



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

Zeszyty Naukowe

Nr 38

Łomża 2008

**WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY
ACADEMY OF AGROBUSINESS IN LOMZA**

REDAKTOR PROWADZĄCY

Mgr inż. Marek Pawłowski

RECENZENT

Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

ISBN 978-83-87492-71-7

**Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Łomża 2008**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości
wyłącznie za zgodą Wydawcy.

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży
18-402 Łomża, ul. Wojska Polskiego 161
Tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89
E-mail: rektorat@wsa.edu.pl

SPIS TREŚCI

1. **Krzysztof Bandzul, Kazimierz Bandzul, Anna Poznalska**
IgE-zależna nadwrażliwość pokarmowa i/lub wziewna u dzieci
hospitalizowanych w Oddziale Dziecięcym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży5
2. **Aleksandra Engler**
Podstawy odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki13
3. **Andrzej Gomuła**
Wpływ hormonów płciowych i neurotransmiterów na funkcje
i zachowania seksualne25
4. **Alicja Palczewska**
Prowadzenie dokumentacji medycznej przez pielęgniarki
w podstawowej opiece zdrowotnej43
5. **Bartosz Pędziński, Andrzej Szpak, Waldemar Pędziński**
Wykrywalność chorób i czynników ryzyka chorób układu krążenia
w programie profilaktycznym NFZ w podstawowej opiece zdrowotnej51
6. **Stanisław Sosnowski, Elżbieta Janicka**
Problem wypalenia zawodowego58
7. **Stanisław Sosnowski, Bożena Główka**
Rehabilitacja mowy u osób po udarach mózgu63
8. **Kamila Trzecińska, Ewa Falkowska-Pijagin**
Stres u pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych
i niezabiegowych Szpitala Wojewódzkiego w Łomży68
9. **Maria Wilińska**
Karmienie piersią – najlepsze dla dziecka.....85
10. **Maria Wilińska**
Dziecko z Płodowym Zespołem Alkoholowym.....97
11. **Justyna Wszyńska, Ewa Falkowska-Pijagin**
Starzenie się społeczeństwa jako problem zdrowia publicznego.....104

IgE-zależna nadwrażliwość pokarmowa i/lub wziewna u dzieci hospitalizowanych w Oddziale Dziecięcym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży

Krzysztof Bandzul, Kazimierz Bandzul, Anna Poznalska

Streszczenie

W Oddziale Dziecięcym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży rocznie hospitalizowanych jest około 1780 pacjentów w wieku od 1 miesiąca do 18 roku życia. Na podstawie wywiadu oraz badania klinicznego wyodrębniono grupę dzieci, u których podejrzewano IgE-zależną nadwrażliwość pokarmową i/lub wziewną. Grupa liczyła 289 dzieci w wieku do 18-go roku życia.

U wszystkich pacjentów z tej grupy określono stężenie IgEc w surowicy krwi.

IgE-zależną nadwrażliwość potwierdzono u 117 pacjentów (40,5%), u 172 dzieci (59,5%) stężenie całkowitego IgE było w normie. Przeprowadzono analizę częstości występowania poszczególnych objawów klinicznych w obu grupach. W grupie dzieci z podwyższonym stężeniem IgEc w surowicy krwi wykonywano punktowe testy skórne oraz oznaczano stężenie IgE specyficznych. Z przeprowadzonych badań wynika, że oznaczanie stężenia IgEc w surowicy krwi u pacjentów z objawami klinicznymi sugerującymi podłoże alergiczne ma charakter badania przesiewowego. U dzieci z tej grupy wskazane jest przeprowadzenie szczegółowej diagnostyki alergologicznej (IgEs, PTS). Oznaczanie IgE jest badaniem bardziej przydatnym u dzieci do 3 roku życia.

Słowa kluczowe: nadwrażliwość IgE-zależna, dzieci, młodzież.

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się stale wzrastającą liczbę zachorowań na choroby alergiczne, ale również dokonał się istotny postęp w zrozumieniu patomechanizmów alergii, w diagnostyce, jak i terapii chorób alergicznych. Lekarz podstawowej opieki medycznej w swojej codziennej praktyce staje coraz częściej przed problemem ich diagnostyki i leczenia. Objawy kliniczne w dużej mierze zależne są od wieku dziecka, co tłumaczy teoria marszu alergicznego.

U niemowląt najczęściej występują objawy atopowego zapalenia skóry, obturacyjnego zapalenia oskrzeli, alergii pokarmowej. U dzieci starszych częściej rozwija się astma oskrzelowa i alergiczny nieżyt nosa. Na poszczególnych etapach rozwoju dziecka odgrywają rolę różne alergeny. W pierwszych 3-latach życia dominujące znaczenie mają alergeny pokarmowe np.: mleko, jaja, mięso. U dzieci starszych i osób dorosłych najczęstszymi alergenami stymulującymi rozwój reakcji alergicznej są alergeny wziewne, takie jak roztocza kurzu domowego, pyłki roślin i inne. W ustalaniu przyczyny objawów klinicznych należy uświadomić sobie, że pewne symptomy chorób alergicznych występują również w nadwrażliwości niealergiczej, która nie ma tła immunologicznego [Johanson i in. 2001]. Alergia ma miejsce wtedy, kiedy objawy chorobowe są wynikiem mechanizmów immunologicznych, takich jak IgE-zależnych, IgG-zależnych oraz komórkowych. W przypadkach przewlekłych i nawracających objawów chorobowych dotyczących różnych układów i narządów należy podejrzewać patomechanizm alergiczny. Przeprowadzona wówczas diagnostyka ma na celu wykrycie alergenu, wczesne rozpoczęcie leczenia choroby oraz zminimalizowanie jej następstw przez zahamowanie marszu alergicznego.

W 1967 roku opisano nową klasę przeciwciał, którym nadano nazwę IgE. Odkrycie to zapoczątkowało dynamiczny rozwój badań nad mechanizmami chorób alergicznych, a opracowane metody pozwoliły na precyzyjne określanie stężenia tych przeciwciał.

U dzieci najczęściej odgrywają rolę mechanizmy immunologiczne IgE-zależne [Kaczmarski i Matuszewska 2000], [Host 2003]. Całkowite stężenie IgE nie jest swoistym wskaźnikiem dla chorób alergicznych, należy wziąć pod uwagę również takie stany chorobowe jak: infestacje pasożytnicze, zespół nerczycowy, szpiczak IgE, zespół Wiskott-Aldricha, zespół hiperimmunoglobulinemii E. Negatywny wynik IgE nie wyklucza tła alergicznego choroby, bowiem inne typy mechanizmów immunologicznych (w tym IV wg Gella-Coombsa) mogą odpowiadać za rozwój objawów chorobowych.

Większe znaczenie diagnostyczne ma określenie swoistych przeciwciał IgE. Potwierdzeniem ich obecności w skórze są dodatnie wyniki punktowych testów skórnych (PTS), które pozwalają wykryć uczulenie lub je potwierdzić. Jednak ujemny wynik testów skórnych czy IgE specyficznych w surowicy krwi, nie eliminuje przyczyny alergicznej objawów chorobowych. Polskie Towarzystwo Alergologiczne (PTA) określiło technikę wykonania PTS oraz zaleca stosowanie jedynie wyciągów alergenowych wystandaryzowanych [Kruszewski i in. 2003]. Eksperti PTA wskazują na zachowanie dużej ostrożności w interpretacji PTS wykonywanych z alergenami pokarmowymi. Reakcje alergiczne na pokarmy u dzieci zachodzą wg różnych mechanizmów immunologicznych.

Chandra podaje, że 48% są to reakcje IgE-zależne, w 18%-reakcje typu komórkowego, w 6% reakcje cytotoksyczne, w 10%-reakcje z udziałem kompleksów immunologicznych, a w 20% reakcje alergiczne obejmujące więcej niż jeden typ reakcji immunologicznej [Chandra i in.1993].

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie przydatności oznaczania stężenia IgEc u pacjentów z objawami klinicznymi ze strony różnych narządów i układów, sugerującymi podłoże immunologiczne.

Material i metody

Badaniem objęto 289 dzieci hospitalizowanych w Oddziale Dziecięcym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, w tym 142 dziewczynki /49,2%/ i 147 chłopców /50,8%/, w wieku od 1-go do 18-go roku życia. Do grupy badanej zakwalifikowano pacjentów, u których zebrany wywiad wskazywał na nadwrażliwość IgE- zależną pokarmową i/lub wziewną, manifestującą się objawami ze strony układu pokarmowego, oddechowego, skóry oraz innych narządów. U wszystkich pacjentów określono stężenie całkowitego IgE w surowicy krwi. U dzieci, u których wywiad wskazywał na określony alergen jako przyczynę objawów klinicznych, oznaczano stężenie IgE specyficzne i/lub wykonywano punktowe testy skórne (PTS). Jako wskazanie do oznaczania IgEs przyjęto:

1. Dzieci do 2-go roku życia (PTS wykonywano >2 r.ż.);
2. Pacjenci z ujemnymi wynikami PTS, u których wywiad wskazywał na określony alergen jako przyczynę objawów klinicznych;
3. Dzieci w trakcie leczenia lekami przeciw histaminowymi.

Do oznaczania stężenia IgEc wykorzystano aparat VIDS firmy BioMerieux metodą immunoenzymatyczną (VIDAS TOTAL IgE) odnosząc wynik do norm wg Rzepkowskiej [Rzepkowska 1996].

PTS wykonywano u pacjentów z dodatnim wynikiem IgEc, u których wywiad wskazywał na uczulenie IgE-zależne. Wykorzystano w PTS alergeny firmy Biomed: mleko, białko jaja kurzego, mąka pszenna, żytnia, kakao, mięso kurze, orzeszki ziemne, orzech laskowy, owoce cytrusowe, pomidor, roztocza kurzu domowego, mączne, trawy, żyto, brzoza, leszczyna, olcha, bylica, babka lancetowata, pierz, sierść zwierząt, pleśnie. Poprzez krople alergenu nakłuwano lekko skórę dziecka jednorazowym, sterylnym lancetem Prick-Test, wykonując badanie na przedramieniu dziecka. Wyniki testów odnoszono do kontroli dodatniej (histamina) i ujemnej (sól fizjologiczna). Jako dodatni wynik badania uznawano bąbel o średnicy równej lub

przewyższającej próbę dodatnią. Badania nie wykonywano w przypadkach terapii lekami przeciw histaminowymi lub zbyt krótkiego czasu od ich odstawienia.

W badaniu podmiotowym zwracano szczególnie uwagę na następujące objawy: ulewania i wymioty, brak apetytu, kolki jelitowe, bóle brzucha, biegunki, kaszel, chrypka, chrapanie, przewlekły katar, sapka, nawracające infekcje dróg oddechowych, duszności, nawracające zapalenie uszu, świąd skóry, wysypka o charakterze wyprysku, pokrzywki.

Analizowane dzieci podzielono na dwie grupy:

1. Dzieci z podwyższonym poziomem IgEc w surowicy krwi.
2. Dzieci z prawidłowym stężeniem IgEc.

W obu grupach dokonano podziału pacjentów na 3-letnie przedziały wiekowe.

Wyniki

W analizowanej grupie dzieci z objawami sugerującymi nadwrażliwość IgE – zależną, u 117 pacjentów (40,5%) stwierdzono dodatni wynik całkowitego IgE w surowicy krwi, u 172 dzieci (59,5%) stężenie całkowitego IgE w surowicy krwi było w normie.

Tabela 1.
Częstość występowania dodatniego wyniku IgEc w analizowanych grupach wiekowych.

Table 1.
Prevalence of positive IgE-total In analysed age groups.

Rok życia	Pacjenci z dodatnim wynikiem IgEc /n=117/	
	n	%
0-3	36	32,5
4-6	26	22,2
7-9	25	20,5
10-12	12	10,3
13-15	12	9,4
16-18	6	5,1

W grupie dzieci z podwyższonym poziomem IgEc w surowicy krwi najbardziej liczny był przedział wiekowy 0–3 lata, wynosił on 38 pacjentów (32,5%), w następnych przedziałach wiekowych liczba dzieci zmniejszała się, najmniej liczny był przedział 16-18 rok życia, który wynosił 6 dzieci (5,1%).

W grupie 117 dzieci z dodatnim wynikiem IgEc było 57 dziewczynek (48,7%) i 60 chłopców (51,3%). Największy odsetek stanowiły dzieci z przedziału wiekowego 1–3 lata dla obu płci.

Objawy kliniczne występujące u dzieci z podwyższonym stężeniem IgE w surowicy krwi pochodziły najczęściej z dróg oddechowych, przewlekły kaszel u 38 pacjentów (32%), u 15,4% tylko napady kaszlu w porze nocnej, u 20% dzieci nawracające infekcje górnych dróg oddechowych.

Tabela 2.
Częstość występowania dodatniego wyniku IgEc u dziewczynek i chłopców
w poszczególnych przedziałach wiekowych.

Table 2.
Prevalence of positive IgE-total related to sex and age.

Rok życia	Dziewczynki z dodatnim wynikiem IgEc (n=57)		Chłopcy z dodatnim wynikiem IgEc (n=60)	
	n	%	n	%
0-3	17	14,5	19	16,2
4-6	8	6,8	18	15,4
7-9	12	10,3	13	11,1
10-12	7	6	5	4,3
13-15	8	6,8	4	3,4
16-18	5	4,3	1	0,9

Tabela 3.
Częstość występowania poszczególnych objawów klinicznych w grupach dzieci
z IgEc dodatnim i z IgEc ujemnym.

Table 3.
Prevalence of particular clinical symptoms In groups of children
with positive or negative IgE-total.

Objawy kliniczne	Pacjenci z dodatnim IgEc (n=117)		Pacjenci z ujemnym IgEc (n=172)	
	n	%	n	%
Kaszel przewlekły	38	32	32	19
Napadowy kaszel nocny	18	15	3	2
Nawracające infekcje górnych dróg oddechowych	24	20	41	24
Nawracające zapalenie oskrzeli i/lub płuc	8	7	7	4
Brak apetytu	5	4	13	7
Ulewania i wymioty	11	9	22	13
Biegunki	5	4	6	3
Bóle brzucha	22	19	29	17
Przerośnięte migdałki podniebienne	9	8	15	9
Przerośnięty migdałek trzeci	2	2	5	3
Przewlekłe zapalenie spojówek	5	4	0	0
Przewlekły katar	12	10	20	12
Napady duszności wydechowej	18	15	12	7
Atopowe zapalenie skóry	18	15	21	12
BMJ <3pc	10	8	5	3

Wśród pacjentów z podwyższonym poziomem IgEc u 28 dzieci było podwyższone stężenie IgEs, co stanowiło 24% pacjentów. Najczęściej dodatni wynik IgEs dotyczył alergenów jaja kurzego i mleka krowiego (Tab. 4).

Tabela 4.
Częstość występowania podwyższonego poziomu IgE specyficznego w grupie dzieci z dodatnim IgEc.

Table 4.
Prevalence of increased level of IgE-specific in groups of children with positive IgE-total.

Alergeny	Dzieci pacjentów z IgEc dodatnim (n=117)	
	n	%
Mleko krowie	5	5
Jaja kurze	8	7
Mięso wieprzowe	3	1
Mięso kurze	3	1
Mięso wołowe	1	1
Gluten	5	4
Banan	1	1
Jabłko	2	2
Czekolada	1	1
Pomarańcze	0	0
Truskawki	0	0
Pomidory	0	0

Tabela 5.
Obecność dodatnich PTS u pacjentów z podwyższonym poziomem IgEc.

Table 5.
The presence of positive PTS In patients with increased level of IgE-total.

Alergeny	Liczba pacjentów z wykonanymi PTS		Liczba pacjentów z dodatnimi PTS		Liczba pacjentów z ujemnymi PTS	
	n	%	n	%	n	%
Żyto	61	52	8	7	53	45
	61	52	10	9	51	43
Leszczyna	61	52	8	7	53	45
Bylica	61	52	11	9	50	43
Babka lancetowa	61	52	2	2	59	50
Pierze	57	49	3	3	54	46
Sierść	57	49	2	2	55	47

Pleśnie	60	51	6	5	54	46
Mleko	57	49	0	0	57	49
Jaja kurze	57	49	0	0	57	49
Kakao	57	49	1	1	56	48
Mąka żytnia	19	16	0	0	19	16
Mąka pszenna	57	49	1	1	56	48
Mięso kurze	57	49	0	0	57	49
Owoce cytrusowe	57	49	1	1	56	48
Banany	57	49	0	0	57	49
Pomidory	57	49	0	0	57	49
Roztocza kurzu dom.	62	53	16	14	46	39
Roztocza mączne	62	53	15	13	47	46
Trawy	61	52	10	9	51	42

U około 50% pacjentów z dodatnim wynikiem IgEc wykonano punktowe testy skórne. W grupie dzieci, u których wykonano PTS, wyniki dodatnie najczęściej były z alergenami roztoczy kurzu domowego, mącznymi oraz pyłkami drzew i traw.

Omówienie

W analizowanej grupie 289 dzieci z najczęściej obserwowanymi objawami alergii skórnej, dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, wykazano podwyższone stężenie IgEc w surowicy krwi u 117 pacjentów (40,5%). Podwyższony poziom IgEc wskazuje jedynie na predyspozycję do występowania chorób atopowych. Z przeprowadzonych przez nas badań wynika, że płeć dziecka nie ma większego znaczenia na poziom stężenia IgEc w surowicy krwi. Dziewczynek z dodatnim wynikiem IgEc było 57 (48,7%), a chłopców 60 (51,3%). Objawy kliniczne występujące u dzieci z alergią IgE-zależną są różnorodne, ale w badanej grupie dzieci najczęściej pochodziły z dróg oddechowych, u 32,5% pacjentów był to przewlekły kaszel, u 15,4% występowały tylko napady kaszlu w porze nocnej, co może nasuwać podejrzenie refluksu żołądkowo-przełykowego lub astmy oskrzelowej [Czerwionka-Szaflarska i Janiszewska]. W dalszej kolejności pod względem występowania częstości objawów klinicznych u dzieci z podwyższonym stężeniem IgEc, były bóle brzucha (18,8%), zmiany skórne o charakterze wyprysku atopowego (15,3%).

Analizowany wskaźnik wzrastania BMJ w tej grupie był u 8% dzieci poniżej 3pc ale brak apetytu występował u 4% badanych.

Wykonane PTS u pacjentów z podwyższonym IgEc wykazywały odczyny dodatnie przede wszystkim z alergenami wziewnymi natomiast PTS z alergenami pokarmowymi liofilizowanymi stanowiły 1%. Ocenia się, że 4-8% populacji wieku rozwojowego jest dotknięta nadwrażliwością na różne pokarmy–białka mleka krowiego, jaja, soja, zboża, mięso, ryby, owoce i warzywa. Wraz z wiekiem tolerancja pokarmów jest lepsza, a częstość uczuleń na pokarmy u dorosłych wynosi ok., 2-3% [Kaczmarski 2006].

Za około 50% reakcji alergicznych odpowiedzialny jest mechanizm IgE-zależny, co możemy badać metodami serologicznymi oraz wykonując PTS [Chandra i in. 1993]. Oznaczanie IgEc jest badaniem prostym, ale ma ograniczone znaczenie w diagnostyce chorób alergicznych, bowiem podwyższone jej stężenie obserwuje się w wielu innych chorobach, (zakażenia pasożytnicze, w stanach zaburzonej odporności, pęcherzycy, aspergillozie pęcherzykowo-płucnej i innych). Rozpoznawanie alergii IgE-zależnej u dzieci z defektem

odporności humoralnej jest utrudnione z powodu zaburzeń w biosyntezie tych przeciwciał [Siwińska-Gołębiowska i in. 2003].

Z przeprowadzonego badania wynika, że oznaczanie cIgE jest badaniem bardziej przydatnym u dzieci do 3 roku życia. Badania przeprowadzone przez Gąsiorowską i Zielińską wskazują, że oznaczanie cIgE ma mniejszą wartość u niemowląt w pierwszym półroczu życia [Gąsiorowska i Zielińska 2003]. Wg Kaczmarzkiego u około 50-60% najmłodszych chorych (0-3 lata) z nadwrażliwością pokarmową, za objawy kliniczne odpowiedzialna jest reakcja natychmiastowa (wczesna) IgE-zależna [Kaczmarzki i Matuszewska 2000], [Kaczmarzki 2006].

Wnioski

1. Oznaczanie stężenia IgEc w surowicy krwi u pacjentów z objawami klinicznymi sugerującymi podłoże alergiczne, ma znaczenie badania przesiewowego.
2. U dzieci z podwyższonym mianem IgEc w surowicy krwi jako grupie predysponującej do wystąpienia chorób atopowych, wskazane jest przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki alergologicznej (IgEs, PTS).
3. Oznaczanie całkowitego IgE jest badaniem bardziej przydatnym u dzieci do 3 roku życia.

Literatura

- Johanson S.G., Hourihane J.O., Bousquet J., et al. A revised nomenclature for allergy. *Allergy*. 2001; 56:813-824.
- Kruszewski J., Silny W., Mazurek H., Czarnecka-Operacz M. Testy skórne. In: Standardy w alergologii. The UCB Unstitute of Allergy 2003.
- Chandra R. i wsp. Food allergy and atopic diseases. *Ann. Allergy* 1993, 71, 495-497.
- Kaczmarzki M., Matuszewska, Diagnostyka.; Diagnostyka alergii i nietolerancji pokarmowej u dzieci. *Alergia, Astma, Immunologia* 2000, 5, 77-81.
- Host A., androme S et al.: allergy testing in children: why, who, when, and how? *Allergy*, 2003, 38, 1-11.
- Rzepakowska M., Epidemiologia immunoglobuliny IgE w wybranych zespołach chorobowych. *Nowa Med.* 1996, 14-16.
- Gąsiorowska J., Zielińska J.; Ocena korelacji stężenia całkowitej IgE i swoistej IgE na białka mleka krowiego u dzieci z IgE-zależną alergią. *Przegląd Pediatryczny* 2003, vol 33, NO1, 66-69.
- Siwińska-Gołębiowska H. i in.; Badania nad immunologicznym potwierdzeniem alergii u dzieci z hipimmunoglobulinemią. *Med.Wieku Rozwojowego* 2003, 7, 2. 279-289.
- Kaczmarzki M., Testy diagnostyczne, prowokacyjna próba pokarmowa i leczenie dietą eliminacyjną w nadwrażliwości pokarmowej u dzieci i młodzieży. *Przegląd Ped.* 2006. Vol.36, NO 2, 93-96.
- Szajewska H., Niepożądane reakcje na mleko krowie i gluten u niemowląt. *Nowa Klinika* 2000, 74/, 426-433.
- Bahna S.L., Milk Allergy in infancy. *Ann. Allergy* 1987, 59, 131-136.
- Czerwionka-Szaflarska M., Janiszewska T.; Częstość występowania IgE - zależnej nadwrażliwości z odpływem żołądkowo-przełykowym u dzieci i młodzieży.
- Ligęziński A., Jurkiewicz D.; Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób górnych dróg oddechowych o podłożu immunologicznym. Wydawnictwo Medyczne Urban □Partner Wrocław 1999.

Abstract***IgE-mediated alimentary and/or inhalatory hypersensitivity in children hospitalized in The Children`s Unit of The Regional Hospital in Łomża***

The approximately 1780 patients aged from 1 month to 18 years were hospitalized in The Children`s Unit of The Regional Hospital in Łomża in one year.

According to symptoms and signs the group of children with suspected alimentary and/or inhalatory hypersensitivity was excluded. The group counted 289 children up to the age of 18. All patients within this group had an estimated level of IgE total in blood serum. IgE-mediated hypersensitivity as was confirmed in 117 patients-40,5%-group I, the other 172 patients (59,5%-group II) had the normal IgE total level. The analysis of prevalence of clinical symptoms and signs in both groups was conducted. The prick skin tests and level of IgE specific were done in patients from group I (children with higher level of IgE total in blood serum).

Conclusions: This study shows that evaluation of IgE total in blood serum is of screening value. It is indicated to conduct specific allergologic diagnostic (IgEs, PTS) in children with higher IgE total level. Evaluation of IgE is more useful in children under 3 years.

Key words: Hypersensitivity IgE-mediated, children, youth.

Lek. med. Krzysztof Bandzul
E-mail: krzysiek.bandzul@op.pl
Oddział Dziecięcy Szpitala Wojewódzkiego w Łomży

Dr n. med. Kazimierz Bandzul
E-mail: kazimierzba@poczta.onet.pl, tel. 602-673-709
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Oddział Dziecięcy Szpitala Wojewódzkiego w Łomży

Lek. med. Anna Poznalska
Oddział Dziecięcy Szpitala Wojewódzkiego w Łomży

Podstawy odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki

Aleksandra Engler

Streszczenie

Praca pielęgniarki bez wątpienia wiąże się z dużą odpowiedzialnością, w wymiarze zarówno prawnym jak i społecznym.

Charakter i zakres odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki za wyrządzenie szkody pacjentowi podczas wykonywania świadczenia zdrowotnego uzależniony jest od formy wykonywania zawodu przez pielęgniarkę.

Wobec powyższego pielęgniarka może odpowiadać według reguł reżimu odpowiedzialności pracowniczej, będąc zatrudniona na podstawie umowy o pracę, bądź ponosić odpowiedzialność kontraktową, działając w oparciu o umowę cywilnoprawną.

W każdym wypadku wyrządzenia szkody na osobie pielęgniarka może ponosić także odpowiedzialność deliktową.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność, cywilna, pielęgniarka, błąd medyczny.

Pojęcie odpowiedzialności cywilnej

Praca pielęgniarki, podobnie jak praca lekarza, polega na codziennym podejmowaniu walki o zdrowie drugiego człowieka, świadczeniu usług, podczas których drobna nieuwaga może mieć tragiczny koniec. W wykonywanie zawodu pielęgniarki wpisane jest ogromne ryzyko popełnienia błędu skutkującego utratą zdrowia lub życia pacjenta. Z uwagi na okoliczność wysokiego prawdopodobieństwa wyrządzenia szkody na osobie podczas wykonywania zawodu pielęgniarki, problematyka odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki jest niezwykle ważka.

Człowiek jest istotą omylną i mimo najlepszych starań każdemu może zdarzyć się popełnienie błędu. Czasami kosztuje to czyjeś życie lub zdrowie. Naturalne jest także, że w przypadku wyrządzenia szkody, oczekujemy jej naprawienia lub rekompensaty, czyli poniesienia przez sprawcę szkody odpowiedzialności za swoje działanie. Instytucja odpowiedzialności cywilnej swe źródło ma zatem w naturalnym porządku relacji międzyludzkich.

Pojęcie odpowiedzialności cywilnej jest jedną z podstawowych instytucji, na których opiera się system prawa cywilnego, jednakże trudno odnaleźć jego jednoznaczną definicję.

Dokonując szerokiego uogólnienia można przyjąć, iż odpowiedzialność cywilna to sytuacja prawna, w której powstaje zobowiązanie jednego podmiotu do naprawienia szkody powstałej na osobie lub mieniu, wyrządzonej wskutek naruszenia norm cywilnoprawnych odnoszących się zarówno do stosunków umownych jak i pozaumownych. Wobec powyższego jest to odpowiedzialność majątkowa sprawcy wobec osoby poszkodowanej za wyrządzoną szkodę. Celem odpowiedzialności cywilnej jest kompensacja szkody, dlatego też najczęściej odpowiedzialność cywilna przyjmuje formę odpowiedzialności odszkodowawczej – sprowadzającej się do konieczności przywrócenia stanu poprzedniego, bądź, gdy jest to niemożliwe, zapłatę sumy pieniężnej (odszkodowania).

Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki

Podstawa prawna odpowiedzialności pielęgniarki wobec pacjenta uzależniona jest od łączącego oba podmioty stosunku prawnego. Z ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2001 r. Nr 57 poz. 602) można wyinterpretować szereg przedstawionych poniżej podstaw prawnych zawodowej działalności pielęgniarki i idących w ślad za nimi różnych reżimów odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną pacjentowi podczas wykonywania obowiązków zawodowych przez pielęgniarkę.

Na gruncie przywołanej wyżej ustawy pielęgniarka może wykonywać swój zawód będąc pracownikiem zakładu opieki zdrowotnej, bądź w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarek.

Zatrudnienie w zakładzie opieki zdrowotnej warunkuje wykonywanie zawodu pielęgniarki w oparciu o umowę o pracę, co stanowi podstawę dla pracowniczego reżimu odpowiedzialności pielęgniarki za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem świadczenia medycznego.

Pielęgniarka prowadząca indywidualną praktykę udziela świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowę cywilnoprawną (kontrakt), zawieraną bezpośrednio z pacjentem (w przypadkach, gdy pielęgniarka działa w gabinecie lub na wezwanie pacjenta) i/ lub zakładem opieki zdrowotnej czy też inną placówką.

Pielęgniarka działająca w oparciu o umowę cywilnoprawną zawartą bezpośrednio z pacjentem za szkody wyrządzone w związku z prowadzeniem tej praktyki ponosi pełną odpowiedzialność na ogólnych zasadach prawa cywilnego.

Odpowiedzialność pielęgniarki przyjmującej zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych jest solidarna z udzielającym zlecenie, czyli zakładem opieki zdrowotnej lub innym podmiotem.

