracy, stan cywilny, liczba posiadanego potomstwa, staż pracy w zawodzie pielęgniarki, staż pracy na oddziale, przebieg pracy pielęgniarskiej.

WYNIKI BADAŃ

Wielu autorów w ostatnich latach zwraca dużą uwagę na środowisko zawodowe jako źródło stresu, które może u pracownika powodować negatywne skutki dotyczące przede wszystkim zdrowia, samopoczucia, wykonywania pracy [7].

Spośród wielu stresogennych czynników występujących w miejscu pracy największe źródło stresu dla 70% pielęgniarek z OIT stanowi śmierć pacjenta, natomiast dla 71% badanych z ON oraz dla 66% pielęgniarek pracujących w przychodniach źródłem stresu jest nerwowa atmosfera w pracy i zła organizacja (ryc. 1).

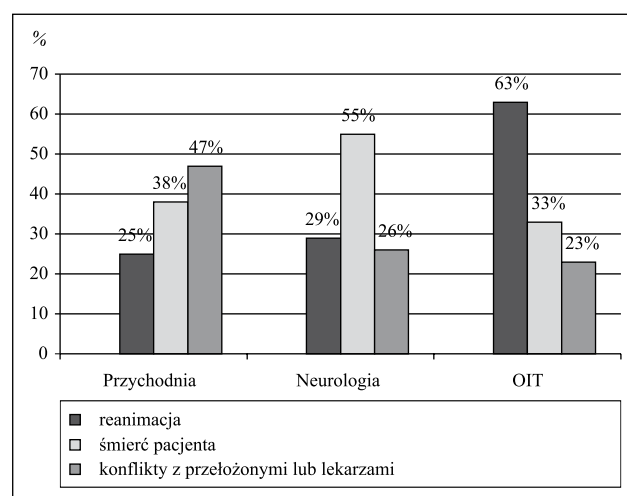


Ryc. 1. Źródła stresu w opinii badanych pielęgniarek

Konfrontacja ze śmiercią wzbudza refleksje także nad własnym życiem. Doświadczenie realności śmierci wzbudza przeważnie lęk i przerażenie. Obawa ta jest czymś zupełnie naturalnym, ponieważ zbyt mało wiemy o śmierci i zbyt duże zmiany wywołuje w naszym życiu. Praca, która stwarza warunki do codziennego kontaktu z umieraniem i śmiercią, tworzy specyficzne zawodowe problemy. Długie przebywanie pacjenta na oddziale sprzyja nawiązywaniu przyjaznych relacji, których zerwanie bywa dotkliwie odczuwane przez personel opiekujący się chorym.

Pracy pielęgniarek pracujących na oddziale intensywnej terapii niemal bez przerwy towarzyszy stres związany z wnikliwą obserwacją, szybką oceną i reakcją na nagłe zmiany w stanie zdrowia chorego, podejmowaniem natychmiastowych decyzji.

Z badań wynika, że dla 63% badanych z OIT sytuacją najbardziej stresującą jest reanimacja, dla 47% pielęgniarek pracujących w przychodniach – konflikty z przełożonymi lub lekarzami, natomiast dla 55% respondentek z ON – śmierć pacjenta (ryc. 2).

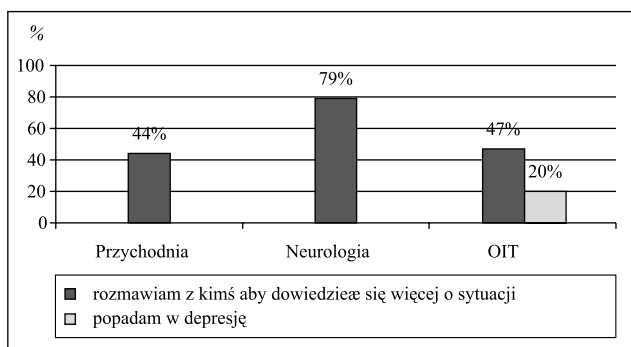


Ryc. 2. Najczęstsze przyczyny stresu w opinii badanych pielęgniarek

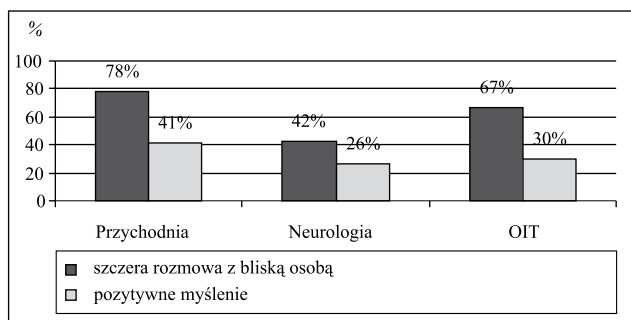
Pielęgniarki mające kontakt z umieraniem i śmiercią muszą być dobrze przygotowane do swoich zadań, starają się zaakceptować tę sytuację, choć za każdym

razem mocno przeżywają odejście pacjenta, ale tak naprawdę dopiero praktyka zawodowa uczy jak postępować w obliczu śmierci. Opiekując się chorym, nie myślą o śmierci, ale o tym, by swoją obecnością wnieść do jego życia iskierkę radości.

W ramach europejskiego projektu NEXT, w 10 krajach przeprowadzono badania dotyczące udziału stresu w pracy pielęgniarek. Stworzono wiele modeli, które miały prognozować pojawienie się stresu w pracy. Jednym z nich jest model niemieckiego socjologa medycyny J. Siegriesta. W kwestionariuszu opracowanym przez autora modelu i współpracowników wielkość wysiłku wkładanego w pracę mierzy się za pomocą 6 pytań dotyczących takich kwestii, jak: doświadczana presja czasowa, przerywanie i zakłócenia w pracy, duża odpowiedzialność, konieczność pracy w nadgodzinach, wysiłek fizyczny, wzrost obciążenia pracą w ostatnim okresie. Po przeanalizowaniu wyników okazało się, że najbardziej niekorzystny współczynnik charakteryzował pielęgniarki z Niemiec (0,80), na drugim miejscu tej czarnej listy znalazła się Polska (0,78), wyprzedzając o jedną pozycję Włochy, a także – co szczególnie daje do myślenia – tak wydawałoby się zbliżoną do nas Słowację. Okazało się, że pielęgniarki z Belgii (0,57) oraz Holandii (0,42) najmniej były narażone na stres. Wyniki pokazały więc, że sytuacja polskich pielęgniarek jest szczególnie niekorzystna. Pocieszający jest fakt, iż jednym z wielu wymienianych sposobów zachowań (ryc. 3) radzenia sobie ze stresem (ryc. 4) wśród pielęgniarek, zarówno pracujących w szpitalach, jak i w przychodniach, znaczące okazało się wsparcie bliskiej osoby szczerą z nimi rozmową.



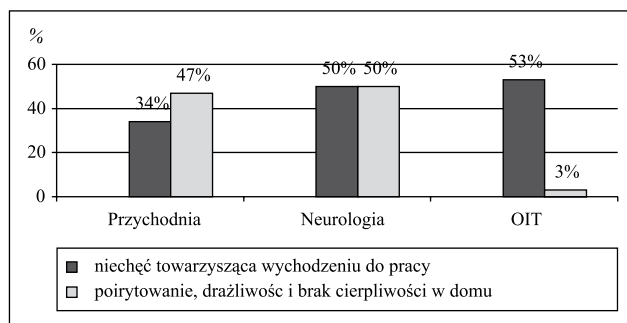
Ryc. 3. Najczęstsze sposoby zachowań w opinii badanych pielęgniarek



Ryc. 4. Sposoby radzenia sobie ze stresem w opinii badanych pielęgniarek

Wynika z tego, że otrzymane wsparcie o charakterze informacyjnym ma istotne znaczenie w łagodzeniu stresu.

Zawód pielęgniarski charakteryzuje się wysokim poziomem wymagań emocjonalnych. Istotą pracy pielęgniarskiej jest bowiem bezpośredni kontakt z chorobą, ludzkim cierpieniem, często ze śmiercią. Wszystkie te czynniki mogą prowadzić do silnych negatywnych emocji takich, jak: złość, wstęś, pogarda, strach, nerwowość. Wysoki poziom negatywnych emocji łączy się z obniżonym samopoczuciem oraz niezadowolaniem z życia zawodowego i rodzinnego. Osoby te są szczególnie podatne na doświadczenie stresu w pracy. Silne negatywne emocje mogą być sygnałem wskazującym na zjawisko wypalenia zawodowego. Analizując ten problem w badaniach własnych, stwierdzono, że u 53% badanych pracujących na OIT występuje niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy, natomiast 47% pielęgniarek pracujących w przychodni odczuwa poirytowanie i brak cierpliwości w realizowaniu się w domu (ryc. 5).

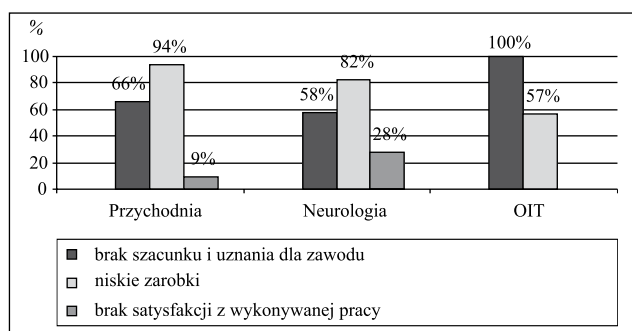


Ryc. 5. Najczęstsze sygnały ostrzegawcze wskazujące na zjawisko wypalenia zawodowego

W ramach sponsorowanego przez Komisję Europejską projektu NEXT – Study badacze zajmowali się psychospołecznymi uwarunkowaniami pracy pielęgniarek z 10 krajów europejskich (w tym Polski). Podstawowymi celami projektu był opis i próba wyjaśnienia niepokojącego zjawiska, jakim jest obciążenie emocjonalne w pracy pielęgniarek, a więc tego, co stanowi istotny składnik zjawiska wypalenia zawodowego. W badaniach NEXT znalazły się 3 zestawy pytań dotyczących wymagań emocjonalnych, negatywnej emocjonalności i wyczerpania emocjonalnego mierzone skalą opracowaną przez holenderskiego badacza de Jonge. Okazuje się, że polska pielęgniarka nie czuje się bardziej wyczerpana emocjonalnie niż jej koleżanki z innych krajów Europy. Średni wynik dla Polski wynosi 2,6, podczas gdy dla całej zbadanej zbiorowości jest to 2,4. Można wyciągnąć wniosek, że wymagania emocjonalne w polskich warunkach są zbliżone do przeciętnej europejskiej. Szczegółowe analizy wyników Polek wykazały, że szczególnie wymagająca jest praca na niektórych oddziałach szpitalnych, są to m.in. oddziały intensywnej terapii.

Ostatnie miesiące pokazują, iż nie trzeba specjalnych badań, by zorientować się, jak bardzo polskie pielęgniarki są rozgoryczone aktualną sytuacją. Ich problemy przybliżają społeczeństwu nie tylko media, ale i zawodowe stowarzyszenie pielęgniarek.

Przeprowadzone badania dowodzą, że dla badanych pielęgniarek z OIT powodem zmiany zawodu jest brak szacunku i uznania dla zawodu, natomiast dla 82% badanych z ON i dla 94% pielęgniarek pracujących w przychodniach przyczyną takiej decyzji są niskie zarobki. Pocięszający jest fakt, iż tylko nieznaczny odsetek badanych pielęgniarek odczuwa brak satysfakcji z wykonywanej pracy (ryc. 6).



Ryc. 6. Powody zmiany zawodu w opinii badanych pielęgniarek

Jak wiadomo, zadowolenie z pracy jest ważnym wskaźnikiem pozwalającym przewidywać, na ile pracownik okaże się solidny i efektywny w wykonywaniu powierzonych mu zadań i nie będzie się rozglądał za inną bardziej opłacalną pracą.

Problem dotyczący stosunku pielęgniarek do swojego zawodu porusza projekt badawczy NEXT. Choć polskie pielęgniarki są często rozgoryczone pracą, to jednak okazuje się, że dla wielu z nich pewne jej elementy są źródłem satysfakcji. Dotyczy to głównie perspektyw pracy, z których zadowolonych jest 68% respondentek. Wśród 10 badanych krajów wynik ten stawia nas powyżej średniej. Do krajów, w których procent zadowolonych z tego aspektu pracy jest wyższy niż w Polsce, należą Norwegia (88%) oraz Holandia (82%), jednak w wielu krajach odsetek ten jest niższy (np. Niemcy – 45%, Słowacja – 39%).

Przeprowadzone badania w ramach projektu NEXT pozwalają odpowiedzieć na pytanie „Czy polskie pielęgniarki zamierzają odchodzić z pracy?” Otóż, jak wynika z badań, największą lojalnością i przywiązaniem do zawodu charakteryzują się pielęgniarki polskie i słowackie (64% z nich w ciągu ostatniego roku ani razu nie pomyślało o porzuceniu zawodu) oraz belgijskie (63%). W pozostałych krajach odsetek osób, które w ogóle nie rozważają odejścia, zawierał się w przedziale od 59% (Holandia) do 34% (Wielka Brytania).

Jest jeszcze jedno zjawisko, które nie napawa optymizmem. Wiele wskazuje na to, że tak silnie de-

klarowane przez nasze pielęgniarki przywiązanie do zawodu i niechęć do odchodzenia z pracy wynikają w bardzo dużej mierze z lęku przed bezrobociem. Polskie pielęgniarki postrzegają sytuację na rynku jako trudną; 70% z nich uważa, że bardzo trudno znaleźć pracę w polskiej służbie zdrowia. Wskaźnik ten diametralnie różni się od tego, co możemy zaobserwować w innych krajach. W Holandii, Norwegii czy w Niemczech odsetek pielęgniarek wskazujących na duże trudności ze znalezieniem pracy w zawodzie nie przekracza 7–8%.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W prezentowanej pracy podjęto próbę porównania przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. Poziom odczuwania stresu na OIT jest zdecydowanie wyższy i różni się w stosunku do innych oddziałów. Do głównych źródeł stresu na OIT należy zaliczyć śmierć pacjenta, a w porównaniu z innymi oddziałami – przede wszystkim nerwową atmosferę w pracy i złą organizację. W sytuacji gdy pielęgniarki z OIT przeżywają stres związany z reanimacją, pozostałe pielęgniarki pracujące w przychodni stresują się z powodu konfliktów z przełożonymi lub lekarzami. Pomimo wysokiego poziomu stresu u pielęgniarek na OIT powodem zmiany zawodu jest zdecydowanie brak szacunku i uznania dla zawodu, w przypadku ON i przychodni są to przede wszystkim niskie zarobki. Wyniki dotyczące radzenia sobie ze stresem są bardziej optymistyczne. Wszystkim badanim zdecydowanie pomaga wsparcie bliskiej osoby i szczerza z nią rozmowa.

Przeprowadzone badania pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Miejsce pracy warunkuje wpływ czynników stresogennych.
2. Poziom odczuwania stresu przez pielęgniarki pracujące na OIT różni się od poziomu stresu pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych oraz w przychodniach.
3. Pielęgniarki pracujące na ON i w przychodniach za najdotkliwsze źródła stresu zgodnie uznały nerwową atmosferę w pracy, złą organizację, niskie zarobki, natomiast dla pielęgniarek pracujących na OIT jest to śmierć pacjenta, a sytuacją najbardziej stresującą jest reanimacja, co ma swoje uzasadnienie w specyfice pracy.

Należy dążyć do zmniejszenia negatywnych skutków stresu wśród pielęgniarek poprzez tworzenie grup wsparcia w środowisku zawodowym, udostępnianie poradnictwa psychologicznego w miejscu pracy. Należy uwrażliwić kadrę kierowniczą na problematykę

zespołu wypalenia zawodowego. Po przeanalizowaniu obecnych problemów i podjęciu konkretnych działań profilaktycznych, poziom satysfakcji z pracy naszych pielęgniarek zbliży się do poziomu pielęgniarek norweskich czy holenderskich, które odbiegają pozytywnie od norm europejskich. W tych państwach (biorąc pod uwagę kraje UE) zapewne należałoby szukać najlepszych wzorców i rozwiązań w tym zakresie.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Gniazdowski A. Promocja zdrowia w miejscu pracy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1998.
[2] Gugąła B. Obciążenie stresem a umiejętność radzenia sobie z nim. *Pielęgniarka i Położna* 2003; 7: 18–19.

[3] Gugąła B. Stres w pracy pielęgniarek. *Pielęgniarka i Położna* 2003; 1: 18–23.

[4] Leszczyńska A. Konsekwencje wypalenia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007; 3: 22–23.

[5] Płotka A. Rola pielęgniarki w promocji zdrowia psychicznego. W: Materiały pokonferencyjne „Jakość w opiece pielęgniarskiej”. Ogólnopolska konferencja szkoleniowo-naukowa. Olsztyn 27–28.09.1996.

[6] Sęk H. Zespół wypalenia zawodowego. Podmiotowe uwarunkowania skuteczności radzenia sobie ze stresem. Domke, Poznań 1996.

[7] Seyle H. Stres okiełznany. PZWL, Warszawa 1977.

[8] Widerszal-Bazyl M, Radkiewicz P. Stres w pracy pielęgniarek – Projekt badawczy NEXT. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005; 7–8: 8–9.

[9] Zimbardo PG, Ruch FL. Psychologia i życie. PWN, Warszawa 1996.

Adres do korespondencji:

mgr Anna Wzorek
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
e-mail: studiamedyczne@ujk.kielce.pl

PLAZMAFEREZA W NEUROLOGII - DOŚWIADCZENIA WŁASNE

PLASMAPHERESIS IN NEUROLOGY – OWN EXPERIENCE

Barbara Błaszczuk^{1,2}, Elżbieta Jasińska²

¹ Zakład Profilaktyki Chorób Układu Nerwowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Janusz Wendorff

² Oddział Neurologii WSZON Kielce

Ordynator Oddziału: dr n. med. Barbara Błaszczuk

STRESZCZENIE

Plazmafereza (PE – plasma exchange) jest jedną z metod terapeutycznych, polegającą na usunięciu z osocza potencjalnie patologicznych substancji. W neurologii znalazła zastosowanie w chorobach autoimmunologicznych o przewlekłym i ciężkim przebiegu opornym na leczenie.

Celem pracy była analiza wpływu plazmaferezy na przebieg kliniczny chorób z autoagresji oraz ocena występujących działań niepożądanych.

W okresie od 01.11.2006 do 30.04.2007 roku w Oddziale Neurologii WSZON w Kielcach hospitalizowano 29 chorych z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, 11 z miastenią oraz 5 z zespołem Guillain-Barre. Wyselekcjonowano 3 pacjentów z ciężką miastenią rzekomoporażną, zapalną polineuropatią demielinizacyjną oraz ze stwardnieniem rozsianym o ciężkim przebiegu. Zastosowanie plazmaferezy w tych przypadkach pozwoliło na uzyskanie szybkiego pozytywnego efektu terapeutycznego, bez wystąpienia objawów niepożądanych.

Wyniki naszej obserwacji zachęcają do szerszego jej stosowania.

Słowa kluczowe: plazmafereza (PE), choroby autoimmunologiczne.

SUMMARY

Plasma exchange is one of therapeutic methods assuming removal of potentially pathological substances from plasma. This method may be applied in serious chronic autoimmune diseases resistant to conventional treatment.

The purpose of this study was an analysis of plasma exchange on clinical course of autoimmune diseases and evaluation of its possible adverse effects.

Since 01 Nov, 2006 to 30 Apr, 2007 in Neurology Department of WSZON in Kielce there were treated 29 patients with multiple sclerosis, 11 with myasthenia and 5 with Guillain-Barre syndrome. Consequently, three patients with severe myasthenia, infectious demyelination polyneuritis and multiple sclerosis with serious course were selected. Plasma exchange in these cases allowed to obtain rapid favourable therapeutic results, without adverse events being manifested.

The results of our observation encourage a wide use of this therapeutic method.

Key words: plasma exchange (PE), autoimmune diseases.

WSTĘP

Plazmafereza (PE – plasma exchange, TPE – therapeutic plasma exchange) to jedna z metod terapeutycznych, której istotą jest oddzielenie osocza wraz z obecnymi czynnikami chorobotwórczymi od elementów morfotycznych krwi.

W praktyce klinicznej stosowana jest od ok. 50 lat zarówno jako metoda leczenia podstawowego, jak i element terapii uzupełniającej. Ponad 150 jednostek

chorobowych próbowano leczyć przy pomocy plazmaferezy. We współczesnej neurologii znalazła jednak zastosowanie głównie w chorobach autoimmunologicznych – w przypadkach opornych na leczenie lub z ciężkim przebiegiem. Mimo odmiennych objawów klinicznych występujących w tych chorobach, przeprowadzenie plazmaferezy pozwala na uzyskanie jednoznacznie pozytywnego efektu terapeutycznego. Jeżeli uwzględni się przy tym zaburzenia wynikające ze schorzeń współistniejących, można wyraźnie ograniczyć powikłania.

MATERIAŁ I METODY

Obserwacje przeprowadzono na podstawie analizy dokumentacji medycznej Oddziału Neurologii WSZON w Kielcach w okresie od 01.11.2006 do 30.04.2007 roku.

Wyodrębniono 29 chorych z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, 11 z miastenią oraz 5 z zespołem Guillain-Barre.

Oceniono zastosowanie plazmaferezy w przypadku trzech schorzeń neurologicznych, w których istotną rolę odgrywa proces autoagresji.

Zwrócono uwagę na stan neurologiczny pacjentów, ciężkość przebiegu choroby, metody leczenia oraz czas remisji objawów.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek I

Pacjentka (ur. w 1936 r.) z rozpoznaną od 2004 roku ciężką miastenią rzekomoporaźną w listopadzie 2006 roku kolejny raz przyjęta do tutejszego oddziału z nasilającymi się objawami męczliwości o charakterze uczucia duszności i trudności w połykaniu. W badaniu neurologicznym stwierdzono opadanie powiek i zuchwy. W badaniu laryngologicznym nie zaobserwowano istotnych odchylenia od stanu prawidłowego. Nie stwierdzono też zmian osłuchowych nad płucami.