Grupowa praktyka pielęgniarek może przyjąć formę spółki cywilnej lub spółki partnerskiej. Rodzaj spółki wpływa na charakter odpowiedzialności, która inaczej kształtuje się w odniesieniu do pielęgniarki działającej w ramach spółki cywilnej, inaczej dla pielęgniarki prowadzącej działalność w ramach spółki partnerskiej, o czym bliżej w dalszej części artykułu.

W rezultacie podstawa prawna wykonywania zawodu pielęgniarki warunkuje odpowiedzialność pracowniczą bądź odpowiedzialność kontraktową. W obu wyżej wymienionych przypadkach w określonym zakresie dochodzi do zbiegu obu rodzajów odpowiedzialności z odpowiedzialnością deliktową.

Odpowiedzialność pracownicza (regresowa)

Pielęgniarki najczęściej wykonują swój zawód w publicznym bądź prywatnym zakładzie opieki zdrowotnej, będąc zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę.

Zgodnie z treścią art. 120 § 1 kodeksu pracy (kp) za szkody wyrządzone pacjentowi przez pielęgniarkę – pracownika zakładu opieki zdrowotnej z jej winy pełną odpowiedzialność wobec pacjenta ponosi wyłącznie pracodawca.

W powyższym przypadku odpowiedzialność pielęgniarki jest odpowiedzialnością regresową, co oznacza, że pracodawca, który naprawił szkodę wyrządzoną przez pielęgniarkę ma prawo domagać się od niej zwrotu wypłaconego pacjentowi odszkodowania. Pracodawcy przysługuje prawo regresu (roszczenie zwrotne) wobec pielęgniarki.

Co do zasady, wynikającej z brzmienia art. 119 kp, odpowiedzialność pracownicza pielęgniarki podlega ograniczeniu do co najwyższej trzymiesięcznego wynagrodzenia za pracę przysługującego pielęgniarce w dniu wyrządzenia szkody.

Jednakże w przypadku, gdy szkoda została wyrządzona przez pielęgniarkę umyślnie, wówczas, pracodawca ma prawo do pełnego regresu.

W przypadku, gdy szkodę pacjentowi wyrządziło kilka pielęgniarek lub pielęgniarki działające w zespole, wówczas każda z nich ponosi odpowiedzialność wobec zakładu pracy w zakresie adekwatnym do przyczynienia się do powstania szkody oraz do stopnia winy. Jeżeli ustalenie stopnia winy i przyczynienia się poszczególnych pielęgniarek jest niemożliwe, a szkodliwe działanie każdej z nich było zawinione, pielęgniarki odpowiadają wobec pracodawcy w częściach równych (art. 118 kp).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego od chwili wejścia w życie kodeksu pracy art. 120 § 1 jest jednolicie i konsekwentnie wykładany w ten sposób, że reguluje on zagadnienie należące do dziedziny prawa cywilnego, (art. 415 kc) wyłączając roszczenia przysługujące poszkodowanej osobie trzeciej na mocy przepisów prawa cywilnego w stosunku do sprawcy szkody

- pracownika. Pracowniczy status sprawcy szkody jest więc okolicznością wyłączającą jego cywilnoprawną odpowiedzialność wobec poszkodowanej osoby trzeciej.

Powyższe stanowisko Sądu Najwyższego spotkało się z silną krytyką ze strony doktryny, której stanowisko opiera się na założeniu, iż kodeks pracy określa prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, nie pozwala na taką wykładnię art. 120 § 1, która podważa podstawowe założenia odpowiedzialności cywilnej. Zdaniem przedstawicieli nauki prawa istotą tego przepisu jest jedynie ochrona pracownika przed egzekwowaniem od niego roszczeń odszkodowawczych a ten ochronny cel odpada, gdy pracownik nie ponosi ciężaru odszkodowania, co ma miejsce w szczególności w sytuacji, gdy pracownik objęty jest ubezpieczeniem.

Z uwagi na ograniczoną objętość niniejszej publikacji, rozpatrując pracowniczy aspekt odpowiedzialności pielęgniarki za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej (pacjentowi), należy uczynić odesłanie do innych uregulowań zawierających podobne do kodeksowego ujęcie tej problematyki, a odnoszące się do pielęgniarki – funkcjonariusza w szpitalu należącym do Policji lub Więziennictwa, tj. ustawy z dnia 7 maja 1999 r. o odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej i Urzędu Ochrony Państwa (Dz. U. 1999 r., Nr 53, poz. 548) oraz do ustawy regulującej odpowiedzialność pracowniczą pielęgniarki zatrudnionej w szpitalu wojskowym, tj. do ustawy z dnia 25 maja 2001 r. o odpowiedzialności majątkowej żołnierzy (Dz. U. 2001 r., Nr 89, poz. 967)

W judykaturze Sądu Najwyższego można znaleźć szereg orzeczeń, w których przyjęto odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przez pielęgniarkę traktowaną jako podwładną zakładu lub jako funkcjonariusza.

W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 1962 r. o sygn. II CR 234/61, OSN 1963, Nr 4, poz. 83 przyjęto odpowiedzialność zakładu leczniczego za wadliwe wykonanie przez pielęgniarkę zastrzyku sulfatiazolu, skutkującego porażeniem nerwu kulszowego u pacjenta.

Podobnie w orzeczeniu z dnia 8 kwietnia 1959 r. o sygn. III CR 726/58, PiP 1961, Nr 2, s. 343 uznano odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za pielęgniarkę, która dokonała zamiany butelki z krwią, wskutek czego pacjentowi zastała przetoczona krew niewłaściwej grupy, co wywołało u chorego wstrząs poprzetoczeniowy i w konsekwencji śmierć.

Wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1971 r. o sygn. II CR 880/74, OSPiK 1976, poz. 181 orzeczono o odpowiedzialności szpitala za pielęgniarkę, która wadliwie dokonała zastrzyku butapirazolu, w wyniku którego doszło do uszkodzenia nerwu promieniowego na wysokości ramienia i w dalszej konsekwencji niedowład ręki w granicach od 15 do 20 %.

Na mocy ugody zawartej w dniu 15 listopada 1999 r. przed Sądem Wojewódzkim w Lublinie pomiędzy poszkodowaną pacjentką a gminą Lublin, przyjęto odpowiedzialność gminy za pielęgniarkę, która dokonując szczepienia przeciwko żółtacze użyła strzykawki wykorzystanej przez nią wcześniej do szczepienia przeciwko gruźlicy, wskutek czego doszło do wszczęcia małej pacjentce prątków gruźlicy, co doprowadziło do poważnych powikłań i w konsekwencji wymagało wieloletniego leczenia.

Odpowiedzialność kontraktowa (*ex contractu*)

Uwagi ogólne

Źródłem odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki wykonującej zawód w formie kontraktowej jest istniejące pomiędzy stronami zobowiązanie. Wówczas odpowiedzialność pielęgniarki opiera się na zasadach ogólnych prawa cywilnego, stanowiących, iż nienależyte wykonanie lub niewykonanie przez dłużnika (w tym przypadku pielęgniarkę) zobowiązania powoduje jego odpowiedzialność kontraktową w oparciu o art. 471 kodeksu cywilnego (kc). Wyrządzenie szkody w przypadku braku stosunku zobowiązaniowego jest czynem niedozwolonym, rodzącym tzw. odpowiedzialności deliktową (odpowiedzialność za czyny niedozwolone), mającą podstawę w art., 415 kc.

Specyfika zawodu pielęgniarki warunkuje zależność, iż nienależyte wykonanie zobowiązania umownego, stanowi jednocześnie wyrządzenie szkody na osobie w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, co bez wątplenia, zawsze jest czynem niedozwolonym. Wobec powyższego dochodzi do zbiegu odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej (art. 443 kc).

Powstanie odpowiedzialności cywilnej uwarunkowane jest zaistnieniem zdarzenia, w wyniku którego wyrządzona została szkoda o charakterze majątkowym (w omawianym przypadku na osobie) lub niemajątkowym (krzywda) i między owym zdarzeniem a szkodą zachodzi adekwatny związek przyczynowy.

Podstawy prawne odpowiedzialności kontraktowej pielęgniarki

Podstawa prawna odpowiedzialności kontraktowej uzależniona jest od formy wykonywania zawodu przez pielęgniarkę oraz od podmiotu, z jakim pielęgniarka zawiera umowę, na podstawie której udziela świadczeń zdrowotnych.

Indywidualna praktyka/ indywidualna specjalistyczna praktyka

Indywidualna praktyka pielęgniarki może polegać na prowadzeniu własnego gabinetu, działaniu na wezwanie pacjenta lub wykonywania zlecenia udzielonego przez inny podmiot w tym, na mocy art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. 2007 r., Nr 14, poz. 89), przez zakład opieki zdrowotnej.

Odpowiedzialność pielęgniarki za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych we własnym gabinecie i na wezwanie pacjenta kształtuje się jednakowo i podlega reżimowi odpowiedzialności ustanowionemu art. 471 kc tj. odpowiedzialności za niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania wynikającego z zawartej przez pielęgniarkę z pacjentem umowy zlecenia.

Pielęgniarka prowadząc indywidualną praktykę zawiera z pacjentem umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do której, na mocy art. 750 kc w zw. z art. 734 kc, stosuje się przepisy o umowie zlecenia. Zawarcie takiej umowy powoduje, że na pielęgniarcę ciąży wszelkie ogólne obowiązki, jakie ciąży z istoty zawodu na pielęgniarcę, a także dodatkowe obowiązki umowne. Na mocy umowy o powyższym kształcie pielęgniarka, jako podmiot kwalifikowany, zobowiązana jest do dołożenia wysokiej miary staranności. Oznacza to, że odpowiedzialność pielęgniarki ograniczona jest jedynie do zawinionego niedołożenia wymaganej należytej staranności. Pielęgniarka nie odpowiada za rezultat świadczenia zdrowotnego.

Mając na uwadze, iż zawód pielęgniarki niesie ze sobą wielką odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów, a skutkiem nawet małego niedopatrzenia może być konieczność wypłaty wysokiego odszkodowania poszkodowanemu pacjentowi wskazane jest, aby pielęgniarka działająca we własnym gabinecie czy na zlecenie pacjenta posiadała ubezpieczenie dobrowolne OC z tytułu zawodowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne.

Pielęgniarka, działająca jako przyjmujący zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych, na podstawie kontraktu zawartego z zakładem opieki zdrowotnej, zgodnie z treścią art. 35 ust. 5 i 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ponosi solidarną z zakładem odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie powyższego zlecenia. Solidarna odpowiedzialność pielęgniarki, jako podmiotu przyjmującego zamówienie, nie może zostać zniesiona ani ograniczona postanowieniami umownymi. Solidarność odpowiedzialności pielęgniarki wynika bowiem wprost z przepisów rangi ustawowej, co wyklucza możliwość umownej modyfikacji zakresu i charakteru tej odpowiedzialności.

Istota zobowiązania solidarnego została wyrażona w art. 366 kc. Polegającą ona na tym, że każdy z dłużników jest zobowiązany do spełnienia wobec wierzyciela całego świadczenia, tak jakby był jedynym dłużnikiem. Wierzyciel z kolei zobowiązany jest do przyjęcia świadczenia od któregośkolwiek dłużnika nawet, gdy domagał się spełnienia świadczenia od innego dłużnika. Przepis ten kreuje uprawnienie wierzyciela, w omawianej tematyce, poszkodowanego pacjenta, do wyboru dłużnika (pielęgniarki czy zakładu opieki zdrowotnej), od którego będzie żądać

spełnienia świadczenia (zapłaty odszkodowania i/lub zadośćuczynienia). Wybór ten nie może być zakwestionowany przez zobowiązanego do naprawienia szkody. Pacjent może dochodzić swego roszczenia jednym pozwem przeciwko wszystkim lub tylko niektórym dłużnikom albo odrębnymi pozwami przeciwko każdemu lub niektórym z nich (por. wyrok SN z dnia 5 listopada 1966 r., II CR 387/66, OSNCP 1967, nr 7, poz. 133).

Analogicznie kształtuje się odpowiedzialność pielęgniarki przyjmującej zlecenie na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od podmiotu innego niż zakład opieki zdrowotnej.

Wobec powyższego reżimu odpowiedzialności, pielęgniarki przyjmujące zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zarówno od zakładu opieki zdrowotnej jak i od innych podmiotów, podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej. W zależności od podmiotu zlecającego udzielenia świadczenia pielęgniarka może dokonać obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Mogą też zaistnieć przypadki, gdy pielęgniarka odpowiadać będzie jak prowadzący cudze sprawy bez zlecenia. Taka sytuacja może mieć miejsce, w wypadku, gdy pielęgniarka w nagłym wypadku, wywiąże się z obowiązku nałożonego na nią przepisem art. 19 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, który stanowi, iż pielęgniarka musi udzielić pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami zawodowymi. Pielęgniarka podejmując powyższe działania powinna zachować należytą staranność tak jak gdyby została zawarta umowa. W przypadku zawinionego wyrządzenia szkody pielęgniarka ponosi odpowiedzialność kontraktową w zbiegu z odpowiedzialnością deliktową.

Grupowa praktyka pielęgniarek

Pielęgniarki mogą również wykonywać zawód w formie grupowej praktyki, działając w ramach spółki cywilnej bądź spółki partnerskiej.

Spółka cywilna

W pierwszym przypadku, gdy pielęgniarki wykonują swój zawód jako wspólnicy spółki cywilnej, zgodnie z treścią art., 864 kc, wszystkie ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom, niezależnie od tego, która z pielęgniarek była sprawcą szkody. Solidarność wspólników polega na tym, że poszkodowany pacjent, będący wierzycielem spółki może żądać całości lub części świadczenia (odszkodowania/ zadośćuczynienia) od wszystkich wspólników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna, przy czym zaspokojenie wierzyciela przez któregokolwiek ze wspólników zwalnia pozostałych.

W związku z czym każdy wspólnik odpowiada za całość zobowiązań spółki do pełnej wysokości, całym swoim majątkiem, a więc także swoim majątkiem osobistym, odrębnym od majątku spółki.

Elementem charakterystycznym dla odpowiedzialności solidarnej wspólnika spółki cywilnej jest regres- roszczenie zwrotne wspólnika, który spełnił świadczenie wobec pozostałych dłużników solidarnych. Roszczenie zwrotne dotyczy przynajmniej takiej części spełnionego świadczenia (należnego wierzycielowi), która według treści stosunku prawnego istniejącego między dłużnikami przekracza część, do której zobowiązany był ten dłużnik.

Spółka partnerska

Pielęgniarki działające jako partnerzy w spółce partnerskiej, z mocy art., 95 § 1 kodeksu spółek handlowych, odpowiadają jedynie za własne działanie bądź zaniechanie, w wyniku którego doszło do wyrządzenia pacjentowi szkody. Zgodnie z treścią przywołanego przepisu partner spółki partnerskiej ponosi odpowiedzialność nieograniczoną osobistą tylko za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem wolnego zawodu w spółce przez niego samego. Przepis ten ustanawia odpowiedzialność partnera (pielęgniarki) za własny błąd,

a także za zobowiązania spółki stanowiące następstwo działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie jakiegokolwiek „umowy o zatrudnienie” (np. umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło), które podlegały kierownictwu tego partnera przy świadczeniu usług związanych z przedmiotem działalności spółki.

W powyższym zakresie partner ponosi solidarną odpowiedzialność ze spółką, w związku z czym odpowiedzialność pozostałych partnerów ograniczona zostaje do wysokości wartości ich wkładów do spółki.

Pielęgniarki wykonujące swój zawód zarówno jako wspólnicy w spółce cywilnej jak i partnerzy w spółce partnerskiej, które przyjmują zamówienia na świadczenia w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia powinny zawrzeć umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 3, poz. 9 i 10).

Z uwagi na wysokie ryzyko wyrządzenia szkody na osobie, pielęgniarki działające w ramach spółki partnerskiej, nieposiadające kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w celu zapewnienia sobie pełnej ochrony ubezpieczeniowej powinny posiadać ubezpieczenie dobrowolne OC z tytułu zawodowego udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne.

Odpowiedzialność kontraktowa a odpowiedzialność deliktowa

Wyżej wspomniano, iż z uwagi na specyfikę zawodu pielęgniarki odpowiedzialność kontraktowa zawsze przeplata się z odpowiedzialnością deliktową. Wyrządzenie szkody na osobie zawsze jest czynem niedozwolonym. Charakter zawodu pielęgniarki uzasadnia umowne unormowanie problematyki odpowiedzialności za wyrządzenie szkody na osobie. Jednakże w każdym przypadku wyrządzenia szkody na osobie pacjent ma prawo wyboru podstawy dochodzenia swych roszczeń. W gestii pacjenta pozostaje decyzja czy swe roszczenie oprze o reżim odpowiedzialności kontraktowej czy odpowiedzialności deliktowej.

Stopień eliminacji reguł właściwych dla odpowiedzialności deliktowej zależy od łączącego strony stosunku umownego. Zawarcie przez pielęgniarkę umowy bezpośrednio z pacjentem bądź z zakładem opieki zdrowotnej czy innym zakładem, nie uchyla norm prawa powszechnego. „Norma płynąca z art. 443 kc stanowi, iż okoliczność, że działanie lub zaniechanie, z którego szkoda wynikła, stanowiło niewykonanie lub nienależyte wykonanie istniejącego uprzednio zobowiązania, nie wyłącza roszczenia o naprawienie szkody z tytułu czynu niedozwolonego (...)”.

Wyłączna odpowiedzialność deliktowa pielęgniarki za wyrządzenie pacjentowi szkody zachodzi wówczas, gdy pielęgniarki i pacjenta nie łączy żaden stosunek umowny lub gdy pielęgniarka działa poza zakresem tego stosunku.

Najczęściej spotykanym przypadkiem braku umownego stosunku łączącego bezpośrednio pielęgniarkę z pacjentem jest udzielanie przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o pracę w publicznym bądź niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Pielęgniarka nie jest stroną umowy zawieranej z pacjentem, lecz tylko osobą trzecią wobec pacjenta.

Innym przykładem, gdy odpowiedzialność pielęgniarki ma charakter wyłącznie deliktowy to sytuacja, w której pielęgniarka naruszy dobra osobiste pacjenta, co nie pozostaje bezpośrednio w związku z samym świadczeniem zdrowotnym, ale niejako zostaje przez niego umożliwione, czego przykładem może być naruszenie tajemnicy.

Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność wyłącznie deliktową także wobec osób trzecich poszkodowanych wobec śmierci pacjenta.

Poza trzema wyżej wymienionymi przypadkami, pacjentowi zawsze przysługuje wybór podstawy, na jakiej oprze swoje roszczenie, czy będzie to przepis art. 471 kc o odpowiedzialności za niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania, czy będzie to norma art. 415 kc, stanowiąca o odpowiedzialności deliktowej.

Podstawowe przesłanki odpowiedzialność kontraktowej i deliktowej są identyczne. Obowiązek naprawienia szkody powstaje z chwilą zawinionego wyrządzenia szkody, przy czym między zachowaniem sprawcy a szkodą musi istnieć związek przyczynowy.

Przesłanki odpowiedzialności

Wina

Obiektywny element winy

Wina pielęgniarki zachodzi, gdy można jej przypisać zarówno obiektywną jak i subiektywną niewłaściwość zachowania się.

Obiektywny element wypełnia każde niewłaściwe zachowanie się. W przypadku pielęgniarki będzie to zwykle naruszenie obowiązujących przepisów lub reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej oraz etyki zawodowej, zatem każde działanie wbrew *lege artis*. Naruszenie prawa może być związane przede wszystkim z niedopełnieniem obowiązków płynących z przepisu art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, w myśl którego pielęgniarka wykonuje swój zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.

Powyższa ustawa zawiera katalog obowiązków pielęgniarki oraz zasad wykonywania zawodu pielęgniarki, naruszenie których będzie bezprawnym zawinionym działaniem. Przywołany wyżej przepis odwołuje się do konieczności przestrzegania przez pielęgniarkę zasad etyki. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej (kodeks etyki pielęgniarki i położnej) nie jest wprawdzie aktem o randze ustawowej, jednak przez poczynione w przywołanym przepisie odwołanie do rzeczonych zasad etyki, nieprzestrzeganie postanowień kodeksu etyki pielęgniarki i położnej, będzie również działaniem bezprawnym. W szczególności o winie pielęgniarki może przesądzić niezastosowanie się przez nią do podstawowych obowiązków, wynikających z kodeksu etyki pielęgniarki i położnej, jakimi są:

- obowiązek udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,
- obowiązek udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia,
- obowiązek udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.

Najczęściej obiektywnym elementem winy pielęgniarki będzie tzw. „błąd medyczny”.

Błąd medyczny jako obiektywny element winy

Pojęcie błędu medycznego

Według najbardziej ogólnej definicji błędu medycznego jest nim każde działanie pielęgniarki będące postępowaniem *contra lege artem*. W konsekwencji przyjąć należy, iż błędem medycznym jest każde zachowanie pielęgniarki niezgodne z zasadami wiedzy, przekroczenie kompetencji, bądź niedołożenie należytej staranności w wykonywaniu swych obowiązków. Tak pojmowany błąd medyczny jest podstawą odpowiedzialności prawnej pielęgniarki dopiero z chwilą, gdy w skutek zachowania wyczerpującego znamiona dopuszczenia się błędu medycznego doszło do realnego zagrożenia życia lub szkody na zdrowiu chorego. Błędy bezskutkowe, tj. takie, w wyniku których nie doszło do powstania zauważalnej szkody, nie mogą stanowić podstawy odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki a jedynie podlegają ocenie fachowców (odpowiedzialność zawodowa).

Wpływ samodzielności zawodu pielęgniarki na odpowiedzialność z tytułu błędu medycznego

Nie bez znaczenia dla problematyki odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki za popełnienie błędu medycznego, jest fakt, iż art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej przyznaje zawodowi pielęgniarki samodzielność, co jednak nie wyklucza podporządkowania, w określonych aspektach, pielęgniarki lekarzowi. Podkreślić należy, iż owo podporządkowanie

ma charakter administracyjny i nie stoi ono w opozycji do gwarantowanej ustawowo samodzielności zawodu.

Konieczność wprowadzenia do polskiego porządku prawnego powyższego uregulowania i w konsekwencji uchwalenia nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wynikała z faktu znacznego usamodzielnienia się zawodu pielęgniarki, rozszerzenia zarówno uprawnień jak i obowiązków pielęgniarek, wyższych kwalifikacji płynących z lepszego wykształcenia pielęgniarek, a także z przekształceń systemowych, jakie zaszły w służbie zdrowia, mających wpływ na formy wykonywania zawodu, o których wyżej wspomiano. Wcześniejszy akt prawny odnoszący się do zawodu pielęgniarki tj. ustawa o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r. (Dz. U. RP Nr 27, poz. 199) sytuował pielęgniarkę w rzędzie pomocniczego personelu medycznego. Pielęgniarka nie mogła dokonywać żadnych czynności leczniczych bez zlecenia lekarza, a wykonywanie zawodu pielęgniarki polegało na wykonywaniu czynności opiekuńczych, pielęgnacyjnych, instrumentalnych oraz udzielaniu, w razie nieobecności lekarza, niezbędnej pomocy w nagłych przypadkach.

W art. 4 obowiązującej ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej wyraźnie określono spektrum kompetencji z zakresu czynności leczniczych przyznanych pielęgniarce. W myśl powyższego uregulowania „1. Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. 2. Udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez: 1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych, 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych, 3) sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, 4) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, 5) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, 6) edukację zdrowotną.” Przy czym Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w Rozporządzeniu z dnia 2 września 1997 r. (Dz. U. Nr 116, poz. 750) określił zakres i rodzaj czynności o jakich mowa w art. 4 ust. 1 pkt 5 tj. świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, których pielęgniarka może dokonywać samodzielnie, bez zlecenia lekarza.

Samodzielność pielęgniarki i w konsekwencji odpowiedzialność za następstwa jej autonomicznych działań obrazuje przypadek, w którym orzekający sąd uwolnił lekarza od odpowiedzialności za śmierć chorej, do której doszło w następujących okolicznościach: lekarz polecił dyplomowanej pielęgniarce wykonanie roztworu lignokainy, mającego służyć do znieczulenia szyjki macicy. Pielęgniarka przygotowała roztwór w dziesięciokrotnie większym stężeniu, który został zaaplikowany przez lekarza pacjentce. Przyjęto, iż lekarz działał w dobrej wierze. Pacjentka zmarła. Sąd odpowiedzialnością za tę śmierć obarczył pielęgniarkę, a nie zlecającego przygotowanie roztworu lekarza, wskazując, iż do obowiązków pielęgniarki należy przygotowywanie leków do wstrzyknięć.

Na gruncie ustawy o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r., uniemożliwiającej pielęgniarkom samodzielność działania, pielęgniarka w ramach wykonywania swoich obowiązków mogła popełnić tylko jeden rodzaj błędu medycznego, jakim był błąd wykonawczy, polegający na nieprawidłowym wykonaniu poprawnego zlecenia lekarskiego.

Obecnie, przez wzgląd na szeroki wachlarz możliwości samodzielnego działania, odpowiedzialność cywilna pielęgniarki rozciąga się na przypadki wyrządzenia przez nią szkody wskutek popełnienia obok błędów wykonawczych, także błędów medycznych, należących do innej kategorii błędu decyzyjnego, zawierającego w sobie zarówno błąd diagnostyczny jak i błąd terapeutyczny, a polegającego na braku postawienia odpowiedniego rozpoznania, w sytuacji, gdy przy działaniu zgodnym z nakazami wiedzy, można by uniknąć podjęcia błędnej decyzji.

Obiektywny element winy w ramach stosunku umownego

W przypadku stosunku umownego bezprawnym zachowaniem się pielęgniarki będzie każde niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania płynącego z kontraktu.

Obiektywny element winy w odniesieniu do deliktu

W zakresie czynu niedozwolonego obiektywny element winy tkwi np. w działaniu wbrew woli pacjenta czy działanie bez wyraźnej lub domniemanej jego zgody.

Subiektywny element winy

Subiektywny element winy to nastawienie psychiczne sprawcy szkody do podjętego czynu. Zarzucając sprawcy szkody zawinione działanie bądź zaniechanie, obok wykazania braku zachowania wymaganych kryteriów staranności, należy uwzględnić także stan jego świadomości, woli oraz przewidywania skutków jego postępowania. Wobec zastosowania kryterium nastawienia psychicznego sprawcy do czynu, jakim wyrządzona została szkoda wyróżniono dwa stopnie winy: winę umyślną i winę nieumyślną.

Wina umyślna

Wina umyślna występuje, gdy sprawca swoim bezprawnym działaniem lub zaniechaniem chce wyrządzić szkodę albo co najmniej świadomie godzi się na taki skutek swojego zachowania. Sprawca szkody działa rozmyślnie. Na marginesie należy wspomnieć, iż co do zasady, ogólne warunkami ubezpieczenia, wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkody wyrządzone przez pielęgniarkę z winy umyślnej. Ponadto, w wypadku umyślnego wyrządzenia szkody przez pielęgniarkę wykonującą swój zawód w ramach umowy o pracę, pracodawca, który naprawił zaistniałą szkodę ma prawo pełnego regresu wobec pielęgniarki. Umyślność działania pielęgniarki wyłącza zatem ograniczenia odpowiedzialności ustanowione przepisami kodeksu pracy, o których wspomniano we wcześniejszej części niniejszego artykułu.

Wina nieumyślna

Wina nieumyślna występuje pod postacią niedbalstwa, polegającego na niedołożeniu wysokiej miary staranności i wiedzy wymaganej w stosunkach danego rodzaju. Istota niedbalstwa polega na tym, że sprawca nie chce wyrządzić szkody, jednak postępując lekkomyślnie lub niedbale, nie zachowuje się tak jak w danych okolicznościach należało się zachować. Nieumyślne wyrządzenie szkody ma miejsce wówczas, gdy sprawca wprawdzie miał wyobrażenie o bezprawności i szkodliwości swego działania, jednakże bezpodstawnie przypuszczał, iż skutków tych uniknie, a także, gdy sprawca w ogóle nie wyobrażał sobie, że takie skutki mogą zaistnieć, chociaż mógł i powinien mieć tego świadomość.

W orzeczeniu Sadu Najwyższego z dnia 9 stycznia 1968 r. można przeczytać orzeczenie o sygn. I CR 576/67, LexPolonica nr 319171, stwierdzono, że pielęgniarka wykazała się niedbalstwem, w sytuacji, kiedy wiedziała lub podejrzewała, że osoba, której zrobiła zastrzyk cierpi na żółtaczkę, nie zmieniła igły oraz strzykawki przed dokonaniem zastrzyku kolejnej osobie, co powinna zrobić z uwagi na ostrożność oraz obowiązującą ją szczególną staranność. W skutek powyższego działania doszło do zakażenia osoby, której wykonano zastrzyk w drugiej kolejności, wirusem typu B.

W tym miejscu warto wspomnieć, iż ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zakładają wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku dopuszczenia się przez pielęgniarkę rażącego niedbalstwa przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych, czynności i zadań zawodowych.