Mimo stosowanego leczenia farmakologicznego nie uzyskano poprawy.

W ósmym dniu hospitalizacji zastosowano zabieg plazmaferezy, obserwując szybką remisję objawów – ustąpiła duszność, poprawiła się sprawność połykania. Utrzymało się niewielkie opadanie powiek i zuchwy. Podjęto decyzję o powtórzeniu zabiegu w 12 dobie hospitalizacji, dzięki czemu uzyskano pełne ustąpienie dolegliwości.

Przypadek II

Pacjent (ur. w 1953 r.) przekazany do oddziału 12 stycznia 2007 roku w trybie pilnym z Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc, gdzie został skierowany z podejrzeniem zapalenia płuca prawego.

W wywiadzie suchy kaszel, bez gorączki z narastającym od 4 dni osłabieniem siły mięśniowej.

W 2000 roku chory przeżył uraz głowy z następnym krwiakiem przymózgowym po stronie prawej – leczony operacyjnie.

W badaniu neurologicznym przy przyjęciu stwierdzono niedowład wiotki czterokończynowy, nasilony kśobnie z zachowanym czuciem powierzchniowym i głębokim, cechy zespołu psychoorganicznego.

Biorąc pod uwagę wywiad i stwierdzone w badaniu neurologicznym odchylenia od stanu prawidłowego, rozpoznano zespół Guillain-Barre, co potwierdzono badaniem ENG. Chory nie wyraził zgody na punkcję łądwziową. W oddziale kontynuowano antybiotykoterapię (Augmentin), włączono Solu – Medrol 1000 mg iv., obserwując powolną poprawę.

Zastosowanie 5 zabiegów plazmaferezy pozwoliło na uzyskanie częściowej remisji objawów, znacznie jednak wyraźniejszej niż przy stosowaniu leczenia farmakologicznego.

Pacjent w celu dalszego usprawniania został przekazany do Oddziału Rehabilitacji.

Przypadek III

Pacjentka (ur. w 1972 r.) przyjęta do oddziału po raz pierwszy 08 stycznia 2007 roku z powodu utrzymujących się od kilku tygodni zawrotów głowy, zaburzeń równowagi z obecnymi w badaniu objawami zespołu mózdkowego. W Rezonansie Magnetycznym (MRI) głowy stwierdzono typowe dla stwardnienia rozsianego (SM) zmiany hyperintensywne. Po zastosowanej sterydoterapii uzyskano remisję objawów.

Ponownie hospitalizowana 25 lutego 2007 roku z powodu zawrotów głowy, zaburzeń równowagi i osłabienia kończyn dolnych. W badaniu neurologicznym stwierdzono poza zespołem mózdkowym nieznacznie nasiloną paraparezę spastyczną.

Ponownie zastosowano dożylną kurację sterydami, uzyskując wyraźną poprawę.

W dniu 15 marca 2007 roku pacjentka ponownie zgłosiła się do oddziału z powodu pogorszenia sprawności chodu – zaburzeń równowagi, upadków, dwojenia obrazu przy patrzeniu do boków, zaburzeń mowy.

W badaniu neurologicznym stwierdzono obustronne porażenie nerwów odwodzących, zespół mózdkowy i piramidowy prawostronny. W MRI mózgowia stwierdzono liczne aktywne plaki demielinizacyjne. Tym razem mimo podania Solu-Medrolu w pełnej dawce przez 5 dni nie uzyskano efektu terapeutycznego.

Podjęto decyzję o przeprowadzeniu plazmaferezy. Leczenie zastosowano 2 kwietnia 2007 roku, obserwując kolejnego dnia zmniejszenie nasilenia objawów neurologicznych, mimo utrzymujących się dolegliwości subiektywnych.

WYNIKI

W ostatnim roku w Oddziale Neurologii WSZON w Kielcach metodą plazmaferezy leczono trzech chorych (2 kobiety i 1 mężczyznę) w wieku 35, 54 i 71 lat (średnio 53 lata).

Pierwszy przypadek dotyczył chorej z zaburzeniami wentylacji i połykania w przebiegu ciężkiej miastonii rzekomoporaźnej, drugi – pacjenta z zapalną polineuropatią ruchową, trzeci – chorej z ciężką postacią stwardnienia rozsianego.

We wszystkich opisanych chorobach istotną rolę odgrywa układ autoimmunologiczny, stąd podjęto decyzję o zastosowaniu plazmaferezy.

We wszystkich analizowanych przypadkach uzyskano pozytywny efekt terapeutyczny. Nie zaobserwowano działań niepożądanych.

OMÓWIENIE

Plazmafereza jest jedną z metod terapeutycznych, polegającą na usunięciu z osocza potencjalnie patologicznych substancji [1, 2, 3].

Stosowana w leczeniu od 1956 roku znalazła także swoje miejsce we współczesnej neurologii [4].

Wskazania do jej przeprowadzenia obejmują choroby, w których istotną rolę odgrywają procesy autoimmunologiczne [5], szczególnie wtedy, gdy leczenie farmakologiczne nie przynosi oczekiwanych rezultatów.

Najczęściej wymiana osocza prowadzona jest w zapalnych polineuropatiach demielinizacyjnych. Zespół Guillain-Barre (GBS), przewlekła zapalna demielinizacyjna poliradikuloneuropatia (CIDP) czy wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN) są chorobami rokującymi wyleczenie [6, 7], ale niekiedy wymagającymi długotrwałej farmakoterapii. Zastosowanie plazmaferezy w tych przypadkach odgrywa więc znaczącą rolę. Dobre efekty osiąga się również w leczeniu ostrej postaci stwardnienia rozsianego [8]. Innymi wskazaniami do plazmaferezy są ciężka miastenia rzekomoporaźna (MG) i zespół Lamberta-Eatona [9]. Plazmafereza przeprowadzona w miastonii (MG) przed tymektomią skraca czas wentylacji mechanicznej, wpływając na okres hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Terapii [10]. Z powodzeniem stosuje się też plazmaferezę w leczeniu przełomu miastenicznego [11].

Nadal brak jest jednoznacznych kryteriów kwalifikujących do plazmaferezy. Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiej Akademii Neurologicznej (AAN) wyodrębniono cztery poziomy rekomendacji: A, B, C i U danej terapii, w tym plazmaferezy. A oznacza zalecane, B – prawdopodobnie przydatne, C – możliwe zastosowanie, natomiast U – przeciwwskazane stosowanie.

Zastosowanie plazmaferezy w schorzeniach obwodowego układu nerwowego obejmuje: miastenię (poziom B) w przełomie miastenicznym oraz przed

operacją grasiczaka, ostre zapalne poliradikuloneuropatie (poziom A) – zespół Guillain-Barre, przewlekłą zapalną poliradikuloneuropatię demielinizacyjną (poziom A).

W schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego wymieniane są następujące wskazania do plazmaferezy: stwardnienie rozsiane (poziom A), zapalenie rdzenia i nerwu wzrokowego (poziom C) oraz ostre zapalenie mózgu i rdzenia (poziom C).

W chorobach mięśni można przeprowadzić plazmaferezę w zapaleniu skórnomięśniowym (poziom B) [12].

Przeciwwskazaniem do wymiany osocza są głównie niewydolność sercowo-krażeniowa, zaburzenia krzepnięcia krwi, alergii oraz zespół niedoboru przeciwciał.

Przy stosowaniu plazmaferezy obserwuje się działania uboczne, takie jak: infekcje, zaburzenia krzepnięcia krwi, odwodnienie, przełomy hipotoniczne, zaburzenia elektrolitowe, reakcje anafilaktyczne.

Przy szczegółowej kwalifikacji pacjentów, uwzględniając zalecenia AAN wraz z przeciwwskazaniami, plazmafereza jest bezpieczną metodą terapeutyczną obciążoną niewielkim ryzykiem wystąpienia powikłań.

WNIOSKI

1. Plazmafereza (wymiana osocza) jest zabiegiem bezpiecznym, obciążonym stosunkowo niewielkimi efektami ubocznymi, które można wyraźnie ograniczyć, uwzględniając zaburzenia wynikające ze schorzeń współistniejących.
2. Zastosowanie plazmaferezy w naszym ośrodku w przypadku miastonii (B), zespołu Guillain-Barre (A), stwardnienia rozsianego (A) przyniosło wyraźny efekt terapeutyczny.
3. Nie zanotowaliśmy działań ubocznych.
4. Wyniki te zachęcają do szerszego stosowania plazmaferezy w chorobach neurologicznych.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Natarajan N, Weinstein R. Therapeutic apheresis in neurology critical care. *J Intensive Care Med* 2005 Jul–Aug; 20(4): 212–225.
- [2] Lehmann HC, Hartung HP, Hetzel GR et al. Plasma exchange in neuroimmunological disorders: Part 1. Rationale and treatment of inflammatory central nervous system disorders. *Arch Neurol* 2006 Jul; 63(7): 930–935.

- [3] Lehmann HC, Hartung HP, Hetzel GR et al. Plasma exchange in neuroimmunological disorders: Part 2. Treatment of neuromuscular disorders. *Arch Neurol* 2006 Aug; 63(8): 1066–101.
- [4] Zaleska B, Domżał T, Korsak J. Plasmapheresis in neurology-personal experience. *Neurol Neurochir Pol* 1994 Mar–Apr; 28(2): 167–174.
- [5] Kes P. Therapeutic plasma exchange in neurologic disorders. *Acta Med Croatica* 1997; 51(4–5): 225–228.
- [6] Van Doorn PA, Garssen MP. Treatment of immune neuropathies. *Curr Opin Neurol* 2002 Oct; 15(5): 623–631.
- [7] Van Dorn PA. Treatment of Guillain-Barre syndrome and CIDP. *J Peripher Nerv Syst* 2005 Jun; 10(2): 113–127.
- [8] Schilling S, Linker RA, König FB et al. Plasma exchange therapy for steroid-unresponsive multiple sclerosis relapses: clinical experience with 16 patients. *Der Nervenarzt* 2006 Apr; 77(4): 430–438.
- [9] Skeie GO, Apostolski S, Evuli A et al. Guidelines for the treatment of autoimmune neuromuscular transmission disorders. *Eur J Neurol* 2006 Jul; 13(7): 691–699.
- [10] Yeh JH, Chen WH, Huang KM, Chiu HC. Prethymectomy plasmapheresis in myasthenia gravis. *J Clin Apher* 2005 Dec; 20(4): 217–221.
- [11] Talabi OA, Abjah UM, Ocheni S, Akinyemi OA et al. Benefit of modified plasmapheresis in the management of myasthenia gravis: a case report. *Niger J Med* 2006 Apr–Jun; 15(2): 162–164.
- [12] Amato AA. Treatment of peripheral neuropathies; *AAN* 2006.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Barbara Błaszczuk
Zakład Profilaktyki Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: barbarablaszczuk@op.pl

LEKI ORYGINALNE I GENERYCZNE W LECZENIU PADACZKI

ORIGINAL AND GENERIC ANTIEPILEPTIC DRUGS IN EPILEPSY TREATMENT

Barbara Błaszczuk^{1, 2}

¹ Zakład Profilaktyki Chorób Układu Nerwowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Janusz Wendorff

² Oddział Neurologii WSZON Kielce
Ordynator Oddziału: dr n. med. Barbara Błaszczuk

STRESZCZENIE

Padaczka jest przewlekłym, często występującym schorzeniem neurologicznym, wymagającym długotrwałego stosowania leków przeciwpadaczkowych. Wiąże się to z wysokimi kosztami leczenia. W celu zmniejszenia wydatków na opiekę zdrowotną postuluje się wprowadzanie tańszych leków odtwórczych (generycznych). W przypadku padaczki niewłaściwa zamiana leków przeciwpadaczkowych może się wiązać z licznymi komplikacjami i zagrożeniami, dotyczącymi nawet życia chorego.

Słowa kluczowe: padaczka, leki przeciwpadaczkowe, generyki.

SUMMARY

Epilepsy is a chronic, frequently encountered neurological disease, demanding long-term treatment with antiepileptic drugs (AEDs). It involves high treatment expenses. To decrease health care expenditures, generic substitutions are encouraged. However, wrong conversion of antiepileptic drugs may lead to many complications and hazards.

Key words: epilepsy, antiepileptic drugs, generic drugs.

Padaczka jest przewlekłym schorzeniem neurologicznym dotyczącym ok. 1% populacji, wymagającym długotrwałego stosowania leków przeciwpadaczkowych. W związku ze starzeniem się społeczeństwa wzrasta liczba nowych zachorowań na padaczkę po 65 r.ż. Liczba ta w tej grupie wiekowej wynosi wg Hausera 1,5% [1]. Długotrwała terapia wiąże się z dużymi nakładami finansowymi.

W celu zmniejszenia wydatków na opiekę zdrowotną płatnicy państwowi i inni nalegają na stosowanie leków generycznych. Od 1980 roku Amerykański Urząd ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA) publikuje „Pomarańczową Księgę”, wyjaśniającą politykę FDA dotyczącą leków odtwórczych [2]. W księdze tej wymienione są leki dopuszczone przez FDA do stosowania, w tym preparaty generyczne. FDA określa preparat generyczny jako równoważny terapeutycznie związkowi referencyjnemu (odpowiadającemu zwykle preparatowi oryginalnemu), jeżeli zawiera tę samą ilość substancji czynnej w tej samej postaci dawkowania i spełnia te same standardy dotyczące siły działania, jakości, czystości i tożsamości [2].

Pojawienie się nowych leków generycznych jest nieuchronne i ekonomicznie uzasadnione. Istnieją jednak liczne publikacje wskazujące na możliwość wystąpienia poważnego ryzyka pogorszenia stanu chorego przy zamianie preparatu oryginalnego na preparat generyczny (i odwrotnie) lub jednego preparatu generycznego na inny preparat generyczny [1–3]. Problem kliniczny z lekami generycznymi sprowadza się głównie do biodostępności i terapeutycznej równoważności [1]. Liczne badania przynoszą sprzeczne wyniki, z tym że większa liczba badań wskazuje na nierównoważność zamiany leku niż na równoważność.

Istnieją 3 czynniki ryzyka niebezpieczeństwa terapeutycznej nierównoważności w odniesieniu do leków generycznych: 1) słaba rozpuszczalność w wodzie, 2) nieliniowa farmakokinetyka, 3) wąski przedział terapeutyczny stężenia w osoczu [1, 4].

Dotychczasowe obserwacje kliniczne wskazują, że zamiana preparatu oryginalnego na generyczny może w niektórych przypadkach powodować nawrót napadów padaczkowych lub pojawienie się objawów toksycznych. Wynika stąd, że biodostępność oraz zwią-

zana z nią biorównoważność preparatów generycznych jest odmienna i (lub) ich ocena nie jest dokonywana dostatecznie dokładnie lub prawidłowo [5, 6, 7].

Zasadnicze problemy pojawiają się już w zakresie terminologii biorównoważności. Zgodnie z definicją biofarmaceutyczną, równoważnik biologiczny jest to równoważnik farmaceutyczny (preparat zawierający tę samą ilość tej samej substancji leczniczej w tej samej postaci leku), który po podaniu tej samej osobie według tego samego schematu dawkowania wykaże porównywalną dostępność biologiczną [1, 7]. Z kolei równoważnik terapeutyczny jest to równoważnik farmaceutyczny, który po podaniu tej samej osobie, przy zachowaniu tego samego schematu dawkowania, wykaże analogiczne działanie, skuteczność lub toksyczność.

Dwa preparaty są biorównoważne, jeśli uzyskują podobne profile stężenia leku w czasie. Jednakże prawdziwa biorównoważność oznacza, że dwa różne leki wywierają ten sam wpływ na indywidualnego pacjenta, ale to zwykle nie jest mierzone [1, 7, 8]. W pewnych przypadkach dwa produkty mogą być równoważne w zakresie biodostępności, lecz nie w zakresie skutku terapeutycznego [1].

Definicja FDA określa biorównoważność jako niewystępowanie znaczącej różnicy w dostępności czynnych składników leku w miejscu ich działania – po podaniu leków w tej samej molarnej dawce, w podobnych warunkach i odpowiednio zaprojektowanych badaniach. Zgodnie z dyrektywą Unii Europejskiej, producent leku odtwórczego musi wykazać jego zasadnicze podobieństwo do leku już dostępnego komercyjnie, a więc lek odtwórczy musi mieć tę samą ilość i rodzaj czynnego składnika, tę samą drogę podania i tę samą skuteczność terapeutyczną, wykazaną biodostępnością, jak lek oryginalny [1]. FDA zatwierdza, w celach prawno-regulacyjnych, nowe leki odtwórcze na podstawie standardowego badania biorównoważności z udziałem 24–36 zdrowych dorosłych ochotników (w Kanadzie akceptuje się już 12), Budzi to wątpliwości co do słuszności przenoszenia tych wyników na chorych, którzy mają stosownie do wieku i stanu ich zdrowia lub w okresie ciąży inną farmakokinetykę [1–3, 8].

Biodostępność jest ustalana na podstawie pomiaru pola pod krzywą zmian stężenia w czasie (AUC), maksymalnego stężenia (C_{max}) i czasu osiągnięcia C_{max} (t_{max}), przy czym akceptowane są odchylenia przedziału ufności w granicach od 20 do 25% [1, 7, 8].

Taka rozpiętość stężenia leku w osoczu być może jest do zaakceptowania w przypadku innych schorzeń niż padaczka, ale dla niektórych grup chorych z napadami padaczkowymi jest zbyt duża. Wymogi te są znacznie łagodniejsze niż w odniesieniu do standardów obowiązujących lek oryginalny, gdzie odchylenia nie

mogą przekraczać + 5% [1]. Ponadto według Bialera i wsp. [1] w ocenie biodostępności należy mierzyć też inne parametry farmakokinetyczne, np. średni czas przebywania leku w organizmie, czas plateau, procent fluktuacji i spłaszczenie krzywej zmian stężenia leku w stanie stacjonarnym.

Na biodostępność i biorównoważność mają wpływ nie tylko fizykochemiczne właściwości substancji leczniczej i postaci leku, ale także stan fizjologiczny pacjenta, w tym wiek, czynniki farmakogenetyczne, współistniejące zaburzenia czynności układu pokarmowego, nerek, wątroby, zaburzenia hormonalne i interakcja z innymi lekami [1]. Odmienność biodostępności danego leku oryginalnego i generycznego, wynikająca z różnic szybkości i stopnia wchłaniania z przewodu pokarmowego, jest w dużej mierze związana ze słabą rozpuszczalnością leku w roztworach wodnych (np. fenytoina i karbamazepina) oraz technologią jego postaci (stosowanie wolnego leku lub soli, wielkość cząstek leku, różnice stereochemiczne czynnej substancji, np. enancjomeria, ciśnienie i inne warunki formowania postaci leku) [1].

Ważną rolę odgrywają też substancje pomocnicze, tj. wiążące, wypełniające czy też ułatwiające rozpuszczanie leku. Chociaż skład substancji pomocniczych może być taki sam jak w leku oryginalnym, to obecność np. laktozy lub glutenu może zaburzać motorykę jelit i wchłanianie leku u niektórych pacjentów (nietolerancja laktozy) [1].

Znanym przykładem skutków tego rodzaju zamiany substancji pomocniczych jest zatrucie na skalę krajową w Australii preparatem generycznym fenytoiny, co spowodowało jego natychmiastowe wycofanie [1, 4].

Technologia postaci leku warunkuje z jednej strony szybkość jego uwalniania się z tabletki lub kapsułki i jego wchłaniania, a z drugiej – odporność na warunki przechowywania i szybkość procesu starzenia się leku. Zatem lek odtwórczy może cechować inną odporność na warunki przechowywania (temperatura, wilgotność) niż lek oryginalny. Np. przechowywanie tabletek karbamazepiny w warunkach zwiększonej wilgotności spowodowało duży spadek biodostępności i napady padaczkowe. Szczególnie trudno jest uzyskać podobną biodostępność leku odtwórczego w przypadku postaci o kontrolowanym uwalnianiu. Różnice w kształcie, kolorze i innych cechach zewnętrznych leku mogą też wpływać niekorzystnie na nastrój pacjenta i jego stosunek do leczenia, co w konsekwencji może prowadzić do nieprzyjmowania leku zgodnie z zaleceniami [1–3, 8].

Ocenę biodostępności leku dokonuje się po podaniu pojedynczej dawki, co wprawdzie ułatwia ocenę różnic w szybkości i stopniu absorpcji leku, ale nie daje pełnej możliwości oceny jego stężenia po podaniu

wielokrotnym. Podanie jednorazowe nie uwzględnia kumulowania się czynnych metabolitów leku.

Obserwacje kliniczne związane z zamianą preparatów, oceniające skutki i koszty leczenia, przedstawił Wilner [1]. Na podstawie analizy ankiet, na które odpowiedziało 301 neurologów, stwierdził, że w wyniku zamiany leku oryginalnego na lek odtwórczy ogółem 81,4% neurologów obserwowało wzrost liczby napadów (67,8%) lub objawów toksycznych (56%). W razie zamiany jednego leku odtwórczego na inny odtwórczy odsetki te wynosiły odpowiednio 32,5% i 26,6%. Spowodowało to dodatkowe konsultacje, wizyty w gabinecie i pogotowiu oraz hospitalizacje. Wyliczony koszt z tego tytułu wyniósł 675 004\$ – głównie z powodu dodatkowych hospitalizacji [1]. Autor uważa, że wynik ten podważa oczekiwania, że zastępowanie oryginalnych preparatów preparatami generycznymi jest opłacalne.

Bez wątplenia zamiana preparatu oryginalnego na odtwórczy nie może wynikać tylko z porównania różnic w ich cenach, gdyż w odniesieniu do pewnych grup chorych, ze zwiększonym ryzykiem skutków zamiany preparatów, koszty odległe mogą znacznie przewyższać oszczędności poczynione przy zmianie preparatu oryginalnego na odtwórczy.

Zalecenia dotyczące stosowania i zamiany preparatów oryginalnych i preparatów generycznych [1–3, 8]:

1. Biorąc pod uwagę omówione różnice biodostępności preparatów oryginalnych i generycznych, a zatem różnice równoważności terapeutycznej, zamiana jednego preparatu LPP na inny jest przeciwwskazana w następujących podgrupach chorych:
 - a) Chorzy z przewlekłą padaczką, z optymalnie kontrolowanymi napadami, bez objawów niepożądanych, którzy otrzymują maksymalne dawki leku lub leków albo bliskie górnej granicy.
 - b) Chorzy z długotrwałą remisją napadów – zarówno z padaczką przewlekłą jak i nowo zdiagnozowaną – w okresie stosowania niewielkiej dawki LPP lub w okresie jej zmniejszania.
2. U chorych z nowo zdiagnozowaną padaczką można leczenie rozpocząć preparatem oryginalnym lub właściwie dobranym generykiem.
3. Można przyjąć możliwość zamiany preparatu oryginalnego na preparat generyczny, jeśli nie jest zagrożone bezpieczeństwo lub terapeutyczna skuteczność dotychczasowego leczenia (należy unikać zamian leków, gdy nie ma szczególnych powodów ku temu).
4. Lekarz powinien znać informacje o każdym preparacie generycznym dotyczące biodostępności (pole pod krzywą AUC), czasu stężenia maksymalnego i innych cech farmakokinetycznych.

5. Farmaceuci nie powinni zamieniać jednego preparatu na inny bez zgody lekarza.

Istnieją farmakokinetyczne i biofarmaceutyczne podstawy dla przewidywalnego ryzyka zastępowania jednego preparatu drugim – w określonej grupie chorych z przewlekłą padaczką oraz u osób ze zmienioną farmakokinetyką w stosunku do osób dorosłych (noworodki, dzieci, osoby po 65 r.ż., kobiety w ciąży i w okresie przedmiesiączkowym, chorzy niezależnie od wieku – z zaburzeniami absorpcji, metabolizmu i wydalania) [1, 7].

Specjaliści leczący padaczkę podkreślają konieczność utrzymywania stałego, niezmiennego sposobu leczenia, zalecenia tego nie przestrzega wielu lekarzy i farmaceutów. Znalazło to odzwierciedlenie w angielsko-walijskich standardach NICE (National Institute for Clinical Excellence – Narodowego Instytutu Doskonałości Klinicznej), dotyczących stosowania nowych leków przeciwpadaczkowych u dorosłych. W punkcie 4.3.11 stwierdzono, że nie ma ewidentnych danych, aby rekomendować stosowanie leków odtwórczych w leczeniu chorych na padaczkę [3].

W procesie zamiany leku oryginalnego na odtwórczy niezwykle istotną rolę może odgrywać farmaceuta [2–4, 8]. Potwierdzeniem ich roli są badania amerykańskie. Bazę danych stanowiło 6380 recept wystawionych przez amerykańskich lekarzy. W przypadku recept, na których podstawie można było zamienić lek oryginalny na odtwórczy, farmaceuci wykorzystali ten fakt w 83,8% przypadków [2, 3].

W Polsce znowelizowane przepisy nałożyły na aptekarzy obowiązek informowania pacjentów o możliwości nabycia tańszego odpowiednika przepisane leku (art.60 ust. 5 Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia). Farmaceuci nie powinni zamieniać jednego preparatu na inny bez uzgodnienia tego z lekarzem. Lekarz zaś powinien powiadomić chorego o możliwych skutkach zamiany [2, 8].

AAN sprzeciwia się zamianie leków przeciwdrgawkowych w leczeniu padaczki na preparaty odtwórcze bez akceptacji lekarza prowadzącego leczenie [4]. AAN opowiada się za stosowaniem w leczeniu padaczki leków przeciwdrgawkowych nowej generacji. Choć takie leki mogą być droższe, działania niepożądane, jakie powodują, są na ogół mniej liczne i słabsze. Czynniki ekonomiczne nie powinny być jedynym kryterium decydującym o przepisywaniu leków chorym na padaczkę.

Zapewnienie właściwej dostępności leków przeciwdrgawkowych stosowanych w leczeniu padaczki jest jednym ze składników opieki neurologicznej, spełniającej wymogi etyczne i wysokie standardy jakości.

PIŚMIENICTWO

[1] Majkowski J i in. Leki oryginalne i generyczne w leczeniu padaczki – problemy biofarmaceutyczne, farmakokinetyczne, farmakologiczne, kliniczne i ekonomiczne. *Epileptologia* 2004; 12: 365–389.

[2] Berg MJ. What's the problem with generic antiepileptic drugs? *Neurology* 2007; 68: 1245–1246.

[3] Liow K, Barkley GI, Pollard JR, Harden CL, Bazil CW. Stanowisko dotyczące refundacji leków przeciwdrgawkowych stosowanych w leczeniu padaczki. *Neurology* 2007; 3(23): 21–22.

[4] Jędrzejczak J. Jak i kiedy stosować leki odtwórcze u chorych z padaczką? *Neurologia praktyczna* 2006; 1, 28: 9–15.

[5] Zaremba PD, Białek M, Błaszczyk B, Cioczek P, Czuczwar SJ. Non-epilepsy uses of antiepileptic drugs. *Pharmacological Reports* 2006; 58: 1–12.

[6] www.epilepsyfoundation.org/advocacy/care/genedrev.cfm Statement on substitution generic antiepileptic drugs.

[7] Daniel WA, Lasoń W. Problem biorównoważności generycznych i oryginalnych leków przeciwpadaczkowych. *Epileptologia* 2006; 14: 313–319.

[8] Crawford P, Feely M, Guberman A, Kramer G. Are there potential problems with generic substitution of antiepileptic drugs? A review of issues. *Seizure* 2006; 15: 165–176.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Barbara Błaszczyk
Zakład Profilaktyki Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: barbarablaszczyk@op.pl

ETYKA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA W PRACY PIELEŃNIARKI SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ NAD PACJENTEM NEUROCHIRURGICZNYM

THE ETHICS AND OCCUPATIONAL RESPONSIBILITY IN NURSE'S JOB TAKING CARE OF
NEUROSURGERY PATIENTS

Ewa Jachymczyk^{1,2}, Jacek Gołębiowski^{1,3}, Jacek Stypuła^{1,2}

¹ Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

² Oddział Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Ordynator Oddziału: dr n. med. Jacek Gołębiowski

³ Zakład Fizjologii i Patofizjologii, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Marek Kochmański

STRESZCZENIE

W warunkach niezwykle szybkiego postępu, wiedzy i techniki medycznej, pielęgniarstwo XXI wieku tworzy swój nowy wizerunek. Zmianie ulega zakres działań pielęgniarki i otwierają się nowe dziedziny wiedzy pielęgniarstwa. W dobie wielkiego postępu i przemian społeczno-politycznych zachwianiu ulega świat wartości. Odzwierciedleniem tego jest coraz większy dystans dzielący ludzi od siebie i chłód emanujący w kontaktach interpersonalnych. Znamienny dla współczesnego społeczeństwa polskiego kryzys wartości nie powinien dotyczyć pielęgniarek, zwłaszcza sprawujących opiekę nad pacjentem neurochirurgicznym. W oddziałach neurochirurgicznych hospitalizowani są pacjenci, często nieprzytomni, z zaburzoną świadomością, afazją, niedowładami i wymagający całkowitej, kompleksowej opieki pielęgniarstwa na najwyższym, profesjonalnym poziomie. Pielęgniarstwo jest nauką, której źródłem i esencją jest troska o człowieka. Wymaga ona specyficznego kontaktu z drugą osobą. Pielęgniarka traktuje pacjenta jako człowieka, nie jako przedmiot i komunikuje mu, że troskliwość stanowi istotę postępowania opiekuńczego. Ta bliskość w troskliwości zobowiązuje pielęgniarkę do chronienia ludzkiej godności i człowieczeństwa. Umiejętność ta przybliża człowiekowi człowieka nie tylko w aspekcie psychologicznym, ale również etycznym. Celem niniejszej publikacji jest zwrócenie uwagi środowisk pielęgniarstwa na współczesne wyzwania stojące przed pielęgniarką i wskazanie na etykę i odpowiedzialność zawodową, która jest elementem nieodzownym w pracy pielęgniarki i decydującym o powodzeniu leczenia.

Słowa kluczowe: pacjent neurochirurgiczny, kompleksowa opieka, troska o człowieka, etyka, odpowiedzialność zawodowa.

SUMMARY

In the very fast progress conditions, knowledge and medical technology, nursing of the 21 st century creates its new image. The scope of nurse's activities still evaluates and there are formed new areas of nursing knowledge. In the period of great progress, social and political transformations, the world of values is shaken. This process has its reflection in increasing distance between people and coldness in interpersonal contacts. This crisis, characteristic of the Polish general public should not apply to professional nurses, especially taking care of neurosurgery patients. Neurosurgery units of hospitals accommodate patients who are often unconscious, with disturbed awareness, afasis, paresis. These patients require the whole, complex care of highest, professional standards. Nursing is the science, which source is concerning for human being. This process requires the specific relationship with the other person. The nurse treats patient as the human being, and not as the object (thing), indicates attention in caring behaviour. The intimacy in caring obliges nurse to protect human dignity and humanity. This skill brings together people not only in psychological, but also in ethical aspect. The purpose of this paper is to pay attention of nursing society to contemporary challenges and to point at ethics and occupational responsibility, indispensable and decisive in nurse's job, crucial to success in therapeutic process.

Key words: neurosurgery patient, complex care, ethics, concerning for human being, occupational responsibility.

„Jest tylko jedna droga do drugiego człowieka – droga serca.
Wszystkie inne drogi to bezdroża”.
Phill Basmans

Pielęgniarstwo jest sztuką, nauką, a przede wszystkim służbą. Jednym z najważniejszych wyrazów ludzkiego humanizmu [1]. Wymaga opanowania określonej wiedzy i odpowiednich umiejętności. Głównym celem i zadaniem zawodu pielęgniarskiego było i zawsze pozostanie niesienie pomocy i opieki ludziom potrzebującym [2].

Chory jest człowiekiem bezsilnym, słabym, nagim, przykutym do łóżka. Cóż może on zrobić w tym więzieniu bez krat, którego symbolami są uzależnienie i bezsilność? Jego nagość, jego milczenie, są oczywistym wyrazem, bezsilności. Dlatego też pielęgnacja powinna być działaniem bez granic obejmującym człowieka jako całość, jego pragnienia i ogół cierpień. Człowiek jest bowiem wartością absolutną i niezastąpioną [3].

Pielęgnowanie chorego to nie tylko respektowanie etyki, moralności i wartości, ale także udzielanie swojej siły, inteligencji, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, poszanowanie intymności i przestrzeganie praw do umierania w spokoju i godności [2]. Realizacja tych założeń zależy w dużym stopniu od poziomu etycznego pielęgniarek, od ich wrażliwości na potrzeby innych ludzi, zyczliwości, zrozumienia i cierpliwości.

Celem pracy jest zwrócenie uwagi środowisk pielęgniarskich na współczesne wyzwania stawiane przed pielęgniarką oraz wskazanie na etykę i odpowiedzialność zawodową, które są nieodzowne w pracy pielęgniarki i decydują o powodzeniu leczenia.

W warunkach niezwykle szybkiego postępu, wiedzy i techniki medycznej pielęgniarstwo XXI wieku tworzy swój nowy wizerunek. W ostatnich latach zaszło wiele korzystnych zmian wpływających na podniesienie fachowości pielęgniarek. Dzięki wieloletnim wysiłkom naszego środowiska zawodowego doprowadzono do tego, że w placówkach pracują tylko pielęgniarki wykwalifikowane i w pełni przygotowane do zawodu. Zmienił się system kształcenia pielęgniarek, zmianie uległ też zakres działań pielęgniarki i otworzyły się nowe dziedziny wiedzy pielęgniarskiej. Wzrosła świadomość naszych koleżanek, które teraz lepiej dostrzegają problemy zawodowe [4].

W pielęgniarstwie obserwujemy zmianę tradycyjnych zawodowych norm i praktyk w zróżnicowane sposoby holistycznej i humanistycznej opieki zdrowotnej. Pielęgniarstwo XXI wieku odchodzi od rutynowo wykonywanych zleceń i poprzez proces pielęgnowania dochodzimy do zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej [2].

Czy równocześnie z podwyższeniem kwalifikacji wzrasta poprawa opieki nad chorymi? Czy aspiracje

pielęgniarek dotyczą tylko osiągnięcia lepszej pozycji w zawodzie, czy także poprawy jakości pracy? Jak wygląda przestrzeganie potrzeby intymności przy wykonywaniu zabiegów i jak sprawowana jest opieka nad umierającym [5]?

Obserwując współczesny świat i społeczeństwo, możemy stwierdzić, że w dobie wielkiego postępu i przemian społeczno-politycznych zachwianiu ulega świat wartości. W aktualnych warunkach transformacji ustrojowej często gubi się prawdziwy sens i istotę bliskości drugiego człowieka, kładąc nacisk na wymierne koszty, ekonomizację życia, zysk lub stratę [5].

Nie bez znaczenia dla wzajemnych kontaktów jest fakt, że koniec XX wieku charakteryzuje się przewagą cywilizacji śmierci nad cywilizacją miłości, buntem, agresją, przemocą i brakiem zrozumienia. Odzwierciedleniem tego jest coraz większy dystans dzielący ludzi od siebie i chłód emanujący w kontaktach interpersonalnych. W takiej rzeczywistości ważne jest przybliżenie człowieka człowiekowi w duchu przyjaźni i wzajemnego szacunku – tak bardzo potrzebnego między pielęgniarką a pacjentem [5].

Kryzys wartości, jaki obserwujemy w polskim społeczeństwie, nie powinien dotyczyć pielęgniarek, zwłaszcza sprawujących opiekę nad pacjentem w ciężkim stanie zdrowia, w stanie zagrożenia życia i chorym nieprzytomnym.

W polskich szpitalach znajdują się oddziały, w których duży procent hospitalizowanych tam pacjentów wymaga kompleksowej opieki pielęgniarskiej. Do takich oddziałów zalicza się oddział neurochirurgii. Praca pielęgniarki w oddziale neurochirurgicznym znacząco różni się od pracy pielęgniarek w innych oddziałach. Różnica ta wynika przede wszystkim ze specyfiki postępowania z chorym, u którego doszło do uszkodzenia układu nerwowego i wiążących się z tym zaburzeń czynności, jak np. jakościowych i ilościowych zaburzeń świadomości, zaburzeń przytomności, motoryki i koordynacji ruchowej czy funkcji zwieraczy. Często ulegają dysfunkcji podstawowe czynności życiowe: oddech, praca serca, ciśnienie krwi, temperatura. Zaburzeniu może ulec też połykanie, czucie, mowa, funkcje poznawcze i pamięć. Pacjenci ci wymagają całkowitej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej na najwyższym, profesjonalnym poziomie i niezależnie od tego, jak dobrze przeprowadzono zabieg operacyjny, ostateczny wynik leczenia w znacznej mierze zależy będzie od opieki pielęgniarskiej.

W oddziale neurochirurgicznym pielęgniarki zazwyczaj sprawują opiekę nad pacjentem nieprzytomnym, przejmując tym samym na siebie wszystko, co jest potrzebne, aby chory był bezpieczny. Przy wykonywaniu tego rodzaju opieki pielęgniarki nie mogą towarzyszyć negatywne napięcia, jej praca nie może być wykonywana pośpiesznie, pod wpływem bodźców zewnętrznych, nie może przerodzić się w automatyzm,

a przez to zostać pozbawiona akcentów humanizmu. Zasady etyczne w pracy pielęgniarki są więc bardzo ważne, od nich w największej mierze zależy jak pacjent będzie pielęgnowany. Pielęgniarstwo zajmuje się najcenniejszym dobrem człowieka – zdrowiem. Dlatego do jego wykonywania nie wystarczy przygotowanie zawodowe, polegające na zdobyciu wiadomości i umiejętności, ale potrzebne jest wyrobienie zasad moralnych i silnej woli, by wcielić w życie te zasady. Za niedbale wykonany zabieg czy niepodanie w porę lekarstw nie idzie się do więzienia, nie płaci kar, ale na przebieg choroby może ujemnie wpłynąć najdrobniejszy szczegół, dlatego pielęgniarki sprawujące opieką nad chorym nieprzytomnym powinny mieć tego świadomość i w swojej pracy powinny kierować się zasadami etycznymi, a nie zimno ustalonymi regułami [6].

Praca z pacjentem neurochirurgicznym jest pracą trudną, obciążającą psychicznie. Procedury postępowania, rutynowo stosowane w innych oddziałach, tutaj podlegają wnikliwszej analizie i wymagają głębszego zastanowienia nad skutkami ich wdrożenia w praktyce. Stąd też tak bardzo ważna w pracy pielęgniarki jest znajomość zasad etyki zawodowej oraz nieustanna praca nad własnym rozwojem moralnym [7].

W oddziale neurochirurgicznym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, nieprzytomni, często dochodzi u nich do nagłego zatrzymania krążenia. Stawia to pielęgniarki w sytuacjach, których właściwe rozwiązanie z etycznego punktu widzenia nastęrcza wiele problemów. Jedną z najtrudniejszych decyzji, wspólnych dla lekarza i pielęgniarki, jest postanowienie o zaprzestaniu działań reanimacyjnych w przypadku braku ich skuteczności. Choć ostatnie słowo w tej sprawie należy do lekarza, jest to najtrudniejszy dylemat etyczny całego zespołu terapeutycznego. Akcje reanimacyjne prowadzone są czasem wiele godzin, w nadziei na pozytywny wynik. Podjęcie decyzji o zaprzestaniu tych działań jest zawsze bardzo trudną decyzją natury moralnej, zarówno dla lekarza, jak i opiekującej się pacjentem pielęgniarki. Taka sytuacja zawsze rodzi dylematy:

- czy dalsze stosowanie brutalnych zabiegów reanimacyjnych ma sens, czy też utrudnia pacjentowi spokojne umieranie?
- czy zaprzestanie działań reanimacyjnych nie odbierze ostatniej szansy pacjentowi, którą mógłby dać kolejny masaż serca, kolejna dawka leków reanimacyjnych, czy kolejna defibrylacja?
- gdzie leży granica między wskazaniem do dalszej reanimacji a wskazaniem do jej zaprzestania?
- czy nawet wielogodzinna, nieskuteczna akcja reanimacyjna jest dowodem na to, że kolejny masaż serca nie przywróci czynnej akcji serca?
- czy w sytuacjach u pacjentów nieprzytomnych, u których doszło do zatrzymania akcji serca,

a kilkugodzinna reanimacja jest nieskuteczna, odstępując od niej będzie miała miejsce eutanazja bierna, niedobrowolna, oznaczająca zaniechanie dalszego leczenia, bez wyrażenia takiej woli ze strony pacjenta?

W rozwiązywaniu tych dylematów najważniejszą i ostateczną normą moralności dla pielęgniarek jest ratowanie życia [8].

Szczególną opieką otaczamy chorych nieprzytomnych i pacjentów w ostrym stanie zagrożenia życia. Przy tym stwierdzeniu nasuwają się często pytania i wątpliwości:

- czy chory umierający ma zawsze zapewnioną troskliwą opiekę do ostatnich chwil życia?
- czy wraz z częstym kontaktem pielęgniarek ze śmiercią wzrasta rutynowe traktowanie i niedostrzeżenie problemów chorych umierających?
- czy każda śmierć człowieka stanowi dla pielęgniarki porażkę zawodową?
- czy metodą obrony przed przeżywaniem ludzkich nieszczęść jest instrumentalne i rutynowe traktowanie chorych?

Szukając odpowiedzi na powyższe pytania, możemy odwołać się do jednej z zasad etycznego postępowania pielęgniarki, zasady dobroczynności i niekrzywdzenia. W myśl tej zasady czynienie dobra nie polega tylko na sprawnej technicznie opiece, jej przejawem moralnym jest troska o pacjenta, co oznacza wyjście poza zakres rutynowego działania, uwzględnia całościowe spojrzenie na człowieka we wszystkich jego wymiarach [9].

Zasady etyczne z uwzględnieniem praw moralnych stanowią niezbędne minimum do wykonywania zawodu pielęgniarki, a przyjmowanie odpowiedzialności za człowieka chorego jest jej podstawową powinnością. Ponośi ona odpowiedzialność nie tylko wobec prawa, ale przede wszystkim wobec własnego sumienia [9]. Ma to miejsce szczególnie w przypadku sprawowania opieki nad pacjentem w stanie zagrożenia życia i chorym nieprzytomnym. Postępowanie zgodne z własnym sumieniem jest warunkiem uwrażliwienia na ludzkie cierpienie i walkę z obojętnością, która jest największym wrogiem moralnym.

Działania opiekuńcze, a zwłaszcza pozawerbalny kontakt z pacjentem, są niewymierne, a przez to trudne do ocenienia. Żyjemy w okresie transformacji, gdzie ideały demokracji podporządkowane są zasadom ekonomicznym. Istnieje zagrożenie pomniejszenia ich roli w relacjach osobowych, tworząc kulturę odhumanizowaną [5]. Stajemy więc wobec konieczności wychowania moralnego nowych pokoleń pielęgniarek, które nie posiadają doświadczenia w pracy z osobami chorymi i których wiedza, wartości i potrzeby są bardzo różne [7]. Istotnego znaczenia nabiera znajomość teorii etycznych, a przede wszystkim samego kodeksu etyki

zawodowej, stanowiącego swoisty przewodnik postępowania etycznego. Wychowanie moralne pielęgniarek powinno koncentrować się wokół wartości godności osoby ludzkiej [7]. Bardzo ważne jest też inspirowanie pielęgniarek do świadczenia usług najwyższej jakości. Społeczeństwo bowiem wymaga profesjonalizmu od osób, którym powierza własne zdrowie [10].

Każda pielęgniarka musi kierować się ideą humanizmu, powinna cechować ją umiejętność współodczuwania, która przybliży człowieka człowiekowi nie tylko w aspekcie psychologicznym, ale również etycznym. Współodczuwanie warunkuje żywą identyfikację z chorym cierpiącym, warunkując w znaczeniu psychologicznym zasady etycznego postępowania [5].