W praktyce umyślność w postępowaniu pielęgniarki zachodzi rzadko, a zawinione działanie pielęgniarki będzie najczęściej przejawem niedbalstwa. Postawienie sprawcy szkody zarzutu niezachowania należytej staranności (zarzutu niedbalstwa) wymaga dokonania porównania zachowania sprawcy szkody z ujętym abstrakcyjnie wzorcem postępowania. Zarzut niedbalstwa można postawić wówczas, gdy w wyniku powyższego porównania okaże się, że zachowanie sprawcy odbiegało od hipotetycznego wzorca skonstruowanego w oparciu o normy prawne i reguły postępowania właściwe dla danej grupy zawodowej (wzorec dobrej pielęgniarki) przy jednoczesnym odwołaniu się do ustalonych zwyczajów i zasad współzycia społecznego.

Niemożliwość umownego wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności pielęgniarki

Kwestią istotną dla wymiaru odpowiedzialności kontraktowej jest fakt, iż wszelkie umowne klauzule ograniczające odpowiedzialność pielęgniarki uważa się za nieważne. Ograniczenie odpowiedzialności pozostaje w sprzeczności z istotą stosunku prawnego łączącego pielęgniarkę z pacjentem, a opierającego się na zaufaniu. Ponadto, w świetle faktu, iż przy wykonaniu świadczenia zdrowotnego, do którego zobligowana jest pielęgniarka, może dojść do wyrządzenia szkody na osobie, umowne ograniczenie odpowiedzialności pielęgniarki stanowiłoby naruszenie zasad współżycia społecznego.

Szkoda

Cytowane orzecznictwo Sądu Najwyższego pozwala przyjąć, iż szkodą na osobie wyrządzoną przez pielęgniarkę może być zarażenie prątkami gruźlicy, zakażenie wirusem żółtaczkowy typu „B”, spowodowanie niedowładu ręki czy porażenia nerwu kulszowego.

Dodatkowo, szkodą będą wszelkie koszty związane z koniecznością przygotowania się do innego zawodu, straty wynikające z całkowitej bądź częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej czy też wynikające ze zwiększenia się potrzeb poszkodowanego lub zmniejszeniem się jego widoków na przyszłość.

W przypadku śmierci poszkodowanego szkodę stanowią straty, jakie ponoszą jego najbliżsi w związku z pogrzebem a także uszczerbek majątkowy polegający na utracie środków utrzymania czy pogorszenia sytuacji życiowej. Śmierć poszkodowanego wskutek błędu medycznego wiąże się także z koniecznością zadośćuczynienia krzywdzie, jaką niesie ze sobą śmierć osoby bliskiej.

Związek przyczynowy

Wyżej wspomniano, iż o odpowiedzialności nie decyduje sam fakt zawinionego wyrządzenia szkody. Odpowiedzialność pielęgniarki powstaje dopiero, gdy między jej zachowaniem a szkodą istnieje związek przyczynowy. W Polsce przyjęto teorię adekwatnego związku przyczynowego, co oznacza, że sprawca szkody ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa swojego działania lub zaniechania, z których wynikła szkoda. Przy czym za normalne skutki działania lub zaniechania uważa się takie, które zwykle występują w danych okolicznościach. Istotne jest także, że związek przyczynowy, dający podstawę odpowiedzialności pielęgniarki może być zarówno bezpośredni, jak i pośredni, ważne by nie wykraczał poza granice rzeczony normalności. Najprostszym przykładem odpowiedzialności w przypadku zaistnienia pośredniego związku przyczynowego między działaniem pielęgniarki a szkodą może być przypadek, gdy na skutek wadliwie wykonanego świadczenia zdrowotnego powstała konieczność ponownego wykonania danego zabiegu, podczas którego wyrządzono pacjentowi szkodę.

W judykaturze nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem pielęgniarki a szkodą był ustalony w sposób pewny. Przyjąć należy, że na powstanie szkody często wpływa szereg czynników, a dla odpowiedzialności pielęgniarki istotne jest, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec pozostałych czynników pozostaje niedbalstwo pielęgniarki. O zaistnieniu związku przyczynowego mówi się, gdy zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że działanie pielęgniarki spowodowało szkodę. Nie ma, zatem wymogu absolutnej pewności.

W orzeczeniu z dnia 21.III.2000 r. (I ACa 192/00, OSA 2001/1/3), Sąd Apelacyjny w Krakowie zauważył, iż „specyfikacja spraw o zadośćuczynienie strat i krzywd u pacjentów placówek zdrowia w związku z zaordynowanym im sposobem leczenia wyraża się m.in. w tym, że nie jest możliwe pozyskanie wiedzy o pewności związku przyczynowego pomiędzy pogorszonym stanem zdrowia tego pacjenta a działaniem (zaniechaniem) pracowników tej placówki. Niedośkonałość poziomu nauki i wiedzy medycznej w tych sprawach nakazuje odwoływać się do prawdopodobieństwa takiego związku”.

Problematyka odpowiedzialności pielęgniarki nie zamyka się jedynie w ramach odpowiedzialności cywilnej za wyrządzenie szkody na osobie bądź za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania.

Większość uchybień wyczerpujących znamiona błędu medycznego staje się także przedmiotem postępowania dyscyplinarnego i w konsekwencji odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki.

Ponadto działanie pielęgniarki, w wyniku którego dochodzi do wyrządzenia szkody na osobie, może wyczerpywać także znamiona przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu z rozdziału XIX Kodeksu karnego i w konsekwencji odpowiedzialności karnej pielęgniarki.

Literatura

- Bączyk – Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007;
- Filar M., Krześ S., Marszałkowska – Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004;
- Filipowska-Kejna G., *Informacja dotycząca wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w formie innej niż umowa o pracę*, http://www.boipip.org.pl/teksty/opinia_prawna.htm;
- Gersdorf M., Rączka K., Skoczyński J., *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2007;
- Jacek A., Woźnicka M., *Wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej oraz zawodu lekarza i lekarza dentystry w świetle ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Eskulap Świętokrzyski 12/2005;
- Kodeks cywilny. Komentarz, t. I*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 1997;
- Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, red. G. Bieniek, Warszawa 2003;
- Lewaszkiwicz - Petrykowska B.: *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Prawo i Medycyna 1/1999;
- Marek Z., *Błąd medyczny*, Kraków 2007;
- Nestorowicz M., *Prawo medyczne: odpowiedzialność cywilna lekarza, odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego, akty prawne*, Toruń 1996;
- Nestorowicz M., *Prawo medyczne: prawa pacjenta i obowiązki lekarzy, prawo do leczenia w Polsce i Unii Europejskiej, odpowiedzialność cywilna lekarza, odpowiedzialność cywilna pielęgniarki, położnej, personelu medycznego, odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej, odpowiedzialność gwarancyjna i ubezpieczeniowa, odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez leki*, Toruń 2007;
- Sikora D., *Obowiązkowe polisy dla szpitali, lekarzy i pielęgniarek*, Gazeta Prawna 214/2007;
- Sośniak M., *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977;
- System prawa cywilnego, t. V, Zobowiązania*, red. Z Radwański, Warszawa 2006;
- W. Czachórski, *Zobowiązania*, Warszawa 1994.

Źródła

- Kodeks cywilny, ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r., Dz.U.1964 r., Nr 16, poz. 93;
- Kodeks pracy, ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r., Dz. U. 1998 r., Nr 21 poz. 94;
- Kodeks spółek handlowych, ustawa z dnia 15 września 2000 r., Dz. U. 2000 r., Nr 94, poz. 1037;
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r., Dz. U. 2001 r., Nr 57, poz. 602;
- Ustawa o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r., Dz. U. RP Nr 27, poz. 199;
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 2007 r., Nr 14, poz. 89;
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej przyjęty Uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych;

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008 r., Nr 3, poz. 9 i 10;

Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 stycznia 1968 r., I CR 576/67, LexPolonica nr 319171;

Orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 9 stycznia 1962 r., IICR 234/61,

Biuletyn Informacyjny Sądu Najwyższego 1963/2-3 poz. 4, OSNCP 1963/4 poz. 83;

Orzeczenie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 kwietnia 1959 r., III CR 726/58, PiP 1961, Nr 2, s. 343;

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1971 r., II CR 880/74, OSPiK 1976, poz. 181;

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1966 r., II CR 387/66, OSNCP 1967, nr 7, poz. 133;

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21.III.2000 r., I ACa 192/00, OSA 2001/1/3.

Abstract

Nurse's work is undoubtedly connected with high responsibility, both in legal and social dimensions.

Character and range of nurse's civil liability for damages caused to a patient while performing medical service depends on nurse's professional activity's legal base.

Therefore liability of a nurse, who works in a medical institution, has the recourse character. Nurse – a contraahent of the civil contract is liable for the misperformance or non-performance of the agreement.

In each case of causing a damage to a person, nurse can also bear liability for committing a tort.

Mgr Aleksandra Engler
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
E-mail: aleksandra.engler@op.pl
Tel. kom. 600-402-418

Wpływ hormonów płciowych i neurotransmiterów na funkcje i zachowania seksualne

Andrzej Gomuła

Streszczenie

Funkcje i zachowania seksualne to złożone procesy zachodzące na poziomie układu nerwowego i naczyniowego. Są one ściśle związane z przemianami metabolicznymi, a cały ten system podlega kontroli hormonów płciowych i neurotransmiterów. W oparciu o piśmiennictwo oraz wyniki własnych badań przedstawiono aktualne poglądy na temat korelacji pomiędzy hormonami płciowymi i neurotransmiterami a funkcjami i zachowaniami seksualnymi. Omówiono wpływy hormonów i neurotransmiterów na seksualność zarówno mężczyzn jak i kobiet, wpływu hormonów na zaburzenia wzrodu i patologie seksualne. Przedstawiono wpływ substytucji hormonalnej na seksualność i ogólną kondycję zdrowotną człowieka.

Słowa kluczowe: hormony, neurotransmitery, seks.

* * *

Seksualność jest kompleksem procesów bio-psycho-socjalnych (61). Utrzymanie prawidłowej aktywności seksualnej regulowane jest przez system, na który składają się: układ nerwowy, naczyniowy, procesy metaboliczne i hormony (47).

Hormony płciowe mają podstawowy wpływ na prawidłowy rozwój płci zarówno psychicznej jak i somatycznej (35). Poziom testosteronu (Ts) ma kluczowe znaczenie w czasie różnicowania się płci - na poziomie płodowym decyduje o różnicowaniu płci, budowie i czynności mózgu (17, 65). Czynniki genetyczne modyfikują stężenie Ts i w ten sposób wpływają na wykształcenie się cech płciowych i zachowań seksualnych (102).

Dotychczas w naszej mentalności hormony płciowe kojarzone były jednoznacznie z narządami płciowymi i daną płcią. Estrogeny jednoznacznie łączono z Ewą, kobietą, a androgeny z Adamem – mężczyzną. Tymczasem aktywność seksualna, zarówno mężczyzn jak i kobiet, jest w istotny sposób związana zarówno z androgenami jak i estrogenami (10). Natomiast sterydy płciowe są wytwarzane nie tylko w gruczołach płciowych i nadnerczach, ale również w mózgu (84). W mózgu, w obrębie przyśrodkowego pola przedwzrokowego i podwzgórza, znajdują się receptory zarówno androgenowe jak i estrogenowe, których pobudzenie inicjuje aktywność seksualną (14, 56, 78, 122).

Hormony płciowe a seksualność mężczyzn

Androgeny odgrywają kluczową rolę w stymulowaniu i utrzymywaniu czynności seksualnych u mężczyzn. Uważa się, że istnienia normalnego libido jest nierozdzielnie związane z Ts (69, 98). W procesie starzenia się mężczyzn dochodzi do spadku stężenia Ts, co prowadzi do spadku zainteresowań seksualnych. Proces ten może być zatrzymany a nawet cofnięty poprzez zastosowanie terapii androgenowej (69).

Jednak informacje na temat roli Ts w seksualności mężczyzn nierzadko są rozbieżne. Wiadomo, że kastracja (chirurgiczna lub farmakologiczna) prowadzi do impotencji, a z drugiej strony uznaje się, że deficyt Ts ma praktycznie mało istotne znaczenie w powstawaniu zaburzeń wzrodu i libido (3, 66).

U mężczyzn poddanych kastracji chirurgicznej nie stwierdzono zmiany orientacji seksualnej. U większości zachowane zostało pobudzenie seksualne, ale spadało u nich zainteresowanie seksem współistniejące ze zmniejszeniem się częstotliwości doświadczanych orgazmów (122).

Zastosowanie substytucji Ts u mężczyzn, których brak jąder był następstwem zabiegu operacyjnego, u większości z nich prowadzi do powrotu do dobrej kondycji seksualnej i psychospołecznej (40). Spadek stężenia Ts powoduje obniżenie libido i potencji. Po wdrożeniu terapii hormonalnej u mężczyzn hypogonadalnych, w czasie kiedy stężenie Ts znacząco wzrosło, zbliżając się do górnej granicy normy, występują regularne nocne erekcje. Następuje również wzrost liczby spontanicznych erekcji i aktywności seksualnej. Przed rozpoczęciem terapii mężczyźni hypogonadali wykazywali obniżony nastrój, znaczne nasilenie depresji, napady gniewu, ogólne zmęczenie i zakłopotanie w różnych sytuacjach. W czasie terapii hormonalnej wyraźnie zmniejszał się prawie wszystkie w/w objawy – jedynie nadal utrzymywały się pewne objawy depresji (24, 106).

Inni autorzy również podają, że libido jest ściśle skorelowane z Ts, a substytucja hormonalna nasila myśli seksualne i znacząco poprawia libido (29, 58).

U mężczyzn hypogonadalnych substytucja Ts daje wyraźny efekt kliniczny w porównaniu z placebo. U pacjentów poddanych takiej terapii stwierdzono istotny wzrost nocnych i dziennych erekcji, podejmowania stosunków płciowych, masturbacji i osiągniętych orgazmów (30).

Coraz częściej można spotkać publikacje potwierdzające ścisłą korelację pomiędzy stężeniem Ts całkowitego i biodostępnego a aktywnością seksualną (61) oraz dobrze udokumentowane prace, wykazujące poprawę zarówno libido jak i czynności seksualnych w wyniku substytucji hormonalnej (29, 58). Wiadomo również, że duże dawki Ts, stosowane w celach antykoncepcyjnych, powodują wzrost pobudzenia seksualnego (5).

W badania doświadczalnych na zwierzętach wykazano, że seksualny dymorfizm mózgu gryzoni jest wynikiem wpływu sterydów płciowych w epigenecie. Działanie to jest bardziej wyraźne u samców niż u samic, a miejscem tego działania jest podwzgórze (104). Stwierdzono również, że nieodpowiednia ekspresja genów w mózgu samczych płodów szczurów doprowadziła do braku wykształcenia niektórych cech samczego zachowania się, co sugeruje genetyczne uwarunkowanie procesu maskulinizacji mózgu (104). Wykazano również, że Ts silnie wpływa na centralne neurony kontrolujące reprodukcję oraz wpływa na neurony obwodowe wywołujące odruch kopulacyjny (54).

Stwierdzono również, że luteoliberyna (LHRH) oprócz wpływu na gonadotropiny, działa jako silny regulator zachowań seksualnych u zwierząt. W dotychczasowych badaniach u ludzi nie wykazano podobnej reakcji po podaniu LHRH (85).

U mężczyzn androgeny odgrywają istotną rolę w indukowaniu zachowania odpowiedniego dla danej płci i określenia poczucia utożsamienia z własną płcią (57, 113). Proces ten jest bezpośrednim efektem działania receptorów androgenowych, i nie jest zależny od konwersji Ts do estradiolu /E-2/ (113).

Stwierdzono różnice w receptorach androgenowych w obrębie podwzgórza u obu płci. Ogólnie mężczyźni mają mocniejszą immunoreaktywność receptorów androgenowych niż kobiety. Najsilniej jest to wyrażone w obrębie ciał suteczkowatych w tylnej części podwzgórza, które to obszary mózgu jak wiemy są związane z procesami poznawczymi i zachowaniem seksualnym. Zależna od płci odmiennosc w zakresie receptorów androgenowych w ciałach suteczkowatych, jest związana z poziomami krążących androgenów a nie z orientacją seksualną lub zdolnością do identyfikacji z określoną płcią (56).

Wiemy również, że czynnikiem decydującym o seksualności mężczyzn nie jest wyłącznie stężenie Ts we krwi. Obniżenie stężenia Ts u mężczyzn eugonadalnych prowadzi do zmniejszenia aktywności płciowej i pogorszenia erekcji. Jednak u części pacjentów poddanych kastracji z powodu raka stercza przez okres kilku do kilkunastu miesięcy może się jeszcze utrzymywać aktywność seksualna (98).

W warunkach fizjologicznych, Ts jest konwertowany pod wpływem 5 α -reduktazy do dihydrotestosteronu (DHT). Jak wykazano zwiększenie stężenia samego DHT poprawia funkcje seksualne, nie wpływając równocześnie w istotny sposób na wielkość stercza (94).

Wyniki własnych obserwacji autora jednoznacznie potwierdziły, że do utrzymania prawidłowych postaw seksualnych u mężczyzn niezbędny jest E-2. Stwierdzono to u mężczyzn

poddawanych terapii hormonalnej. U pacjentów z deficytem androgenów podnoszono w celach terapeutycznych stężenie Ts. W czasie terapii następował równoległy wzrost stężenia E-2 w surowicy krwi (w wyniku naturalnego działania aromatazy). U niektórych pacjentów stężenia E-2 były na tyle wysokie, że przekraczały one granice normy dla E-2 u mężczyzn. W celu obniżenia stężenia E-2 podawałem tym pacjentom preparaty blokujące aktywność aromatazy. W efekcie takiej terapii, u mężczyzn z wysokimi stężeniami Ts, układającymi się w górnych granicach normy, przy b. niskich stężeniach E-2 wystąpił całkowity zanik libido. Równocześnie stwierdzałem u nich wyraźne zaburzenia wzdru do jego całkowitego zaniku włącznie. Wszelkie te objawy ustępowały po odstawieniu leku blokującego aromatazę, co powodowało powrót wysokich stężeń E-2.

Niektórzy autorzy podają, że w procesach aktywacji męskich zachowań seksualnych główną rolę odgrywa konwersja Ts do E-2 na poziomie mózgu, a wpływ samego Ts nie jest tak istotny (10). Zdaniem autora jest to chyba skrajne spojrzenie na problem wpływu obu hormonów na naszą seksualność.

Deficyt aromatazy, powodujący krańcowo niskie stężenia E-2, może odgrywać rolę w ich aktywności seksualnej mężczyzn, nie wpływając równocześnie na identyfikację płciową mężczyzn i orientację seksualną. U pacjentów z wrodzonym brakiem aromatazy, w czasie substytucji małymi dawkami E-2 (i tylko wtedy), stwierdzano istotne zmiany w zachowaniach seksualnych. Po podaniu estadiolu wzrastała częstotliwość odbywanych stosunków płciowych, masturbacji i fantazji erotycznych (26).

U mężczyzn z uszkodzeniem wątroby, niezwiązanym z nadużywaniem alkoholu, stwierdzano statystycznie znamienne zarówno: obniżenie wolnego oraz całkowitego Ts, jak również zaburzenia czynności seksualnych (121).

Przewlekłe nauczanie alkoholu u nastolatków staje się głównym problemem w krajach uprzemysłowionych, gdzie około 35% alkoholików ma poniżej 16 lat. U osób tych stwierdza się zaburzenia osobowości. Wykazano zmiany w stężeniach: PRL, ACTH, kortyzolu i Ts. W zależności od płci stwierdzano: u chłopców spadek stężenia Ts a u dziewcząt wzrost stężenia Ts. ACTH i PRL były dodatnio skorelowane z kortyzolem, co sugeruje, że PRL i ACTH może synergistycznie stymulować produkcję androgenów nadnerczowych. Natomiast u mężczyzn dochodzi do obniżenia stężenia testosteronu i wzrostu beta-endorfin, co sugeruje, że zaburzenia osobowości związane z nadużywaniem alkoholu mogą mieć efekt hamujący na syntezę Ts w jądrach, prawdopodobnie kontrolowany przez beta-endorfiny. Omawiane hormony są zaangażowane w rozwój drugorzędowych cech płciowych, oraz wytworzenia prawidłowych osi mózgowo-gonadalnych i nadnerczowych w okresie dojrzewania płciowego. Destrukcyjny efekt uzależnienia alkoholowego powinien być szeroko propagowany zarówno wśród młodocianych jak i osób za nich odpowiedzialnych (41).

Hormony płciowe a seksualność kobiet

Zarówno codzienna praktyka kliniczna, jak i badania naukowe wykazują, że zaburzenia seksualne u kobiet występują często (30-50%) i są zależne od wieku (93). Na seksualność kobiet wpływa wiele czynników zarówno anatomicznych i czynnościowych, a wśród nich hormony endogenne takie jak: estrogeny, Ts, siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S), progesteron, prolaktyna, oksytocyna i glukokortykosterydy (31, 32, 93). U kobiet, podobnie jak u mężczyzn, deficyty hormonalne prowadzą do stanów depresyjnych, co dodatkowo nakłada się na dysfunkcje seksualne (93).

Jak wykazano powyżej u mężczyzn, E-2 powstający w wyniku aromatyzacji Ts, jest jednym z głównych motorów seksualności. Ale kobiety mają znacznie wyższe stężenia E-2 niż mężczyźni i działanie samego E-2 nie rozwiązuje problemu. I tak jak mężczyznom niezbędny jest podstawowy hormon żeński – E-2, tak kobietom do sterowania ich seksualnością niezbędny jest główny hormon męski – Ts. Substytucja Ts ma korzystny wpływ na kondycję seksualną kobiet i stosowana jest jako uzupełnienie w leczeniu zaburzeń seksualnych u kobiet po menopauzie (87).

U kobiet terapia androgenowa wyraźnie przywraca reakcje seksualne, wzmacnia pożądanie seksualne, które są uwalniane przez czynniki zewnętrzne (39, 43, 87). W trakcie terapii należy jednak kontrolować przetłuszczanie się skóry twarzy, trądzika, hirsutyzmu oraz łysienia (87). Nawet w grupie kobiet w wieku 60-70 lat wykazano, że podwyższenie stężenia Ts jest związane ze wzmożeniem u nich pożądania seksualnych (8).

Pogląd, że zaburzenia czynności seksualnych u kobiet z hypogonadyzmem hypogonadotropowym są związane ze stężeniem Ts, oparty jest na podwójnie ślepych, randomizowanym badaniu z użyciem placebo. Stwierdzono, że pojedyncza dawka Ts podana podjęzykowo wzmacnia u nich odczucia ze strony pochwy oraz nasila podniecenie seksualne w wyniku erotycznej stymulacji wizualnej. Efekt działania Ts pojawia się z pewnym opóźnieniem, ale występuje mocny i statystycznie znamieny związek pomiędzy stężeniem Ts a wzrostem podniecenia seksualnego, i subiektywnymi odczuciami z zewnętrznych narządów płciowych, zwiększa odczucia z pochwy oraz powoduje wzrost przyjemności płynącej z odbytego stosunku. To zwiększenie odczuć z narządów płciowych może dodatkowo nasilać pożądanie seksualne (108).

U kobiet doświadczanie myśli erotycznych koreluje z potrzebą odbycia aktów płciowych. Jednak z wiekiem zmniejsza się częstotliwość masturbacji. W badaniach nad związkiem pomiędzy parametrami endokrynnymi a zachowaniami seksualnymi stwierdzono u nich dodatnią korelację pomiędzy uczuciem pragnienia do uprawiania seksu a wolnym Ts i DHT (89).

U kobiet przed menopauzą jajniki produkują około połowy krążącego we krwi Ts. Po operacyjnym usunięciu obu jajników wiele kobiet skarżyło się na zaburzenia w życiu płciowym pomimo stosowania substytucji estrogenowej. Po podaniu im Ts w formie przezskórnej stwierdzono poprawę czynności seksualnych oraz poprawę stanu ogólnego (101).

U kobiet po menopauzie lub kastracji chirurgicznej suplementacja androgenami znacząco poprawia pociąg do seksu i zwiększa satysfakcję z jego uprawiania (21, 22, 99).

Leczenie takie może jednak częściowo znieść pozytywne działanie osłaniające estrogenów na reaktywność naczyń mózgowych i profil lipidowy (83). Istnieje zgodność, że w najbliższej przyszłości powinno się prowadzić intensywne badania w celu dalszego wyjaśnienia tego problemu (12).

Fizjologicznie kobiety mają najwyższe stężenie Ts w środku cyklu miesięcznego (1). Być może w ten sposób natura wpływa na seksualność kobiet – podnosi ich libido i podniecenie płciowe, co w konsekwencji prowadzi do odbycia aktu płciowego a praktycznie służy prokreacji. Należy jednak pamiętać, że w fazie owulacyjnej kobiety mają również najwyższe stężenie E-2, co również może mieć wpływ na ich seksualność. Dotychczas brak jest danych jednoznacznie wyjaśniających to zjawisko.

Według najnowszych opracowań androgeny mają znaczący wpływ na seksualność kobiet a spadek libido jest wprost proporcjonalny do deficytu hormonalnego jaki mają te kobiety w porównaniu z grupą kontrolną kobiet w tym samym wieku ale z wyższymi stężeniami androgenów (109). Inni korelują seksualność kobiet nie tyle z samym stężeniem Ts, co stężeniem DHEA-S (31).

Ale nie wszyscy są przekonani, że istnieje zespół niedoboru androgenów u kobiet, wpływający na ich seksualność i zalecają prowadzenie dalszych badań. Równocześnie zwraca się baczna uwagę na możliwości istnienia różnych powikłań w wyniku stosowania hormonalnej terapii zastępczej u kobiet (32).

Hormony płciowe z zaburzenia wzdodu

Ts jest głównym hormonem płciowym, wpływającym zarówno na procesy przebiegające w CUN jak i na fizjologię i farmakologię wzdodu. Jest on niezbędny zarówno dla istnienia normalnego libido jak i występowania spontanicznego wzdodu oraz prawidłowego wytrysku (69, 98). Narastający z wiekiem hypogonadyzm związany jest ze spadkiem zainteresowań seksualnych i z pogarszaniem się jakości wzdodu. Stan ten może być skorygowany poprzez

suplementację Ts. Odpowiedź terapeutyczna dotyczy zarówno centralnego jak i obwodowego działania androgenów (69). Ale pomimo tego stwierdzenia praktycznie problem korelacji pomiędzy stężeniem Ts a zaburzeniami wzdru dołgu jeszcze będzie przedmiotem sporów.

Wiadomo, że wzdru dołgu zależy od sygnałów z CUN. W oparciu o badania z zastosowaniem techniki rezonansu magnetycznego, wykazującej zmiany w utlenowaniu krwi w określonych obszarach mózgu wykazano, że u pacjentów hypogonadalnych czynność mózgu pobudzona w czasie oglądania filmu erotycznego jest niższa w porównaniu do mężczyzn z prawidłowym stężeniem Ts. Wykazano również, że defekt ten może być zniwelowany po zastosowaniu suplementacji Ts (81). Ts poprzez swoje działanie zarówno na tkankę mózgową jak i na farmakologię i fizjologię, ma wpływ na mechanizmy wzdru dołgu (98). Mechanizmowi temu przypisuje się jednak niewielką rolę. Dotychczas uważano, że deficyt Ts jest przyczyną zaburzeń wzdru dołgu u ok. 4% mężczyzn do 50 r.ż. i ok. 9% mężczyzn po 50 r.ż. (25, 70).

Autor uważa, że dane te są bardzo zaniżone, i oparte są na złych kryteriach oceny stanu eugonadnego. Tu należy z całą siłą podkreślić, że o problemie hypogonadyzmu i współistniejącym z nim zjawiskiem zaburzeń wzdru dołgu najczęściej mówi się dopiero u starzejących się mężczyzn, praktycznie w wieku ponad 65 lat. Przyjmuje się przy tym zasadę, że całkowity lub względny deficyt Ts i jego metabolitów u dorosłych mężczyzn należy rozpatrywać w stosunku do indywidualnych potrzeb danego pacjenta w korelacji do jego wieku. I brak jest tu jednoznacznego stanowiska, czy opierać się na stanie klinicznym czy na wynikach badań laboratoryjnych (28).

Do niedawna istniały duże rozbieżności co do granicy od której rozpoznaje się hypogonadyzm. Przyjmowano, że deficyt Ts występuje, kiedy jego stężenie jest mniejsze od 8,67 nmol/l (103), 10,40 nmol/l (95) a nawet 12,12 nmol/l (48). Obecnie normy te są kolejny raz podważane (15).

W roku 2002 wg wytycznych ISSAM (Internationale Society of the Study of the Aging Male) przyjęto, że u mężczyzny w wieku ponad lat 50 hypogonadyzm rozpoznaje się, jeśli stężenie Ts wynosi poniżej 11 nmol/l (71). Czyli mężczyzna w wieku lat 50 i 80 ma taką samą dolną normę stężenia Ts.

Deficyt Ts, to wartość względna, a nie bezwzględna. Należałoby aktualne stężenie Ts porównać z poziomem w wieku lat ok. 30, kiedy dany mężczyzna miał najwyższe w swoim życiu stężenie Ts. I wtedy dopiero można ocenić faktyczny, indywidualnie określony deficyt Ts. Dotychczas uznawano, że po 50 r.ż. stężenie Ts obniża się ok. 1% rocznie (71). A co dzieje się w przedziale wiekowym 30-50 lat? W tym samym przedziale wieku u kobiet stwierdza się znaczące zmiany stężenia hormonów płciowych (33, 59).