Pielęgniarki każdego dnia w pracy z pacjentem natrafiają na wiele zróżnicowanych trudności natury moralnej, często w swojej praktycznej działalności stają wobec dylematów etycznych: czy postąpiłam słusznie, może powinnam zachować się inaczej? Wszystkie te dylematy mogą być bezpiecznie rozwiązane tylko wtedy, gdy pielęgniarka zobaczy w swym podopiecznym wolną i niepowtarzalną osobę.

Pielęgniarstwo jest zawodem, któremu przyświeca troska o człowieka; wymaga specyficznego kontaktu z drugą osobą [5]. Pielęgniarka, traktując pacjenta jako człowieka, nie jako przedmiot, komunikuje mu, że jej troskliwość stanowi istotę postępowania opiekuńczego i ta bliskość w troskliwości zobowiązuje pielęgniarkę do chronienia ludzkiej godności i człowieczeństwa.

Wobec dokonujących się zmian systemowych pielęgniarkom potrzebne jest silne oparcie moralne. Nie możemy pozwolić, aby w środowisku pielęgniarskim doszło do rozbicia struktury etyki i odpowiedzialności zawodowej. Potrzebą codzienności w pracy pielęgniarek jest sięganie do takich wartości, jak: miłość, uczciwość, wierność, dobro, prawda, sprawiedliwość. Wierność tym zasadom jest drogowskazem do sukcesu korzystnych zmian dokonujących się w zawodzie pielęgniarki [5].

Stosując wiedzę etyczną do opieki nad pacjentem, mamy wpływ na efektywność swojej pracy, a przede wszystkim możemy funkcjonować jako osoby odpowiedzialne moralnie. Wierzę mocno, że pomimo trudności i wielu wątpliwości nurtujących nas wszystkich, zbyt długo trwających zmian w służbie zdrowia, polskie pielęgniarstwo będzie przepełnione humaniz-

mem, co pozwoli uzyskać jak najwyższą jakość usług pielęgniarskich i podniesie rangę holistycznej opieki pielęgniarskiej w Polsce [1, 10].

Pielęgniarstwo ze swej natury jest nieskończone i będzie trwało, dopóki będzie istniało życie na ziemi. Wnosi ono również wyjątkowy wkład do polepszenia zdrowia społeczeństwa. Prekursorka i twórczyni zawodowego pielęgniarstwa Florencia Nightingale powiedziała, że pielęgnowanie jest najpiękniejszą ze sztuk pięknych i wymaga wielkiego oddania. Pielęgniarka, która funkcjonuje jako osoba odpowiedzialna moralnie, musi: „mieć oczy, które widzą, uszy, które słyszą i serce, które rozumie” [10].

PIŚMIENICTWO

- [1] Wyrzykowska M. Humanizm w pracy pielęgniarek. Materiały pokonferencyjne, Busko 1998; 8–11.
- [2] Dobrowolska B. Humanizacja w zawodzie pielęgniarek a etyka. Materiały pokonferencyjne, Busko 1998; 4–7.
- [3] Zaworska A. Etyka zawodu pielęgniarskiego. Biuletyn ŚIPiP, Kielce 2002; 1: 5–7.
- [4] Charońska E, Janus B, Salczyńska K. Podstawowe założenia transkulturowego modelu pielęgnowania, jako wkład w humanizm pielęgniarstwa. Materiały pokonferencyjne, Busko 1998; 16–20.
- [5] Florek K. Przybliżyć człowieka człowiekowi. Materiały pokonferencyjne, Busko 1998; 39–42.
- [6] Putko A. Czynniki wpływające na wybór moralny w związku z opieką pielęgniarską. W: Pacjent – pielęgniarka. Red. I Rżewska, Warszawa 1987; 82–95.
- [7] Dobrowolska B, Parkita J. Wychowanie moralne pielęgniarek a walka z cierpieniem. Pielęgniarka i położna 2001; 7: 6–7.
- [8] Wrońska I, Jończyk A. Śmierć, umieranie i podtrzymywanie ludzkiego życia. Pielęgniarka i położna 1994; 11/12: 8–11.
- [9] Wrońska I, Marjański J. Etyka w pracy pielęgniarskiej, Lublin 2002; 181–184.
- [10] Magdziarz H. Spojrzenie na opiekę pielęgniarską z perspektywy minionych lat. Biuletyn ŚIPiP, Kielce 2005; 2: 25–27.

Adres do korespondencji:

mgr Ewa Jachymczyk
 Oddział Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach
 25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
 e-mail: studiamedyczne@pu.kielce.pl

PRZYCZYNY ZACHOROWANIA NA OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI A ZAKRES INTERWENCJI PSYCHOEDUKACYJNEJ DLA REKONWALESCENTÓW

THE CAUSES OF ACUTE PANCREATITIS AND THE RANGE OF PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION
FOR CONVALESCENTS

Izabela Chmiel¹, Antoni Czupryna², Tomasz Brzostek¹, Maciej Górkiewicz³

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik: doc. dr hab. med. Tomasz Brzostek

² I Katedra Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik: prof. dr hab. med. Jan Kulig

³ Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Pająk

STRESZCZENIE

Cel pracy: Celem badań było określenie potrzeb psychoedukacji (PEI) u pacjentów powracających do zdrowia po przebytych ostrym zapaleniu trzustki (OZT) na podstawie wyników pomiaru poszczególnych aspektów jakości życia. Potwierdzenie hipotezy, że pożądany zakres psychoedukacji jest powiązany z przyczyną zachorowania na OZT.

Material i metody: Grupę 142 rekonwalescentów po OZT hospitalizowanych w wybranej klinice w latach 2000–2006 podzielono na trzy podgrupy według przyczyny OZT: choroby pęcherzyka żółciowego (61 osób), nadużywanie alkoholu (40 osób), nieprawidłowa dieta (41 osób). Dane uzyskano z analizy zapisów klinicznych oraz metodą sondażu pocztowego. Do obliczeń zastosowano: arkusz Excel, pakiet Statistica-7, kalkulator bootstrap.

Wyniki: Wskazano składowe jakości życia oceniane jako najbardziej uszkodzone u 20% osób w poszczególnych grupach: HP – ogólne poczucie zdrowia, CIH – poczucie zmiany zdrowia, EV – energia, vitalność, MH – samopoczucie psychiczne, BP – ból. Stwierdzono znaczną jednorodność badanych grup chorych pod względem gradacji potrzeb interwencji.

Omówienie: Wskazane potrzeby pacjentów powinny być zgodne z obszarem skuteczności psychoedukacyjnej interwencji według licznych doniesień naukowych.

Wnioski: Potwierdzono potrzebę stosowania psychoedukacji w grupie pacjentów po przebytych ostrym zapaleniu trzustki (OZT), jak również potrzebę kontynuowania badań nad wyborem najbardziej skutecznych form interwencji.

Słowa kluczowe: jakość życia, SF-36, promocja zdrowia, rehabilitacja, ostre zapalenie trzustki.

SUMMARY

Purpose: The aim of the study was to assess the need of psychoeducational intervention (PEI) of patients recovering from acute pancreatitis, it was based on the results of measurements of the particular domains of health-related quality of life. The final aim was to verify the relation between a specific cause of acute pancreatitis and a required range of psychological education.

Material & methods: The group of 142 convalescents recovering from acute pancreatitis and hospitalised in a selected clinic between year 2000 and 2006 was divided into three sub-groups according to the cause of the disease: gall bladder disease (61 people), excessive drinking (40 people) and unhealthy diet (41 people). The data was collected by analysing clinical case records and by the mail questionnaire. The calculations were done with the application of the Excel spreadsheet, Statistica-7 suite and the bootstrap calculator.

Results: The following aspects of life quality were identified as the most harmed among 20% of people in particular groups: HP – health perception, CIH – change in health, EV – energy and vitality, MH – mental health, BP – bodily pain. A significant uniformity within particular groups was observed as far as the needs gradation was concerned.

Discussion: According to numerous researches, the needs pointed out by the patients should coincide with the areas of efficient psychoeducational intervention.

Conclusions: The need of psychoeducational intervention (PEI) for patients recovering from acute pancreatitis was confirmed. Further research should be aimed at selecting the most efficient forms of the intervention.

Key words: quality of life, SF-36, health promotion, rehabilitation, acute pancreatitis.

WPROWADZENIE

Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest ważnym problemem nie tylko w ujęciu klinicznym, ale również społeczno-ekonomicznym. Zachorowalność na OZT w Polsce w latach 2001–2005 waha się od 20 do 70 przypadków na 100 tysięcy na rok [1]. Schorzenie to dotyczy także ludzi młodych, aktywnych zawodowo, zarówno uprzednio zdrowych, jak i z chorobami towarzyszącymi, takimi jak choroby pęcherzyka i dróg żółciowych czy przewlekły alkoholizm. Śmiertelność z powodu ciężkich postaci OZT wynosi 20–30% [2]. Niemniej jednak rekonwalescenci, po przebyciu choroby, mają duże szanse już po 1–2 latach powrócić do pełnienia ról społecznych i zawodowych pod warunkiem przejścia odpowiedniej rehabilitacji oraz prowadzenia zdrowego stylu życia [3, 4].

Motywacją do podjęcia prezentowanych badań było założenie, że odpowiednią formą terapii wydaje się interwencja psychoedukacyjna (PEI), jednak w literaturze [5, 6] brakuje konkretnych zaleceń co do pożądanych kierunków psychoedukacji dla pacjentów po przebyciu ostrego zapalenia trzustki (OZT). W analizie wykorzystano bazę danych opracowaną w trakcie realizacji tematu badawczego „Ocena jakości życia pacjentów po przebyciu ostrego zapalenia trzustki”.

PEI jest stosowane we wszystkich stanach zdrowia [5]. W odniesieniu do ludzi chorych ma motywować do podjęcia i praktykowania określonych działań zdrowotnych, a także dodać sił psychicznych do radzenia sobie z chorobą [7]. Osoba poddana terapii nie jest przygotowywana do egzaminu z nabytej wiedzy, a do radzenia sobie w sytuacjach związanych ze stanem zdrowia [8]. Szczególnie ważna jest umiejętność rozróżniania sytuacji, w których na pewno można sobie poradzić samemu, od sytuacji, w których być może niezbędna jest porada i/lub pomoc określonego specjalisty [6]. Istotą składnika psychologicznego PEI jest motywowanie, a nie leczenie. Chan [5] stwierdza, że należy to powierzyć raczej pielęgniarce niż psychiatrze.

Skuteczność PEI w odniesieniu do ludzi zdrowych i rekonwalescentów oceniana jest raczej w kategoriach jakości życia, niż w odniesieniu do określonych wskaźników klinicznych [5, 6]. W prezentowanych badaniach do pomiaru jakości życia zastosowano kwestionariusz SF-36, powszechnie stosowany w wielu krajach [9]. Kwestionariusz SF-36 jest objęty prawami autorskimi, na wykorzystanie autoryzowanej polskiej wersji językowej uzyskano zgodę Quality Metric Incorporated. Kwestionariusz zawiera 36 pytań, pomiar polega na wyborze dokładnie jednej odpowiedzi spośród kilku propozycji. Ze względu na praktyczne znaczenie problemu dane zgromadzone za pomocą kwestionariusza SF-36 poddano wnikliwej walidacji

przy użyciu pakietu Statistica-7 [10] według zaleceń O'Connor [1].

MATERIAŁ I METODY

Próbę badawczą (422 osoby) stanowili wszyscy pacjenci hospitalizowani z powodu ostrego zapalenia trzustki od 2000 do 2006 roku w I Katedrze Chirurgii Ogólnej i Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Z grupy 422 badanych wykluczono 156 osób według czterech kryteriów wykluczających: 1) nieukończony 18. lub ukończony 70. rok życia; 2) zgon pacjenta; 3) brak pełnej historii choroby (pełna historia choroby zarejestrowana jest w innej placówce ochrony zdrowia); 4) OZT nie było chorobą podstawową, ale towarzyszącą innym schorzeniom.

Z 266 pacjentów zakwalifikowanych do badań w badaniu wzięły udział 142 osoby (53,4%), natomiast 124 osoby nie uczestniczyły w badaniu, w tym 122 (88,4% odmów) z powodu braku zgody respondentów lub zmiany czy braku adresu ankietowanych.

Badaną grupę 142 osób podzielono na trzy podgrupy według przyczyny OZT: grupa pierwsza – choroby pęcherzyka żółciowego (61 osób), grupa druga – nadużywanie alkoholu (41 osób), grupa trzecia – nieodpowiednia dieta (40 osób).

Dane pozyskane z dokumentacji klinicznej uzupełniono metodą sondażu pocztowego za pomocą własnej ankiety oraz standardowego kwestionariusza do badania jakości życia SF-36 w polskiej wersji językowej. Wyniki pomiaru SF-36 obliczono i unormowano do zakresu 0–100% jakości życia według zaleceń autorskich do kwestionariusza SF-36 [9].

Walidację wyników pomiaru, tj. potwierdzenie ich wartości i przydatności do dalszej analizy, wykonano z uwzględnieniem podziału badanych osób na trzy grupy według przyczyny choroby w następujących zakresach: ocena normalności rozkładów odpowiedzi i sumarycznych ocen (wizualna ocena histogramów, ocena skośności i kurtozy rozkładów); badanie korelacji obszar–obszar oraz obszar–sumaryczne odpowiedzi; ocena wskaźnika rzetelności wewnętrznej alfa Cronbacha; występowanie pojedynczych braków odpowiedzi; poprawność relacji ocen w parach powiązanych obszarów (takich, jak: obszar 3.4 wchodzenie po schodach na kilka pięter lub 3.5 wchodzenie po schodach na jedno piętro).

Analiza merytoryczna, z uwzględnieniem podziału badanych osób na trzy grupy według przyczyny choroby, oprócz statystyki opisowej obejmowała: przedziały ufności 95% CI dla średnich ocen poszczególnych

wymiarów skali SF-36 oraz modelowanie stochastyczne (bootstrap) w celu zbadania rang poszczególnych składowych jakości życia według kwestionariusza SF-36.

Obliczenia wykonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Excel, pakietu statystycznego Statistica-7, kalkulatora bootstrap [12].

WYNIKI

Składowe jakości życia mierzone za pomocą kwestionariusza SF-36 uszeregowano według średnich wartości, począwszy od najmniejszej do największej: ogólna percepcja zdrowia HP = 0,43; 95% CI od 0,40 do 0,46; zmiany zdrowia CIH = 0,49; 95% CI od 0,46 do 0,53; witalność, czyli energia życiowa i zmęczenie EV = 0,53; 95% CI od 0,50 do 0,55; psychiczne samopoczucie MH = 0,56; 95% CI od 0,52 do 0,60; ograniczenie roli społecznej z powodu fizycznych problemów RP = 0,59; 95% CI od 0,54 do 0,64; funkcjonowanie społeczne SF = 0,60; 95% CI od 0,56 do 0,64; ból BP = 0,61; 95% CI od 0,57 do 0,65; ograniczenie roli społecznej z powodów emocjonalnych RE = 0,62; 95% CI od 0,57 do 0,67; funkcjonowanie fizyczne, czyli ograniczenie sprawności fizycznej wywołane chorobami PF = 0,68; 95% CI od 0,61 do 0,65.

Jak łatwo można zauważyć, przedziały ufności składowych sąsiadujących ze sobą w powyższym uporządkowaniu wyraźnie zachodzą na siebie; średnie sąsiadujących składowych nie różnią się istotnie. Natomiast przedziały ufności składowych skrajnych, HP: 95% CI od 0,40 do 0,46 oraz PF: 95% CI od 0,61 do 0,65, są znacznie oddalone od siebie, zatem średnie HP i PF różnią się istotnie. Jednak, planując ukierunkowanie terapii nie można poprzestać na porównywaniu średnich wartości w badanej populacji. Leczeniu poddaje się indywidualnego, konkretnego człowieka, a nie abstrakcyjnego średniego reprezentanta. Dlatego za pomocą modelowania losowego (bootstrap) oddzielnie dla każdej z trzech badanych podgrup pacjentów wygenerowano po $K = 1000$ losowych indywidualnych profili jakości życia. Dla każdej składowej jakości życia wyznaczono jej rangę w poszczególnych indywidualnych profilach i obliczono histogramy rang oddzielnie w badanych podgrupach pacjentów.

Uznano, że przy planowaniu terapii grupowej szczególny nacisk należy położyć na te składowe jakości życia, które co najmniej dla 20% pacjentów w danej grupie mają najniższe wartości 1 do 4. Trzy składowe jakości życia, ogólna percepcja zdrowia HP, zmiany zdrowia CIH oraz witalność, czyli energia życiowa EV, spełniają powyższy warunek we wszystkich trzech podgrupach: $P(HP) = 99,3 \div 100,0\%$ pacjentów;

$P(CIH) = 78,9 \div 97,4\%$ pacjentów; $P(EV) = 45,2\% \div 98,7\%$ pacjentów. Kolejne trzy składowe spełniają ten warunek tylko w dwóch podgrupach: psychiczne samopoczucie $P(MH) = 67,8\% \div 75,1\%$ nie jest ważne dla pacjentów z chorobą pęcherzyka ($P = 7,5\%$); ból $P(BP) = 20,3\% \div 57,7\%$ jest ważny dla pacjentów z nieprawidłowym odżywianiem ($P = 0,0\%$); ograniczenie roli społecznej z powodu dolegliwości fizycznych $P(RP) = 17,9 \div 46,3\%$ nie jest ważne dla pacjentów nadużywających alkoholu ($P = 3,8\%$). Pozostałe trzy składowe są odczuwane jako ważne przez pacjentów tylko jednej grupy: funkcjonowanie społeczne; $P(SF) = 36,9$ przez pacjentów nadużywających alkoholu; ograniczenie roli społecznej z powodu emocjonalnych $P(RE) = 34,7\%$ dla pacjentów grupy nieprawidłowo odżywiającej się, funkcjonowanie fizyczne, czyli ograniczenie sprawności fizycznej $P(PF) = 27,9\%$ u pacjentów z chorobami pęcherzyka żółciowego.

OMÓWIENIE

Ze względu na praktyczne implikacje prowadzonych badań w omówieniu przedstawia się rezultaty walidacji danych pozyskanych za pomocą kwestionariusza SF-36. Następnie dyskutuje się ograniczenia przeprowadzonych badań. Na koniec, w odniesieniu do pożądanego kierunku dalszych prac, przywołuje się wybrane publikacje na temat motywowania do udziału w programach zdrowotnych i form prowadzenia interwencji psychoedukacyjnej.

Wyniki walidacji są bardzo pozytywne. Zgromadzone dane nie zawierają błędów formalnych. W łącznej liczbie możliwych odpowiedzi $L = 142 \cdot 36 = 5112$ wykryto 10 braków odpowiedzi (0,2% z 5112), po dwa braki w dwóch obszarach po jednym braku w sześciu obszarach. Brak pojedynczej odpowiedzi wykryto u 10 osób (7,0% z $N = 142$ osoby), w tym w grupie z chorobą pęcherzyka u 2 osób (3,3% z $N = 61$ osób) oraz u 8 osób z grupy nadużywających alkoholu (20% z $N = 40$).

Skośności rozkładów odpowiedzi w poszczególnych obszarach SF-36 dla całej grupy wynoszą od $-1,50$ do $+0,91$; kurtozy rozkładów od $-1,36$ do $1,89$. Zbliżone rezultaty uzyskano dla poszczególnych podgrup z jednym wyjątkiem: kurtoza dla obszaru 3.8 w grupie badanych nadużywających alkoholu wynosi 5.36, co odpowiada rozkładowi o krzywej rozkładu znacznie bardziej spiczastej od krzywej Gaussa. Analogiczne obliczenia dla 9 sumarycznych wymiarów jakości życia według SF-36 wykazały skośności rozkładów od $-0,59$ do $+0,24$ oraz kurtozy od $-1,12$ do $+0,43$.

Stwierdzono występowanie tylko dodatnich korelacji od $+0,49$ do $+0,86$ pomiędzy poszczególnymi 9 wymiarami jakości życia (po standaryzacji do za-

kresu 0–100%) a sumaryczną średnią oceną poziomu jakości życia. Ponadto, każdy z 9 wymiarów silniej jest skorelowany z sumaryczną oceną niż z pozostałymi 8 obszarami. W parach 35 obszarów występuje wyłącznie dodatnia korelacja, wyjątek stanowi obszar 9.1: czuleś się bezsilny, który wykazuje 19 ujemnych współczynników korelacji (od –0,20 do 0,0) z pozostałymi 35 obszarami. Wartości współczynnika rzetelności wewnętrznej alfa Cronbacha spełniają warunek $\alpha > 0,7$: dla 36 obszarów kwestionariusza SF-36 dla całej badanej grupy $\alpha = 0,95$; dla poszczególnych podgrup odpowiednio grup: 0,94; 0,93; 0,96. Wartości alfa Cronbacha dla 9 wymiarów jakości życia według kwestionariusza SF-36 wynoszą: dla całej badanej grupy $\alpha = 0,93$; dla poszczególnych podgrup odpowiednio grup: 0,92; 0,90; 0,95.

Dla następujących 4 par obszarów SF-36 ocena trudności drugiego obszaru nie powinna być większa od oceny trudności pierwszego obszaru: obszary 3.1 i 3.2 (3.1 energiczna aktywność fizyczna, np.: bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów, męczące zajęcia sportowe; 3.2 umiarkowana aktywność, np.: przesuwanie stołu, odkurzanie, gry ruchowe); obszary 3.4 i 3.5 (3.4 wchodzenie po schodach na kilka pięter; 3.5 wchodzenie po schodach na jedno piętro); obszary 3.7 i 3.8 (3.7 przejście ponad 1 km; 3.8 przejście ok. 500 m); obszary 3.8 i 3.9 (3.8 przejście ok. 500 m; 3.9 przejście ok. 100 m). We wszystkich powyższych parach wystąpiło 8 niewłaściwych relacji, co stanowi zaledwie 1,4% z ogólnej liczby $L = 4 \cdot 142 = 568$ relacji w 4 parach obszarów.