To, że norma dla stężenia Ts jest ściśle indywidualna potwierdza fakt, że rozrzut w wartościach referencyjnych przekracza 400% (51). Jednym ze sposobów indywidualnej oceny deficytu Ts jest zastosowanie indexu andropauzy, porównującego stężenie Ts do LH (61, 120). Zgodnie z tym indeksem w materiale własnym 800 pacjentów stwierdziłem, że hypogonadyzm ma 40% pacjentów poniżej 50 r.ż., 55% pacjentów pomiędzy 50 a 60-tym r.ż. i 77% mężczyzn w wieku ponad 70 lat. Zastosowanie u tych mężczyzn terapii hormonalnej pozwala na znaczące, skuteczne podniesienie libido i potencji, bez stosowania żadnych dodatkowych leków.

Wszelkie powyższe dane związane z Ts dotyczyły Ts całkowitego. Przyjmując jako kryterium oceny deficytu androgenów stężenie Ts całkowitego dotychczas hypogonadyzm rozpoznawano tylko u 7% mężczyzn w wieku do 60 lat (71). Tymczasem to nie stężenie Ts całkowitego a stężenie Ts biodostępnego ma istotne znaczenie kliniczne. Jeśli za miernik kondycji androgenowej przyjąć stężenie Ts biodostępnego, to okazuje się, że 70% mężczyzn w wieku ponad 60 lat ma hypogonadyzm (72). Inni autorzy również stwierdzają, że istnieje ścisła korelacja pomiędzy stężeniem Ts biodostępnego a aktywnością seksualną (77).

W oparciu o te kryteria istnieje zadziwiająca zbieżność pomiędzy częstością występowania hypogonadyzmu a częstością występowania zaburzeń wzdru dołgu. Wg Massachusetts Male Aging Study, po dokonaniu analizy 1290 mężczyzn stwierdzono, że zaburzenia wzdru dołgu występują u 40% mężczyzn w wieku 40 lat, u 48% pięćdziesięciolatków, u 57% sześćdziesięciolatków i u 67% siedemdziesięciolatków (38).

Analiza materiału autora wykazała, że hypogonadyzm i laboratoryjne wskazania do HRT u mężczyzn występują proporcjonalnie do wieku. W wieku 40-49 lat deficyt Ts występuje u 40,6% badanych, w grupie wiekowej 50-59 lat – 55,3%, a w wieku 60-69 lat deficyt Ts ma 73,2% mężczyzn. Zastosowanie u tych mężczyzn terapii hormonalnej znacząco poprawia libido i potencję. Najnowsze źródła podają, że deficyt Ts daje dwa podstawowe objawy kliniczne: utrata libido i zaburzenia wzwodu (28). Połączenie powyższych informacji jednoznacznie wskazuje na ścisłą korelację pomiędzy stężeniem Ts (w tym głównie biodostępnego) a kondycją seksualną mężczyzny.

Dane te potwierdzają badania innych autorów, którzy twierdzą, że u dorosłych mężczyzn Ts niewątpliwie gra rolę w utrzymaniu zachowań i funkcjach seksualnych. Hypogonadyzm ma wyraźny negatywny wpływ na zachowania i funkcje seksualne, ale można temu zapobiegać lub leczyć z dobrymi efektami przez hormonalną terapię zastępczą (9, 98, 114).

Bardzo istotne jest, że wskazaniem do substytucji hormonalnej jest sam fakt występowania zaburzeń wzwodu a nie stężenie Ts (98).

Ts, poprzez swój wpływ na aktywność arginazy, indukuje w śródbłonku naczyniowym syntezę tlenu azotu, co ma bezpośredni wpływ na mechanizm wzwodu (4, 23, 42, 88). Prowadzi to do otwarcia łożyska naczyniowego, ułatwia napływ krwi do ciał jamistych i skutecznie potęguje wzwód. Ten sam mechanizm wykorzystywany jest podczas stosowania inhibitorów fosfodiesterazy typu 5 /PDE-5/ (79).

Ts ma również istotny wpływ na potencję poprzez jego wpływ na stan mięśniówki gładkiej ciał jamistych prącia. U młodych mężczyzn, bez deficytu Ts, stosunek mięśniówki do podścieliska w ciałach jamistych prącia wynosi 1:1. Długotrwały hypogonadyzm powoduje, że stosunek elementów mięśniowych do tkanki łącznej wynosi 1:5, czyli praktycznie dochodzi do zaniku mięśniówki gładkiej ciał jamistych i zwłóknienia ciał jamistych prącia (117). Prowadzi do nieodwracalnej impotencji a podawanie tym pacjentom inhibitorów PDE-5 jest praktycznie nieskuteczne.

Również inni autorzy podkreślają, że do prawidłowego działania inhibitorów PDE-5 niezbędny jest odpowiedni poziom androgenów, które z jednej strony podnoszą skuteczność inhibitorów PDE-5 a równocześnie są nieodzowne w prawidłowym działaniu mechanizmu zamykającego odpływ krwi żyłnej z ciał jamistych prącia (107).

I tu powstaje zasadnicze pytanie: co powinno być pierwszym krokiem w zapobieganiu i leczeniu zaburzeń wzwodu? Jeśli deficyt Ts doprowadzi do zwłóknienia prącia, zaniku mięśniówki gładkiej ciał jamistych i uszkodzenia mechanizmów blokujących odpływ krwi z ciał jamistych, to na co mają zadziałać inhibitory PDE-5? Jak podano powyżej deficyt Ts jest ściśle związany z obniżeniem libido. A kiedy libido jest niskie, to inhibitory PDE5 również mają ograniczoną skuteczność. W tej sytuacji logicznym postępowaniem zarówno profilaktycznym jak i leczniczym jest utrzymanie odpowiedniego stężenia Ts. Podobnego zdania są inni autorzy, którzy u pacjentów z zaburzeniami wzwodu i/lub obniżonym libido, przy równoczesnym istnieniu hypogonadyzmu, jako pierwszy krok zalecają terapię androgenami (61). Dodatkowym argumentem za stosowaniem takiego postępowania jest fakt, że u pacjentów przyjmujących inhibitory PDE5 podniesienie stężenia Ts poprawia otwarcie łożyska naczyniowego prącia, co poprawia skuteczność terapii inhibitorami PDE5 (7).

Od dawna wiadomo, że współistnienie cukrzycy nasila problem zaburzeń wzwodu. Uważano przy tym, że to cukrzyca prowadzi do obniżenia poziomu Ts (69). Tymczasem jest całkiem odwrotnie. To deficyt Ts, poprzez zmniejszenie zużycia glukozy w wyniku zmniejszenia anabolizmu tkankowego prowadzi do cukrzycy. Obniżenie stężenia Ts w wyniku orchiectomii powoduje zaburzenie w tolerancji glukozy. Praktycznie prowadzi do gwałtownego wzrostu stężenia insuliny, co jest dowodem zaburzenia gospodarki węglowodanowej (82). Obserwacja własnych pacjentów autora również potwierdza istnienie tego mechanizmu. Podniesienie poziomu Ts znacząco poprawia tolerancję glukozy – obniża się zarówno stężenie hemoglobiny glikowanej jak i insuliny.

Tak więc Ts może wpływać na seksualność zarówno w danym momencie, jak też może poprzez zmiany w procesach metabolicznych, prowadzących do zmian naczyniowych, działać ze znacznym opóźnieniem, nawet wielu lat, prowadząc do zaburzeń wzrodu (20).

Jednak pomimo przedstawionych powyżej faktów wykazujących korelację pomiędzy Ts a zaburzeniami wzrodu w piśmiennictwie można spotkać stwierdzenie, że związek pomiędzy deficytem androgenów a czynnościami seksualnymi u mężczyzn jest nadal mało zrozumiały (67).

Poglądy co do roli Ts w zaburzeniach wzrodu bywają tak rozbieżne, że ten sam preparat Ts, stosowany w leczeniu zaburzeń wzrodu, przez jednego autora oceniany jest jako bardzo skuteczny, a inny autor porównuje jego skuteczność do placebo (13, 52).

Neurotransmitery i ich wpływ na seksualność

Jak wykazano powyżej istnieje korelacja pomiędzy seksualnością a hormonami płciowymi. Ale problem nie ogranicza się wyłącznie do hormonów. Są one jedynie częścią mechanizmu. Drugim ważnym czynnikiem sterującym naszą seksualnością są neurotransmitery (50). I tylko one są w stanie szybko i skutecznie zmienić nasz nastrój seksualny. Hormony są zbyt wolnym narzędziem do tego rodzaju reakcji. Czas syntezy hormonów, licząc od momentu pobudzenia podwzgórza, następnie przysadki, synteza LH a następnie hormonów w gonadach liczony jest w godzinach. Tymczasem reakcja na pobudzenie erotyczne, pod postacią wystąpienia wzrodu czy zwiększenia wilgotności pochwy, występuje w czasie liczonym w sekundach lub minutach. Tak więc mechanizm ten nie może być oparty jedynie na zwiększeniu stężenia hormonów we krwi obwodowej, bo ten proces trwa zbyt długo.

Procesami pobudzenia seksualnego na poziomie CUN sterują neurotransmitery (50). Jednym z wielu neurotransmiterów w CUN, który ma wpływ na inicjację erekcji jest dopamina /DA/ (79).

Dochodzące do mężczyzny bodźce nadawane przez podnieconą kobietę i/lub sam akt płciowy prowadzą do uwolnienia dopaminy (DA) w co najmniej trzech różnych obszarach mózgu – w układzie prążkowiej i substancji czarnej, w układzie śródkowolimbicznym, oraz w przyśrodkowym polu przedwzrostowym /medial preoptic area -MPOA/ (50). Układ prążkowiej i substancja czarna sprzyjają aktywności somatomotorycznej; układ śródkowolimbiczny służy licznym typom motywacji; MPOA koncentruje motywację na celach specyficznie seksualnych, zwiększa efektywność i częstość odbywania stosunków płciowych oraz koordynuje odruchy genitalne. Uprzednia (ale nie koniecznie równoczesna) obecność Ts sprzyja uwolnieniu DA w MPOA zarówno w fazie wyjściowej jak i w reakcji na kobietę. Jednym z mechanizmów, dzięki któremu może dojść do wzrostu uwalniania DA jest podnoszenie przez DA syntezy tlenu azotu, natomiast tlenek azotu z kolei wzmacnia uwalnianie DA (50). Cały ten mechanizm jest dodatkowo stymulowany przez Ts, który wzmacnia produkcję DA. Ts jest więc czynnikiem wspomagającym zarówno produkcję DA jak i tlenu azotu.

Istnieje jeszcze inny mechanizm wpływający na naszą seksualność, polegający na wzajemnym oddziaływaniu pomiędzy Ts, E-2 a DA. Ts konwertowany jest do E-2 a ten przechodzi dalej w dwuhydroksyestradiol, który podnosi stopień pobudzenia receptorów dopaminowych w mózgu. Tak więc Ts ma wielokierunkowe działanie, wzmagające naszą seksualność.

U kobiet wstępne przygotowanie hormonalne (podniesienie stężenia Ts) może również podnieść poziom uwalnianej w mózgu DA, a sam stosunek płciowy może dalej podwyższyć poziom DA (50).

W badaniach doświadczalnych na zwierzętach wykazano, że DA ma istotny wpływ na stężenie Ts we krwi obwodowej. Podanie DA do trzeciej komory mózgu powoduje dwukrotny wzrost Ts we krwi obwodowej (76). Powyższe fakty jednoznacznie wykazują, że sterowanie postawami seksualnymi jest związane z wieloma czynnikami i następuje w różnych miejscach.

Oprócz czynników pobudzających naszą seksualność istnieją również czynniki obniżające, czy wręcz ją blokujące. Tak jak dopamina prowadzi do aktu płciowego, to serotonina (5-HT) blokuje naszą chęć do odbycia stosunku. Serotonina uwalniany jest w układzie

limbicznym w czasie ejakulacji. Podwyższenie 5-HT w układzie limbicznym poprzez mikroinjekcję selektywnego inhibitora ponownego wychwytu serotoniny /Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)/ przedłuża okres do rozpoczęcia aktu płciowego do ejakulacji. (50). Mechanizm ten jest wykorzystywany w leczeniu pacjentów z przedwczesnym wytryskiem, którym w celach terapeutycznych podaje się inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny /SSRI/ (63). Ale serotonina opóźniając wystąpienie ejakulacji wpływa równocześnie na opóźnienie wystąpienia orgazmu. Dane te mogą przynajmniej częściowo wyjaśniać obniżenie libido i anorgazmię u ludzi przyjmujących antydepresyjne leki oparte na SSRI (50, 112). Ilość powikłań w zakresie funkcji seksualnych u pacjentów przyjmujących SSRI dochodzi do 9% (112).

Sposób, w jaki 5-HT w układzie limbicznym obniża motywację seksualną (tzn. przedłuża okres utajenia do rozpoczęcia aktu płciowego) może polegać na zmniejszeniu uwalniania DA w głównym terminalu układu śródkowolimbicznego. Tak więc, wzajemnie odwrotne zmiany w uwalnianiu DA i 5-HT w różnych obszarach mózgu mogą odpowiednio wpływać na chęć do odbycia aktu płciowego lub wpływać na przesytność seksualną (50).

Zarówno u mężczyzn jak i u kobiet podniecenie seksualne można również rozpatrywać z punktu widzenia procesów hemodynamicznych, sterowanych przez aminy katecholowe. Podniecenie seksualne u kobiet związane jest z dopływem krwi tętniczej skoordynowany z relaksacją mięśni gładkich łechtaczki (93).

U mężczyzn mechanizm ten jest analogiczny i powoduje napływ krwi do mięśniówki gładkiej ciał jamistych prącia, które również ulegają rozkurczowi. Ale to co w czasie stosunku dokonuje się „od pasa w dół” rejestrowane jest i skoordynowane w przestrzeni zawartej między uszami.

Sam moment osiągnięcia orgazmu należy rozpatrywać w kategoriach psychologiczno-biologicznych jak i zmian występujących w obrębie narządów płciowych oraz w obrębie całego organizmu człowieka (uwzględniając w tym wszystkie emocje i odczucia) w momencie szczytu przyjemności seksualnej (93).

W momencie osiągnięcia orgazmu dochodzi do zmiany świadomości, początkowo w połączeniu tylko z bodźcami „genitalnymi”, a potem także z bodźcami ogólnoustrojowymi.

Istotny wpływ na seksualność u obu płci odgrywa prolaktyna (28, 118). Choć mechanizm jej działania nie jest dokładnie poznany, to wiadomo, że bierze ona udział w obwodowych mechanizmach kontroli działających na zasadzie ujemnego sprzężenia zwrotnego z ośrodkami centralnymi w mózgowiu (118). Hyperprolaktynemia, która jest zjawiskiem rzadkim, prowadzi do obniżenia libido, osłabienia aktywności seksualnej, wydłużenia czasu do osiągnięcia pobudzenia i orgazmu. Prolaktyna może w różny sposób wpływać na seksualność mężczyzn. W chwili orgazmu dochodzi do przedłużonego wzrostu stężenia prolaktyny (36), co krótkotrwale wpływa na czynność układu nerwowego, obniżając aktywność seksualną. Ale prolaktyna może wykazywać również działanie długotrwale. Prolaktyna jest bowiem ważnym hormonem w kontroli uwalniania LH, przez co wpływa na syntezę hormonów płciowych, a to w sposób trwały wpływa na seksualność. Nadmiernie wysokie stężenia prolaktyny, poprzez długotrwałą supresję LH, może powodować inwolucję jąder i impotencję (19).

Przewlekły stres powoduje u obu płci wzrost produkcji prolaktyny (27). Prowadzi to z jednej strony do obniżenia płodności ale równocześnie powoduje zmniejszenie produkcji Ts. U pacjentów z łagodnym guzem przysadki (prolaktynoma) dochodzi do dramatycznego obniżenia poziomu Ts. Jedną z metod leczenia hyperprolaktynemii jest podawanie bromokryptyny, która skutecznie obniża poziom prolaktyny a równocześnie podnosi poziom Ts (27). Bromokryptyna, stosowana w terapii hormonalnej u kobiet, poprzez podniesienie poziomu Ts działa jak afrodyzjak.

Patologie seksualne na tle hormonalnym

Decyzje podejmowane przez człowieka najczęściej są efektem procesu myślowego. Jeśli jednak na podjęcie decyzji mają wpływ emocje, namiętności czy wręcz instynkty, sterowane hormonami i neurotransmiterami, to bywa, że nasze logiczne myślenie staje na dalszym planie

wobec czynników, które mogą mieć większy wpływ na nasze zachowanie. Wyraża się to w formie zбочeń płciowych, których liczba w ostatniej dekadzie znacznie się zwiększyła. Możliwościami leczenia takich stanów są: kastracja chirurgiczna, psychoterapia i farmakoterapia. Obecnie w leczeniu zбочeń (pedofilia, exhibicjonizm, i voyeurizm) za najbardziej obiecującą uważa się kastrację farmakologiczną w połączeniu z psychoterapią (91). Zastosowanie farmakologicznej blokady androgenowej, poza wyraźnym tłumieniem zachowań ekshibicjonistycznych, znacząco obniża fantazje i czynności seksualne, szczególnie masturbację, nie dając równocześnie istotnych efektów ubocznych (92). Obniżenie stężenia Ts poprzez zastosowanie analogów LHRH powodują znaczące obniżenie dewiacyjnych zachowań i zainteresowań seksualnych u pacjentów ze zбочeniami płciowymi (55). Analogi LHRH, blokujące syntezę Ts w jądrach (poprzez blokadę wydzielania LH w przysadce), używane są w leczeniu mężczyzn ze zбочeniami seksualnymi (pedofilia i sadyzm), oraz patologiczną nadpobudliwością seksualną. Dokonanie u nich kastracji farmakologicznej powoduje zanik seksualnych zachowań agresywnych, wyraźne zredukowanie erekcji i wytrysku, spadek częstotliwości masturbacji, seksualnej dewiacyjnej nadpobudliwości oraz fantazji erotycznych (16).

Zaburzenie seksualne, związane z zaburzeniami w zakresie hormonów i neurotransmiterów dotyczą nie tylko mężczyzn (93). W najnowszych badaniach, przeprowadzonym przez Brocka (18) i Laumanna (60) stwierdzono, że zaburzenia seksualne występują częściej u kobiet (43%) niż u mężczyzn (31%). Dotyczy to zarówno zmniejszenia zainteresowań seksualnych (kobiety - 34%, mężczyźni 18%) a także brak przyjemności z kontaktów seksualnych (kobiety 19%, mężczyźni 11%).

Zaburzenia seksualne u kobiet są złożonym zjawiskiem neurologiczno-naczyniowym, pozostającym pod wpływem stanu psychicznego i gry hormonalnej (93).

Substytucja hormonalna i jej wpływ na seksualność

Jak wspomniano we wstępie hormony są integralną częścią systemu pozwalającego na prawidłową czynność seksualną. Ale poza bezpośrednim wpływem hormonów płciowych na naszą seksualność one same mają również istotny wpływ na pozostałe ogniwa tego systemu – na procesy metaboliczne i odgrywają istotną rolę ochronną dla centralnego układu nerwowego (28, 45, 73, 99, 119). Korelację pomiędzy stężeniem Ts a istnieniem cukrzycy opisano powyżej, omawiając przyczyny zaburzeń wzrodu.

Obniżenie metabolizmu tkankowego w wyniku deficytu Ts prowadzi u starzejących się mężczyzn do narastania otyłości trzewnej (62). W warunkach naturalnych u mężczyzn Ts jest aromatyzowany do E-2. U otyłych mężczyzn proces ten jest bardziej nasilony, gdyż proces konwersji zachodzi w adipocytach. Podwyższenie się stężenia E-2 powoduje zahamowanie zarówno na poziomie podwzgórza jak i przysadki produkcji Ts, którego u starzejących się mężczyzn jest i tak za mało.

W odróżnieniu od nagłego spadku E-2 u kobiet w okresie menopauzy proces starzenia się mężczyzn przebiega powoli i podlega licznym indywidualnym odmianom. W procesie starzenia się istotnym problemem dla kondycji zdrowotnej każdego mężczyzny jest fakt zmian czynnościowych i spadku liczby komórek Leydiga. Ponadto następuje osłabienie mechanizmu sprzężenia zwrotnego pomiędzy przysadką a jądrami, przy równoczesnym zanikaniu rytmicznego wydzielania Ts. Wzrasta stężenie LH i FSH, a równocześnie spada stężenie biodostępnych hormonów płciowych. Następujący z wiekiem spadek Ts jest związany z obniżeniem żywotności, spadkiem masy i siły mięśniowej, zanikiem owłosienia płciowego i spadkiem libido. Ten spadek stężenia androgenów i wynikające z niego wymienione powyżej następstwa sugerują celowość substytucji hormonalnej (97). Substytucja androgenowa jest wskazana szczególnie u mężczyzn hypogonadalnych, u których deficyt Ts jest zarówno przyczyną zaburzeń seksualnych jak i depresji (38).

Określenie momentu, w którym u mężczyzn należy wdrożyć androgenową terapię hormonalną jest trudne (44). Wiadomo, że deficyt androgenów występuje już w 4-tej dekadzie

życia mężczyzny, prowadząc do zmian postaw życiowych, w tym również seksualnych (74). Jednak fakt ten nie jest praktycznie brany pod uwagę. Niech świadczy o tym stwierdzenie z podręcznika *Andrologii*, wydanym niedawno przez PZWL – można tam znaleźć wręcz dramatyczne stwierdzenie: „Klimakterium nie oznacza starości. Powinno być rozumiane jako przejściowy, patologiczny stan stanowiący część andrologii. Ten dział medycyny zajmuje się prowadzeniem badań i leczeniem zaburzeń potencji, antykoncepcją i innymi nieprawidłowościami o podłożu seksualnym. Okresem, jaki towarzyszy przekwitaniu oraz związanymi z nim problemami, zarówno o podłożu biologicznym, medycznym, jak i socjalnym, zajmuje się oddzielny dział medycyny, gerontologia” (80). Czyli nie podejmuje się terapii w chwili wystąpienia deficytu hormonalnego, a problem zaczyna być przedmiotem zainteresowania gerontologów w wieku starszym, kiedy z powodu istniejących zmian anatomicznych niewiele już można zmienić. Pozostawiam to bez dalszego komentarza.

W diagnostyce hypogonadyzmu należy brać pod uwagę zarówno wyniki badań laboratoryjnych jak i stan kliniczny pacjenta (69). Najczęściej mężczyźni z klinicznymi objawami wtórnego hypogonadyzmu mają stężenia Ts w granicach normy, której wartości graniczne różnią się o ponad 400%. Zastosowania u pacjentów z wtórnym hypogonadyzmem, spowodowanym procesem starzenia się, substytucji androgenowej, pozwala na utrzymanie a nawet odzyskanie utraconej kondycji seksualnej a równocześnie dobrego nastroju (6, 44). Należy równocześnie podkreślić, że nadużywanie Ts może być związane z możliwością tworzenia postaw hedonicznych (90).

U kobiet praktycznym sygnałem, nakłaniającym czy nawet zmuszającym do podjęcia terapii hormonalnej są zaburzenia miesiączkowania. Mężczyzna nie ma tak wyraźnych jak kobieta zewnętrznych objawów zaburzeń hormonalnych. Dodatkowo dochodzi fakt, że mężczyzna nie lubi być badany. Jego sposób myślenia nie pozwala mu na dopuszczenie do swoich myśli możliwości, że dzieje się z nim coś niedobrego. On – macho, samiec-przywódca stada, zawsze jest zdrowy, w pełni sił i nie widzi potrzeby badania się. Ponadto ma paniczny wręcz lęk, że w wyniku takiego badania zostanie stwierdzona jakaś nieprawidłowość, która będzie dowodem, że czas jego świetności już minął. Jeśli do tego dodać możliwość, że w wyniku badania zostanie u niego stwierdzona choroba nowotworowa, której to myśli nie dopuszcza on do swojej świadomości, a dodatkowo ludzi się nadzieją, że jego to na pewno nie dotyczy, to szansa na przeprowadzenie badania u tak skonstruowanego psychicznie osobnika maleje prawie do zera. Takiego „prawdziwego mężczyznę” przywozi na badania dopiero karetka pogotowia, kiedy jest w trakcie dokonywania się pierwszego zawału serca. U mężczyzn do zawału serca dochodzi najczęściej w wieku, kiedy kobiety przestają miesiączkować. I tu istotna informacja, często nie brana pod uwagę - zarówno choroba wieńcowa jak i zawał serca są ściśle skorelowane z hormonami płciowymi, które odgrywają istotną rolę ochronną dla układu naczyniowo-sercowego (11, 86, 94, 105, 116). Udowodniono ponad wszelką wątpliwość, że terapia Ts u mężczyzn z przewlekłą, stabilną chorobą wieńcową redukuje incydenty niedokrwienia serca, powstałe w następstwie wysiłku fizycznego (37).

Zawał serca u mężczyzny w sile wieku, spowodowany zaburzeniami naczynioruchowymi na tle gwałtownego deficytu hormonalnego, jest często rozległy, a nawet śmiertelny. I tu powstaje kolejne pytanie: czy należy się bać leczenia hormonalnego? Wszak jeśli nawet w trakcie leczenia hormonalnego rozpoznamy istnienie nowotworu, np. raka stercza, to urolog nie boi się tego schorzenia, gdyż we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego jest to obecnie choroba poddająca się skutecznemu leczeniu, do dużej szansy wyleczenia włącznie. A co pozostaje do zrobienia w chwili zgonu z przyczyn kardiologicznych – dla lekarza już nic, żaden lekarz nie przywróci takiemu mężczyźnie ani zdrowia, ani życia. Tu należy podkreślić fakt, że z powodów kardiologicznych umiera trzykrotnie więcej ludzi niż z powodu wszystkich chorób nowotworowych łącznie. Największym hamulcem w stosowaniu terapii hormonalnej u mężczyzn była dotychczas obawa przed rakiem prostaty. W roku 1974 Mostofi stwierdził, że nie ma żadnego dowodu na to, że Ts wywołuje raka stercza lub jakiegokolwiek innego raka (75). I do dziś nikt nie wykazał, że jest inaczej. Potwierdzają to kolejne publikacje różnych autorów, którzy stwierdzają, że nie ma na to dowodów lub nic nie wskazuje na to, że Ts

wywołuje raka stercza, lub że powoduje przejście postaci podklinicznej raka w kliniczną (46, 115). Równocześnie wiadomo, że najbardziej złośliwe formy raka prostaty występują u mężczyzn z największym deficytem testosteronu (96). Najnowsze prace jednoznacznie podkreślają, iż obecnie wśród większości istnieje zgodność, że stosowanie Ts nie wpływa negatywnie na prostatę u mężczyzn, którzy nie mają raka stercza (64) i nie powoduje raka stercza (69).

Eksperci z zakresu terapii hormonalnej stwierdzają, że niedawny alarm dotyczący stosowania hormonów u kobiet po menopauzie nie odnosi się do terapii androgenowej u starzejących się mężczyzn (68).

Wyniki własnych badań jednoznacznie wykazują, że długotrwała terapia hormonalna nie tylko nie powoduje raka stercza, ale znosi kliniczne objawy spowodowane przerostem prostaty. Równocześnie w czasie 36 m-cy obserwacji pacjentów poddanych terapii hormonalnej stwierdziłem u nich zmniejszenie stężenia PSA o 27%.

Ts, który dawniej było powodem naszych obaw obecnie jest przedmiotem nadziei. Dowodem naszych wątpliwości co do korelacji pomiędzy hormonami a rakiem prostaty niech będzie artykuł, który niedawno ukazał się w wiodącym periodyku urologicznym: „Zapobieganie rakowi prostaty przez androgeny: eksperymentalny paradoks czy rzeczywistość kliniczna” (2). Czy w świetle powyższych faktów należy bardziej bać się stosowania testosteronu, raka prostaty, który nie jest spowodowany substytucją hormonalną, a do tego w obecnym stanie wiedzy medycznej daje się skutecznie leczyć, czy śmiertelnego zawału, będącego następstwem deficytu androgenów?

Substytucja hormonalna u kobiet, stosowana od kilkudziesięciu lat, przeżywa ostatnio trudny okres – jej stosowanie jest ograniczone z powodu stwierdzenia działań ubocznych. Wiemy jednak, że leczenie hormonalne przynosi wymierne korzyści w zakresie kondycji fizycznej, psychicznej, podniesienia libido i poprawy doznań seksualnych czy wręcz przywrócenia możliwości uczestniczenia w życiu płciowym.

Jeśli na pierwszych stronach renomowanych gazet kobiecych można spotkamy obecnie nagłówki: „pożądaj życia zmysłowo, rozkosznie, namiętne...” to życie wymusi dokonanie bilansu zysków i strat (110). To kobiety dokonają wyboru, czy zaakceptują ryzyko, mając na względzie głównie jakość życia, czy też górę weźmie lęk. Powszechnie używamy papierosy i alkohol, choć wiemy o ich szkodliwości, i nie boimy się ryzyka.

Stosowana obecnie szeroko antykoncepcja hormonalna jest niczym innym, jak zablokowaniem syntezy naturalnych hormonów w jajnikach i zastąpienie ich hormonami syntetycznymi. I dokonywane jest to szeroką ręką, bez obawy przed wpływem takiego postępowania na młodą kobietę. Hormony stosowane w antykoncepcji podawane są w różnych proporcjach progesteronu i progestagenów, i stosowane są cyklicznie lub na stałe. Z tego powodu działanie różnych środków antykoncepcyjnych może mieć efekt estrogenowy, androgenowy lub nawet antyandrogenowy, co może znacząco wpłynąć na libido (tabela 1.).

Stosowanie terapii hormonalnej wiąże się nierozdzielnie z pewnym ryzykiem. Ryzyko to składa się z dwóch części – elementów znanych i dotychczas nieznanymi. Ale kto raz zazna dobrodziejstw płynących z terapii hormonalnej ten bez nadmiernego lęku będzie stosował substytucję hormonalną wierząc, że będzie żył dłużej i lepiej. I jest to sposób myślenia zgodny z zasadami amerykańskimi. Amerykański filozof i socjolog, Michael Novak, stwierdził, że „Amerykanie kochają ryzyko, a Europejczycy - bezpieczeństwo”. I tu należy dodać, że zgodnie z tą zasadą, w ramach umiłowania bezpieczeństwa, Europa miała dwie wojny światowe, Ameryka zaś, pomimo istnienia ryzyka, osiągnęła sukces ekonomiczny w czasie każdej z tych wojen.

Całkowite odstąpienie od terapii hormonalnej u kobiet, z powodu powikłań czy istnienia ryzyka, jest rzeczą niezgodną z zasadami etycznymi zawodu lekarza. Jeśli mamy trudności w opanowaniu jakiegoś problemu, to musimy głębiej go poznać, aby skutecznie z nim walczyć, a nie odstąpić od działania. W najbliższym czasie niewątpliwie dokona się postęp w sposobach leczenia – firmy farmaceutyczne podejmą wyzwanie, gdyż straty materialne, jakich one doznają

z powodu spadku sprzedaży leków hormonalnych będą motorem do nowych badań w tym zakresie.

Opublikowany w roku 1994 w Wielkiej Brytanii Narodowy Przegląd Postaw Seksualnych i Trybu Życia podkreśla znaczenie stosunków seksualnych dla zdrowia człowieka (111). Podobnie definiuje rolę życia seksualnego Deklaracja Praw Seksualnych WHO, stwierdzająca, że przyjemność seksualna jest źródłem fizycznego, psychologicznego, intelektualnego i duchowego dobrostanu (34).

Ekspresja seksualna, sterowana przez hormony i neurotransmitery, jest niezbędną częścią stosunków międzyludzkich, i ma wpływ na jakość życia oraz rzutuje na dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne. Wpływ hormonów płciowych na seksualność człowieka przekłada się bezpośrednio na kontakty międzyludzkie, a te z kolei mają bardzo istotne znaczenie społeczne (111).

Terapia hormonalna może dać poprawę jakości życia, zarówno jednostki jak i współżyjącej seksualnie pary. A suma zadowolonych, spełnionych pod względem seksualnym par, to szczęśliwe społeczeństwo.

Tabela 1.
Efekt działania hormonalnego różnych preparatów antykoncepcyjnych.

Progesteron i progestageny	Efekt działania		
	Estrogenowy	Androgenowy	Antyandrogenowy
Progesteron	-	-	(+)
Chlormadinon acetate	-	-	+
Cyproterone acetate	-	-	+
Medroxyprogesterone acetate	-	-	-
Norethisterone	+	+	-
Norethisterone enantate	+	+	-
Norethisterone acetate	+	+	-
Lynostrenol	+	+	-
Levonorgestrel	-	+	-
Norgestimate	-	+	-
Gestodene	-	+	-
Desogestrel	-	+	-

Literatura

1. Abraham G.: Ovarian and adrenal contribution to peripheral androgens during the menstrual cycle. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1974; 39: 340-6.
2. Algarte-Genin M., Cussenot O., Costa P.: Prevention of prostate cancer by androgens: experimental paradox or clinical reality. *Eur. Urol.*, 2004; 46: 285-295.

3. Anderson J.: The role of antiandrogen monotherapy in the treatment of prostate cancer. *BJU*, 2003; 91: 455-62.
4. Anderson K., Holmquist F.: Regulation of tone in penile cavernous smooth muscle. Established concepts and new findings. *World J. Urol.*, 1994; 12: 249-61.
5. Anderson R., Bancroft J., Wu F.: Effects of exogenous testosterone on sexuality and mood of normal men. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1992; 75: 1503-7.
6. Anderson R., Martin C., Kung A. i wsp.: 7-alpha-methyl-19-nortestosterone maintains sexual behavior and mood in hypogonadal men. *J-Clin-Endocrinol-Metab.* 1999; 84(10): 3556-62.
7. Aversa A., Isidori A., Spera G. i wsp.: Androgens improve vasodilation and response to sildenafil in patients with erectile dysfunction. *Clin. Endocrinol. (Oxf)*, 2003; 58: 632.
8. Bachmann G., Leiblum S.: Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas.* 1991; 13(1): 43-50.
9. Bagatell C., Heiman J., Riwier J., Bremner W.: Effects of endogenous testosterone and estradiol on sexual behavior in normal young men. *J. Clin. Endocrinol. Metabol.*, 1994; 78: 711-16.
10. Balthazar J., Ball G. F.: New insights into the regulation and function of brain estrogen synthase (aromataze). *Trends Neurosci* 1998; 21: 243-249.
11. Barrett-Connor E.: Lower endogenous androgen levels and dyslipidemia in men with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann. Int. Med.*, 1992; 117: 807-11.
12. Basson R.: Androgen replacement for women. *Can-Fam-Physician.* 1999; 45: 2100-7.
13. Benkert O., Witt W., Adam W., Leitz A.: Effects of testosterone undecanoate on sexual potency and the hypothalamic-pituitary-gonadal axis of impotent males. *Arch-Sex-Behav.* 1979; 8(6): 471-9.
14. Bixo M., Winblad B., Anderson A.: Estradiol and testosterone in specific regions of the human female brain in different endocrine states. *J. Steroid. Biochem. Mol. Biol.*, 1995; 55: 297-303.
15. Boyce M., Baisley E., Clark V., Warrington S.: Are published normal ranges of serum testosterone too high? Results of a cross-sectional survey of serum testosterone and luteinizing hormone in healthy men. *B. J. U.*, 2004; 94: 881-885.
16. Briken P., Berner W., Noldus J. i wsp.: Treatment of paraphilia and sexually aggressive impulsive behavior with the LHRH-agonist leuprolide acetate. *Nervenarzt.* 2000; 71(5): 380-5.
17. Brinkmann A.: Molecular basis of androgen insensitivity. *Mol. Cell. Endocrinol.* 2001; 179(1-2): 105-9.
18. Brock G., Laumann E., Glasser D. i wsp.: Prevalence of sexual dysfunction among mature men and women in USA, Canada, Australia and New Zealand. *J. Urol.*, 2003; 169(suppl.): 315.
19. Brook C., Marshall N.: *Essential Endocrinology*, Blackwell, London 1996.
20. Burchardt M.: Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. *J. Urol.*, 2000, 164, 1188-1191.
21. Burger H., Hailes J., Menelaus M. i wsp.: The management of persistent menopausal symptoms with oestradiol-testosterone implants: lipid and hormonal results. *Maturitas*, 1984; 6: 351-8.
22. Burger H., Dudley E., Hopper J. i wsp.: The endocrinology of menopausal transition. A cross sectional study of a population-based sample. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1995; 80: 3537-45.
23. Burnet A.: Role of nitric oxide in the physiology of erection. *Biol. Reprod.*, 1995; 52: 485-9.
24. Burries A., Banks S., Carter C. i wsp.: A long-term, prospective study of the physiologic and behavioral effects of hormone replacement in untreated hypogonadal men. *J. Androl.*, 1992; 13(4): 297-304.

25. Buvat J., Lemaire A.: Endocrine screening In 1,022 men with erectile dysfunction: clinical significance and cost-effective strategy. *J. Urol.* 1997; 158: 1764-7.
26. Carani C., Rochira V., Faustini-Fustini M. i wsp.: Role of oestrogen in male sexual behaviour: insights from the natural model of aromatase deficiency. *Clin-Endocrinol-(Oxf)*. 1999; 51(4): 517-24.
27. Carruthers M.: *The testosterone revolution*. Thorsons, Londyn, 2001.
28. Carruthers M.: *Androgen deficiency in the adult male*. Taylor and Francis, Oxfordshire, 2004.
29. Davidson J., Kwan M., Greenleaf W.: Hormonal replacement and sexuality. *Clin. Endocrinol. Metab.*, 1982; 11: 599-614.
30. Davidson M., Camargo C., Smith E.: Effects of androgen on sexual behavior in hypogonadal men. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1979; 48: 955-8.
31. Davis S., Davison S., Donath S. Bell R.: Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA*. 2005; 294: 91-6.
32. Davis S., Guay A., Shifren J., Mazer N.: Endocrine aspects of female sexual dysfunction. *J. Sex. Med.* 2004; 1: 82-86.
33. Davison S., Bell R., Donath S. i wsp.: Androgen levels in adult females: changes with age, menopause, and oophorectomy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90: 3847-53.
34. Deklaracja Praw Seksualnych WHO, 2002, w: *Zaburzenia seksualne w praktyce ogólnolekarskiej*, Lew-Starowicz Z., Termedia, Poznań, 2004, 10-11.
35. Doerner G.: Hormone-dependent brain development and preventive medicine. *Monogr. Neural. Sci.*, 1986; 12: 17.
36. Elmlinger M., Dengler T., Weinstock C., Kuehnel W.: Endocrine alterations in the aging male. *Clin. Chem. Lab. Med.*, 2003; 41: 934 – 941.
37. English K.: Low-dose transdermal testosterone therapy improves angina threshold in men with chronic stable angina: a randomized, double-blind, placebo controlled study. *Circulation*, 2000; 102: 1906-11.
38. Feldman H., Goldstein I., Hatzichriston D. i wsp.: Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.*, 1994; 151: 54–61.
39. Floter A., Nathorst-Boos J., Carlstrom K., Schoultz B.: Addition of testosterone to estrogen replacement therapy in oophorectomized women: effects on sexuality and well-being. *Climacteric*, 2002; 5: 357-65.
40. Fossa S., Opjordsmoen S., Haug E.: Androgen replacement and quality of life in patients treated for bilateral testicular cancer. *Eur-J-Cancer*. 1999; 35(8): 1220-5.
41. Frias J., Rodriguez R., Torres J. i wsp: Effects of acute alcohol intoxication on pituitary-gonadal axis hormones, pituitary-adrenal axis hormones, beta-endorphin and prolactin in human adolescents of both sexes. *Life-Sci*. 2000; 67(9): 1081-6.
42. Genazzani A., Pluchino N., Bernardi F., Valentino V.: Women's sexuality after menopause: What role for androgens ? *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2004; 2: 204-8.
43. Goldstadt R., Briganti E., Tran J. i wsp.: Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood and sexual function in premenopausal women. *Menopause*, 2003; 10: 383-4.
44. Gomuła A.: Deficyt androgenów a starzenie się mężczyzn. *Urol. Pol.*, 2002, 55(4); 13-22.
45. Gomuła A.: Successful treatment of Parkinsonism with hCG: Preliminary findings. *Aging Male*, 2004; 7: 31.
46. Gooren L.: Options of androgen treatment in the aging male. *Aging Male*, 1999; 2: 73-80.
47. Gooren L., Lunenfeld B.: Screening of the aging male. W: *Textbook of men's health* pod red. B.Lunenfeld, Gooren L., The Parthenon Publishing Group, London, 2002: 15-43.
48. Griffin J., Wilson J.: Disorders of the testes. W: *Principles of Internal Medicine*. 14th ed, New York: McGraw-Hill, 1998, 2087-97.

49. Hajjar R., Kaiser F., Morley J.: Outcomes of long-term testosterone replacement therapy In older hypogonadal males: a retrospective study. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1997; 82: 3793-6.
50. Hull E., Lorrain D., Du J. i wsp.: Hormone-neurotransmitter interactions in the control of sexual behavior. *Behav-Brain-Res.* 1999; 105(1): 105-16.
51. Jakubowski Z., Kabata J., Kalinowski L. i wsp.: Badania laboratoryjne w codziennej praktyce lekarskiej. *Mak-Med*, Gdańsk 1998, 328-330.
52. Kalintchenko S., Kozlov G., Pustivitz L.: The therapeutic peculiarities of erectile dysfunction in middle-aged type2 diabetes. *Aging male*, 2001; 4: 107.
53. Kaufman J., T'Sjoen G.: The effects of testosterone deficiency on male sexual function. *Aging Male*, 2002; 5: 242-247.
54. Keast J.: The autonomic nerve supply of male sex organs--an important target of circulating androgens. *Behav-Brain-Res.* 1999; 105(1): 81-92.
55. Krueger R., Kaplan M.: Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Arch-Sex-Behav.* 2001 Aug; 30(4): 409-22.
56. Kruijver F., Fernandez-Guasti A., Fodor M. i wsp.: Sex differences in androgen receptors of the human mamillary bodies are related to endocrine status rather than to sexual orientation or transsexuality. *J-Clin-Endocrinol-Metab.* 2001; 86(2): 818-27.
57. Kula K., Słowikowska-Hilczer J.: Różnicowanie płciowe mózgu człowieka. *Przegl. Lek.* 2000; 57(1): 41-4.
58. Kwan M., Greenleaf W., Mann J.: The nature of androgenom men sexuality: A combined laboratory/self reporter study oh hypogonadal men. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1983; 57: 557-61.
59. Lasley B., Santoro N., Randolph J. i wsp.: The relationship of circulating DHEA, testosterone and estradiol to stages of the menopausal transition and ethnicity. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2002; 87: 3760-7.
60. Laumann E., Paik A., Rosen R.: Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *J.A.M.A.*, 1999;281: 537-44.
61. Lue T.: Summary of the recomendation on sexual dysfunction in men. *AJA*, 2004; 3: 32-49.
62. Marin P.: Testosterone, aging and body composition. W: *Textbook of men's health pod red. B.Lunenfeld, Gooren L., The Parthenon Publishing Group, London, 2002.*
63. McMahon C., Abdo C., Incrocci L. i wsp.: Disorders of orgasm and ejaculation in men. *Journal of Sexual Medicine*, 2004; 1: 66-68.
64. Mohr B., Feldman H., Kalish et al.: Are serum hormones associated with the risk of prostate cancer? Prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Urology*; 2001;57: 930-5.
65. Moir A., Jessel D.: Płeć mózgu. O prawdziwej różnicy między mężczyzną a kobietą. PIW, Warszawa, 1993.
66. Montorsi F., Salonia A., Deho F., Cestari A., Guazzoni G., Di Silverio F. : Pharmacological management of erectile dysfunction. *B. J. Urol. Int.*, 2003; 91: 446-454.
67. Montorsi F., Zanotti M., Salonia A., Rigati P.: Erectile dysfunction. W: *Textbook of men's health pod red. B.Lunenfeld, Gooren L., The Parthenon Publishing Group, London, 2002: 86-96.*
68. Morales A.: Aging band urology: growing together in the new century. *SIU Congress Newsletter.* Sept. 10; 2002; 2.
69. Morales A., Buvat J., Gooren L. I wsp.: Endocrine aspects of sexual dysfunction in men. *J. Sex. Med.*, 2004; 1: 69-83.
70. Morales A., Heaton J. P.: Hormonal erectile dysfunction. Evaluation and management. *Urol. Clin. North Am.* 2001; 28: 279-88.
71. Morales A., Lunenfeld B.: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. Official recomendation of ISSAM. *Aging Male*, 2002; 5: 74-86.

72. Morley J., Charlton E., Patrick P. i wsp.: Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. *Metabolism*, 2000; 49: 1239.
73. Morley J., Perry H., Kaiser F. et al.: Effect of testosterone replacement therapy in old hypogonadal males: preliminary study. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1993; 41: 149-52.
74. Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary. 5th ed, Mosby, 1998, N. Y., USA.
75. Mostofi F. K.: Carcinoma of the prostate. W: *Modern trends in urology – 3*, Butterworths, London, 1970, 231-263.
76. Naumenko E., Serova L., Maslova L.: Participation of cerebral dopamine receptors in activating the endocrine function of the male sex glands. *Probl-Endokrinol-(Moskwa)*. 1975; 21(1): 67-70.
77. Nilsson P., Moller L., Solstad K.: Adverse effects of psychosocial stress on gonadal function and insulin levels in middle aged males. *J. Intern. Med.*, 1995; 237: 479-86.
78. Ogawa S., Chan J., Chester A. i wsp.: Survival of reproductive behaviours in estrogen receptor beta gene-deficient male and female mice. *Proc. Natl Acad. Sci. USA*, 1999; 96: 12887-92.
79. Padma-Nathan H.: Pharmacotherapy for erectile dysfunction. *AJA*, 2004; 2: 13-31.
80. Papp G., Kopa Z., Hożnek A.: Męskie klimakterium. W: *Andrologia*, Semczuk M., Kurpisz M. (red.), PZWL, Warszawa, 1998: 306-317.
81. Park K., Seo J., Kang H. i wsp.: A new potential of blood oxygenation level dependent (BOLD) functional MRI for evaluating cerebral centers of penile erection. *Int-J-Impot-Res*. 2001 Apr; 13(2): 73-81.
82. Pechersky A., Semiglazov V., Loran O. i wsp.: Changes in the level of cytokines among patients with prostate cancer after orchiectomy w: *Laboratory Diagnostics*, Terra Medica, 2003, 26-30.
83. Penotti M., Sironi L., Cannata L. i wsp.: Effects of androgen supplementation of hormone replacement therapy on the vascular reactivity of cerebral arteries. *Fertil-Steril*. 2001; 76(2): 235-40
84. Penovich P.: The effects of epilepsy and its treatment on sexual and reproductive function. *Epilepsia*. 2000; 41 Suppl 2: 53-61.
85. Perras B., Smolnik R., Fehm H., Born J.: Signs of sexual behaviour are not increased after subchronic treatment with LHRH in young men. *Psychoneuroendocrinology*. 2001; 26(1): 1-15.
86. Philips G., Pinkernell B., Jing T.: The association between hypotestosteronemia with coronary artery disease in men. *Arteriosclerosis and Thrombosis*, 1994; 14: 710-6.
87. Redmond G.: Hormones and sexual function. *Int-J-Fertil-Womens-Med*. 1999; 44(4): 193-7.
88. Reilly C., Zamorano P., Stopper V. et al.: Androgenic regulation of NO availability in rat penile erection. *J. Androl.*, 1997; 18: 110-15.
89. Riley A., Riley E.: Controlled studies on women presenting with sexual drive disorder: I. Endocrine status. *J-Sex-Marital-Ther*. 2000; 26(3): 269-83.
90. Rosellini R., Svare B., Rhodes M., Frye C.: The testosterone metabolite and neurosteroid 3alpha-androstanediol may mediate the effects of testosterone on conditioned place preference. *Brain-Res-Rev*. 2001 Nov; 37(1-3): 162-71.
91. Rosler A., Witztum E.: Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behav-Sci-Law*. 2000; 18(1): 43-56.
92. Rousseau L., Couture M., Dupont A. i wsp.: Effect of combined androgen blockade with an LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. *Can-J-Psychiatry*. 1990; 35(4): 338-41.
93. Salonia A., Munarriz R., Nasparo R. i wsp.: Zaburzenia seksualne u kobiet: przegląd patofizjologii. *BJU EUUS/PL*, 2004; 3: 27-35.
94. Schaison G., Couzinet B.: Percutaneous dihydrotestosterone (DHT) treatment. W: *Action, deficiency, substitution*. Berlin, Springer Verlag, 1998: 423-36.

95. Schaltzl G., Madersbacher S., Temml C. i wsp.: Serum androgen levels in men. Impact of health status and age. *Urology*, 2003; 61: 629-33.
96. Schatzl G., Madersbacher S., Thurnidl T. i wsp.: High-grade prostate cancer is associated with low serum testosterone levels. *Prostate*. 2001 Apr;47(1):52-8.
97. Schill W.: Fertility and sexual life of men after their forties and in older age. *Asian-J-Androl*. 2001; 3(1): 1-7.
98. Shabsigh R.: Hypogonadism and erectile dysfunction: the role for testosterone therapy. *Int. J. Impot. Res.* 2003; 1 (Supl. 4): 9-13.
99. Sherwin B.: Estrogenic effects on memory in women. *Ann. NY Acad. Sci.* 1994, 743, 213-31.
100. Sherwin B., Gelfand M.: Differential symptom response to parenteral estrogen and/or androgen administration in the surgical menopause. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1985; 151: 153-60.
101. Shifren J., Braunstein G., Simon J. i wsp.: Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N-Engl-J-Med.* 2000; 343(10): 682-8.
102. Shishkina G., Dygalo N.: Genes, hormones and the risk factors in the development of the male phenotype. *Usp-Fiziol-Nauk.* 1999; 30(3): 49-61.
103. Snyder P., Peachey H., Berlin J. i wsp.: Effects of testosterone replacement in hypogonadal men. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2000;85: 2670-7.
104. Suzuki M., Bannai M., Matsumuro M. i wsp.: Suppression of copulatory behavior by intracerebroventricular infusion of antisense oligodeoxynucleotide of granulin in neonatal male rats. *Physiol-Behav.* 2000; 68(5): 707-13.
105. Swartz C., Young M.: Low serum testosterone and myocardial infarction in geriatric male patients. *J. Am. Ger. Soc.*, 1987; 35: 39-44.
106. Tariq S.: Changes in libido/sex life. W: *Textbook of men's health* pod red. B.Lunenfeld, Gooren L., The Parthenon Publishing Group, London, 2002: 381-388.
107. Traish A., Munarriz R., O'Connell L. i wsp.: Effects of surgical or medical castration on erectile function in animal model. *J.Androl.*, 2003; 24: 381-5.
108. Tuiten A., Van-Honk J., Koppeschaar H. i wsp.: Time course of effects of testosterone administration on sexual arousal in women. *Arch-Gen-Psychiatry.* 2000; 57(2): 149-53.
109. Turna B., Apaydin E., Semerci B. i wsp.: Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. *Int J Impot Res.* 2005; 17: 148-53.
110. *Twój Styl*, 2003, 5 (154).
111. Wadsworth J., Wellings K., Johnson A. M., Field J.: Sexual behaviour. *BMJ.* 1993; 306: 582-3.
112. Wilson M. G.: *Modern antidepressant*. W: *Textbook of men's health* pod red. B.Lunenfeld, Gooren L., The Parthenon Publishing Group, London, 2002: 408-418.
113. Wilson J.: Androgens, androgen receptors, and male gender role behavior. *Horm-Behav.* 2001; 40: 358-66.
114. Vang C., Swerdloff R., Iranmanesh A. et al.: Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men. Testosterone gel Study Group. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2000; 85: 2839-53.
115. Vermeulen A. : Androgen replacement therapy in the aging male- a critical evaluation. *J. Clin. Endocrinol. Metabol.*, 2001; 86: 2380-90.
116. Vermeulen A., Kaufman J.: Androgens and cardiovascular disease in men and women. *Aging Male*, 1998; 1: 35-50.
117. Yassin A., Traish A.: LUTS/BPH, alpha-adrenoreceptors and erectile function. *AJU*, 2004; 2: 8-12.
118. Zdrojewicz Z., Dubliński A., Dublińska K., Stokłosa B.: Prolaktyna a aktywność seksualna u mężczyzn. *Seks. Pol.*, 2004; 2: 1-4.
119. Zgliczyński S., Ossowski M., Słowińska-Szrednicka J. i wsp.: Effect of testosterone replacement therapy on lipids and lipoproteins in hypogonadal and elderly men. *Atherosclerosis*, 1996; 121: 35-43.

120. Zgliczyński S., Rabijewski M., Wiktorowicz-Dudek A.: Wskaźnik andropauzy w rozpoznawaniu i leczeniu ujawniającego się z wraz z wiekiem hipogonadyzmu – doniesienie wstępne. *Endokrynol. Pol.*, 2003; 54(2); 148-154.
121. Zifroni A., Schiavi R., Schaffner F.: Sexual function and testosterone levels in men with nonalcoholic liver disease. *Hepatology*. 1991; 14(3): 479-82.
122. Zverina J., Hampl R., Sulocava J., Starka L.: Hormonal status and sexual behaviour of 16 men after surgical castration. *Arch-Ital-Urol-Nefrol-Androl*. 1990; 62: 55-8.

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Gomuła
Instytut Andropauzy, Warszawa
02-930 Warszawa, Sobieskiego 60/33
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
E-mail: andy@medan.pl

Prowadzenie dokumentacji medycznej przez pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej

Alicja Palczewska

Streszczenie

Dokumentację medyczną stanowią zbiory dokumentów dotyczące stanu zdrowia pacjenta, a także udzielanych świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja medyczna jest zapisem informacji o sposobie prowadzonego leczenia i pielęgnowania chorego. Ma znaczenie kliniczne, ekonomiczne, kontrolne, naukowe i dowodowe. Dokumentacja jest jedną z metod komunikowania się zespołu terapeutycznego w sprawach opieki i udziału w leczeniu. Zapewnia kontynuację procesu pielęgnowania pacjenta i jego rodziny. Jest niezbędna przy finansowaniu świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także stanowi dokumentację spraw prowadzonych przez instytucje ubezpieczeniowe, a czasami przed sądem powszechnym.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, proces pielęgnowania, sposoby: prowadzenia, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej.

Wprowadzenie

Zakłady opieki zdrowotnej, publiczne i niepubliczne oraz pielęgniarki i położne wykonujące zawód w formie praktyki indywidualnej lub grupowej, mają ustawowy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów. Dokumentację medyczną stanowią zbiory dokumentów dotyczące stanu zdrowia pacjenta, a także udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja medyczna jest zapisem informacji o stanie zdrowia pacjenta, sposobie prowadzonego leczenia i pielęgnowania. Ma znaczenie kliniczne, ekonomiczne, kontrolne, naukowe i dowodowe. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych. Prawidłowo prowadzona dokumentacja odzwierciedla w chronologiczny sposób formalny tryb postępowania z pacjentem, jego stan zdrowia, zastosowane procedury diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne.

Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji mogą mieć charakter merytoryczny i formalny. Stanowią one zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowia pacjenta i jego praw. Utrudniają ocenę prawidłowości postępowania terapeutycznego i opiniowanie o stanie zdrowia pacjenta dla potrzeb postępowania karnego, cywilnego czy też ubezpieczeniowego. Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej mogą być podstawą odpowiedzialności zawodowej oraz powodem roszczeń cywilnych pacjenta.

Odpowiedzialność za wykonywane zadania zawodowe to konieczność, obowiązek moralny lub prawny odpowiadania za swoje czyny i ponoszenia za nie konsekwencji. Pielęgniarki i położne podlegają regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności, a za swoją działalność ponoszą odpowiedzialność prawną i zawodową. W etyce, odpowiedzialność jest określana jako świadomość człowieka, że za czyny wykonane bądź niewykonanie czynów, a więc za zachowanie nakazane lub zakazane normą moralną, jest oceniana pozytywnie lub negatywnie.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej przez pielęgniarki

Zasady określone są w następujących aktach prawnych:

- ustawie z dnia 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity z 2007 r. Dz. U. Nr , poz. 14, poz. 89 - art.);

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819);
- ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.);
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 176, poz. 1467);
- ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity z 2001 r. Dz. U. Nr 57, poz. 602 z późn. zm. – art. 21);
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowe warunki jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 147, poz. 1437);

Zawodowy obowiązek wynikający z teoretycznych założeń procesu pielęgnowania, jak również z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r., wymaga prowadzenia przez pielęgniarki i położne określonej dokumentacji w zakładach udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych i środowisku domowym pacjenta. Ma to podstawowe znaczenie dla opieki pielęgniarskiej, ponieważ zgromadzone dane o pacjencie i jego rodzinie, przyjęty plan opieki i jego realizacja oraz ocena końcowa, będą miały wartość teoretyczną i praktyczną tylko wówczas, kiedy zostaną udokumentowane. Dokumentacja prowadzona dla celów nowocześnie rozumianego i praktykowanego pielęgniarstwa, ma to pielęgniarstwo przybliżyć do współczesnych oczekiwań i potrzeb.