Przeprowadzone badania mają kilka ważkich ograniczeń. Po pierwsze, są to badania obserwacyjne, bez losowej grupy kontrolnej i/lub losowego przydzielania badanych do grup terapeutycznych. Przy tym badana grupa obejmuje pacjentów tylko jednej kliniki. Drugie ważne ograniczenie dotyczy stosunkowo niewielkiego udziału (53,4%) uczestników badań: 142 osoby z 266 osób zakwalifikowanych do badań. Trzecie ograniczenie wynika ze sposobu pozyskiwania odpowiedzi od badanych poprzez pocztę, bez możliwości kontrolowania udziału osób trzecich i czasu opracowywania odpowiedzi.

Dwa pierwsze ograniczenia powodują, że wnioski z przeprowadzonych badań bezpośrednio można odnosić do osób, które zasadniczą terapię odbyły w klinice będącej miejscem badań, i to raczej tylko w odniesieniu tylko do tych osób, które wykazują zainteresowanie udziałem w programach zdrowotnych. W odniesieniu do innych osób wyniki niniejszych badań będą użyteczne w ramach prac przeglądowych i metaanalizach. W niniejszych badaniach uczestnik musiał przełamać w sobie ewentualną niechęć do powracania, choćby tylko myślą, do przebytej choroby, następnie przemyśleć swoje odpowiedzi na 36 pytań, wypełnić

kwestionariusz, włożyć do koperty z wydrukowanym adresem i opłatą, wrzucić do skrzynki pocztowej. Dla ludzi zdrowych jest to wysiłek znikomy, rekonwalescenci potrzebują silniejszej zachęty [13], zaczynając od wywiadu motywującego [14] i wyznaczania celów rehabilitacji wspólnie z pacjentem [15].

Pozyskiwanie danych za pomocą poczty powoduje niezamierzony odsiew badanej grupy [16]. W niniejszych badaniach odsianie osób słabiej umotywowanych do podejmowania działań zdrowotnych ma dwa pozytywne aspekty: po pierwsze, daje możliwość formułowania wniosków w odniesieniu do tych osób, którym wystarczają dotychczas stosowane sposoby zachęcania. Po drugie, uwidacznia skalę zjawiska niedostatecznego umotywowania, uwidacznia potrzebę intensywnych działań w powyższym zakresie.

Program rehabilitacji rekonwalescentów po przebiegu ostrego zapalenia trzustki (OZT) musi być nastawiony na działanie długoterminowe [1, 2], co wymaga odpowiedniego podejścia. Program szkoleniowy realizowany w trakcie intensywnej terapii klinicznej siłą okoliczności nastawiony jest na inne cele, a jednorazowe pouczenia przy opuszczaniu szpitala są dalece niewystarczające [17]. Nie można liczyć na to, że pacjent, działając we własnym dobrze pojętym interesie, samorzutnie podejmie działania zdrowotne [18]. Niemniej jednak, według opinii opartych na licznych doświadczeniach [5, 6] koszty interwencji mogą nie przekraczać 1 godziny zaangażowania wykwalifikowanej pielęgniarki na 1 pacjenta, pod warunkiem stosowania terapii grupowej [19] oraz odpowiedniego wykorzystania dostępnych materiałów szkoleniowych, co nie powinno nastęrczać większych trudności także w polskich warunkach [20]. W ostatecznym rachunku powodzenie terapii warunkują umiejętności, właściwe nastawienie i zaangażowanie pielęgniarki [5, 21, 22].

WNIOSKI

Wyniki walidacji danych pozyskanych za pomocą kwestionariusza SF-36 nie przeczą następującym stwierdzeniom: badani byli odpowiednio pozytywnie nastawieni do badań, wykazali dobre zrozumienie intencji pytań kwestionariusza. Zgromadzone dane bardzo dobrze spełniają kryteria rzetelności, a zatem stanowią solidną podstawę do dalszej analizy i do formułowania zaleceń praktycznych. Nie ma podstaw do wykluczenia z dalszej analizy ani żadnej osoby spośród badanej grupy $N = 142$ osób, ani żadnego z 36 obszarów kwestionariusza SF-36.

W badanej populacji pacjentów po ostrym zapaleniu trzustki (OZT) występują istotne różnice pomiędzy średnimi subiektywnymi ocenami poszczególnych

składowych jakości życia, co znajduje swój wyraz w rozkładach stopnia ważności przypisywanych poszczególnym składowym.

Podział rekonwalescentów po przejściu ostrego zapalenia trzustki (OZT) na trzy grupy według przyczyny zachorowania (choroby pęcherzyka żółciowego, nadużywania alkoholu, niewłaściwego odżywiania się) powinien być brany pod uwagę przy planowaniu rehabilitacji, w tym z zastosowaniem psychoedukacji. W szczególności, w terminach składowych jakości życia według kwestionariusza SF-36: programy rehabilitacji powinny być ukierunkowane, niezależnie od przyczyny OZT, na przezwycięzenie niskiej jakości życia w zakresie: ogólnej percepcji zdrowia (HP), poczucia zmiany zdrowia (CIH) oraz witalności, energii życiowej i zmęczenia (EV). Trzy kolejne składowe jakości życia wymagają specjalnej uwagi tylko w dwóch podgrupach: psychiczne samopoczucie (MH) z wyłączeniem osób z grupy chorób pęcherzyka żółciowego, ból (BP) z wyłączeniem osób z grupy nieprawidłowego odżywiania; ograniczenie roli społecznej z powodu fizycznych problemów (RP) z wyłączeniem osób z grupy nadużywających alkoholu. Pozostałe trzy składowe jakości życia wymagają silnej pomocy dla pacjentów tylko jednej grupy: funkcjonowanie społeczne (SF) – dla grupy pacjentów z chorobą alkoholową; ograniczenie roli społecznej z powodów emocjonalnych (RE) – dla grupy badanych nieprawidłowo odżywiających się; funkcjonowanie fizyczne (PF) – dla osób z chorobami pęcherzyka żółciowego.

PIŚMIENNICTWO

[1] Rydzewska G. Ostre i przewlekłe zapalenie trzustki – elementy patogenezy, postępowanie. *Nowa Klinika, Gastroenterologia* 2006; 13, 11–12: 1119–1123.

[2] Jarosz M, Dzieniszewski J. *Choroby trzustki*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004: 25–29.

[3] Halonen K, Pettila V, Leppaniemi A, Kempainen E, Puolakkainen P, Haapiainen R. Long-term health-related quality of life (HRQL) in survivors acute pancreatitis. *Intensive Care Med* 2003; 29: 782–786.

[4] Szentkereszty Z, Agnes C, Kotan R, Gulacsi S, Kerekes L, Nagy Z, Czako D, Sapy P. Quality of life following acute necrotizing pancreatitis. *Hepatogastroenterology* 2004; 51(58): 1172–1174.

[5] Chan CWH. Psychoeducational intervention: a critical review of systematic analyses. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2005; 9: 101–111.

[6] Barlow J, Wright C, Sheaby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling* 2002; 48 (2): 177–187.

[7] Chmiel I, Kliś-Kalinowska A. Metody psychologicznego oddziaływania wykorzystywane przez pielęgniarki w leczeniu totalnego bólu nowotworowego. W: *W drodze do brzegu życia*. Red. E Krajeńska-Kułał. Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007. 3: 273–279.

[8] Maudsley G. Making Sense of Trying Not to Teach. An Study of Tutors' Ideas of Problem-Basing Learning. *Academic Medicine* 2002; 77: 162–172.

[9] Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey – Manual and interpretation Guide, 1993, Medical Outcomes Trust, Boston, MA.

[10] Hill T, Lewicki P. *STATISTICS Methods and Applications*. StatSoft, Tulsa, 2007 (dostępne On-line: Electronic Statistics Textbook. Tulsa StatSoft. WEB: <http://www.statsoft.com/textbook/stathome.html>).

[11] O'Connor R. Issues in the Measurement of Health-Related Quality of Life. *Workshops in Patient-Centred Health Outcomes Measurement, Health Program Evaluation, Questionnaire Design and Decision Making in Health Care*, 1993. Dostępne On-line: www.RodOConnorAssoc.com.

[12] Aksenov S. Confidence Intervals by Bootstrap. *Wolfram Library* 2002, On-line: <http://library.wolfram.com/infocenter/MathSource/4272/>.

[13] Duran LS. Motivating health: strategies for the nurse practitioner. *J Am Acad Nurse Pract* 2003; 15(5): 200–205.

[14] Shinitzky HE, Kub J. The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nurs* 2001; 18(3): 178–185.

[15] Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am J Health Promot* 2004; 19(2): 81–93.

[16] Ratneshwar S, Steward D. Nonresponse in mail surveys: An integrative review. *Applied Marketing Research* 1990; 29(3): 37–46.

[17] Wilson PM, Mayor V. Long-term conditions. 2: supporting and enabling self-care. *Br J Community Nurs* 2006; 11(1): 6–10.

[18] Puchalski K. Działania prozdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników średnich i dużych przedsiębiorstw. *Medycyna Pracy* 2004, 55(3): 233–24.

[19] Cisek M, Górkiewicz M, Brzostek T. Investigations the health benefits from group training combined with standard primary prevention programme. In: *Statistics and Clinical Practice. Lecture Notes of the ICB Seminars*, 60, Bobrowski L, Doroszewski J, Victor N (eds.), PAN MCB, Warszawa 2002: 124–129.

[20] Cisek M, Górkiewicz M, Brzostek T. Polish on-line resources for community nurses. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku* 2005; 50, Suppl.2: 73–74 http://www.advms.pl/vol_50_sup_2.htm.

[21] Wolfshaut R. Ocena przygotowania pielęgniar-ki do edukacji zdrowotnej w opinii kształconych i pedagogów. *Ann. Univ. Med. Lodz.* 2003; 44 (2): 151–158.

[22] Mianowana V. Motywacja do podejmowania wysiłków zdrowotnych współwyznacznikiem funkcji edukacyjnej pielęgniar-ki. *Zdrowie Publiczne* 2003;113 (1/2): 126–130.

Adres do korespondencji:

mgr Izabela Chmiel
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego
Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ w Krakowie
e-mail: izabela_chmiel@wp.pl

CIĄŻA MŁODOCIANYCH – PROBLEM MEDYCZNY I SPOŁECZNY

ADOLESCENT PREGNANCY – MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

Beata Frankowicz-Gasiul¹, Anna Michalik², Agnieszka Czerwińska¹, Marzena Zydorek¹, Jolanta Olszewska¹, Jarosław Olszewski¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Gdańsku
Kierownik Zakładu: dr n. med. Jarosław Olszewski

² Student studiów doktoranckich Akademii Medycznej w Gdańsku

STRESZCZENIE

Terminem „młodociane ciężarne matki” lub „nieletnie matki” określa się młode dziewczęta, które zaszły w ciążę i (lub) urodziły w okresie do 18. roku życia. Jednym z najczęstszych problemów życiowych młodocianych kobiet jest ciąża. Młodociane matki, przerywając szkołę i nie podejmując pracy zarobkowej, pozostają na utrzymaniu rodziców i są od nich zależne szczególnie pod względem materialnym. W niektórych przypadkach zdane są tylko na siebie, gdyż nie mogą liczyć ani na partnera, ani na rodziców. Wczesne macierzyństwo nie daje szans młodemu organizmowi na rozwiązywanie zadań typowych dla okresu dojrzewania i wzrastania, a zmiana partnerów seksualnych i brak edukacji w tym zakresie naraża młode kobiety na choroby przenoszone drogą płciową. Problem medyczny i ekonomiczny potęguje fakt, że ciąża nieletniej może być wynikiem wykorzystania seksualnego przez ojca czy konkubina matki, co zdarza się w rodzinach patologicznych. Zapobieganie takim traumatycznym przeżyciom nastolatek wymaga od współczesnego społeczeństwa podjęcia działań redukujących wszelkie patologie w tym zakresie. Specjalne grupy wsparcia powinny składać się z pedagogów, psychologów i socjologów czy innych osób, z którymi zetkną się te młode kobiety w tym okresie swojego życia. Kluczową rolę odgrywa tu też współczesna położna niejednokrotnie pierwsza osoba, z którą styka się młoda matka po wyjściu z gabinetu ginekologicznego.

Słowa kluczowe: młodociane ciężarne, nieletnie matki, wczesne macierzyństwo.

SUMMARY

The term “adolescent pregnant” and underage mothers means young girls, who are pregnant or give birth to their babies before their 18th birthday [30]. Among young girls unexpected pregnancy is the most serious problem. Underage mothers have to break off school and because of their age – are unable to live independent – their became absolutely dependent on their parents. The worst situation is, when they can not get any help from their family either baby’s father. Adolescent time is the time of their psychical and psychological development. Early motherhood influences interruption of this process – in most of cases lack of sexual education and sexual partner changes expose young women to sexually transmitted diseases. Serious social and medical problem among young mothers is sexual violence, which happens in pathological families. This kind of traumatic situations demand solutions to eliminate them. Therapeutic teams should consider educators, psychologists and social workers to give young girls complete care. Key role has midwife – she is the first person, who meets a young girl, after she left a doctor’s surgery, knowing about her pregnancy.

The main aim of this paper is to analyze medical and social problem, which is pregnancy among young girls. This fact influences the role of midwife in care for underage pregnant, underage mother, her baby and family. The aim is to show lack of preparation of a young girl to conscious motherhood and to show the social situation of young mothers and lack of support for them.

Key words: adolescent pregnant, underage mothers, early motherhood.

WPROWADZENIE

Ciąża młodocianych kobiet stanowi nie tylko problem medyczny, ale przede wszystkim jest wyrazem problemów społecznych. Zajmując się zagadnieniem ciąży u nastolatek, trzeba przedstawić znaczenie terminów funkcjonujących w tym obszarze zainteresowania. Pojęcie „nastolatka” obejmuje całą gamę doświadczeń i postaw oraz przedział wieku ośmiu lat. Wyróżnia się tu następujące podgrupy:

- bardzo młoda nastolatka – dziewczyna do 16. roku życia;
- starsza nastolatka – dziewczyna w wieku od 16–19 lat;
- nastolatka samotna – dziewczyna, która nie ma oparcia ze strony rodziny ani ze strony partnera;
- nastolatka – dziewczyna, która ma pomoc i oparcie i ze strony partnera i (lub) rodziny [1].

Młodociane ciężarne matki lub nieletnie matki to młode dziewczęta, które zaszły w ciążę i (lub) urodziły w okresie do 18. roku życia [2]. We współczesnych czasach ciąża u nieletniej nie jest zjawiskiem rzadkim. Na całym świecie odsetek ciąż u nastolatek jest bardzo zróżnicowany. Występowanie tego zjawiska nie jest ograniczone do jakiejś grupy społecznej albo do jakiegoś obszaru geograficznego [1].

Stany Zjednoczone Ameryki Północnej to kraj, w którym liczba ciąż u nieletnich jest jedną z największych na świecie [2]. Liczba żywych urodzeń w USA w grupie nieletnich dziewcząt wynosi 97 na 1000 porodów [1]. Z kolei liczba ciąż u młodocianych w Europie jest oceniana na 3,4% [3–5]. W Japonii i Holandii liczba żywych urodzeń wynosi 10 na 1000 porodów [6], w Wielkiej Brytanii liczba wynosi 46 na 1000 porodów [6]; 0,53% to liczba ciąż u nieletnich, którą wykazały badania przeprowadzone w latach 1983–1991 w sześćdziesięciu szpitalach położniczych na terenie Szwajcarii [2].

Systematyczne zwiększanie się liczby ciąż u młodocianych dziewcząt, które zaszły w ciążę, zaobserwowano w państwach, które kiedyś były częścią bloku wschodniego [2, 4, 5].

Z. Niżańska z Uniwersytetu w Bratysławie stwierdziła, że w okresie ostatniego dziesięciolecia na terenie ówczesnej Czechosłowacji miało miejsce 3,2% urodzeń z matek młodocianych [6]. P. Sazdanowicz z Jugosławii podał, że liczba porodów nieletnich matek wyniosła 4,13% [5].

Badania przeprowadzone w Wilnie w latach 1993–1997 w jednym ze szpitali położniczych wykazały 1,97% porodów u młodocianych [4]. W ciągu ostatnich lat zwiększył się też odsetek (z 1,5% do 4%) porodów wśród nastolatek w Czelabińsku [2]. E. Bryukhina i I. Katachkowa podały, że na Uralu w ciągu ostatnich 5 lat liczba porodów u nieletnich uległa zwiększeniu z 1,5% do 4% [2].

Na kontynencie afrykańskim zjawiskiem powszechnym są matki, które mają po dwanaście, trzydzieści lat. Wiek nieletnich ustalany jest na podstawie przepisów prawnych obowiązujących w poszczególnych krajach [8].

Według danych, które podaje Główny Urząd Statystyczny w Polsce, w 1998 roku liczba porodów dziewcząt w wieku do 19. roku życia wyniosła 20 na 1000 urodzeń żywych [3]. Natomiast w 2001 roku liczba urodzeń żywych wśród młodocianych w wieku do 15 roku życia wyniosła aż 349, 55 urodzeń. Sytuacja ta dotyczyła dziewczynek w wieku 14 lat i mniej, wśród 13-latek odnotowana została liczba aż 7 urodzeń, a jedno dziecko urodziła 12latka. W wymienionym roku ponad 7% ogólnej liczby żywych urodzeń to porody u nastolatek.

Badania Z. Słomko i współpracowników w Poznaniu wykazały, że liczba porodów u nieletnich kształtowała się na poziomie 1,3% [9]. W Szczecinie R. Dacewicz na podstawie badań w Klinice Położnictwa i Ginekologii podała, że odsetek porodów u nieletnich wyniósł 2,2% [7]. Z kolei A. Kuźmińska obliczyła, że odsetek porodów młodocianych kształtował się na poziomie 1,23% [10], a badania A. Wilamowskiej pozwoliły ustalić, że wyniósł on 2,23% [15].

Głównym celem niniejszego opracowania jest ukazanie ważkości problemu medycznego i społecznego, jaki stanowi ciąża młodocianych kobiet.

Cele szczegółowe to:

1. Ukazanie faktu braku przygotowania młodego organizmu do pełnienia funkcji rozrodczej oraz braku psychicznego przygotowania do świadomego macierzyństwa.
2. Przedstawienie sytuacji społecznej młodocianych matek, które często pochodzą z ubogich i rozbitych rodzin, nierzadko patologicznych.

Złe warunki ekonomiczne, w których dorastają młodociane ciężarne, stanowią cechę charakterystyczną dla tej grupy młodzieży. Odsetek nieletnich matek wśród ogółu rodzących stanowi 10% i jest przyczyną braku więzi emocjonalnej z rodzicami, kryzysu w rodzinie czy samotności. Wymienione czynniki powodują, że młode dziewczęta pragną zapomnieć o dzieciństwie i jak najszybciej stać się dorosłymi w ich mniemaniu kobietami. Ograniczone przewidywanie skutków własnego działania jest wynikiem braku doświadczenia i psychicznej niedojrzałości, czego konsekwencją jest wczesne macierzyństwo.

Dziewczęta, które zachodzą w ciążę, często pozostają z tym problemem same. Ojciec dziecka, będący przeważnie ich przypadkowym partnerem seksualnym, nie udziela wsparcia oraz nie podejmuje nowej, przeznaczonej mu roli społecznej. Ciąża młodocianych niejednokrotnie jest traktowana jako brzemię i trud, które wydają się niemożliwe do pokonania,

a nienarodzone jeszcze dziecko jest zagrożeniem dla wolności lub przeszkodą w realizowaniu życiowych planów.

Okres rozwojowy, w którym rodzą młode dziewczęta, jest czasem ich wzrastania i dojrzewania. Wczesne macierzyństwo nie daje szansy młodemu organizmowi na rozwiązywanie zadań typowych dla okresu dojrzewania, a jednocześnie zmusza go do podjęcia nowych zadań i ról. Te młode osoby, mając niską dojrzałość społeczną, nie są w stanie przekroczyć swoich możliwości emocjonalnych i intelektualnych. Ekonomiczna zależność od rodziców, brak wykształcenia, niejednokrotnie niedobre relacje z ojcem dziecka sprawiają, że dziewczęta są w niekorzystnej sytuacji życiowej. W związku z powyższym często ukrywają ciążę ze strachu przed rodzicami i opóźniają przez to korzystanie z opieki ginekologiczno-położniczej [6]. Zaistniała sytuacja nie sprzyja prawidłowemu rozwojowi ciąży i wytworzeniu więzi emocjonalnej z własnym nienarodzonym jeszcze dzieckiem.

Emocjonalna niedojrzałość nieletnich matek, osamotnienie i zagubienie w środowisku, które ich nie akceptuje, manifestuje się niechęcią do współpracy z położnymi i lekarzami. Utrudniony jest z nimi kontakt w trakcie prowadzenia ciąży, porodu i pogoju [12]. Brak przygotowania młodego organizmu do pełnienia funkcji rozrodczych, jego niedojrzałość, złe nawyki żywieniowe i nieprzestrzegania zaleceń położnej i lekarza czynią ciążę młodocianych ciążą wysokiego ryzyka.

POWIKŁANIA CIAŻY MŁODOCIANYCH KOBIEC

Skutkami ciąży u nieletnich, oprócz urodzenia niezdolnego do życia dziecka, są poronienia samoistne i sztuczne. Aktualnie w piśmiennictwie anglojęzycznym stwierdza się spadek liczby aborcji u nieletnich oraz oddawanie dzieci do adopcji. Coraz więcej odnotowuje się prób wychowania dziecka z pomocą i akceptacją najbliższej rodziny [6, 13].

Termin zgłaszania się młodocianych ciężarnych do poradni i dokonywania kontroli prenatalnych zależy przede wszystkim od wieku dziewczyny [14]. Mimo czynnego poradnictwa dla nieletnich ciężarnych, odbywają one bardzo rzadkie wizyty lub w ogóle się na nie nie zgłaszają [12, 15]. Zazwyczaj ich pierwsza wizyta w poradni K następuje znacznie później niż w przypadku kobiet dojrzałych, tj. ok. 16–21 tygodnia ciąży. Średnia liczba wizyt kontrolnych jest również mniejsza i wynosi 3–6 w czasie ciąży [2]. Opieka nad młodocianą często bywa niedostateczna również z powodu niewykonywania przez nią podstawowych bądź dodatkowych badań laboratoryjnych [2].