Dokumentacja jest jedną z metod komunikowania się zespołu terapeutycznego w sprawach opieki i udziału w leczeniu. Zapewnia porozumiewanie się pielęgniarki z pacjentem i jego rodziną oraz innymi osobami uczestniczącymi w procesie pielęgnowania. Daje możliwość wychycenia czynników ryzyka i określenia deficytu potrzeb rodziny. Określa zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską i wytycza plan wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Pielęgnowanie tradycyjne i proces pielęgnowania to dwa różne modele opieki nad pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej. W procesie pielęgnowania pielęgniarka wykorzystuje szeroką wiedzę, profesjonalizm zawodowy, aby:

- *gromadzić* systematyczne informacje o człowieku w aspekcie bio-psycho-społecznym, o jego środowisku rodzinnym oraz o jego wiedzy i umiejętnościach potrzebnych do potęgowania zdrowia, zapobiegania chorobom i życia w chorobie czy niepełnej sprawności. Zgromadzone informacje pielęgniarka analizuje pod kątem przydatności do opieki pielęgniarskiej i pozostawia tylko te, które wnoszą istotne zmiany w ustaleniu diagnozy pielęgniarskiej, a następnie określa cele opieki.;

- *planować* te działania, które powinny być podjęte na rzecz pacjenta i jego środowiska (rodziny). Za zgodą pacjenta dobiera metody pracy, narzędzia i sprzęt oraz osoby potrzebne do realizacji zadań.;

- *realizować* opiekę pielęgniarską zgodnie z wcześniej określonym planem i przyjętymi standardami, poprzez czynności wzmacniające, wspierające i nauczająco-wychowujące oraz inne wynikające z funkcji współczesnego pielęgniarstwa.;

- *oceniać* wyniki uzyskane w pracy z pacjentem i rodziną. Pielęgniarka wyciąga wnioski na przyszłość w odniesieniu do siebie, pacjenta i innych osób biorących udział w procesie pielęgnowania.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. dokumentacja medyczna powinna być prowadzona wg określonych ogólnych zasad:

- należy ją prowadzić czytelnie,
- wpisy należy sporządzać porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu i opatrując go czytelnym podpisem osoby je sporządzającej, z podaniem danych ją identyfikujących, czyli: imię i nazwisko, zawód, numer prawa wykonywania zawodu,

- z dokumentacji nie mogą zostać usunięte wpisy już w niej dokonane, a jeżeli zostały zapisane błędnie, należy je skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia,
- każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta,
- za prawidłowe prowadzenie dokumentacji odpowiedzialność ponosi osoba kierująca komórką organizacyjną,
- dokumentację podpisuje pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie opieki zdrowotnej zakresem czynności.

Główne zasady prowadzenia dokumentacji przez pielęgniarki według dr Penny Prophit:

- ✓ bądź zwięzła, zrozumiała, precyzyjna, dawaj kompletne opisy,
- ✓ pisz zawsze długopisem i czytelnie,
- ✓ nie śpiesz się i przejrzyj dane przed wpisaniem i zawsze ponownie kontaktuj się z pacjentem w celu wyjaśnienia lub sprawdzenia informacji, która wydaje się niekompletna,
- ✓ dbaj o to, by rozdzielać informacje obiektywne od interpretacji,
- ✓ zawsze dokonuj zapisu w dokumencie, kiedy tylko zaobserwujesz: zmiany kondycyjne lub wystąpienie nowych trudności, brak zmian kondycyjnych, reakcję pacjenta na zabieg, reakcję pacjenta na poinstruowanie.
- ✓ zawsze wpisuj do dokumentu początkową ocenę i to możliwie natychmiast po przeprowadzeniu wywiadu, najpierw jednak obserwuj pacjenta i staraj się z nim współdziałać,
- ✓ zawsze, jeśli to tylko możliwe, cytuj bezpośrednie słowa pacjenta i staraj się z nim współdziałać,
- ✓ zawsze czytaj zapiski odnotowane przez innego zawodowego pracownika z zespołu leczniczego, zanim wpiszesz własne uwagi,
- ✓ każdy zapis opatruj swoim podpisem,
- ✓ nigdy nie wprowadzaj zmian do dokumentacji w celu zatarcia swoich pomyłek,
- ✓ unikaj przy dokumentowaniu terminologii wyszukanej,
- ✓ nie pozostawiaj dłuższych okresów bez żadnego wpisu,
- ✓ nie standaryzuj: pamiętaj, że żaden problem nie może być dokładnie taki sam u każdego pacjenta/klienta, bo każdy człowiek to indywidualizm i zjawisko unikatowe [1].

Dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki i położne rodzinne stanowi część historii zdrowia i choroby dotyczącej opieki środowiskowej. Dokumentacja zawiera: oznaczenie środowiska epidemiologicznego, dane identyfikujące pacjenta pozostającego pod opieką pielęgniarki, położnej rodzinnej, datę rozpoczęcia i zakończenia opieki, rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej obejmujących pacjenta i jego środowisko, a w szczególności: rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psycho-społecznych, plan działalności oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich, a także dane identyfikujące pielęgniarkę, położną i jej podpis.

Dokumentacja medyczna wymagana w indywidualnych i grupowych praktykach pielęgniarek i położnych określona jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2003 roku. Dokumentacja powinna być prowadzona odrębnie dla każdego pacjenta, w formie pisemnej, ale ustawodawca dopuszcza także wprowadzenie elektronicznych nośników informacji, o ile pozwalają one na: zachowanie selektywności dostępu do zbioru informacji, zabezpieczenie zbioru informacji przed zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych oraz sporządzanie zbioru informacji w sposób pozwalający na prowadzenie dokumentacji w formie pisemnej oraz sporządzanie i przechowywanie podpisanych przez pielęgniarkę wydruków.

Wyróżnia się dokumentację medyczną wewnętrzną i zewnętrzną.

Do dokumentacji wewnętrznej zalicza się na przykład: kartę indywidualnej pielęgnacji dziecka lub dorosłego, kartę wizyty patronażowej, kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego, opinie, zaświadczenia oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzane na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów. Do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej pielęgniarka włącza również kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje zawarte w nich informacje, istotne z punktu widzenia udzielanych świadczeń zdrowotnych, podając źródło, z którego adnotacja pochodzi. Dokumentacja medyczna pielęgniarki rodzinnej zawiera informacje o przebytych poważnych chorobach i chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach chirurgicznych, szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach, o obciążeniach dziedzicznych [2].

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta powinny znaleźć się następujące informacje:

- dane identyfikujące zakład: nazwę, siedzibę, adres, numer telefonu,
- dane identyfikujące komórkę organizacyjną: nazwę, adres, kod identyfikacyjny
- dane identyfikujące pacjenta: nazwisko i imię, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres zameldowania, zamieszkania, pobytu, numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, w przypadku noworodka: PESEL matki, oznaczenie „NN”, jeżeli ustalenie tożsamości pacjenta nie jest możliwe,
- dane identyfikujące lekarza, pielęgniarkę, położną udzielających świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego na badania lub leczenie, w tym: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis,
- datę dokonania wpisu,
- istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego, uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności: opis wykonywanych czynności lekarskich lub pielęgnarskich, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, zalecenia, informacje o wydanych orzeczeniach lub zaświadczeniach lekarskich,
- informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz inne informacje wynikające z innych przepisów.

Zakres dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarkę rodzinną obejmuje:

- 1) Dokumentację dla celów pielęgnowania:
 - a) Koperta Zbiorcza Rodziny,
 - b) Dokumentacja Pielęgniarki Rodzinnej w Opiece nad Osobą Dorosłą:
 - Karta indywidualnej pielęgnacji w środowisku rodzinnym,
 - Indywidualna karta interwencji pielęgnarskiej.
 - c) Dokumentacja Pielęgniarki Rodzinnej w Opiece nad Dzieckiem:
 - Karta indywidualnej pielęgnacji dziecka w środowisku rodzinnym,
 - Indywidualna karta interwencji pielęgnarskiej,
 - d) Dokumentacja Uzupełniająca:
 - Karta wizyty profilaktycznej dziecka,
 - Zlecenie zabiegów pielęgnarskich,
 - Karta informacyjna pielęgniarki rodzinnej.
- 2) Wyposażenie pielęgniarki rodzinnej w materiały pomocnicze:
 - a) oznaczenie zapisu graficznego środowisk epidemiologicznych,
 - b) wskaźniki w ocenie zagrożeń zdrowia,
 - c) karta rozwoju psycho-ruchowego dziecka (wg dr Danuty Chrzanowskiej),
 - d) siatki centylowe dla dzieci i młodzieży,

- e) zakres i terminy świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży – według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz. U. Nr 276, poz. 2740), a także według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282, poz. 2814)
- f) aktualny kalendarz szczepień ochronnych,
- g) karta oceny odleżyn wg skali Doren Horton,
- h) karta oceny sprawności pacjenta wg skali Barthel,
- i) kody międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10,
- j) wykaz świadczeń pielęgniarki rodzinnej i inne dokumenty w zależności od aktualnych wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia,
- k) literatura i materiały edukacyjne – w zależności od potrzeby [3].

Przechowywanie dokumentacji

Dokumentacja wewnętrzna powinna być przechowywana w zakładzie, w którym została sporządzona. Dokumentacja zewnętrzna, na przykład w postaci zleceń lub skierowań, pozostaje w zakładzie, który zrealizował zleczone świadczenia zdrowotne. Kierownik zakładu jest odpowiedzialny za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych czy też zgubieniem lub zniszczeniem, umożliwiającym jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

Zakończoną dokumentację indywidualną i zbiorczą wewnętrzną przechowuje się w archiwum zakładu. Dokumentacja w podstawowej opiece zdrowotnej przechowywana jest w archiwum przychodni – na podstawie numeru kartoteki pacjentów. Po upływie okresów przechowywania, określonych odrębnymi przepisami dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek: pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, za pokwitowaniem, o czym zakład jest zobowiązany poinformować te osoby. Zgodnie z zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – dokumentacja medyczna jest przechowywana 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu z wyjątkiem zgonu, który nastąpił wskutek uszkodzenia ciała lub zatrucia (30 lat). Zdjęcia rentgenowskie, przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta, archiwizuje się 10 lat od wykonania. Kierowanie na badania lub zlecenia lekarskie przechowuje się 5 lat od zrealizowania.

Udostępnianie dokumentacji

Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Pielęgniarka udostępnia dokumentację medyczną do wglądu oraz umożliwia sporządzenie z niej wypisów, odpisów lub kopii na koszt wnioskodawcy. Udostępnienie dokumentacji medycznej następuje na wniosek: pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta lub podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta - osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji po jego zgonie. Pielęgniarka ma obowiązek do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Obowiązku zachowania tajemnicy nie stosuje się, gdy:

- 1) tak stanowią odrębne przepisy,
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń,
- 5) jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych,
- 6) jest to niezbędne dla celów naukowych.

Pielęgniarka jest związana tajemnicą również po śmierci pacjenta. Pielęgniarka nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, bez jego zgody. Jest ona zobowiązana do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej. Nie dotyczy to zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta. Pielęgniarka ma prawo uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

Dostęp do dokumentacji medycznej jest prawem pacjenta. Przepisy prawne (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) zezwalają na udostępnianie dokumentacji pacjentom, podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów. Udostępnienie musi się odbywać w trybie zapewniającym poufność i ochronę danych osobowych. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna i dokumentacja zbiorcza jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta, jest udostępniana w sposób określony w art. 18 ust. 4 a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, na podstawie decyzji kierownika zakładu lub jego pełnomocnika. Należy podkreślić, że ustawa nie przewiduje żadnych wyjątków ograniczających prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji.

Ustawa (zgodnie z art. 1 pkt 11) pozwala na udostępnienie dokumentacji medycznej:

- 1) do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 2) przez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów.

Dokumentację medyczną udostępnia się:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
- zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli ta dokumentacja jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru;
- ministrowi zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- rejestrów usług medycznych – w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestru;
- zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej;
- szkole wyższej lub jednostce badawczo – rozwojowej do wykorzystania do celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby.

Za udostępnianie dokumentacji zakład opieki zdrowotnej pobiera opłaty określone w Regulaminie Porządkowym zakładu (na podstawie cennika określonego w rozporządzeniu). W przypadku pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń zdrowotnych poza zakładem opieki zdrowotnej, w ramach wykonywanej praktyki zawodowej, uprawnionym do wglądu w dokumentację jest: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, osoby upoważnione przez pacjenta lub podmioty uprawnione. Jeżeli dokumentacja jest niezbędna do kontynuacji leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na uszczerbek na zdrowiu, pielęgniarka lub położna wydaje dokumentację pacjentowi lub jego uprawnionemu przedstawicielowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja w postaci elektronicznej

Zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane w postaci elektronicznej pod warunkiem:

- zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji,
- zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem, uszkodzeniem czy utratą,
- rejestrowania historii zmian i ich autorów.

System powinien umożliwiać też wygenerowanie obowiązujących dokumentów w formie pisemnej i ich autoryzowanie (w przypadku podpisu elektronicznego nie ma takiej potrzeby). Ustawa o podpisie elektronicznym z 18 września 2001 r. nadała dokumentom opatrzonym bezpiecznym podpisem elektronicznym moc prawną równą podpisanym własnoręcznie. Ten fakt oraz cechy dokumentu opatrzono podpisem elektronicznym (niezaprzeczalność – możliwość natychmiastowej i obiektywnej identyfikacji podpisanej osoby, integralność – podpis elektroniczny chroni cały dokument, nawet gdyby był on grubą księgą, a w przypadku szyfrowania także poufność, bo tylko adresat może otworzyć zaszyfrowany dokument), umożliwiły wykorzystanie e-podpisu w wymianie informacji drogą elektroniczną przy zachowaniu skutków prawnych podejmowanych czynności.

Najważniejszym aktem prawnym normującym użycie podpisu elektronicznego w ochronie zdrowia jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2006 roku, które umożliwiło zakładom opieki zdrowotnej od 28 czerwca 2007 roku prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej, pod warunkiem stosowania e – podpisu. W myśl wskazanych przepisów również niepubliczne zakłady w podstawowej opiece zdrowotnej, praktyki lekarskie i pielęgniarskie powinny mieć możliwość aktualizacji danych rejestrowanych drogą elektroniczną (np. w rejestrze zakładów, rejestrze praktyk). Drogą elektroniczną można również przysyłać dane sprawozdawcze z zakresu statystyki w ochronie zdrowia (np. do wojewódzkich centrów

zdrowia publicznego oraz Państwowego Zakładu Higieny w odniesieniu do karty statystycznej szpitalnej) oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie sprawozdawczości rozliczeniowej. Niesie to za sobą wymierne korzyści dlatego, że tylko przechowywanie przez 20 lat tradycyjnej dokumentacji medycznej wiąże się z dużymi kosztami, a dostępność do takich informacji jest utrudniona i czasochłonna. Podpis elektroniczny w służbie zdrowia na pewno nie jest luksusem, lecz praktycznym narzędziem umożliwiającym:

- rezygnację z prowadzenia dokumentacji medycznej w formie tradycyjnej,
- radykalne uproszczenie archiwizacji,
- zmniejszenie pracochłonności,
- przyspieszenie obiegu dokumentów,
- znaczne obniżenie kosztów.

Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej jest szybciej dostępna, dane mogą być wydrukowane lub przesłane do miejsca, gdzie są niezbędne. To także większe

bezpieczeństwo danych osobowych, gdyż przy wykorzystaniu technologii podpisu elektronicznego znacznie łatwiej zarządzać dostępem do informacji, a każde jej pobranie poprzedza pozytywna weryfikacja tożsamości osoby pobierającej. Rozpowszechnienie użycia podpisu elektronicznego i drogi elektronicznej w realizacji zadań publicznych jest jednym z priorytetów rozwoju systemów teleinformatycznych Planu

Informatyzacji Państwa na lata 2007 – 2010, co wynika z rozporządzenia Rady Ministrów z 28 marca 2007 roku.

Podsumowanie

Podstawowym celem prowadzenia dokumentacji medycznej jest opisanie stanu zdrowia pacjenta oraz podjętego leczenia, co pozwala na kontynuowanie leczenia w przyszłości, udostępnienie informacji o chorobie i leczeniu pacjentowi, a także przekazanie tych informacji innym zakładom leczniczym czy innym instytucjom publicznym. Dokumentacja jest także dowodem na realizację świadczeń zdrowotnych, co należy wykazać płatnikowi, z którym zakład lub praktyka pielęgniarska ma podpisaną umowę i otrzymywać środki finansowe za prowadzone leczenie i pielęgnowanie chorych. Dla placówek prowadzących działalność naukową jest także cennym materiałem badawczym, na podstawie którego można opisywać badania naukowe, realizację procedur medycznych i procesu pielęgnowania. Należy jednak zwrócić uwagę, że dokumentacja medyczna stanowi często dowód w prowadzonych postępowaniach sądowych. Wobec powyższego, prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, dbałość o rzetelne dokumentowanie świadczeń zdrowotnych oraz właściwy nadzór nad jej prowadzeniem, powinny być dla każdej pielęgniarki, lekarza i placówki ochrony zdrowia, sprawą priorytetową.

Literatura

Opracowano na podstawie przepisów prawnych wymienionych w tekście oraz publikacji:

1. Kowalska M., Bogusz W.: *Dokumentacja w procesie pielęgnowania pielęgniarki rodzinnej. Przewodnik do dokumentacji pielęgniarki rodzinnej*. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, Łódź 2007: 2: wkładka specjalna; www.oipp.lodz.pl
2. Kilańska D. (red.): *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej* Tom I, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008, s. 113
3. NRPiP: *Propozycje dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne* Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 3-5 grudnia 2007, s. 29

Abstract

Keeping medical documentation by nurses in elementary medical care

Medical documentation is made up of sets of documents concerning state of patient's health and health services provided. It constitutes records of information concerning methods of treatment and nursing the patient was subject to. It has clinical, economical, control, scientific and evidential significance. Documentation is one of the ways of communication of therapeutic team as far as treatment is concerned. It ensures continuation of patients' and their family nursing process. It is essential for financing of medical services by the National Health Fund and constitutes evidence for proceedings at insurance institutions and courts.

Key words: Medical documentation, nursing process, rules of: keeping, making accessible and storing medical documentation.

Mgr Alicja Palczewska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

E-mail: a.palczewska@op.pl, tel. kom. 506-130-277

Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Wykrywalność chorób i czynników ryzyka chorób układu krążenia w programie profilaktycznym NFZ w podstawowej opiece zdrowotnej

Bartosz Pędziński, Andrzej Szpak, Waldemar Pędziński

Streszczenie

Choroby układu krążenia stanowią najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce. Wprowadzenie w krajach wysokorozwiniętych populacyjnych programów zdrowotnych wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób układu krążenia doprowadziło do znacznego spadku umieralności z powodu tych chorób.

Badaniami objęto 861 osób w wieku 35-55 lat. Dokonano analizy i oceny występowania chorób i czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Badania wykazały, że u 19% badanych stwierdzono występowanie chorób układu krążenia wymagających dalszej diagnostyki i leczenia, natomiast u 7% występowanie od 6 i więcej czynników ryzyka, u 26% od 4 do 5 czynników, u 49% od 2 do 3 czynników oraz u 18% od 0 do 1 czynnika ryzyka.

Program profilaktyki chorób układu krążenia pozwala na wykrycie schorzeń układu sercowo-naczyniowego u co piątego pacjenta zgłaszającego się do lekarza rodzinnego oraz umożliwia określenie stopnia ryzyka zagrożenia chorobą co pozwala na objęcie profilaktyką pierwotną w tym edukacją zdrowotną. Finansowanie programu z publicznych środków, motywuje do uczestnictwa w nim zarówno pacjentów jak i lekarzy. Należy oczekiwać, iż realizacja programu w długookresowej perspektywie powinna doprowadzić do zmniejszenia umieralności z powodu chorób układu krążenia w regionie podlaskim.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, choroby układu krążenia, profilaktyka populacyjna.

Wprowadzenie

William Kannel jeden z pionierów badania Framingham w 1961 roku przedstawił związek pomiędzy występowaniem podwyższonego ciśnienia tętniczego, zwiększonego stężenia cholesterolu całkowitego oraz elektrokardiograficznych kryteriów przerostu mięśnia lewej komory serca a ryzykiem rozwoju choroby niedokrwiennej serca, definiowanej jako dławica piersiowa, zawał serca lub nagła śmierć sercowa.¹

Praktyczna realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej Polsce na szeroką skalę ze środków publicznych ma zaledwie kilkuletnią tradycję. W ostatnich latach płatnik publiczny jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia zaproponował świadczeniodawcom realizację kilku programów profilaktycznych adresowanych bezpośrednio do podopiecznych lekarza rodzinnego bądź pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej.

Autorzy postanowili dokonać analizy realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia wykonywanego w 2007 roku. Badania przeprowadzono u jednego świadczeniodawcy posiadającego dwie poradnie medycyny rodzinnej w województwie podlaskim w tym jedną zlokalizowaną w mieście powiatowym na prawach grodzkich a drugą na wsi.

Celem pracy jest ocena występowania chorób i czynników ryzyka chorób układu krążenia w ramach programu profilaktycznego Narodowego Funduszu Zdrowia realizowanego przez lekarzy rodzinnych w województwie podlaskim.

¹ Kannel W., Dawber T., Kagan A. i wsp.: Factors of risk in the development of coronary heart disease-six-year follow-up experience. The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine* 1961;55:33-50.

Material i metody

Badaniami objęto 861 osób w wieku 35 – 55 lat. Kryterium wykluczającym do realizacji porady w ramach programu było rozpoznanie choroby układu krążenia w dotychczasowym wywiadzie lekarskim oraz wykonywanie badań objętych programem w ciągu ostatnich 36 miesięcy. Badany świadczeniodawca obejmował opieką lekarską 8174 osoby w wieku od urodzenia do 102 roku życia. Wszystkie badane osoby zamieszkiwały na terenie województwa podlaskiego. Pacjenci zostali zaproszeni do badania w wyniku szeroko prowadzonej akcji medialnej, a także byli informowani przez pielęgniarki, położne i lekarzy o możliwości wykonania bezpłatnego badania profilaktycznego.

W populacji świadczeniodawcy znajdowało się 1662 osoby w przyjętej grupie wiekowej. Analizowano obciążenie rodzinne uznając za czynnik dodatni wystąpienie zawału serca i/lub udaru mózgu przed 55 rokiem życia u ojca i 60 rokiem życia u matki. Podobnie dodatnim czynnikiem było palenie papierosów powyżej 1 papierosa dziennie, aktualnie i w przeszłości, aktywność fizyczna poniżej 3 razy w tygodniu mniej niż przez 30 min, BMI równe i powyżej 30 kg/m², ciśnienie tętnicze skurczowe równe i powyżej 140 mmHg i/lub ciśnienie tętnicze rozkurczowe równe i powyżej 90 mmHg. Jako czynnik ryzyka przyjmowano glikemię na czczo równą i powyżej 126 mg/dl lub w przygodnym pomiarze poziom glukozy równy lub wyższy od 200 mg/dl. Stwierdzenie cukrzycy kwalifikowano jako czynnik ryzyka. Za dodatnie przyjmowano stwierdzenie stężenia cholesterolu całkowitego równe lub powyżej 200 mg/dl, LDL równe lub wyższe od 130 mg/dl, HDL równe lub niższe od 40 mg/dl, trójglicerydów równe lub wyższe od 180 mg/dl. Dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą za dodatnie przyjmowano poziom trójglicerydów równe lub wyższe od 150 mg/dl. Ponadto za dodatni czynnik ryzyka przyjęto płeć męską lub kobiety po menopauzie oraz mężczyzn w wieku ponad 45 lat i kobiety w wieku ponad 55 lat. W dalszej części badań dokonano podziału na kategorie ryzyka chorób układu krążenia w następujących grupach:

Ryzyko łagodne – osoby bez obecnych czynników ryzyka innych niż wiek i płeć.

Ryzyko umiarkowane – osoby z obecnością 3 i mniej czynników ryzyka, ale bez cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób układu krążenia.

Ryzyko duże – osoby z obecnością 4 – 5 czynników ryzyka innych niż wiek i płeć, ale bez cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób układu krążenia.

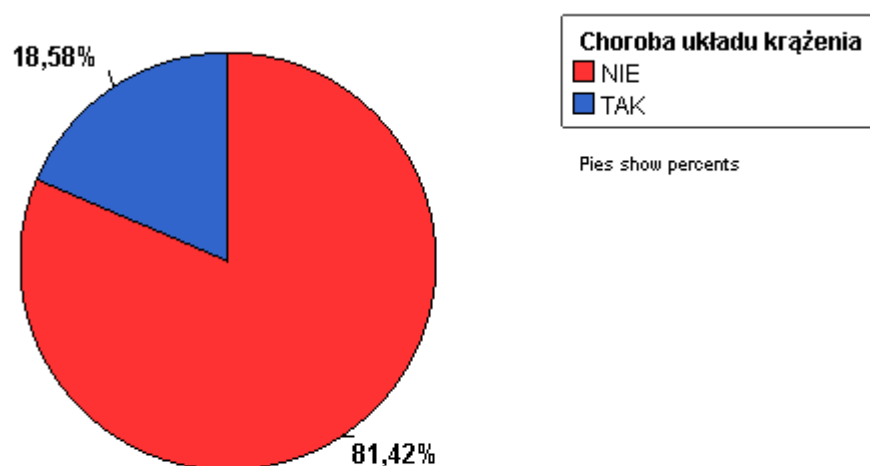
Ryzyko bardzo duże – osoby z obecnością powyżej pięciu czynników ryzyka oraz osoby z cukrzycą, chorobą niedokrwinną serca i innymi chorobami układu krążenia.

Wyliczono także ocenę globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w oparciu o algorytm SCORE.

Wyniki

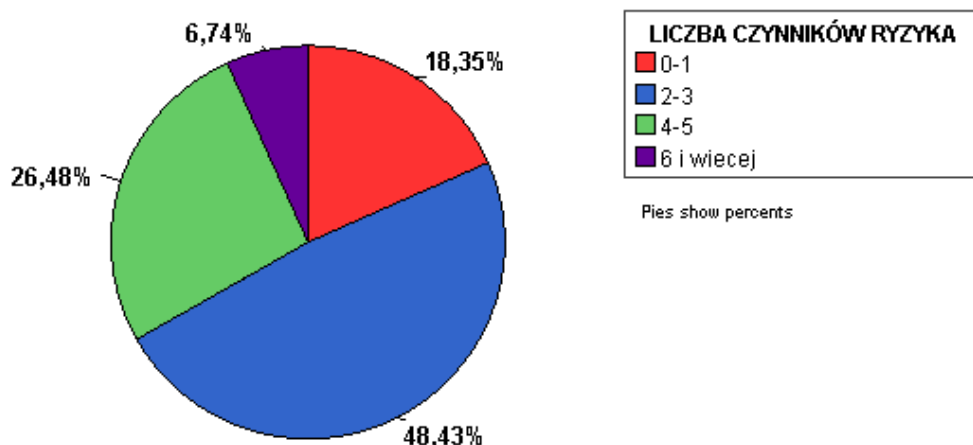
W analizowanej grupie 861 osób kobiety stanowiły 61,56 %, natomiast mężczyźni 38,34%. Średni wiek kobiet wynosił 46,35 lat, średni wiek mężczyzn 45,86 lat.

W badanej grupie pacjentów po przeprowadzeniu badania podmiotowego, przedmiotowego i analiz biochemicznych u 160 (18,58%) osób rozpoznano chorobę układu krążenia (ryc. 1).



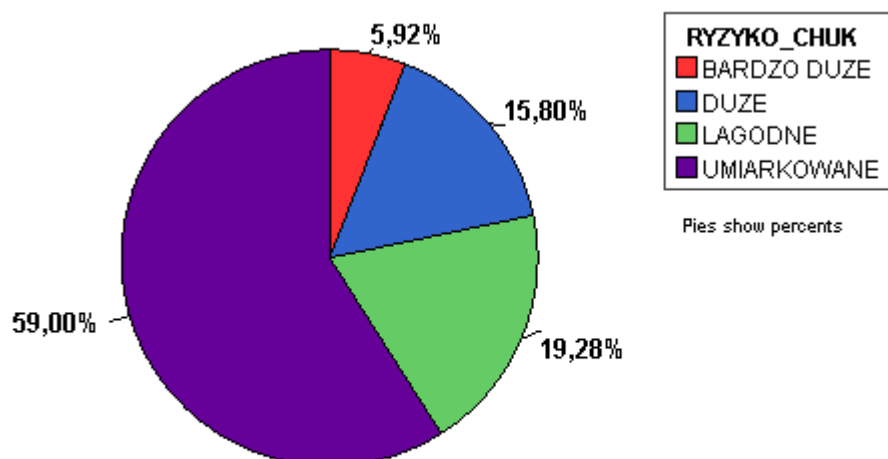
Ryc. 1. Częstość występowania chorób układu krążenia w populacji badanej.

W grupie osób u których rozpoznano chorobę układu krążenia stwierdzono 74 kobiety co stanowiło (46,25%), oraz 86 mężczyzn co stanowiło (53,75%). Wymienieni pacjenci zostali skierowani do dalszej diagnostyki i leczenia w poradniach specjalistycznych bądź pozostali pod opieką lekarza rodzinnego. Analizując liczbę czynników chorób układu krążenia stwierdzono występowanie od 6 do 8 czynników u 58 (6,74%) osób, od 4 do 5 czynników u 228 (26,48%) osób, natomiast od 2 do 3 czynników u 417 (48,43%) osób. Brak czynników ryzyka bądź występowanie tylko jednego stwierdzono u 158 (18,35%) osób (ryc.2).



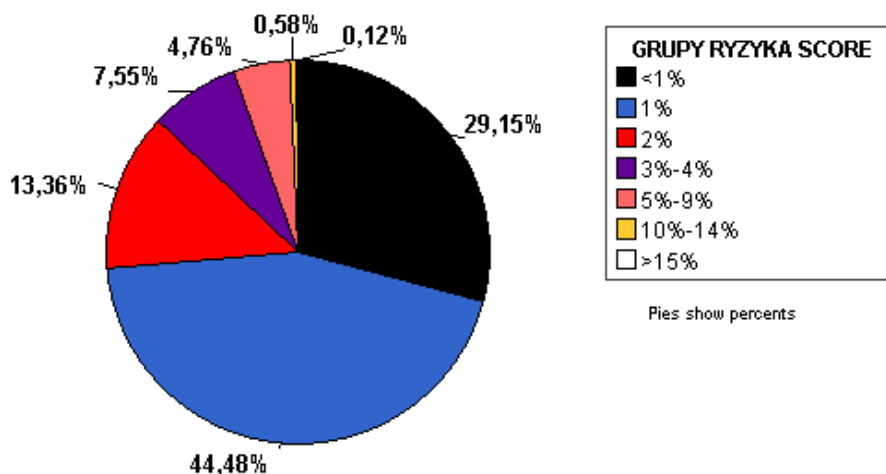
Ryc. 2. Częstość występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji badanej.

Przeprowadzona analiza wykazała w grupie badanych ogółem, że osób z ryzykiem łagodnym było 166 (19,28%), z umiarkowanym 508 (59,00%), dużym 136 (15,80%) i bardzo dużym 51 (5,92%) (ryc. 3).



Ryc. 3. Odsetek osób z poszczególnymi kategoriami ryzyka chorób układu krążenia w populacji badanej.

Analiza ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego oszacowanego na podstawie algorytmu SCORE wykazała 251 (29,15%) osób w przedziale poniżej 1%, 383 (44,48%) osoby w przedziale 1%, 115 (13,36%) osób w przedziale 2%, 65 (7,55%) osób w przedziale od 3% do 4%, 41 (4,76%) osób w przedziale od 5% do 9%, 5 (0,58%) osób w przedziale od 10% do 14%, oraz 1 (0,12%) osobę w przedziale 15% i więcej procent (ryc.4).



Ryc. 4. Rozkład ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego według algorytmu SCORE w populacji badanej.

Procentowe występowanie poszczególnych czynników ryzyka chorób układu krążenia w analizowanej grupie przedstawiono w tabeli 1 (tab. 1). Wynika z niej, że najczęściej występującym czynnikiem było palenie tytoniu i dotyczyło 44,91 % badanej populacji.

Nadciśnienie tętnicze wykryto u 28,80% osób. Najczęstszym czynnikiem ryzyka w badaniach laboratoryjnych było stwierdzenie podwyższonego poziomu cholesterolu całkowitego (59,46%) badanych oraz cholesterolu LDL (36,82%) badanych. Cukrzycę typu drugiego stwierdzono u 4,99%, natomiast otyłość u 27,99% badanej grupy.

Tabela nr 1.
Występowanie wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Kategoria czynnika ryzyka	Odsetek osób u których stwierdzono czynnik ryzyka
Palenie tytoniu	44,91 %
RR skurczowe \geq 140mmHg i/lub RR rozkurczowe \geq 90 mmHg	28,80 %
TC	59,46 %
LDL	36,82 %
HDL	3,14 %
TG	21,72 % *
Cukrzyca	4,99 % **
Otyłość	27,99 %
Mała aktywność fizyczna	67,71 %
	* - w populacji osób bez cukrzycy ** - w populacji osób bez cukrzycy z glikemią na czczo \geq 126mg/dl oraz pacjenci leczeni z powodu cukrzycy

Dyskusja i wnioski

Choroby układu krążenia będące głównym źródłem zagrożenia zdrowia i życia Polaków są w ostatnich latach jednym z głównych punktów zainteresowania działań politycznych i państwowych. W 2003 roku choroby te stanowiły 47% przyczyn wszystkich zgonów w Polsce i prawie 20 % z nich wystąpiło przed 65 rokiem życia². Rzeczywistym wymiarem tego działania jest realizowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia programu wczesnego wykrywania czynników ryzyka chorób układu krążenia dla osób uprawnionych do świadczeń ze środków publicznych³. Uzyskane dane wykazują wykrycie po raz pierwszy w życiu pacjenta choroby układu krążenia aż u 18,58% badanej grupy. Tak wysoki procent rozpoznań wskazuje na konieczność prowadzenia wielokierunkowych działań przesiewowych mających na celu wczesne wykrycie chorób albowiem sygnalizowana grupa pacjentów nie miała wcześniej potrzeby skorzystania z usług swojego lekarza rodzinnego z tego powodu. Biorąc pod uwagę fakt, że do badań nie zakwalifikowali się pacjenci z powodu kryteriów wyłączenia jakimi były wcześniej wykryte choroby krążenia, wiadomym jest, że sumaryczny odsetek pacjentów z jedną z chorób układu krążenia jest znacznie wyższy. W codziennej praktyce przyjęć lekarza rodzinnego przeważają kobiety, pacjenci ze starszych grup wiekowych oraz pacjenci z chorobami znacznie różniącymi się od chorobowości występującej w populacji⁴. Przyjęte w programie kryteria dotyczące określenia podstawowych czynników ryzyka chorób układu krążenia były zgodne

² Rocznik statystyczny. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny;2003.

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)

⁴ Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Podolec P. (red); Medycyna Praktyczna. Kraków 2007.

z powszechnie obowiązującymi w dostępnej literaturze⁵. Częstość palenia papierosów w badanej populacji sięgnęła 44,91% co stanowiło wyjątkowo wysoki odsetek w odniesieniu do 24% wykazywanych w innych badaniach prowadzonych w populacji ogólnej w Polsce [Broda i wsp.]⁶. Poziom osób z nadciśnieniem tętniczym jest niższy niż obserwowany w populacji Polski ogółem ale tak niski wynik spowodowany jest wcześniejszym wykluczeniem pacjentów z rozpoznanymi chorobami układu krążenia na podstawie przyjętych kryteriów wykluczenia oraz analizą prowadzoną w grupie wiekowej 35 – 55 lat. Stwierdzenie w badanej populacji 5% osób chorych na cukrzycę wydaje się być częstością zbliżoną dla populacji ogólnej w Polsce z uwzględnieniem wymienionego przedziału wiekowego. Na podobnym poziomie wykrywalności stwierdzono występowanie hiperlipidemii⁷. Oddzielną kategorią prowadzonego badania było usystematyzowanie pacjentów do autorytarnie przyjętych grup określających wysokość ryzyka określanego od łagodnego przez umiarkowane, duże i bardzo duże uwzględniając liczbę i rodzaj występowania wcześniej przyjętych czynników ryzyka. Wydaje się, że przyjęta systematyka miała pomóc w komunikacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem niż stanowić element praktycznego postępowania. Dowodem na to jest odejście od tej systematyki już w kolejnych latach realizacji programu. Na podstawie przeprowadzonych badań przesiewowych (skryningowych) można stwierdzić, że spełniają one podstawowy cel jakim jest aktywne zidentyfikowanie osób narażonych na zachorowanie [Pająk A]⁸. Niemniej wykrycie osób zagrożonych wymaga podjęcia działań organizacyjnych wymagających: zapewnienia środków dla poradnictwa, długotrwałej opieki, wpływu na modyfikowanie stylu życia. Badania zaproponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w swoim założeniu spełniają wymagane kryteria. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mają możliwość zarówno podjęcia prewencji wtórnej jak i prewencji pierwotnej. Personel podstawowej opieki zdrowotnej ma nie oceniony wpływ na modyfikowalne czynniki ryzyka takie jak: nieprawidłowa dieta, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu całkowitego i LDL, cukrzyca, otyłość, czynniki zapalne i prozakrzepowe⁹. Przedstawione wyniki badań należy przyjąć jako wstępną ocenę rozpoczętego procesu, który poprzez monitorowanie w kolejnych latach u tego samego świadczeniodawcy przyniesie ocenę odległych wyników skuteczności prowadzonego programu profilaktyki chorób układu krążenia.

Literatura

1. Kannel W., Dawber T., Kagan A. i wsp.: Factors of risk in the development of coronary heart disease-six-year follow-up experience. The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine* 1961;55:33-50
2. Rocznik statystyczny. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2003
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)
4. Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Podolec P. (red); Medycyna Praktyczna. Kraków 2007

⁵ Stampfer M., Ridker P., Dzau V.: Risk factors criteria. *Circulation* 2004;109:3-5.

⁶ Broda G., Cieśliński A., Rywik S. i WSP.: Zdefiniowanie problemu, cele i metodyka. W: Cieśliński A., Pająk A., Podolec P., Rynkiewicz A. (red): Ogólnopolski Program Prewencji Choroby Wieńcowej POLSCEERN. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2006.

⁷ Pająk A., Wiercińska E., Polakowska M., i wsp.: Rozpowszechnienie dyslipidemii u mężczyzn i kobiet w wieku 20 – 75 lat w Polsce. Wyniki badania WOBASZ. *Kard. Pol.*;63,6(suppl.4):619-625.

⁸ Pająk A., Metody prewencji W: Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Podolec P. (red); Medycyna Praktyczna. Kraków 2007.

⁹ De Backer G., Ambrosini E., Borch-Jahnsen K. i wsp.: Third Joint Task force of European and others Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur. Heart J.* 2003; 24: 1601-1610.

5. Stampfer M., Ridker P., Dzau V.: Risk factors criteria. *Circulation* 2004; 109: 3-5.
6. Broda G., Cieśliński A., Rywik S. i WSP.: Zdefiniowanie problemu, cele i metodyka. W: Cieśliński A., Pająk A., Podolec P., Rynkiewicz A. (red): *Ogólnopolski Program Prewencji Choroby Wieńcowej POLSCEERN*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2006
7. Pająk A., Wiercińska E., Polakowska M., i wsp.: Rozpowszechnienie dyslipidemii u mężczyzn i kobiet w wieku 20 – 75 lat w Polsce. Wyniki badania WOBASZ. *Kard. Pol.*;63,6(suppl.4):619-625
8. Pająk A., *Metody prewencji W: Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*. Podolec P. (red); *Medycyna Praktyczna*. Kraków 2007
9. De Backer G., Ambrosini E., Borch-Jahnsen K. i wsp.: Third Joint Task force of European and others Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. *Eur. Heart J.* 2003; 24: 1601-1610.

Abstract

Detecting disease and risk factors for cardiovascular disease in prevention program offered by National Health Found in primary health care.

Cardiovascular diseases are the most common cause of death in Poland. In developed countries implementation of early detection cardiovascular diseases health programs resulted in significant decline in mortality rate caused by these diseases.

The research study concerned 861 adults aged 35 to 55. The analyse and evaluation of incidence of risk factors of CVD and incidence of cardiovascular diseases was done. detected in the prevention program of the National Health Found, which is being realised in primary health care in Podlaski region.

The research study showed that 19% of the examined patients suffered from CVD that needed further diagnosis and treatment, furthermore 7% had 6 and more CVD risk factors, 26% 4 to 5 factors, 49% 2 to 3 factors, and 18% from 0 to 1 risk factor.

The prevention program of CVD financed by the National Health Found allows to detect cardiovascular illness in one of five patients applying for a family doctor. What is more the program allows to determine risk factor of illness, and organize early prophylaxis, including health education. Financing the program from public funds motivates patients and doctors to participate in it. It is expected that implementation of the program in the long run should lead to decrease of mortality rate caused by CVD in Podlaski region.

Key words: risk factors, cardiovascular diseases, mass prophylaxis.

Mgr Bartosz Pędziński
Zakład Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
Tel. 602-393-113, e-mail: bartosz@pedzinski.pl

Dr hab. n. med. Andrzej Szpak
Zakład Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Waldemar Pędziński
Wydział Pielęgniarstwa
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Problem wypalenia zawodowego

Stanisław Sosnowski, Elżbieta Janicka

Streszczenie

W niniejszej pracy autorzy omówili problemy przemęczenia psychicznego wynikającego ze zbyt dużego obciążenia pracą. Zaburzenia równowagi pracy i wypoczynku jako następujących po sobie cyklach prowadzi do procesu często nieodwracalnego nazywanego wypaleniem zawodowym. Dokonano przeglądu doniesień piśmiennictwa oraz oceny problematyki wg różnych badaczy.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, stres.

Problem wypalenia zawodowego

Problem wypalenia zawodowego może dotyczyć każdego i na każdym stanowisku, jednak związane jest głównie z pełnieniem funkcji stresogennych (np. kierowniczych) oraz zawodami wymagającymi intensywnych kontaktów z ludźmi. Termin ten stosowany jest do opisanego objawów pojawiających się u osób wykonujących zawody, w których bliski kontakt interpersonalny, pełen zaangażowania, a także cechy osobowości profesjonalisty stanowią podstawowe instrumenty czynności zawodowych, decydujące o poziomie wykonania zawodu i sukcesach (Tokarz, Nęcka, 1997). Wypalenie zawodowe dotyczy zatem zawodów określanych mianem społecznych, usługowych, w obrębie których znajdują się takie grupy zawodowe jak: lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy opieki społecznej, doradcy zawodowi w urzędach, kuratorzy sądowi, personel więzienny, księża.

Obserwując ludzi w naturalnych środowiskach pracy oraz przysłuchując się ich relacjom dotyczącym pracy zawodowej warto zwrócić uwagę na fakt, iż opisując swoje doświadczenia i odczucia związane ze stresującą pracą zwykle sięgają po to pojęcie, zawężając jego prawdziwe znaczenie do kategorii stresu, zmęczenia, czy też znużenia pracą. Niejednoznaczność pojęcia przejawia się również w różnym sposobie definiowania go przez badaczy. Termin wypalenia zawodowego utożsamiany jest w literaturze z depresją z uwagi na podobieństwo objawów (Meier, 1984, za: Ashforth, 1990), ze stresem, który wynika z pogoni za sukcesami (Freudenberger, 1980, za: Burke, Greenglass, 1989). Według Ch. Maslach (2001) zjawisko wypalenia odnosi się do obciążających emocjonalnie sytuacji interpersonalnych, które wynikają z wykonywania zawodu narażającego jednostkę na doświadczanie stresu.

Trudno jest określić dokładny początek tego procesu. Proces ten najczęściej zaczyna się bardzo powoli i niezauważalnie, a ujawnia się nagle i z dużą siłą. Objawy mają ogromny wpływ na życie zawodowe, rodzinne, czas wolny od pracy oraz relacje ze znajomymi. Często towarzyszą zachowania ucieczkowe. "Wypalenie jest rezultatem długotrwałego lub powtarzającego się obciążenia w wyniku długoletniej intensywnej pracy dla innych ludzi [...]. Wypalenie jest bolesnym uświadomieniem sobie, że nie są w stanie już więcej pomóc tym ludziom, że nie mogą dać im więcej i całkowicie zużyły swoje siły..." (Aronson, 1985).

Jak wskazuje H. Sęk (2004), z chwilą, gdy problem wypalenia zawodowego został uznany za ważny z punktu widzenia indywidualnego funkcjonowania jednostki, oraz ze względów społecznych, znacznie wzrosła liczba badań empirycznych prowadzących do powstania wielu koncepcji tego zjawiska. Wśród licznych podejść do problemu najistotniejszymi wydają się być: wielowymiarowa perspektywa wypalenia zawodowego autorstwa Christiny Maslach; jednowymiarowe spojrzenie Pines, Freudenbergera, Aronsona.

Freudenberger, określił zespół wypalenia jako stan wyczerpania spowodowany nadmiernymi żądaniem stawianymi przez środowisko lub daną osobę (za: Okła., Steuden., 1998). Traktował je jako stan zmęczenia, frustracji, będący wynikiem poświęcenia się jakiejś

sprawie, sposobowi życia, które to poświęcenie nie przyniosło oczekiwanej nagrody, a cały proces, jego zdaniem, spowodowany był niepowodzeniem w realizacji pożądanego i oczekiwanego celu. Freudenberger i Michelson (1980), zgodzili się, iż wypalenie jest kosztem wysokich osiągnięć.

Gillespie wyróżnia dwa rodzaje wypalenia:

Wypalenie aktywne - wywołane przez wydarzenia i czynniki zewnętrzne, do których zaliczyć można warunki pracy - tu zwraca szczególną uwagę na zbyt wiele wymagań, oraz aspekty instytucjonalne.

Wypalenie bierne - które jest niczym innym jak wewnętrznymi reakcjami organizmu na wyżej wymienione przyczyny.

„Dynamika wypalenia się jest następstwem kilku nakładających się czynników: uogólnionego doświadczenia poczucia niekompetencji, braku efektywności w zmaganiu ze stresem i konsekwencją emocjonalnego dyskomfortu w związku z czynnością wspierania. Wypalenie się należy zatem traktować jako funkcję braku efektywności zawodowej przy jednoczesnej niemożności zastosowania skutecznej strategii radzenia sobie ze stresem zawodowym" (Okła, Steuden, 1999).

W służbie zdrowia koszty bliskiej interakcji i konfrontacji z cierpieniem, ze śmiercią oraz z przewlekłym stresem mogą pojawić się szczególnie wówczas, gdy lekarz i pielęgniarka nie są w stanie radzić sobie z własnymi negatywnymi emocjami, zmęczeniem i obciążeniem. Doprowadza to u nich do wyczerpania emocjonalnego. Zaczynają oni bronić się przed tym przez dystansowanie, traktując pacjentów coraz bardziej przedmiotowo i tak dochodzi do zjawiska jakim jest depersonalizacja oraz pojawienia się braku satysfakcji zawodowej i utraty zaangażowania w pracę, czyli konsekwencji związanych z syndromem wypalenia zawodowego. Ujmuje to Ch. Maslach (1993, za Tucholska, 2001) jako wielowymiarowy model wypalenia zawodowego, który zawiera w sobie pojedynczy wymiar (wyczerpanie), a zarazem rozszerza go dodając dodatkowo dwa wymiary:

- reakcję na innych (depersonalizacja),
- reakcję na siebie (obniżone poczucie dokonań osobistych).

Interesującym, według Maslach, jest fakt, że te trzy wymiary w istocie pojawiały się w większości różnych definicji wypalenia, nawet jeśli nie były one rozpatrywane w układzie wielowymiarowym. Dla przykładu wyczerpaniem określano zmęczenie, utratę energii - osłabienie i znużenie; depersonalizację - jako negatywne, czy niewłaściwe postawy wobec klientów, utratę ideałów - drażliwość; natomiast obniżone poczucie dokonań osobistych - jako zmniejszenie produktywności lub możliwości, niskie morale, wycofanie się i niezdolność do radzenia sobie z sytuacją (Maslach, 2007). Przyczyn stresu należałoby doszukiwać się na trzech płaszczyznach:

1. Indywidualnej.

Cechy indywidualne to silna motywacja do pracy oraz wysoka reaktywność. Mają one istotny wpływ na procesy wypalenia zawodowego (Golińska, Świętochowski, 1998). Duże prawdopodobieństwo zaistnienia sytuacji wypalenia zawodowego jest wśród ludzi niewierzących w swoje możliwości, unikających trudnych sytuacji, a także wśród ludzi przekonanych, że bardzo wiele zależy od nich samych. Angażując się w pracę zawodową bez reszty, traktują swój zawód jako misję do wykonania często kosztem wyrzeczeń.

2. Interpersonalnej, którą można podzielić na dwie grupy.

Do pierwszej z nich należą czynniki wywodzące się z relacji pracownik - klient instytucji (pacjent). Najczęściej są to sytuacje „pomocowe”, polegające na:

- udzielaniu porad,
- prowadzeniu terapii,
- opiece,
- leczeniu,
- motywowaniu,
- wspieraniu.

Takie sytuacje zawodowe wymagają od pracowników umiejętności społecznych, polegających na tworzeniu klimatu troski, wzajemnego zaufania, szacunku, dzielenia się swoimi zasobami energetyczno-emocjonalnymi celem poprawienia sytuacji klienta, rozwiązania problemu osoby wspomaganiej. Stały kontakt z osobami potrzebującymi wsparcia, z przeżyciami innych (niejednokrotnie tragicznymi), z cierpieniem i okrucieństwem, są dodatkowymi elementami obciążającymi i w nich również należałoby doszukiwać się przyczyn wypalenia. Rola zawodowa wymagająca zaangażowania emocjonalnego w sprawy innych ludzi, rodzi ryzyko braku dystansu do problemów klientów, co w efekcie może doprowadzić do bardzo głębokiego ich przeżywania, a nawet traktowania jako własnych. Prowadzi do stopniowej utraty energii i w konsekwencji do wypalenia zawodowego. Drugą grupą czynników interpersonalnych, są czynniki wynikające z kontaktów z przełożonymi i współpracownikami, rodzące często stresujące sytuacje. Wśród nich najistotniejszymi wydają się być sytuacje konfliktowe, zaburzona komunikacja oraz szeroko pojęty mobbing.

3. Organizacyjnej.

Do czynników organizacyjnych zaliczamy przede wszystkim czynniki związane z rolą zawodową, ze środowiskiem fizycznym pracy, ze sposobem wykonywania pracy, rozwojem zawodowym, stylem kierowania, przeciążeniem nadmierną ilością obowiązków, niedostosowaniem czasu i środków do zleconych zadań. Wypalenie zawodowe jest często rezultatem pracy, która staje się formą bezbarwnej rutyny, pozbawionej jakichkolwiek twórczych akcentów. Wiele osób aspirujących do wysokich stanowisk, to ludzie pragnący dokonywać zmian i realizować swój potencjał i kreatywność. Zderzenie ze skostniałą formą organizacyjną, czy bezduszną rutyną, bywa dla tych osób bardzo bolesne w skutkach.

Zdaniem Schimidbauera, na możliwość wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego mają wpływ określone wymagania środowiska pracy. Wymienia między innymi niepełne informacje, jakie otrzymuje nowy pracownik, co do warunków pracy, której się podejmuje, ograniczenia czasowe na wykonanie czynności, jakich musi się podjąć, apatię i rutynę w pracy, biurokratyzację działań, złe stosunki z przełożonymi i współpracownikami, brak wsparcia. Do czynników z zakresu warunków pracy należałoby dodać jeszcze przyczyny wypalenia wymienione przez Watkinsa, który uważa, iż źródeł tego zjawiska można dopatrywać się w roztrwonieniu psychicznych oraz fizycznych zasobów, w zbyt wygórowanych oczekiwaniach osobistych oraz w relacjach naruszających własne rezerwowe siły (za:Fengler, 2001). Przyczyny wypalenia zawodowego to:

- uwarunkowania środowiska,
- zachwiane poczucie własnej wartości, niska samoocena,
- trudności w kontrolowaniu i opanowywaniu własnych emocji,
- tendencje do nadmiernej rywalizacji,
- przedmiotowe traktowanie innych,
- przepracowanie, zbyt wiele obowiązków,
- brak sukcesów i satysfakcji z pracy,
- wyczerpanie, niechęć do ludzi, apatia, złość,
- zwiększone starania by być solidnym,
- bezradność,
- niepewność w kontaktach z innymi,
- niskie wynagrodzenie.

Aby uniknąć wypalenia w wymiarze psychicznym, należy często upewniać się czy to co robimy nadal jest ciekawe, czy nadal sprawia nam przyjemność. Musimy pamiętać o tym, że zasoby naszej energii psychicznej są ograniczone. Pomocne w tym zakresie są zachowanie **asertywne** - inni chętnie obarczają nas dodatkowymi zadaniami, konsumując tym samym naszą energię. Aby uchronić się przed tym, niezbędna jest umiejętność mówienia „nie” kiedy nie mamy ochoty angażować się w jakieś kolejne przedsięwzięcia.

W poznawczym modelu stresu i wypalenia ważnymi czynnikami są typy kontroli, jakie reprezentuje jednostka. W modelu kontroli Bryanta (1998) wyróżnia się cztery typy kontroli:

- Zmaganie.

- Doznawanie.
- Unikanie.
- Utrzymywanie.

Kontrole typu *doznawanie* i *utrzymywanie* polegające na dostosowywaniu własnych procesów do zmian życiowych, pozytywnym wartościowaniem skutecznie zapobiegają procesowi wypalenia. Przypuszcza się, że kontrola typu *unikanie* polegająca na negatywnej ocenie i kontroli bezpośredniej, pozostająca w silnym powiązaniu z depersonalizacją, która pełni funkcję mechanizmu obronnego, sprzyja wypaleniu zawodowemu. Jeżeli mamy poczucie, że zagraża nam wypalenie lub utraciliśmy już zdolność odczuwania przyjemności ze swojej pracy, pomocne mogą być następujące rady:

- Należy weryfikować swoje cele i priorytety, analizować swoje możliwości w zakresie sprostania wymaganiom;
- Dokonywać ich redukcji poprzez wycofanie się z pewnych zadań;
- Zwiększać dystans wobec otoczenia jeżeli kontakty z otaczającymi ludźmi kosztują zbyt wiele energii. Mamy prawo bronić się przed nadmierną eksploatacją emocjonalną czy psychiczną;
- Powinniśmy usprawniać swoje umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem;
- Korzystajmy z pomocy rodziny lub przyjaciół w uporaniu się ze stresem;
- Należy prowadzić zdrowy styl życia (odpowiednia ilość snu i wypoczynku, właściwa dieta, aktywność fizyczna);
- Ograniczyć spożywanie kawy, alkoholu;
- Poszukać odpowiedniego dla siebie hobby gdyż to doskonale regeneruje umysł;
- Przyznaj sobie prawo do wypoczynku, relaksu, przyjemności.

Objawy wypalenia zawodowego mogą być liczne i bardzo dotkliwe. Najczęściej spotyka się:

- problemy z koncentracją,
- przewlekłe zmęczenie,
- osłabienie organizmu (efektem mogą być częste infekcje),
- bóle głowy i mięśni,
- brak apetytu, spadek wagi, anoreksja i bulimia,
- bezsenność, trudności z zasypianiem,
- problemy w kontrolowaniu emocji - łatwe wpadanie w gniew i irytację,
- unikanie kontaktów z otoczeniem,
- pogorszenie stosunków międzyludzkich,
- przewlekła depresja i apatia,
- wrzody żołądka, nadciśnienie,
- napady lęku.

Psychologowie z American Psychology Association (za: Bilaska, 2004) proponują pięć etapów, okresów procesu wypalenia zawodowego.

Miesiąc miodowy - cały proces zaczyna się zauroczeniem pracą, satysfakcją z osiągnięć zawodowych. Jednostka jest pełna energii, optymizmu, entuzjazmu.

Przebudzenie - człowiek usilnie stara się, by jego idealistyczny obraz, jaki sobie wytworzył, nie uległ zmianie. Pracuje dużo, coraz więcej, zauważa jednak, że jego idealistyczna ocena pracy jest nierealistyczna.

Szorstkości - charakteryzuje się tym, iż w realizację zadań zawodowych trzeba wkładać coraz więcej wysiłku. W kontaktach społecznych, z kolegami w pracy, z klientami pojawiają się kłopoty.

Wypalenie pełnoobjawowe - tu towarzyszy poczucie pustki, samotności, chęci wyzwolenia się. Pojawiają się myśli ucieczkowe, stany depresyjne. Można już mówić o pełnym wyczerpaniu fizycznym i psychicznym.

Ostatni okres określany jest mianem **odradzania się**, rekonwalescencji, leczenia ran powstałych w wyniku całego procesu wypalania się.

Literatura

1. Aouili, B. Haj Bakri, B. Wypalenie zawodowe a poczucie sensu życia lekarzy internistów.
W: <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=201>
2. Aronson, E.: Człowiek, istota społeczna. Warszawa: PWN, 1995.
3. Aronson, E.: Człowiek istota społeczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.
4. Bilka E.: Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego.
W: <http://www.pismo.niebieskalinia.pl/index.php?id=253>, Ewa Bilka, Niebieska Linia, nr 4 / 2004.
5. Burke, R. J., Greenglass, E. R.: Psychological burnout among men and woman in teaching: An examination of the Cherniss model, Human Relations 42, 3, 261-273. 1989.
6. Fengler, J.: Pomaganie mężczyznom. Gdańsk: GWP, 2001.
7. Lee, R. T., Ashforth, B. E.: On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. Journal of Applied Psychology. 75, 6, 743-747, 1990.
8. Maslach, C. : Wypalenie się: utrata troski o człowieka. W: Zimbardo, P. G., Ruch F. L., Psychologia i życie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994.
9. Okła, W., Steuden, S.: Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia. Roczniki Psychologiczne, t. I. s. 119-130, Lublin, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 1998.
10. Okła, W., Steuden, S.: Strukturalne i dynamiczne aspekty zespołu wypalenia w zawodach wspierających. Roczniki Psychologiczne, t. II, Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 1999.
11. Sęk, H.: Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Społeczne i podmiotowe uwarunkowania. W: Edukacja wobec zmiany społecznej, Brzeziński, J. Witkowski, L. (red.), Poznań: Zakład Wydawniczy K Domke, s.123-137, 1994.
12. Sęk, H.: Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Ustalenia teoretyczne i metodologiczne. Przegląd Psychologiczny 3, s. 787-808, 1988.
13. Sęk, H.: Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
14. Terelak, J.: Psychologia stresu. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta, 2001.
15. Tokarz, A., Nęcka, E.: Psychologia poznawcza w Polsce: Koncepcje, analizy, badania. Warszawa: Instytut Psychologii PAN, 1997.

Dr n. med. Stanisław Sosnowski
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
„Nowy Szpital” sp. z o.o. w Świeciu n/Wisłą
86-100 Świecie; ul. Wojska Polskiego 126
E-mail: ssosnowski@interia.pl
Tel. kom. 602-575-189

Mgr Elżbieta Janicka
Klinika Rehabilitacji 10 WSK w Bydgoszczy

Rehabilitacja mowy u osób po udarach mózgu

Stanisław Sosnowski, Bożena Główka

Streszczenie

W artykule tym wyjaśniono terminy: afazja i udar mózgu. Scharakteryzowane zostały najczęściej spotykane typy afazji. W dostępny, zwięzły sposób przedstawiono etapy i zasady rehabilitacji mowy afatyków. Zwrócono uwagę na etyczne, moralne podejście do problematyki chorego afatyka ze strony lekarza, logopedy, psychologa i pozostałego personelu medycznego.