Ciąża u nieletnich jest ciążą wysokiego ryzyka z powodu występowania takich powikłań, jak:

- poród przedwczesny zagrażający;
- nadciśnienie indukowane ciążą – PIH;
- infekcja dróg moczowych;
- małowodzie;
- hypotrofia płodu;
- niedokrwistość [16].

Ciąża nieletnich może także występować z innymi ogólnymi chorobami, takimi jak: cukrzyca, gruźlica, toksoplazmoza czy choroby nerek [17]. Częstym powikłaniem ciąży u młodocianych jest niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza, wywołana wspomnianymi już wcześniej nieprawidłowymi przyzwyczajeniami dietetycznymi. Ciężarna nastolatka potrzebuje materiału do budowy zarówno własnego organizmu, jak i do rozwoju rozwijającego się płodu [1].

W krajach wysoko cywilizowanych ok. 8–10% kobiet w ciąży choruje na niedokrwistość. Odsetek ten w znacznym stopniu ulega wzrostowi u kobiet nieletnich, które nie potrafią się racjonalnie odżywiać, a właśnie okres ciąży usposabia do tego schorzenia szczególnie [4, 6, 18, 19].

W zapobieganiu powstawania wad rozwojowych u płodu i zabezpieczeniu przed patologią ciąży, np. w postaci poronień czy przedwczesnego odklejenia się łożyska [4, 6, 18, 19], duże znaczenie ma przyjmowanie kwasu foliowego. Profilaktyka ta polega na suplementacji kwasu foliowego w dawce 0,4 mg na dobę [6, 20, 21]. Stan przedrzucawkowy i rzucawka występują częściej u pierwiastek, a młodociana ciężarna jest zwykle pierwiastką, dlatego mogą wystąpić u niej tego typu powikłania [6].

Rozpoznanie nadciśnienia indukowanego przez ciążę (PIH) to stwierdzenie ciśnienia tętniczego powyżej 140/90 mm Hg w drugiej połowie ciąży. Mogą mu towarzyszyć: białkomocz i obrzęki. Pomiar ciśnienia krwi należy wykonywać przed 20. tygodniem ciąży. Daje to porównanie niezbędne do stwierdzenia nadciśnienia w czasie dalszego przebiegu ciąży. U młodocianych rozpoznanie nadciśnienia indukowanego ciążą jest trudne, ponieważ często brak nam tego porównania, gdyż 64% dziewcząt nie zauważa braku miesiączki, nawet wzrostu obwodu brzucha, a do poradni zgłaszają się po II trymestrze ciąży albo przed porodem [6].

Nadciśnienie indukowane ciążą jest również przyczyną wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrostu płodu (IUGR). W badaniach na zwierzętach stwierdzono, że szybki wzrost w okresie dojrzewania organizmu w czasie ciąży jest przyczyną przestawienia cyklu metabolicznego organizmu na budowę szczególnie tkanki maciernej, a nie na budowę tkanki płodowej. Z tego właśnie powodu dochodzi do dość dużej redukcji masy płodu i popłodu [6].

W czasie badania ginekologicznego lekarze muszą zwrócić uwagę na to, by młodej osobie udzielać informacji dotyczących ciąży w sposób jak najbardziej zrozumiały [17]. Pierwsza wizyta ma zapewnić ciągłość opieki, zebranie danych o pacjentce, jej rodzinie i środowisku, a także zaplanowanie i zrealizowanie podjętych zadań wynikających z procesu indywidualizacji przypadku.

Niezwykle ważny dla niepełnoletniej ciężarnej okazuje się pierwszy kontakt z położną, której właściwe podejście psychologiczne, życzliwość i kompetencja zawodowa mogą sprawić, że młodociana ciężarna będzie chętniej korzystała z usług poradni i z dalszej opieki. Z reguły ustala się dokładny termin kolejnej wizyty. Ciężarne w większości przypadków respektują go. Ponadto położna konsultuje z młodocianą ciężarną: gruczoł tarczowy, węzły chłonne, sutki, stan skóry i uzębienia oraz inne zmiany, które mogą być wskaźnikami sugerującymi rozpoznanie pewnych patologii ciąży.

Zadaniem położnej w czasie wizyt kontrolnych u ciężarnej jest obserwacja takich elementów, jak: reakcje emocjonalne, psychiczne nastawienie do ciąży, sposób odżywiania, stan ekonomiczny, warunki domowe i do nauki. Położna musi też zwrócić uwagę na:

- zmiany w wynikach laboratoryjnych;
- przyrost masy ciała;
- zmiany w ciśnieniu tętniczym krwi;
- obwód i kształt brzucha (w II trymestrze ciąży).

Wizyty położnej środowiskowo-rodzinnej u nieletniej ciężarnej stanowią istotny element diagnozy położniczej, gdyż dużo mówią o środowisku, w jakim ona żyje, oraz uzupełniają całościowy obraz jej potrzeb.

Położna środowiskowo-rodzinna ściśle współpracuje z lekarzem, któremu zgłasza takie objawy, jak:

- krwawienie z dróg rodnych;
- obrzęk twarzy i dłoni;
- silne bóle głowy;
- zaburzenia w widzeniu (mroczki przed oczami);
- bóle podbrzusza, napięcia i skurcze macicy;
- uporczywe wymioty;
- odpłynięcie płynu owodniowego;
- odczuwanie zbyt słabych lub zbyt silnych ruchów płodu.

W czasie kontaktów z nieletnimi ciężarnymi położna powinna prowadzić także edukację dotyczącą:

- odżywiania się w czasie ciąży, porodu i porożu;
- fizjologii ciąży, porodu i porożu;
- dolegliwości ciążowych (poranne nudności, wzdęcia, żylaki odbytu, skurcze łydek, zwiększona ilość wydzieliny z pochwy);
- zasad higieny w ciąży.

Motywuując młodocianą do prozdrowotnego stylu życia w okresie ciąży, położna informuje ją o tym, jaki tryb życia powinna prowadzić w tym okresie,

przestrzega przed czynnikami mogącymi mieć niekorzystny wpływ na rozwój płodu i przebieg ciąży, takimi jak: leki, alkohol, nikotyna, narkotyki, jak również przedstawia ogólne zasady odżywiania się w tym okresie [22].

Drugi trymestr ciąży to ocena czynności serca płodu i ocena zapisu KTG. W tym czasie uzupełniany jest wywiad położniczy o takie informacje, jak: czas pojawienia się pierwszych ruchów płodu, ewentualne niepożądane objawy, np. plamienie z dróg rodnych, upławy, bóle podbrzusza, napięcia macicy, wystąpienie obrzęków czy żylaków. Położna w tym okresie zachęca i motywuje swoją podopieczną do uczestnictwa w zajęciach „Szkoły Rodzenia”.

Trzeci trymestr to przygotowanie młodocianej ciężarnej do porodu. Położna uczy ją, jakie objawy i dolegliwości są oznaką zbliżającego się porodu i jakich objawów nie może zlekceważyć. Wyjaśnia również swojej podopiecznej, w jaki sposób ma obserwować ruchy płodu [22, 23]. Okres ten wymaga zwrócenia uwagi na problemy, z którymi stykamy się w leczeniu nieletnich ciężarnych. Należą do nich m.in. niestosowanie reżimu łóżkowego, niespożywanie diety wysokobiałkowej czy zapomnianie o przyjmowaniu leków.

Z zagubienia i lęku nieletnich ciężarnych wynika ich niechęć do hospitalizacji. Przeszkodę stanowią również przepisy, które obowiązują w naszym państwie. Niezbędna jest bowiem zgoda opiekuna prawnego na wszystkie działania medyczne wykonywane u nieletniej [6].

Opieka nad nieletnią ciężarną powinna polegać na dobrej merytorycznej opiece pielęgniarskiej i lekarskiej, a także na zwróceniu uwagi na zagadnienia psychologiczne, w szczególności na budowanie jej więzi emocjonalnej z rodzicami i z ojcem dziecka [7]. Zdarza się, że młode ciężarne w strachu przed naganną oceną otoczenia na okres ciąży lub porodu zmieniają na jakiś czas miejsce zamieszkania i wyjeżdżają do dużych miast, by tam odbyć poród. Zarówno Domy Matki i Dziecka, jak i Domy Małego Dziecka w Polsce zapewniają (na kilka miesięcy) pomieszczenia samotnej matce przed porodem i po porodzie [1].

Istotnym elementem wpływającym na przebieg ciąży u nieletnich jest stres. Ciężarne dziewczęta są z reguły osobami samotnymi, najczęściej niezamężnymi, uczącymi się i bez zawodu. Ich partnerzy również nie reprezentują sobą jeszcze zbyt wiele, nie są w stanie utrzymać dziecka i siebie. Często też nie mogą liczyć na pomoc rodziców i nie mają w nich oparcia psychicznego i finansowego [2].

Zadaniem położnej w opiece przedporodowej nad nieletnią jest szerokie propagowanie zdrowego stylu życia oraz rozpoznawanie różnorodnych jej potrzeb bio-psycho-społecznych. Podstawowa opieka nad

młodziąną ciężarną spoczywa na położnych z poradni ginekologiczno-położniczej oraz położnej środowisko-wo-rodzinnej. Polega ona na regularnym kontakcie, motywowaniu do regularnych wizyt kontrolnych, do regularnego przyjmowania zaleconych leków i witamin oraz wyjaśnianiu i udzielaniu porad zarówno ciężarnej, jak i jej rodzinie. Do obowiązków położnej należy również udzielanie pomocy młodociąnej ciężarnej w załatwieniu spraw administracyjnych [22].

POWIKŁANIA PORODU

Poród u nieletniej zaliczany jest do patologii położniczej przede wszystkim z powodu niezakończenia rozwoju układu rozrodczego [6, 9, 21]. Brak w pełni udokumentowanej opieki przedporodowej nad ciężarną w momencie przyjęcia do porodu pozwala jednak na podanie przybliżonych danych, wskazujących że:

- w 86,44% przypadków to stan fizjologiczny ciąży;
- w 2,54% przypadków występuje zakażenie układu moczowego;
- w 6,78% przypadków stwierdza się zatrucie ciąży;
- w 3,39% przypadków pojawia się zagrażający poród przedwczesny;
- w jednym przypadku 0,85% zdiagnozowano cukrzycę.

Do najczęstszych powikłań zalicza się zatrucie ciąży, co można wytłumaczyć brakiem świadomości zdrowotnej i złymi warunkami socjoekonomicznymi.

Na znacznie mniejszą liczbę występowania powikłań porodu w tej grupie kobiet zwraca uwagę A. Dąbrowska [24]. Badania Z. Słomko też nie potwierdzają wpływu młodego wieku nieletniej rodzącej na liczbę występujących powikłań podczas porodu. Podaje on natomiast, że u nieletnich częściej wykonuje się zabiegi położnicze [25].

Główne powikłania porodu u młodociąnych to:

- pęknięcie miękkich części kanału rodnego;
- powikłany przebieg III okresu porodu;
- konieczność wykonywania zabiegów położniczych;
- nieprawidłowe położenie płodu;
- konieczność wykonywania cięć cesarskich, zdecydowanie jednak rzadziej niż u kobiet starszych [4, 6, 10–12, 24–27].

Czas trwania ciąży raczej nie różni się u pacjentek młodociąnych od obserwowanego u dorosłych kobiet, częściej jednak występują porody przedwczesne. Terminem „poród przedwczesny” określa się zakończenie ciąży w okresie od 23. do 37. tygodnia jej trwania [6].

W rozpoznaniu porodu przedwczesnego u młodociąnych trzeba uwzględnić nie tylko stan szyjki macicy i czynność skurczową macicy, ale również obserwacje w czasie ciąży, dane z wywiadu i inne objawy kliniczne [20]. Dziewczęta z racji młodego wieku nie zauważają, albo bagatelizują objawy zagrażającego porodu przedwczesnego, a do szpitala zgłaszają się zbyt późno [20]. Przyczyną porodów przedwczesnych u nieletnich są infekcje dróg moczowych i nadciśnienie indukowane ciążą [6, 26].

Wzrost śmiertelności noworodków w okresie okołoporodowym jest spowodowany tym, że nastolatki rodzą przedwcześnie i częściej ich noworodki mają niską masę urodzeniową. Śmiertelność ta jest przeważnie skutkiem odwodnienia w wyniku biegunki i wymiotów, które są spowodowane ubogą wiedzą matki na temat higieny i opieki nad noworodkiem [6].

Operacje położnicze mają na celu ukończenie ciąży albo porodu, kiedy dalsze oczekiwanie związane z naturalnym zakończeniem stwarza niebezpieczeństwo dla płodu i matki [9]. Głównym wskazaniem do cięcia cesarskiego u nieletnich kobiet jest niewspółmierność porodowa. Czynnikiem etiopatogenetycznym w tej grupie jest niski wiek ginekologiczny u młodociąnych w wieku od 12 do 15 lat. W związku z tym, że u tych nieletnich wcześniej rozpoczęło się dojrzewanie, którego jednym z objawów jest menarche, estrogeny spowodowały zakończenie wzrostu kości. Jest to bardzo znaczący czynnik ryzyka, przez który często trzeba zakończyć ciążę cięciem cesarskim, a powodem jest niewspółmierność porodowa przy prawidłowej wielkości płodu [6]. Najczęściej spotykanym powikłaniem porodowym u nieletnich jest pęknięcie szyjki macicy, konieczność wykonania łyżeczowania jamy macicy oraz krwawienie w czasie III okresu porodu [6].

Każda młodociąna rodząca ma możliwość wybrania miejsca porodu, ale planowane interwencje medyczne powinny być dokładnie omawiane z rodzącą i jej prawnym opiekunem, aby wiedziała, czemu służą i jakie mogą być następstwa w przypadku odmowy ich wykonania.

POWIKŁANIA POŁOGU

Kolejnym bardzo trudnym okresem dla młodociąnej matki oprócz porodu jest połóg. Powikłania tego okresu związane są przede wszystkim z nieprawidłowym odżywianiem, nieprzestrzeganiem zasad higieny w połogu i niedyscyplinowaniem, które dotyczy zaleceń medycznych. Na czas cofania się zmian związanych z ciążą nakłada się jeszcze stres wywołany pojawieniem się noworodka, który wymaga zainteresowania, poświęcenia czasu, cierpliwości i troskliwej opieki [6].

Bardzo duże znaczenie dla intelektualnego rozwoju dziecka urodzonego przez nastoletnią matkę ma dobra relacja z babcią. Niedojrzała młoda matka nie potrafi stworzyć dziecku odpowiednich warunków do rozwoju, bo często jest zajęta organizowaniem własnego życia. Natomiast osoba babci, która ma więcej czasu i cierpliwości dla małego dziecka, może wnieść pozytywny wkład w jego rozwój i wychowanie [6].

W systemie ochrony zdrowia wyjątkową funkcję pełni położna. To ona jest osobą pierwszego kontaktu z młodocianą ciężarną, a później matką, znając ją nie tylko z wizyt w poradni, ale także z jej środowiska rodzinnego i szkolnego. Położna pełni obowiązki zarówno konsultantki, nauczycielki, pracownika medycznego, jak i adwokata.

Dzięki jej profesjonalności opieka położniczo-ginekologiczna przebiega w sposób spersonalizowany, mimo że jest oparta na obowiązujących standardach. Ciesząc się zaufaniem swoich podopiecznych, położna ma szansę na skuteczną i efektywną działalność, zarówno poprzez edukację zdrowotną, polegającą na kształtowaniu postaw prozdrowotnych, jak również prowadzi stałe monitorowanie dobrostanu fizycznego i psychicznego swoich pacjentek, włączając w swoją działalność ich rodziny.

WNIOSKI

Na podstawie syntezy powyższych rozważań i analizy literatury przedmiotu nasuwają się następujące wnioski końcowe:

1. Sytuacja młodocianych matek, które ukrywają ciążę w związku ze strachem przed rodzicami, pogarsza przebieg i rokowanie dla takiej ciąży przez opóźnienie monitoringu ginekologiczno-położniczego.
2. Brak wykształcenia, niedobre relacje z ojcem dziecka oraz często ekonomiczna całkowita zależność od rodziców sprawiają, że niekorzystna sytuacja życiowa tych dziewcząt trwa do momentu uzyskania wszechstronnego wsparcia ze strony najbliższego otoczenia.
3. Złe warunki ekonomiczne, w których dorastają młodociane ciężarne, stanowią cechę charakterystyczną dla tej grupy młodzieży.
4. Wczesne macierzyństwo zmusza młodociane ciężarne z niską dojrzałością społeczną i biologiczną młodego organizmu do podejmowania nowych wyzwań, które niejednokrotnie przekraczają ich możliwości emocjonalne i intelektualne.
5. Młode kobiety, które zajądą w ciążę, zostają często same z tym problemem, gdyż najczęściej przypadkowy seksualny partner – ojciec dziecka nie jest

w stanie podjąć swojej społecznej roli z powodu równie młodego wieku lub lęku przed przeszkodą, jaką może stanowić dziecko w realizacji życiowych planów.

6. Model życia, akceptowany przez współczesne społeczeństwo, to w pierwszej kolejności zdobywanie wykształcenia, podjęcie pracy zawodowej i osiągnięcie stabilizacji i niezależności finansowej, a dopiero w dalszej kolejności planowanie założenia rodziny, co sprawia, iż wczesne macierzyństwo oceniane jest bardzo niekorzystnie.
7. Odsetek nieletnich matek wśród ogółu porodów stanowi 10% i jest przyczyną braku więzi emocjonalnej z rodzicami, kryzysu w rodzinie czy samotności, co sprawia, że młode dziewczęta pragną zapomnieć o dzieciństwie i jak najszybciej stać się dorosłymi w ich mniemaniu kobietami.
8. Brak dojrzałości psychicznej i życiowego doświadczenia sprawia, że zajście w ciążę młodocianej kobiety przekracza jej możliwości przewidywania skutków takiego działania.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Aleksander J, Levy V, Roch S. Nowoczesne Położnictwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
- [2] Marianowski L, Grzechocińska B. Prowadzenie ciąży, oraz poród i połóg u nieletnich. Medipress Ginekologia 1996; 2, 3: 2–5.
- [3] Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 1998. GUS, Warszawa LVIII: 97.
- [4] Morkuniene R, Vasjanowa V, Bumbuliene Z. Medical, social and psychological aspect of adolescent pregnancy. Materiały z IV Międzynarodowego Kongresu Ginekologii Dziecięcej, Ateny 1998; 10, 4: 366.
- [5] Sazdanovic P, Pavicevic M, Ristic P, Varjatic M. Adolescent delivery and cesarian section. Materiały z IV Międzynarodowego Kongresu Ginekologii Dziecięcej, Ateny 1998; 10, 4: 358.
- [6] Pankrac Z. Praca doktorska. Akademia Medyczna, Gdańsk 2005.
- [7] Dacewicz R, Żebielowicz D, Głaz A. Jr. Analiza opieki przedporodowej u młodocianych rodzających w Klinice Położnictwa IPG PAM w Szczecinie w latach 1990–1992. Ginekologia Polska 1993; 64, 8: 394–398.
- [8] Ekonjo GB, Pałczyński B, Gryboś M. Ciąża i poród u młodocianych jako problem społeczny i zdrowotny. Ginekologia Praktyczna 2003, 11, 6: 47–52.
- [9] Słomko Z. Medycyna Perinatalna. PZWL, Warszawa 1985.
- [10] Kuźmińska A, Świątkowska-Freund M, Brzóska B, Wydra D, Emerich J. Ciąża, poród, połóg u nielet-

- nich. Ginekologia Polska Pamięnik. XXVI Kongres PTG, Białystok–Mikołajki–Olsztyn 1997: 113.
- [11] Wilamowska A, Kuzmecka-Matuszewska J, Gołąb-Lipińska M, Lipecka-Kidawska E. Analiza przebiegu ciąży i porodu u dziewcząt rodzących w Klinice Perinatologii AM w Łodzi w latach 1994–1996. Ginekologia Polska. Pamięnik. XXVI Kongres PTG, Białystok–Mikołajki–Olsztyn 1997: 265.
- [12] Kukulski P, Kwaśniewski S, Szymański J. Problemy ciąży, porodu i położu u młodocianych pacjentek hospitalizowanych w szpitalu miejskim. Ginekologia Polska 1993; 64, 8: 404–406.
- [13] Spencer N. Młodociane matki. Aktualności Pediatryczne 1994; 3: 177–180
- [14] Rzepka-Górska J. Ginekologia dziewczęca, a zdrowie przyszłej matki – prowadzenie dziewcząt w ich rozwoju. Annales Academ Med Siles 1996; 22: 13–15.
- [15] Gadzinowski J. Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce. OWN, Poznań 1999.
- [16] Pawłowska A, Filipp E, Pietrasik D, Krawczyńska M, Wilczyńska A, Niemiec KT. Analiza przebiegu ciąży, oraz wyników położniczych u nastolatek rodzących w Klinice Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Ginekologia Praktyczna 2005; 84, 4: 41–45.
- [17] Komorowska A. Ginekologia wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1991.
- [18] Ostrovskaya EA, Susloparov LA, Tatarowa NA. „Little Mammy” – The obstetrics aid in adolescents. Materiały z IV Międzynarodowego Kongresu Ginekologii Dziecięcej, Ateny 1998, Gynecology 1998; 10, 4: 358.
- [19] Tuchina LA, Bogdashkin NG, Blagoveshchensky YE, Lesovaya MA. Peculiarities of course of pregnancy and the outcome of delivery with adolescents with anemia. Materiały z IV Międzynarodowego Kongresu Ginekologii Dziecięcej, Ateny 1998; 10, 4: 357.
- [20] Bręborowicz GH. Ciąża wysokiego ryzyka. OWN, Poznań 2000.
- [21] Klimek R. Położnictwo. PZWL, Warszawa 1988.
- [22] Cekański A. Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999.
- [23] Bręborowicz GH. Położnictwo. Podręcznik dla pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- [24] Dąbrowska-Jakubiak A, Jakubiak T, Cendrowski K, Stelmachów J. Analiza przebiegu ciąży i porodu u pacjentek przed 18 rokiem życia. Ginekologia Polska 1993; 64, 8: 399–403.
- [25] Słomko Z, Malewski Z, Mościcki A, Musiał T. Poród u młodocianych. Ginekologia Polska 1993; 64, 8: 412–417.
- [26] Der-Piech M, Poręba R, Ulmann-Włodarz J, Piech P. Psychosomatyczne uwarunkowania przyczyn porodów przedwczesnych u starszych młodocianych pierworódek. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia 1996; 13: 223–231.
- [27] Gajewska M, Karwan-Płońska A, Skrzos-Buciak M, Wiater M. Analiza przebiegu ciąży i sposobu ukończenia porodu u dziewcząt poniżej 19 roku życia. Ginekologia Polska 2000; 71,8: 658–662.
- [28] Kulesza-Brończyk B, Nowak A, Piechocka D, Kulikowski M. Analiza przebiegu ciąży i sposobu ukończenia porodu u pacjentek poniżej 18. roku życia. Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska, Lublin, 2004.

Adres do korespondencji:

mgr Beata Frankowicz-Gasiul
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu AM w Gdańsku
60-210 Gdańsk, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a
e-mail: beata44@tlen.pl

PROGRAM EDUKACJI ŻYWIENIOWEJ DLA DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I ICH RODZICÓW REALIZOWANY W KRAKOWIE

NUTRITIONAL EDUCATION PROGRAM FOR KINDERGARTEN CHILDREN
AND THEIR PARENTS CARING OUT IN KRAKOW

Agnieszka Kozioł-Kozakowska, Beata Piórecka, Małgorzata Schlegel-Zawadzka

Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Kierownik Zakładu: dr hab. n. farm. Małgorzata Schlegel-Zawadzka

STRESZCZENIE

Edukacja żywieniowa to jeden z głównych elementów edukacji zdrowotnej kierowanej do różnych grup odbiorców. Wiele schorzeń cywilizacyjnych ma swoje uwarunkowania w utrwalonych z dzieciństwa błędnych nawykach żywieniowych. Celem pracy jest przedstawienie założeń i przebiegu realizacji autorskiego programu edukacyjnego pt. „Prawidłowe żywienie dziecka a zdrowie człowieka dorosłego” kierowanego zarówno do dzieci w wieku przedszkolnym, jak i ich rodziców. Program realizowany jest przez Zakład Żywienia Człowieka CM UJ od 2006 roku w publicznych przedszkolach na terenie miasta Krakowa i w regionie Krakowa. W programie wspieranym przez firmę GlaxoSmithKline uczestniczyło do tej pory 6 przedszkoli, w tym około 250 dzieci w wieku 5 i 6 lat. Przy współpracy z nauczycielami wychowania wczesnoszkolnego opracowano dla dzieci warsztaty ukierunkowane na akceptację i zwiększenie spożycia świeżych warzyw i owoców. Natomiast rodzice dzieci uczestniczyli w prelekcjach wskazujących na związki żywienia dziecka z rozwojem wybranych chorób cywilizacyjnych. Podczas realizacji programu uwidoczniła się potrzeba szkoleń dotyczących aktualnych zaleceń żywienia dziecka dla pracowników przedszkoli.

Słowa kluczowe: dzieci w wieku przedszkolnym, edukacja żywieniowa, program edukacyjny.

SUMMARY

Nutritional education is one of the main components of health education, which is directed to a different group of recipients. Many civilization diseases have conditionality in erroneous food habits strengthened from childhood. The aim of this work is presentation of assumptions and realization of the own educational program named “Correct child nutrition and adult person health” directed both to pre-school children and their parents. The program has been carried out by the Human Nutrition Department JU MC since 2006 in public kindergartens in the city and region of Krakow.

In the program, supported by the GlaxoSmithKline firm concern six kindergartens, participated together about 250 children aged 5–6 years. Workshops for children directed on acceptance and boost of consuming fresh vegetable and fruits have been elaborated in the cooperation with early school education teachers. Parents of children participated in lectures which indicated correlations between child nutrition and development of select civilization diseases. Necessity of training has been revealed for kindergarten workers concerning current nutritional recommendation for child during the program realization.

Key words: preschool children, nutritional education, educational program.

Dzieciństwo to okres w życiu człowieka, w którym kształtują się jego postawy determinujące aktualne i przyszłe zachowania dotyczące zdrowia. Utrwalone wówczas przyzwyczajenia i nawyki decydują o jego późniejszym stylu życia. Edukację zdrowotną dzieci w wieku przedszkolnym należy rozumieć jako zamierzony ciąg planowanych działań wychowawczych, które uwzględniają intensywność rozwoju psychofizycznego i społecznego oraz uwarunkowania środowiskowe. W dłuższej perspektywie czasowej powinny one przyczynić się do wzbogacenia wiedzy z dziedziny

zdrowia i kształtowania się postawy „prozdrowotnej” dzieci oraz umożliwić nabycie określonych umiejętności, a także przyswojenie prawidłowych przyzwyczajajeń i nawyków higieniczno-zdrowotnych [1].

Edukacja żywieniowa jest jednym z głównych elementów edukacji zdrowotnej kierowanej do różnych grup odbiorców. Żywienie należy do najważniejszych czynników środowiska wpływających na rozwój fizyczny, stan zdrowia i samopoczucie dziecka. Wady w sposobie żywienia ukształtowane w dzieciństwie wpływają niekorzystnie na prawidłowy rozwój fizycz-

ny i stan odżywienia. Nawyki żywieniowe kształtują się do 10 roku życia, potem nadal mogą być modyfikowane, ale raz ukształtowane złe nawyki bardzo trudno jest potem zmienić [2]. Liczne badania wskazują na błędy zarówno w żywieniu zbiorowym, objawiające się niską oceną zaplanowanych jadłospisów przedszkolnych, jak również w żywieniu indywidualnym dzieci w okresie dorastania. Z wyników wielu prac wyłania się potrzeba prowadzenia edukacji żywieniowej wśród dzieci, rodziców oraz pracowników przedszkoli [3–8].

Rodzice są najważniejszym ogniwem procesu edukacji, ponieważ w rodzinie ma miejsce tzw. socjalizacja pierwotna. Według Sanjur, rodzina wpływa na zachowania żywieniowe dziecka w dwojaki sposób, bezpośrednio poprzez dostarczanie określonej żywności i pośrednio poprzez transmisję postaw wobec żywności oraz kształtowania preferencji żywieniowych. W procesie wychowania dziecka ma miejsce przekaz norm, uczenie zachowań, przy czym ich efektywność jest większa, gdy dziecko identyfikuje się z zachowaniami rodziców. Większy wpływ na dziecko ma zazwyczaj matka niż ojciec. Przy czym możliwość oddziaływania kobiety na zachowania żywieniowe dziecka są limitowane jej aktywnością zawodową, wiedzą żywieniową i umiejętnościami kulinarnymi. Stąd też ważne jest edukowanie żywieniowe rodziców, a w szczególności matek, tak aby proces socjalizacji pierwotnej miał pozytywny efekt w postaci kształtowania prozdrowotnych zwyczajów żywieniowych [9].

Istnieje jeszcze socjalizacja wtórna zachodząca w przedszkolach i szkołach, a także w grupach nieformalnych. Podczas wczesnych lat dziecięcych poglądy dziecka są jeszcze na etapie formowania, co oznacza, że łatwiej podlegają różnym oddziaływaniom, niż w przypadku osób dorosłych. Dzieci w wieku 5–14 lat są bardziej otwarte i bardziej podatne na zmiany w poglądach i modyfikację zachowań żywieniowych. Istotne jest jednak edukowanie dzieci w zakresie prawidłowego żywienia już od najmłodszych lat. Badania przeprowadzone przez Ignaczyk, dotyczące potrzeby edukacji żywieniowej dzieci w wieku lat 6, potwierdzają tę tezę [10].

Nie mniej ważna jest edukacja żywieniowa pracowników przedszkoli, aby mogli sami realizować edukację żywieniową wśród swoich wychowanków. Należy podkreślić, że wiedza żywieniowa ulega pewnym zmianom, które należy uwzględniać podczas zajęć realizowanych w przedszkolu czy w szkole.

Z punktu widzenia efektywności procesu edukacji żywieniowej realizowanego w przedszkolu powinno istnieć formalne połączenie dom – przedszkole. W ten sposób eliminowany jest emocjonalny i psychologiczny konflikt w dziecku, które dostrzega różnice między tym, czego uczone jest w przedszkolu, a tym co dzieje

się w domu. Dziecko może wtedy odrzucić wiedzę przedszkolną lub akceptować ją tylko w przedszkolu, a w domu zachowywać typowe dla rodziny wartości i zachowania.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie założeń i przebiegu realizacji autorskiego programu edukacyjnego pt. „Prawidłowe żywienie dziecka a zdrowie człowieka dorosłego”, kierowanego zarówno do dzieci w wieku przedszkolnym, jak i ich rodziców.

MATERIAŁ I METODA

Zakład Żywienia Człowieka CM UJ wraz z Centrum Naukowym firmy GlaxoSmithKline opracował autorski program edukacyjny pt. „Prawidłowe żywienie dziecka a zdrowie człowieka dorosłego”, przeznaczony zarówno do dzieci w wieku przedszkolnym, jak i ich rodziców. W ramach programu realizowanego w Krakowie przy współpracy z nauczycielami wychowania wczesnoszkolnego opracowano dla dzieci warsztaty, w których wykorzystano następujące techniki: metodę przekazu wiedzy (sposób informowania, wyjaśniania i instruktażu), metody aktywizujące (drama, narracja, burza mózgów, techniki twórczego myślenia), konkursy i techniki plastyczne, a także metodę utrwalania pożądaných zachowań i przyzwyczajajeń zdrowotnych.

Warsztaty dla dzieci oraz spotkania z rodzicami przeprowadzono w tych przedszkolach w Krakowie i regionie Krakowa, które zgłosiły chęć udziału w programie. Program edukacyjny został rozpoczęty pilotażem w 2006 roku. Do tej pory w zajęciach uczestniczyło ok. 250 dzieci w wieku 5–6 lat. Przedszkola uczestniczące w programie otrzymywały materiały edukacyjne w formie wydruków, kolorowego ksero oraz książeczek dotyczących zdrowia człowieka, zakupionych przez firmę wspierającą realizację programu.

Jednocześnie rodzice dzieci uczestniczyli w prelekcjach wskazujących na związki żywienia dziecka z rozwojem wybranych chorób cywilizacyjnych. Spotkania najczęściej połączone były z zebraniem rodziców w przedszkolu i trwały ok. 30–45 minut. Celem prelekcji było przedstawienie zaleceń żywieniowych, jak również modelowych dziennych racji pokarmowych dla dzieci w wieku 4–6 lat [11]. Ważnym punktem każdego spotkania była część poświęcona prawidłowym zachowaniom żywieniowym rodziny, podkreślano tu znaczenie spożywania wspólnych po-

siłków, regularności ich spożywania oraz zachęcania dzieci do wspólnego przygotowania posiłku. Zwracano też uwagę na zachowania rodziców wpływające negatywnie na zachowania żywieniowe dziecka, takie jak: „narzekanie”, zmuszanie dzieci do jedzenia, nagradzanie słodyczami za zjedzenie „nielubianego” posiłku itp. Naszym spotkaniom z rodzicami przyświecało motto „Dziecko jest ojcem człowieka dorosłego”, chcieliśmy uświadomić im znaczenie prawidłowego żywienia, jak również wpływ aspektów żywieniowych na kształtowanie właściwych nawyków zdrowotnych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Opracowany program edukacji żywieniowej dla dzieci w wieku przedszkolnym jest zgodny z pod-

stawą programową wychowania przedszkolnego dla przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych [12].

Ogólnym założeniem programu było przekazanie dzieciom oraz ich rodzicom aktualnej wiedzy z zakresu prawidłowego żywienia. Uzupełnieniem celu głównego były następujące cele szczegółowe: 1. Wyposażenie w podstawowe wiadomości dotyczące zdrowia oraz funkcjonowania organizmu człowieka, 2. Ukazanie wartości zdrowia jako potencjału. 3. Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych. 4. Kształtowanie umiejętności wyboru zdrowych, wartościowych produktów spożywczych. 5. Propagowanie zdrowego stylu życia.

W tabeli 1 przedstawiono cele szczegółowe programu edukacyjnego wraz z realizowanymi treściami i zamierzonymi osiągnięciami realizacji programu (tab. 1).

Tabela 1. Założenia realizacji programu edukacyjnego dla dzieci w wieku przedszkolnym

Cel szczegółowy	Treści	Zamierzone osiągnięcia
1. Wyposażenie w podstawowe wiadomości dotyczące zdrowia oraz funkcjonowania organizmu człowieka 2. Ukazanie wartości zdrowia jako potencjału	Budowa i funkcja układu pokarmowego Rodzaje i znaczenie składników odżywczych	– dziecko rozumie potrzebę prawidłowego żywienia i jego wpływu na zdrowie – dziecko rozumie potrzebę dokładnego przeżuwania posiłku – dziecko zna drogę, jaką przechodzi pokarm w organizmie człowieka
3. Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych	Regularność posiłków Wspólne z rodziną przygotowywanie i spożywanie posiłków Codzienne spożywanie warzyw i owoców Niejedzenie przed telewizorem czy komputerem Odpowiednie dobieranie produktów na dojadanie	– dziecko rozumie i przestrzega zasad wyboru zdrowych produktów spożywczych – dziecko wie, że nie wolno w trakcie jedzenia oglądać telewizji – dziecko wie, że powinno się spożywać 5 posiłków dziennie – dziecko rozumie, dlaczego należy spożywać owoce i warzywa – dziecko rozumie, dlaczego nie powinno się jeść słodyczy w nadmiarze
4. Kształtowanie umiejętności wyboru zdrowych, wartościowych produktów spożywczych	Zasady komponowania prawidłowych posiłków	– dziecko potrafi wybrać produkty zdrowe spośród niezdrowych – dziecko zna produkty wartościowe dla zdrowia – dziecko potrafi samo skomponować swój zdrowy posiłek
5. Propagowanie zdrowego stylu życia	Harwardzka piramida zdrowego żywienia	– dziecko chętnie jada produkty z podstawy piramidy, a w szczególności warzywa i owoce – dziecko wie, że powinno umyć ręce i owoce przed spożyciem – dziecko wie, że żywienie jest powiązane z prawidłową masą ciała – dziecko wie, że ruch to zdrowie

Treści edukacji zdrowotnej w przedszkolu powinny być wprowadzone w sposób dostosowany do umiejętności dziecka, w tym wypadku poprzez zabawę, która ukazuje trudne zjawiska w nowych barwach, porusza wyobraźnię, budzi uczucia, pokazuje co dobre, zachęca do działania. Do najczęściej stosowanych metod realizacji treści edukacyjnych należą:

Metoda przekazu wiedzy dotycząca sposobów informowania, wyjaśniania i instruktażu, w której nauczyciel/wychowawca oddziałuje na świadomość dziecka. Istotna jest zwłaszcza w nowych sytuacjach, gdy dzieci nie mają odpowiednich doświadczeń, np. wyjście poza teren przedszkola, korzystanie w grupie z masowych środków komunikacji miejskiej.

Metoda pobudzania zachowań sprzyjających zdrowiu, która z jednej strony stawia pewne wymagania dzieciom i ich rodzicom w zakresie zachowań prozdrowotnych (czystość ciała, jego hartowanie, konieczne profilaktyczne zabiegi zdrowotne), z drugiej natomiast inspiruje dziecko do podejmowania samodzielnych prób dbania o własne zdrowie, jako najważniejszej wartości.

Metoda utrwalania pożądanых zachowań i przyzwyczajęń zdrowotnych, która polega zarówno na powtarzaniu pewnych czynności oraz zachowań w określonych sytuacjach edukacyjnych, jak i na wykorzystywaniu okazji edukacyjnych, spontanicznie prowokowanych przez dzieci.

Metody aktywizujące, które w trakcie różnorodnych zabaw z dziećmi tworzą specyficzne sytuacje i okazje edukacyjne oraz mogą wykorzystywać w naturalny sposób dziecięcą twórczą ekspresję. Istnieje wiele metod aktywizujących dzieci, np. drama, narracja, techniki twórczego myślenia (mowa ciała, burza mózgów, bricolage, lista atrybutów, przekształcenia) oraz analogia personalna, fantastyczna i symboliczna, a ponadto rozmaite konkursy i techniki plastyczne. Można tu także włączyć wiele zabaw, np. „Narysuj, namaluj, pokaż” [13].

Nie przeprowadzono jeszcze ewaluacji całości programu, zaznacza się jednak potrzeba kontynuacji pracy, przejawiająca się dużym zainteresowaniem tematem, zarówno wśród dzieci, jak i ich rodziców. Potwierdza się też potrzeba organizacji szkoleń dla pracowników przedszkoli obejmujących zasady żywienia dzieci w prewencji chorób cywilizacyjnych. Jest to istotne zwłaszcza dla pracowników kuchni, gdyż intendentki nie zawsze mają wiedzę z zakresu żywienia, a opierają się głównie na doświadczeniu i przyzwyczajeniach żywieniowych, niekoniecznie zgodnych z aktualnymi zaleceniami [14].

Należy pamiętać, że edukacja zdrowotna to fundamentalne prawo socjalne dziecka zagwarantowane zapisami *Konwencji o prawach dziecka*. Doświadczenia wielu krajów pokazują, że jednym ze sposobów

urzeczywistniania zaleceń *Konwencji* jest tworzenie warunków umożliwiających dzieciom korzystanie z przysługujących im praw. Edukacja zdrowotna dzieci powinna być zatem rozpatrywana jako długofalowa „inwestycja” w zdrowie społeczeństwa [2], przy czym trzeba ją rozpoczynać wspólnie z całym środowiskiem, w którym rozwija się dziecko. Edukacja żywieniowa, realizowana na wszystkich etapach rozwoju człowieka, począwszy od wczesnych lat dziecięcych, ma ogromne znaczenie, dlatego tak ważne jest jej rozpowszechnianie.

WNIOSKI

Prezentowany program edukacji żywieniowej uwzględnia integrację całego środowiska biorącego udział w rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym.

Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych i wczesne rozpoznanie zaburzeń w odżywianiu się wymaga współpracy wielu specjalistów.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Żuchelkowska K, Wojciechowska K. Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych. Wyd. Margrafesen, Bydgoszcz 2000; 152.
- [2] Wagner N, Meusel D, Höger Ch i wsp. Health promotion in kindergarten children: an assessment of evaluated projects in Germany. *J Public Health* 2005; 13: 291–295.
- [3] Weker H, Rudzka-Kańtoch Z, Srućńska M i wsp. Żywnienie dzieci w wieku przedszkolnym. Ogólna charakterystyka sposobu żywienia. *Roczn PZH* 2000; 51: 337–383.
- [4] Gronowska-Senger A, Drywień M, Hamułka M. Analiza stanu żywienia dzieci w wieku w przedszkolnym i szkolnym w oparciu o istniejące piśmiennictwo z lat 1980–1995. *Roczn PZH* 1998; 49: 337–383.
- [5] Koziol-Kozakowska A, Schlegel-Zawadzka M. Jakościowa ocena jadłospisów przedszkolnych w regionie Krakowa. *Żyw Człow Met* 2007; 1/2: 133–138.
- [6] Cooke LJ, Wardle J, Gibson EL i wsp. Demographic, familiar and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Publ Health Nutr* 2003; 7 (2): 295–302.
- [7] Piórecka B, Żwirska J, Koziol A i wsp. Sposób żywienia i stan odżywienia dzieci w wieku przedszkolnym w regionie krakowskim. W: *Fizjologiczne uwarunkowania postępowania dietetycznego cz. 2*. Red. E Bartnikowska, A Brzozowska, J Gromadzka-Ostrowska i wsp. Wyd. SGGW, Warszawa 2004; 629–634.

- [8] Kozłowska-Wojciechowska M, Makarewicz-Wujec M. Badanie preferencji żywieniowych dzieci w wieku przedszkolnym. *Roczn PZH* 2005; 56(2): 165–169.
- [9] Jeżewska–Zychowicz M. Zachowania żywieniowe konsumentów, a proces edukacji żywieniowej. Wyd. SGGW, Warszawa 1996.
- [10] Ignatczyk D. Potrzeba edukacji żywieniowej dzieci w wieku 6 lat. Materiały Konferencji Naukowej „Budowanie partnerstwa dla zatrudnienia w Zdrowiu Publicznym”, Kraków 27–28 listopada 2003.
- [11] Turlejska H, Pelzner U, Szponar L i wsp. Zasady racjonalnego żywienia – zalecane racje pokarmowe dla ludności w zakładach żywienia zbiorowego. Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o.o., Gdańsk 2004.
- [12] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dn. 1 grudnia 1999 r Dz. U. Nr 2 z 17 stycznia 2000 r., poz.18. Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych.
- [13] Dutkiewicz K, Kamińska K. Edukacja Zdrowotna. Program przeznaczony do przedszkoli. Wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa 2001.
- [14] Chalcarz W, Hodyr Z, Drabikowska-Śrama A. Wiedza żywieniowa pracowników przedszkoli. *Nowa Med* 1999; 6(7): 62–67.

Adres do korespondencji:

mgr Agnieszka Kozioł-Kozakowska
Zakład Żywienia Człowieka
Instytut Zdrowia Publicznego WNoZ CMUJ
31-531 Kraków, ul. Grzegorzeczka 20
e-mail: agnieszkakoziol@cm-uj.krakow.pl

SPRAWOZDANIE Z II MIĘDZYINTERNACJONALNEJ KONFERENCJI NAUKOWEJ „RUŽOMBERSKÉ ZDRAVOTNÍCKE DNI 2007”

REPORT FROM THE SECOND INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE “RUŽOMBERSKÉ
ZDRAVOTNÍCKE DNI 2007”

Bożena Zboina¹, Halina Król²

¹ Zakład Profilaktyki w Ginekologii i Położnictwie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Tomasz Soszka

² Zakład Badań Wieku Rozwojowego, Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska

W dniach 9–10 listopada 2007 roku odbyła się druga Międzynarodowa Konferencja Naukowa, organizowana przez Wydział Zdrowia Katolickiego Uniwersytetu w Ružomberoku, przy współpracy miejscowego Szpitala Wojskowego. Uroczystego otwarcia konferencji dokonał Dziekan Wydziału Zdrowia prof. Anton Lacko. Po raz pierwszy zaproszonymi uczestnikami byli prelegenci z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego. Miało to szczególne znaczenie, gdyż zostało w tych dniach zawarte porozumienie o współpracy pomiędzy powyższymi Wydziałami.

Głównym celem konferencji było przedstawienie badań własnych jej uczestników, wynikających z najnowszego poznania wiedzy z zakresu medycyny w odniesieniu do pracy w pielęgniarstwie, oraz wypracowanie wniosków i założeń na przyszłość.

Na zaproszenie organizatorów zostało nadesłane ok. 100 zgłoszeń z ośrodków medycznych w kraju i za granicą. Udział tak licznej grupy profesjonalistów miał za zadanie zwrócić uwagę na istotne zagadnienia dotyczące zarówno pacjentów, jak i pracowników (etyków, lekarzy, pielęgniarki, psychologów, pracowników socjalnych). Ta wielowątkowość dwudniowych obrad została zgrupowana tematycznie tak, aby zagadnienia pokrewne były referowane w jednym bloku programowym. Tematami wiodącymi były najnowsze doniesienia z zakresu medycyny diagnostycznej, rozwoju pielęgniarstwa i zagadnienia bioetyczne.

Podczas konferencji polscy i zagraniczni prelegenci prezentowali własne doświadczenia i badania wynikające bezpośrednio z wykonywanej pracy za-

wodowej. Podzielili się spostrzeżeniami, przedstawili propozycje lepszego wykorzystania i wdrożenia nowych technik podejścia do diagnostyki i leczenia oraz przedyskutowali w szerokim gronie specjalistów swoje doświadczenia związane z profilaktyką, leczeniem i pielęgnacją chorych.

Podczas pierwszej sesji przedstawiono dotychczasową trzyletnią działalność Wydziału Zdrowia Katolickiego Uniwersytetu w Ružemberoku, dokonania bieżące i perspektywy rozwoju w przyszłych latach. Podkreślono, że jednym z ważniejszych osiągnięć był rozwój infrastruktury Wydziału Zdrowia, zwiększenie liczby studentów, kadry naukowo-dydaktycznej, nawiązanie współpracy z innymi wydziałami o podobnym profilu, zarówno w kraju, jak i zagranicą, oraz utworzenie Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

W następnym wystąpieniu zaprezentowane zostały doświadczenia zawodowe słowackich lekarzy pracujących w Etiopii, Ugandzie, Kenii, Haiti, Kambodży, Sudanie i ich zmagania z takimi chorobami, jak AIDS, malaria czy gruźlica. Podkreślono, że podczas swojego pobytu lekarze udzielili pomocy 90 000 pacjentom. Po zakończonej sesji tematem w dyskusji była postawa pracowników medycznych wobec problemów zdrowotnych w krajach Trzeciego Świata.

W kolejnych sesjach prelegenci przedstawili najnowsze dokonania w zakresie gerontologii, promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień. Zostały omówione czynniki warunkujące stan zdrowia osób starszych, przedstawiono ocenę zdrowia opartą na danych klinicznych obiektywnych i subiektywnych oraz postrzeganie zdrowia przez chorych w podeszłym wieku. Podkreślono

no, że zły stan zdrowia osób starszych rzutuje bezpośrednio na upośledzenie takich funkcji, jak widzenie, słyszenie, wykonywanie czynności dnia codziennego. Znajduje to swoje odbicie w stale wzrastającym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne, a szczególnie kosztochłonną hospitalizację, jak również w rosnącym zapotrzebowaniu na różnorodne usługi socjalne.

Jednym z ważniejszych działań środowisk medycznych i pedagogicznych powinna być promocja zdrowia i profilaktyka uzależnień. W swoich wystąpieniach prelegenci podkreślali narastający problem nadużywania alkoholu, palenia papierosów i stosowania różnych środków odurzających przez coraz większą liczbę młodych osób. Uznali, że większość z tych czynników, wywierających negatywny wpływ na zdrowie, można ograniczyć poprzez działania profilaktyczne rozpoczęte odpowiednio wcześnie, tj. na etapie szkoły podstawowej. Badania prowadzone wśród studentów wykazały, że nieliczni z nich brali udział w programach profilaktycznych (9,8%). Pozostali nie spotkali się z żadną formą zapobiegania uzależnieniom w czasie studiów. Prawie wszyscy respondenci widzieli potrzebę tego typu działań, dostrzegając narastający problem.

Tematyka następnej sesji dotyczyła zagadnień z zakresu pielęgniarstwa. Uczestnicy w swoich prezentacjach dużo uwagi poświęcili zagadnieniom opieki nad chorymi w różnych okresach życia, zarówno w opiece podstawowej, jak i stacjonarnej, wskazując na rolę zespołu terapeutycznego, standardy opieki pielęgniarstwa podnoszące jakość życia pacjentów i pozwalające na profesjonalną kontynuację leczenia. Zwrócono uwagę, że problem jakości życia chorych nie zamyka się w stosowaniu tylko samych środków farmakologicznych, ale również w doborze odpowiednich środków do pielęgnacji chorego oraz umiejętnym komunikowaniu się z pacjentem. Zaprezentowane w kolejnej części sympozjum przez dr Slovjakową zagadnienia dotyczące sztucznej wentylacji oraz Pana Littva, który odniósł się do bioetycznego postępowania w medycynie, ukazały znaczenie i sposoby dbania o komfort życia chorych w terminalnej fazie choroby.

W sesjach naukowych, oprócz gospodarzy konferencji, udział wzięli prof. zw. dr hab. Stanisław Głuszek – dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu AŚ oraz prodziekani dr Grażyna Nowak-Starz i dr Monika Szpringer, przedstawiając strategię edukacji polskiego pielęgniarstwa i położnictwa w świetle szkolnictwa wyższego w Europie. Zaakcentowano, że założeniem Strategii jest wykształcenie pielęgniarek o kompetencjach odpowiadających potrzebom zdrowotnym społeczeństw – w kraju, w zintegrowanej Europie i na świecie, aby mogły sprostać wyzwaniom wynikającym z nowego podejścia do promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, rozwoju społeczności, współpracy w ramach interdyscyplinarnych zespołów, dostarczania

usług zdrowotnych blisko miejsc zamieszkania i pracy. Dr Nowak-Starz podkreśliła, że cel ten może być osiągnięty po spełnieniu uniwersalnych wymogów WHO dotyczących: standardu organizacji szkół kształcących pielęgniarki, programów kształcenia, kadry dydaktycznej, bazy materialnej, wewnętrznego systemu kontroli jakości kształcenia, akredytacji uczelni oraz akredytacji indywidualnej.

Dr Małgorzata Markowska, reprezentująca Instytut Fizjoterapii, przedstawiła referat „Aktywność ruchowa jako pozytywny miernik zdrowia w świadomości studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu AŚ w Kielcach”. Podkreśliła ważność celowej aktywności ruchowej w każdym okresie ontogenezy jako efektywnego bodźca biologicznego, który powinien przynosić oczekiwany cel. Dlatego jej forma oraz ilość musi być dostosowana do wieku, płci oraz stanu fizjologicznego organizmu. Zwróciła uwagę, że indywidualnie dobrany poziom aktywności poprawia funkcjonowanie układu immunologicznego, zapobiega powstaniu otyłości, kształtuje sylwetkę, koryguje wady postawy.

Dr Aldona Kopik z Instytutu Zdrowia Publicznego zaprezentowała badania własne dotyczące diagnozy szkolnej dojrzałości umysłowej dzieci sześciolletnich w świetle badań projektu „Dziecko sześciolletnie u progu nauki szkolnej”. Badania szkolnej dojrzałości umysłowej miały na celu poznanie rzeczywistych możliwości rozpoczęcia nauki w klasie pierwszej szkoły podstawowej zarówno przez uczniów ze środowiska miejskiego, jak i wiejskiego. Ujawniono bardzo wyraźną różnicę w poziomie rozwoju umysłowego badanych na korzyść dzieci z miasta. Natomiast dr Elżbieta Cieśla w swoim wystąpieniu na temat kształtowania się wskaźników BMI i sprawności fizycznej studentów I i II roku Wydziału Nauk o Zdrowiu przedstawiła zależność zachodzącą pomiędzy wskaźnikami BMI a zdolnościami motorycznymi i sprawnością fizyczną młodzieży objętej badaniem.

Jakość życia i sprawność ruchową osób starszych w opiece długoterminowej przedstawiła dr Bożena Zboina z Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa. Otrzymane wyniki świadczyły o średnim stopniu zadowolenia badanych ze swojej jakości życia, co skłania do podjęcia szerokich działań poprawiających istniejący stan.

Wybór zawodu przez uczniów z ujemnym bilansem zdrowia omówiła mgr Halina Król. Na podstawie badań 16-latków wskazała na wartość i znaczenie zdrowia w podejmowaniu decyzji związanej z dalszą edukacją, rzutującą na przyszłe życie człowieka. Podkreśliła, że uczniowie i ich rodzice muszą wiedzieć, że dobry stan zdrowia sprzyja rozwojowi zawodowemu człowieka, natomiast jego zaburzenia mogą w przyszłości utrudnić, a nawet uniemożliwić wykonywanie wybranego zawodu (narażenia na wypadki, niepełnosprawność).

Niezbędnym działaniem ze strony nauczycieli oraz lekarzy i pielęgniarek jest zwrócenie uwagi na uświadomienie uczniom i ich rodzicom konieczności wnikliwego doboru kształcenia zawodowego zgodnego zarówno z możliwościami edukacyjnymi, jak i predyspozycjami zdrowotnymi młodego człowieka.

Na zakończenie podziękowano organizatorom za utrzymanie wysokiego poziomu merytorycznego Konferencji, a uczestników zachęcono do dalszej pracy naukowej i prezentacji swoich wyników na kolejnej sesji, którą zaplanowano za rok.

Adres do korespondencji:

dr Bożena Zboina
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: bozenazboina@poczta.fm

REGULAMIN PUBLIKACJI PRAC W „STUDIACH MEDYCZNYCH”

- Kwartalnik „Studia Medyczne” (“Medical Studies”) przyjmuje do druku prace w języku polskim i angielskim, oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, historyczne, listy do redakcji, recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, z medycyny oraz z dziedzin pokrewnych: psychologii, etyki, historii medycyny, organizacji ochrony zdrowia.
- Wszystkie prace oryginalne muszą spełniać wymogi Deklaracji Helsińskiej z 1989 r. W uzasadnionych przypadkach musi być załączona informacja o zgodzie Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badania lub przesłanie odpowiedniej dokumentacji. W opisie przypadków kazuistycznych obowiązuje zakaz podawania danych personalnych, chyba że chory wyraża na to świadomie zgodę, np. na publikowanie zdjęć.

PRZYGOTOWANIE MANUSKRYPTU (MASZYNOPISU)

Maszynopis pracy winien być przygotowany w formacie A-4. Tekst pisany czcionką 12 pkt, z zachowaniem marginesów: górny i dolny – po 2 cm, lewy – 3 cm, prawy – 4 cm. Na kartce wydruku powinno być ok. 30 wierszy, w każdym wierszu ok. 60 znaków, licząc łącznie z odstępami między wyrazami, interlinia – przynajmniej 24 pkt.

Strona tytułowa

1. Tytuł pracy: (w języku polskim i angielskim).
2. Imię (imiona) i nazwisko autora(ów), tytuły naukowe.
3. Instytucja(e), z której pochodzi praca.
4. Kierownik instytucji (tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko kierownika).

Streszczenie (w języku polskim i angielskim) dla prac oryginalnych od 200 do 250 słów w układzie: cel pracy, materiał i metody, wyniki i wnioski; dla prac kazuistycznych i poglądowych – od 100 do 150 słów).

Słowa kluczowe. 4-5 terminów indeksujących lub słów kluczowych (w języku polskim i angielskim) opisujących przedmiot pracy (jeśli to możliwe – zgodnie z Index Medicus Medical Subject Headings (MESH)).

Tekst pracy. W zależności od rodzaju, praca powinna być podzielona na:

- praca oryginalna – wstęp (wprowadzenie do zagadnienia, opis problemu i założenia), cel(e) pracy,

materiał i metody (opis projektu badania naukowego, miejsca), wyniki (o ile jest to możliwe, mogą być częściowo przedstawione w tabelarycznym układzie), omówienie (na tle aktualnego piśmiennictwa) i wnioski (nie powinny być powtórzeniem wyników pracy);

- praca kazuistyczna – wstęp, opis przypadku, omówienie i wnioski;
- praca poglądowa – wstęp, rozwinięcie omawianego tematu (problemu), wnioski.

Objętość pracy oryginalnej nie powinna przekraczać 14 stron maszynopisu znormalizowanego, pracy kazuistycznej 8 stron, a pracy poglądowej 18 stron łącznie z piśmiennictwem. W niektórych przypadkach prace mogą przekraczać limit objętości za zgodą Komitetu Redakcyjnego.

Skróty stosowane w tekście należy zawsze objaśniać przy pierwszym wystąpieniu terminu, nie należy stosować skrótów w tytule pracy. Określenia statystyczne, skróty i symbole powinny być jasno zdefiniowane.

Niezależnie od tematyki w tekście należy używać międzynarodowych nazw leków.

Wyniki badań laboratoryjnych oraz odpowiednie normy i odchylenia standardowe powinny być wyrażone w jednostkach przyjętych przez Międzynarodowy Układ Miar SI.

Tabele kombinowane, ryciny, zdjęcia, mapy, wzory itp. powinny być załączone w osobnej kopercie, również na płycie z zaznaczeniem miejsca ich umieszczenia w tekście. Rozmiar rycin 12-14 cm, tabele do formatu A4.

Podziękowania. Dotyczą osób lub instytucji, które przyczyniły się do powstania pracy, w tym źródeł finansowych, dzięki którym powstała praca. Osoby wymienione w podziękowaniach muszą dać zgodę na ujawnienie swojego nazwiska. Uzyskanie zgody należy do autorów.

Piśmiennictwo powinno być umieszczone na końcu pracy – pisane taką samą czcionką jak tekst. Układ piśmiennictwa musi być zgodny ze standardem Vancouver, tj. wg kolejności cytowania w pracy. Należy uwzględnić nazwisko, pierwsze litery imion, tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (wg Index Medicus), rok, tom i strony początkową i końcową. Jeżeli liczba autorów przekracza 3, to po 3 nazwiskach dodać: i wsp. W pracach oryginalnych i poglądowych należy uwzględnić do 40 pozycji, w kazuistycznych do 10. Każdą publikację umieszczać należy od nowego wiersza.

Przykłady prawidłowego piśmiennictwa:

– Artykuł:

Andrzejewski AM, Kolasiński Z, Bryk A i wsp. Własne 10-letnie doświadczenia w cholecystektomii laparoskopowej. *Wideochirurgia* 2006; 1: 82-9.

Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair. *Eur J Surg* 2002; 168: 684-9.

– Książka:

Franklin MA. *Thoracoscopy*. MTP Press. Lancaster, UK 1986.

– Rozdział w książce:

Bron JD. Early events in the infection of the arthropod gut by pathogenic insect viruses. In: *Invertebrate Immunity*. Ed. K Maramorosch, RE Shope. Academic Press. New York, San Francisco, London 1976; 80-111.

Orkiszewska A. Badania u chorych chirurgicznych. W: *Chirurgia dla pielęgniarek*. Red. W Rowiński, A Dziaka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 4: 48-72.

Adres do korespondencji. Na końcu pracy musi być zamieszczony adres autora oraz nr telefonu, faxu, e-mail.

Oświadczenie. Do pracy należy dołączyć oświadczenie, że nie była publikowana i że nie została złożona do druku w innym czasopiśmie oraz że autor wyraża zgodę na opublikowanie pracy w Internecie.

Odpowiedzialność prawną i merytoryczną za nieprawidłowości związane z przygotowaniem pracy ponoszą wszyscy autorzy w równym stopniu.

- Prace powinny być przesłane w 2 egzemplarzach maszynopisu i niezależnie od tego na opisanej płycie CD. Zalecane są formaty: Word pod Windows 98/2000/XP.

REDAKCYJNE OPRACOWANIE

- Wszystkie prace są recenzowane zgodnie ze współczesnymi wymogami oceny tego typu opracowań. Prace są oceniane przez recenzentów anonimowo, a autor otrzymuje z redakcji zawiadomienie o przyjęciu lub odrzuceniu pracy. Autor może podać nazwiska osób, które (jego zdaniem) nie powinny opiniować artykułu. Korekty tekstu dokonuje pierwszy autor lub jeden ze współautorów. Prace niezakwalifikowane do druku Redakcja zwraca jedynie na żądanie.
- Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac, w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych i innych oraz w Internecie.

Redakcja

PUBLICATION INSTRUCTION IN "MEDICAL STUDIES"

- The quarterly „Studia Medyczne” (“Medical Studies”) accepts for publication in Polish and English original papers, demonstrative and casuistic papers as well as historical accounts, letters to the Editor, reviews, short reports from scientific conferences devoted to medicine and related areas: psychology, ethics, history of medicine, organization of health care.
- All original papers must fulfil the requirements of the Helsinki Declaration from 1989. In justified cases information must be attached about the consent of the Bioethical Commission concerning the investigation, or relevant information should be sent. In the description of casuistic cases, it is forbidden to provide personal data, unless the patient consciously gives his or her consent, e.g. for the publication of photos.

PREPARATION OF THE MANUSCRIPT (TYPESCRIPT)

The typescript of the paper should be prepared in the format A-4. The text of the type of 12 points, with the maintenance of margins: upper and bottom – 2 cm, left – 3 cm, right – 4 cm. On the printout there should be approx. 30 lines, in every line approx. 60 signs with spaces at least 24 points.

Title page

1. Title of the paper: (in Polish and English).
2. Full name (names) of the author(s), academic titles.
3. Institution(s) from which the paper originates.
4. Head of the institution (title, degree, full name).

Abstract (in Polish and English) for original studies from 200 to 250 words in the arrangement: the aim of the study, material and methods, results and conclusions; for casuistic and demonstrative papers – from 100 to 150 words).

Key words. 4-5 index terms or key words (in Polish and English) describing the subject of the study (if possible – in compliance with Index Medicus Medical Subject Headings (MESH)).

Text of the contribution. Depending on the kind, the contribution should be divided into:

- original paper – introduction (introduction to the problem, problem description and assumptions), aim(s) of the contribution, material and methods (description of the investigation and its venue),

results (as far as it is possible, they can be partly represented in tabular arrangement), discussion (against the background of current literature), and conclusions (they should not be a repetition of results of the study);

- case study – introduction, description of case, discussion and conclusions;
- review paper – introduction, development of the problem, conclusions.

Volume of the original work should not exceed 14 pages of standardized typescript, a case studies – 8 pages, and a review paper – 18 pages including the literature. In some cases contributions can exceed the volume limit upon the agreement of the Editorial Committee.

Abbreviations in the text must be always explained at the first appearance of the term; no abbreviations can be in the title of the contribution.

Statistical data, abbreviations and symbols should be clearly defined.

Aside from of the subject matter, international names of medicaments should be used.

Findings of laboratory investigations and suitable standards and standard deviations should be expressed in units accepted by the International System of Measures SI.

Tables combined, pictures, photos, maps, examples, etc. should be attached in a separate envelope, also on the diskette with the mark of the place of their location in the text. The size of pictures is 12-14 cm; tables – up to A4 size.

Acknowledgments refer to persons or institutions who/which contributed to the creation of the study, including financial sources thanks to which it came into being. Persons mentioned in Acknowledgments must give their consent to disclose their names. Authors are responsible to obtain the consent.

Literature should be listed at end of the paper – it must be typed by the same fonts as the text. The arrangement of the literature must be compatible with the Vancouver Standard, i.e. according to the sequence of quotation in the paper. The name, initials, the title of the work, abbreviation of the title of the periodical (according to Index Medicus), year, volume, and first and final page numbers. If the number of authors exceeds 3, after the third name add: et al. In original and demonstrative papers one ought to take into account up to 40 items; in casuistic papers up to 10. Every publication must be placed from a new line.

Examples of the correct literature:

– Article:

Andrzejewski AM, Kolasiński Z, Bryk A i wsp. Własne 10-letnie doświadczenia w cholecystektomii laparoskopowej. *Wideochirurgia* 2006; 1: 82-9.

Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair., *Eur J Surg* 2002; 168: 684-9.

– Book:

Franklin HAS. *Thoracoscopy*. MTP Press. Lancaster, UK 1986.

– Book chapter:

Bron JD. Early events in the infection of the arthropod gut that pathogenic insect viruses. In: *Invertebrate Immunity*. Ed. K Maramorosch, RE Shope. Academic Press. New York, San Francisco, London 1976; 80-111.

Orkiszewska A. *Badania u chorych chirurgicznych*. W: *Chirurgia dla pielęgniarek*. Red. W Rowiński, A Dziaka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 4: 48-72.

Address for correspondence. At the end of the paper the author's address and the number of telephone, fax, and e-mail address must be given.

Declaration. A declaration must be attached to the paper that it was not published and/or submitted for publication in another periodical, and that the author assents to publish the paper on the Internet.

Legal and substantial responsibility for any errors related to the preparation of the paper shall be shared by all authors equally.

- Contributions should be sent in 2 typescript copies and on a diskette. Word for Windows 98/2000/XP is recommended.

EDITORIAL ELABORATION

- All contributions are reviewed in accordance with current requirements for the assessment of this type of elaborations. Contributions are assessed by reviewers anonymously, and the author receives a notice from the Editorial Board about acceptance or rejection of the paper. The author may provide names of persons who (in his or her opinion) should not assess the article. Corrections of the text is made by the first author or one of co-authors. Papers not qualified for print are returned only on request.
- The Publisher acquires the general exclusive copyright to print the publication including dissemination of the publication on electronic media and on the Internet.

The Editorial Board