Słowa kluczowe: afazja, rehabilitacja mowy, udar mózgu

Rehabilitacja mowy u osób po udarach mózgu

Udar mózgu - nagłe, ogólne i/lub ogniskowe objawy neurologiczne, związane z zaburzeniem krążenia krwi w CUN, jest główną przyczyną powstawania afazji czyli utraty znajomości języka.

Co oznacza termin afazja i jaka jest jej klasyfikacja?

Terminem afazja (fazis-mowa) określa się częściową lub całkowitą utratę umiejętności posługiwania się językiem, spowodowaną uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych.

W afazji występują także trudności w jego ponownym nauczaniu się. Przyczyny utraty mowy mogą być różne, ale najczęstsze to udary mózgowie, czyli przerwanie dopływu krwi do pewnych okolic mózgu, np. z powodu pęknięcia naczynia krwionośnego i wylewu krwi, zatkania tętnicy zakrzepem oraz możliwe zniszczenie tkanki nerwowej z powodu urazu czaszki, nowotworów i ropni, itp. Bezpośrednio po wystąpieniu uszkodzenia mózgu i w ciągu pierwszych dni, zwykle występuje utrata świadomości, bóle głowy, mdłości, niedowład lub porażenie jednej połowy ciała, utrata mowy i rozumienia. Uszkodzenie mózgu może wywołać także zaburzenie pamięci, uczuć, procesów myślowych, zaburzenia ruchów bardziej złożonych (apraksja), zaburzenia w analizie bodźców zewnętrznych (agnozje wzrokowe, słuchowe i inne), zaburzenia czucia (dotyku, bólu, temperatury) zaburzenia orientacji przestrzennej, zaburzenia w czytaniu, pisanu, w operowaniu liczbami (akalkulia). Znajomość powyższych zaburzeń jest istotna, gdyż może towarzyszyć zaburzeniom lub utracie mowy.

Obecnie w literaturze światowej szeroko stosowany jest podział H. Goodglassa i E. Kaplana (zgodny z zaproponowaną przez nich teorią afazji). Autorzy ci wyróżnili 7 podstawowych rodzajów afazji. Oto niektóre z nich:

1. Afazja Broca.

Powstaje wskutek uszkodzenia ośrodka ruchowego mowy (okolice Broca). Znajduje się on w dolnej części lewego płata czołowego (część tzw. okolicy przedmuchowej). W tym typie afazji występuje zaburzenie programów mózgowych odpowiedzialnych za wyuczone, precyzyjne wzorce ruchowe, niezbędne do wypowiedzania ciągów fonemów. Defekt dotyczy zatem sekwencji organizacji ruchów mięśni narządu artykulacyjnego, przy czym mięśnie te nie są uszkodzone. Pacjent z takim uszkodzeniem dość dobrze rozumie mowę, sam jednak nie jest w stanie płynnie się wypowiadać. Jego mowę cechuje drastyczny ubytek fluencji słownej oraz agramatyzmy. Jest ona określana jako telegraficzna, obfituje bowiem w rzeczowniki, natomiast czasowniki, słowa funkcyjne, przedrostki są w niej pomijane. Afazja Broca należy do afazji niepłynnych, charakteryzuje się dyzartryczną, dysprozodyczną, agramatyczną i wysiłkową mową. Mimo, że u pacjentów z afazją Broca rozumienie pozostaje zachowane, jednak pacjenci ci często ujawniają trudności ze zrozumieniem materiału, który zawiera sekwencje oparte na szczególnych związkach gramatycznych („położ niebieski kwadrat na czerwonym kole”). Zaburzenia

rozumienia gramatycznych form wypowiedzi, pojawiające się w trakcie badania języka zarówno mówionego jak i pisanego, odpowiadają występującym zaburzeniom gramatycznym w języku mówionym. Zaburzeniu ulegają także powtarzanie, głośnie czytanie, nazywanie i pisanie. Uszkodzenie odpowiedzialne za afazję Broca obejmuje dolny zakręt czołowy, przyległa okolice wieczka i wyspy w obszarze górnego podziału tętnicy środkowej mózgu. Rozległość uszkodzenia determinuje obraz afazji. Uszkodzenie wieczka czołowego powoduje trudności z rozpoczęciem wypowiedzi, uszkodzenie niższych części kory ruchowej powoduje dyzartrię i dysprozodię, natomiast uszkodzenia obejmujące położone bardziej ku tyłowi połączenia okolic skroniowo-ciemiennowych z wieczkiem, prowadzą do fonemicznych parafazji podobnych do parafazji występujących w afazji przewodzeniowej. Klasyczna afazja Broca obejmuje wszystkie wymienione cechy z agramatyzmami włącznie, skrócone zaś wypowiedzi pojawiają się w przypadku, gdy uszkodzenie obejmuje wymienione obszary oraz istotę białą okolic okołokomorowych. Jeśli do uszkodzenia dochodzi w okolicy czołowej, w obszarze przedmuchowym i wieczku czołowym, to porażenie prawostronne towarzyszące afazji obejmuje bardziej twarz i ramię niż kończynę dolną, natomiast apraksja „współczulna” może wpływać na czynności policzkowo-językowe oraz czynności lewej kończyny.

2. Afazja Wernickego.

Spowodowana jest uszkodzeniem ośrodka czuciowego mowy, który znajduje się w części tylnej górnego zakrętu lewego płata skroniowego (pole 22 według Brodmanna), a często również obszarów sąsiednich. U podłoża tego rodzaju afazji leży uszkodzenie słuchu fonematycznego, czego konsekwencją jest brak rozumienia mowy innych oraz mowy własnej. Sprawia to, że ta ostatnia jest silnie zniekształcona, a w skrajnych przypadkach zupełnie niezrozumiała dla słuchacza. Chory nie poprawia popełnianych błędów z powodu braku sygnalizacji zwrotnej z analizatora słuchowego; jego mowę można określić jako „sałatkę słowną” lub żargon. Błędnie używa on słów (parafazje werbalne) albo je zniekształca. Często tworzy neologizmy. Mowa jego jest płynna, jej tempo i melodia normalne. Afazja ta powoduje płynną, parafatyczną mowę z ograniczonym rozumieniem, powtarzaniem i nazywaniem. Mowa pacjenta stanowi barwny, często pozbawiony sensu słowotok, przy czym pacjenci nie zwracają uwagi na deficyt lub zaprzeczają jego istnieniu. Afazja Wernickego stanowi jeden z najbardziej charakterystycznych zespołów w neurologii klinicznej. Pacjent mówi bezustannie, mowa jest przyspieszona, sposób wypowiedzi jest często roszczeniowy, natrętny, a nawet kłótlivy. Mowa spontaniczna charakteryzuje się głównie parafazją semantyczną oraz występowaniem neologizmów, podczas gdy parafazja „prawdziwa” może dominować przy próbie formułowania odpowiedzi w teście nazywania. Pisanie i czytanie mogą być również utrudnione. Pomimo, że podstawowe cechy afazji Wernickego opisują klasyczną postać zespołu, w warunkach klinicznych istnieje wiele jego odmian. Rozumienie mowy może być łagodnie upośledzone, z zachowaną zdolnością interpretowania nieskomplikowanych zdań złożonych lub też znacznie upośledzone z zachowanym rozumieniem prostych wypowiedzi oraz prostych poleceń („Proszę zamknąć oczy”, „Proszę otworzyć usta”, „Proszę wstać”). Rozumienie języka mówionego może być względnie dobrze zachowane przy znacznie upośledzonym rozumieniu tekstu pisanego, chociaż może być też odwrotnie. Większe upośledzenie rozumienia mowy odpowiada bardziej rozległemu uszkodzeniu struktur płatów skroniowych, włączając w to pierwotną korę słuchową, natomiast bardziej zauważalne zaburzenia rozumienia czytanego tekstu odzwierciedlają rozmiar uszkodzenia w dolnej części płata ciemiennego i w okolicy zakrętu kąтового. Uszkodzenia anatomiczne w afazji Wernickego obejmują tylną jedną trzecią część lewego górnego zakrętu skroniowego, jednak są rzadko ograniczone tylko do tego obszaru. Często bowiem obejmują także przyległe obszary skroniowe i ciemiennowe dolne. Większość pacjentów z afazją Wernickego to pacjenci po przebytych udarze mózgu, który był spowodowany zamknięciem naczynia krwionośnego materiałem zatorowym pochodzącym z serca. Czasami afazja Wernickego jest spowodowana przez proces nowotworowy lub uraz, rzadziej zaś występuje u pacjentów z otępieniami zwyrodnieniowymi. Afazji Wernickego często towarzyszy góna

kwadrantopsja oraz korowa utrata czucia w obrębie twarzy i ramienia. Jeśli uszkodzenie mózgu obejmuje odnógę tylną torebki wewnętrznej, afazji towarzyszyć może niedowład połowiczny.

3. Afazja amnestyczna.

Zdaniem wielu autorów trudno jednoznacznie określić, jakie uszkodzenia wywołują ten rodzaj afazji, Niektórzy lokalizują je u podstawy lewego płata skroniowego, co ma powodować przerwanie połączeń ośrodków mowy z okolicą hipokampa, biorącą udział w procesach zapamiętywania. Inni doszukują się źródła tejże afazji w uszkodzeniach okolicy skroniowo-ciemieniowo potylicznej. Mimo że prawie wszyscy chorzy z afazją mają trudności w znajdowaniu słów, to jednak w afazji amnestycznej zaburzenie nazywania jest szczególnie silne i stanowi defekt pierwotny. Charakterystyczne jest to, że chory zamiast powiedzieć np. grzebień, mówi: to, co do czesania. Pacjent może jednak poprawnie wskazać przedmiot, który usłyszy jego nazwę lub go zobaczy.

4. Afazja całkowita.

Występuje przy rozległych uszkodzeniach lewej półkuli. Zaburzenia mowy są tutaj bardzo głębokie, często występuje całkowite zniesienie kontaktu werbalnego z otoczeniem. Niedotlenienie obszaru zaopatrywanego przez całą środkową tętnicę mózgową prowadzi do afazji całkowitej. Uszkodzenie mózgu obejmuje wówczas rozległy obszar mózgu łącznie z okolicą Broca i Wernickego, zakretem kątowym wchodząc głęboko w istotę białą. Termin afazja całkowita wskazuje na głębokie zaburzenie językowe dotyczące wszystkich modalności, podczas gdy termin afazja mieszana dotyczy jej łagodniejszej postaci. Pacjenci z afazją całkowitą mają uszkodzone wszystkie funkcje językowe, w tym spontaniczne zdolności przekazu werbalnego, rozumienia, powtarzania, nazywania, głośnego czytania, rozumienia słowa pisanego i umiejętności pisanie. Często spontaniczna mowa stanowi postać stereotypowych, pozbawionych sensu dźwięków, takich jak „ta, ta, ta”, chociaż część pacjentów może mieć niewielki repertuar wyuczonych i zmagazynowanych zwrotów („cześć”, „nie mogę” itd.), które wypowiada w sposób płynny. Wielu pacjentów z całkowitą afazją w momencie zdenerwowania potrafi bez trudu przeklinać. Mowa automatyczna (liczenie, wyliczanie dni tygodnia lub miesięcy) oraz nucenie wcześniej przyswojonych melodii („Sto lat”, „Zima zła”) mogą pozostać zachowane pomimo poważnych ubytków w zakresie formułowania wypowiedzi, Ograniczona zdolność rozumienia pozwala na zróżnicowanie afazji całkowitej z afazją Broca, natomiast upośledzone powtarzanie pozwala zróżnicować afazję całkowitą z transkorową afazją mieszaną (afazją izolowaną). Nawet jeśli dochodzi do poważnego upośledzenia rozumienia, wiele osób cierpiących z powodu afazji całkowitej jest w stanie spełniać polecenia („Proszę wstać”, „Proszę wsiąść”), rozpoznaje obcy język oraz wypowiedzi pozbawione sensu. Osoby te potrafią również ocenić na podstawie intonacji, czy zdanie, które słyszą, jest pytaniem czy poleceniem, rozpoznaje zapoznane i wymawiane nazwiska znanych im osób oraz nazwy znanych im miejsc, są też w stanie rozróżnić tekst pokazany „do góry nogami”.

Liczba chorych z udarami mózgu stale wzrasta. Chorzy z poudarowymi zaburzeniami mowy posiadają niższą jakość życia. Współczesne próby terapii pacjentów, którzy w wyniku udaru mózgu doznali afatycznych zaburzeń mowy w swej głównej mierze skupiają się na postępowaniu psychologicznym i logopedycznym. Rehabilitację tą rozpoczyna się zwykle od ćwiczeń mniej uszkodzonych części składowych zaburzeń mowy, co stanowi następnie czynność torującą dla funkcji bardziej uszkodzonych. Usprawnianie danej upośledzonej funkcji motorycznej - ekspresywnej poprzez inną motoryczną przebiega łatwiej niż torowanie uszkodzonej funkcji motorycznej przez czuciową. W rehabilitacji percepcyjnych, centralnych zaburzeń mowy należy wykorzystać pozasłuchowe drogi kontaktu z pacjentem. W rehabilitacji afatycznych zaburzeń motorycznych, po odbudowaniu systemu artykulacyjnego chorego wykorzystuje się torujący wpływ ćwiczeń, polegających na powtarzaniu słów w ciągu zautomatyzowanym. Chory powtarza dni tygodnia, nazwy miesięcy, nazwy pór roku, liczby, pacierz, hymn lub słowa znanej choremu piosenki.

Rehabilitacja afatycznych zaburzeń amnestycznych polega w pierwszej mierze, na stymulacji pamięci nazwy, poprzez dostarczanie choremu pozawerbalnych informacji o przedmiocie. U niektórych afatyków zaburzenia mowy cofają się do pewnego stopnia samoistnie, bez terapii logopedycznej. Zdarza się to w sytuacjach, kiedy poza trwałym uszkodzeniem pewnych okolic mózgu – były uszkodzenia przejściowe spowodowane, np. obrzękiem, zaburzeniem w krążeniu krwi albo obniżeniem pobudliwości komórek nerwowych i przewodzenia synaptycznego. Trwałe, organiczne uszkodzenia mózgu powodują wypadnięcie danej funkcji. W takim wypadku terapia polega na zastąpieniu jej inną funkcją, mogącą uczestniczyć w danym układzie czynnościowym, np. czucie lub słyszenie – spostrzeganiem wzrokowym. Terapię mowy można rozpocząć dopiero, gdy ustąpią ostre objawy choroby, która wywołała afazję. Początkowo zajęcia powinny być krótkie (kilkuminutowe). Czas reedukacji można stopniowo wydłużać, a w zależności od samopoczucia chorego należy robić krótkie, ale częste przerwy dla odpoczynku. W dalszej fazie ćwiczenia mogą trwać do 45 minut dziennie przy częstotliwości 3-4 razy w tygodniu, a nawet codziennie. Kiedy mamy do czynienia z lżejszymi przypadkami choroby mowa powraca w okresie 1-3 miesięcy, często nawet samoistnie. Przy cięższych udarach pomoc logopedy jest niezbędna i reedukacja trwa do 2-3 lat, a mowa może nie osiągnąć poprzedniej doskonałości, może być powolna, o uproszczonym stylu, mogą też pozostać pewne trudności w rozumieniu. Należy pamiętać o stanie psychicznym chorego, u którego z powodu długo trwającej niemożności utrzymania kontaktów z otoczeniem, może pojawić się zniechęcenie, a nawet depresja. Afatycy świadomi swojej ułomności, są wrażliwi na reakcje otoczenia. Potrzeba więc dużo taktu i cierpliwości, zarówno ze strony logopedy jak i najbliższego otoczenia.

Afatycy bardzo często wyczuwają zniecierpliwienie, a nawet lekceważący czy kąpiący stosunek ludzi do ich choroby. Niektórzy z nich nabierają dystansu do najbliższych osób i do personelu medycznego. Pozytywne nastawienie terapeuty do afatyka to fundament, na którym powinna oprzeć się prawdziwa rehabilitacja mowy. Wyrozumiałość, dobroć, cierpliwość i subtelna obecność neurologopedy powinna sprawiać, iż rehabilitacja stanie się dla pacjenta przyjemnością a nie przykrym codziennym obowiązkiem. Francuski film pt. „Motyl i skafander” w reżyserii Juliana Schnabela powinien stać się lekturą obowiązkową dla ludzi zajmujących się rehabilitacją po udarach mózgu. Często nie umiemy zrozumieć chorego z afazją, ponieważ nie wiemy jak on postrzega siebie, nas, swoją chorobę, otoczenie. Akceptacja, życzliwość, uśmiech, zrozumienie powinny co dzień towarzyszyć w pracy logopedy, psychologa, najbliższej rodziny.

Literatura

1. Forbes J.: Cost of stroke. *Scott. Med. J.*, 1993; 38 (suppl.): 1-4.
2. Asplund K., Marké L.-A., Terént A., Gustafsson C., Wester P.: Costs and gains in stroke prevention: European perspective. *Cerebrovasc. Dis.*, 1993; 3: 34-42.
3. Brainin M., for the European Federation of Neurological Societies Task Force: Neurological acute stroke care: the role of European neurology. *European Journal of Neurology*, 1997; 4: 435-441.
4. Aboderin I., Venables G., for the PAN European Consensus Meeting on Stroke Management. *Stroke management in Europe. J. Intern. Med.*, 1996; 240: 173-180.
5. Adams H., Brott T., Crowell R., et al.: Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from a Special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke*, 1994; 25: 1901-1914.
6. Balejko A.: Diagnostyka i terapia osób z afazją: holistyczne podejście do chorego, Wydawnictwo Logopedyczne. 1998.
7. European Ad Hoc Consensus Group: European strategies for early intervention in stroke. *Cerebrovasc. Dis.*, 1996; 6: 315-324.
8. Pąchalska M.: Afazjologia Wydawnictwo Naukowe PWN. Via Medica, Gdańsk 2006, wyd. 1.

9. Herzyk A., Daniluk B., Pąchalska M., McQueen B. D.: Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy - jakość życia pacjentów. UMCS, Lublin 2003, wyd. 1.
10. WHO Task Force on Stroke and Other Cerebrovascular Disorders: Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and Other Cerebrovascular Disorders. *Stroke*, 1989; 20: 1407-1431.
11. Stroke Units Trialists' Collaboration: A systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ*, 1997; 314: 1151-1159.
12. Maruszewski M.: Afazja. Zagadnienia teorii i terapii. Warszawa, PWN, 1996.
13. Maruszewski M.: Chory z afazją i jego usprawnianie, Warszawa 1974.
14. Grabias S.: Mowa i jej zaburzenia. *Logopedia*. - T. 28, 2000, s. 7-36.
15. Langhorne P., Williams B., Gilchrist B.: Do stroke units save lives- *Lancet*, 1993; 342: 395-398.
16. Minczakiewicz M. E.: Mowa- rozwój- zaburzenia- terapia, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej im. KEN w Krakowie, 2000.
17. Galkowski T., Jastrzębowska G.: *Logopedia-pytania i odpowiedzi: podręcznik akademicki*. Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego, 2003.
18. Indredavik B., Slordahl S., Bakke F., Roksetz R., Haheim L.: Stroke unit treatment: long-term effects. *Stroke*, 1997; 28: 1861-1866.
19. Opara J.: Aktualne metody usprawniania ruchowego chorych po udarze mózgu. *Udar Mózgu*, 2002, tom 4, nr 1, 33-38.
20. Kirshner H.S. (2006) Zaburzenia języka i mowy. A. Afazja. [w:] W.G. Bradley, R.B. Daroff, G.M. Fenichel i J. Jankovic [red.] *Neurologia w praktyce klinicznej*. Tom 1. Lublin: Czelej.
21. Broca P. (1861) Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole). *Bulletin de la Société Anatomique*, 6: 330-357 [on-line dostępny jest pełny tekst w wersji francusko- i anglojęzycznej: <http://psychclassics.yorku.ca/Broca/aphemie-e.htm>].
22. Laidler P.: *Rehabilitacja po udarze mózgu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, wyd 2.

Dr n. med. Stanisław Sosnowski
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
Nowy Szpital sp. z o.o. w Świeciu n/Wisłą
86-100 Świecie; ul. Wojska Polskiego 126
E-mail: ssosnowski@interia.pl
Tel. kom. 602-575-189

Mgr Bożena Główna
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
Nowy Szpital sp. z o.o. w Świeciu n/Wisłą
86-100 Świecie; ul. Wojska Polskiego 126

Stres u pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych i niezabiegowych Szpitala Wojewódzkiego w Łomży

Kamila Trzecińska, Ewa Falkowska-Pijagin

Streszczenie

Hospitalizacja jest sytuacją, która dla większości pacjentów jest dodatkowym obciążeniem, źródłem stresu. Na skutek hospitalizacji dochodzi do ograniczenia aktywności fizycznej, włącznie z czynnościami samoobsługowymi, wypadnięcia z dotychczasowych ról społecznych, konieczności pobytu w nieznanym warunkach, uzależnienia od innych osób, a szczególnie stresująca jest konieczność poddania się zabiegowi operacyjnemu. Aby zobrazować zagadnienie stresu u pacjentów hospitalizowanych przeprowadzono badania u 33 pacjentów na oddziałach zabiegowych i 33 pacjentów na oddziałach niezabiegowych Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. Celem badań było poznanie czy hospitalizacja jest sytuacją stresującą dla pacjentów, a jeśli tak, to z jakiego powodu, w jakim stopniu, i jak pacjenci sobie z nią radzą, a także czy mają oni oczekiwania w stosunku do pielęgniarek, związane z sytuacją stresową spowodowaną hospitalizacją i czego one ewentualnie dotyczą. Posłużono się w tym celu narzędziem badawczym – kwestionariuszem ankiety własnej konstrukcji. Wyniki badań potwierdziły, że stres jest problemem niezwykle rozpowszechnionym w szpitalu. Jego objawy to przede wszystkim bezsenność i kołatania serca. Najbardziej stresującym czynnikiem związanym z hospitalizacją było bezczynne leżenie i czekanie. Badania nie potwierdziły, że hospitalizacja jest bardziej stresująca dla pacjentów oddziałów zabiegowych, pobyt na tych oddziałach wywołuje większy stres u pacjentów, jeśli jest związany z koniecznością wykonania u nich zabiegu operacyjnego. Chorzy rzadko otrzymują, wg badanych, wsparcie od lekarzy i pielęgniarek.

Słowa kluczowe: stres, hospitalizacja, choroba.

Wprowadzenie

Stresem jest określona relacja między osobą a otoczeniem, która polega na zakłóceniu lub zapowiedzi zakłócenia równowagi między wymaganiami a możliwością ich spełnienia. Czynnikiem determinującym stres są: odbiór danego wydarzenia i reakcja na nie. A zatem nie jest ważny sam bodziec stresujący, lecz jego interpretacja.

Hospitalizacja jest sytuacją, która dla większości pacjentów stanowi dodatkowe obciążenie. [5,6] Osoba chora troszczy się o własne zdrowie i życie, a więc przeżywa obawy przed cierpieniem, okaleczeniem i śmiercią. [2,16] Podczas pobytu w szpitalu różnego rodzaju utrudnienia i uciążliwości choroby dają o sobie znać w szczególności sposobem. [6] Rzadko spotyka się pacjentów, którzy bardzo dobrze adaptują się do warunków szpitalnych lub dla których uzyskiwane tam poczucie bezpieczeństwa jest tak ważne, że rekompensuje wszelkie niedogodności. [5,6]

Początkowy okres pobytu w szpitalu, zwany przejściowym lub adaptowaniem się jest stresujący dla prawie każdego pacjenta. Jest to uzależnione od takich czynników, jak: stan pacjenta, reakcja na chorobę i hospitalizację, doświadczenia z dotychczasowych pobytów w szpitalu, warunki, w jakich odbywać się będzie jego leczenie i pielęgnowanie, oraz warunki poprzedzające przyjazd do szpitala. [16]

Wyznacznikiem nowej sytuacji jest całkowite „wypadnięcie” z dotychczas pełnionych ról społecznych, a więc pacjent może być zaniepokojony o rodzinę, osoby bliskie czy niedokończoną pracę. Hospitalizacja powoduje także ograniczenie lub utratę kontaktów

społecznych, zarówno koleżeńskich, jak i rodzinnych, co może doprowadzić w konsekwencji do izolacji społecznej. [9, 16]

Na skutek hospitalizacji dochodzi również do ograniczenia aktywności fizycznej, związanej ze swobodnym przemieszczaniem się, a często również z czynnościami samoobsługowymi, co nieuchronnie pociąga za sobą zmianę struktury potrzeb. [2,5]

W szpitalu dochodzi do konfrontacji pacjenta z obcym, niepokojącym dla niego środowiskiem. [2,3,13] Otacza go wiele nie znanych mu osób. Wykonywane są badania, zadawane pytania, wydawane zlecenia, podejmowane decyzje w sprawie jego zdrowia. Zdarza się, że osoby sprawujące opiekę często są młodsze wiekiem od pacjenta, co może być dla niego trudne do zaakceptowania. [16] Otoczenie w szpitalu stwarza często dyskomfort również z powodu swojej nieestetyczności. Nieprzyjemne bywają zapachy leków i środków dezynfekcyjnych. Otoczenie w postaci różnych aparatów i przyrządów może stwarzać u pacjentów poczucie zagrożenia, zwłaszcza wtedy, gdy brak jest zrozumiałych informacji, co do ich przeznaczenia i działania. [5]

Otoczenie społeczne pacjenta stanowią głównie współpacjenci przebywający razem z nim na sali. Kontakt z nimi może być korzystny i wspierający dla wielu osób, ale może stanowić również poważne obciążenie psychiczne dla pacjenta, gdyż dobór współtowarzyszy jest najczęściej przypadkowy i przy braku wzajemnej tolerancji kontakt ten może stać się trudny do wytrzymania. Źródło dodatkowego stresu stanowi obcowanie z cierpieniem i dramataми innych chorych. Bardzo obciążająca jest sytuacja śmierci współpacjenta.

Koniecznością staje się odstąpienie od wielu dotychczasowych przyzwyczajzeń i nawyków, dotyczących bardzo intymnych sfer życia, np. pacjent musi spać w obecności obcych osób, korzystać z pomocy pielęgniarki podczas zabiegów higienicznych czy godzić się na jej obecność podczas załatwiania potrzeb fizjologicznych. [5,6]

Szczególnie znaczące są w przypadku hospitalizacji dwa wyzwania, przed którymi stoją pacjenci hospitalizowani. Jest to utrata autonomii i pozbawienie wsparcia. Poczucie autonomii pacjentów jest uzależnione od problemu medycznego, z powodu którego znaleźli się w szpitalu, wymagań opieki szpitalnej, procedur medycznych lub chirurgicznych oraz rutyny, jaką narzuca tak złożona organizacja jak szpital. Pozostają też dodatkowe ograniczenia wynikające z postaw pacjentów i personelu. [12]

Przekazanie kontroli nad własnym życiem osobom trzecim jest niewątpliwie silnie stresujące. Poza tym pacjenci zdani są na łaskę instytucji, której funkcje nie są w pełni zrozumiałe, oraz pozbawieni dostępu do informacji. Rezultatem takiej sytuacji jest spora doza niepewności i lęku. Rodzi to różne postawy i reakcje wobec roli pacjenta.

Wyróżnia się trzy główne typy reakcji pacjenta postrzegane z punktu widzenia personelu szpitala: pacjenci „dobrzy”, „przeciętni” i „problemowi”. „Dobrzy” pacjenci to ci, którzy nie uskarżają się i cechują się podejściem stoickim, natomiast „przeciętni pacjenci” miewają czasami skargi, które można bez trudu rozwiązać. Pacjenci z obu wymienionych grup są zazwyczaj lubiani przez personel, ponieważ nie absorbują ich czasu w zbyt dużym stopniu i nie zakłócają ich rutynowych działań. [3]

Pacjenci „problemowi” natomiast często narzekają, podchodzą do swych kłopotów zdrowotnych w sposób zbyt emocjonalny, domagają się nadmiernej uwagi bądź są zależni od pielęgniarek. Jeżeli stan zdrowia pacjenta problemowego jest ciężki, personel z reguły przypisuje jego zachowanie skutkom choroby i przechodzi nad tym do porządku dziennego. Jednak pacjenci problemowi, którzy nie są uważani za ciężko chorych, są najczęściej nielubiani, ponieważ ich problemy lub zachowanie utrudniają personelowi poczucie, że skutecznie się nimi opiekuje i leczy. Większość pacjentów radzi sobie z utratą kontroli i wynikającym z niej lękiem przez dobrowolne przyjęcie roli „dobrego” pacjenta. Może to ułatwiać przystosowanie się do pobytu w szpitalu, ale może być także źródłem poważnych problemów. Termin „wycuczona bezradność” stosuje się w odniesieniu do ogólnego przekonania, że dana osoba nie ma wpływu na to, co jej się przydarza. To przekonanie uważa się za źródło bierności wywołanej doświadczeniem niekontrolowanych zdarzeń, nawet w obliczu sytuacji, którą można kontrolować. Los pacjentów

zależy od personelu i szpitalnej rutyny, tak więc chorzy szybko się uczą, że mają na niego znikomy wpływ, a więc stają się bierni i tracą motywację. [3,12]

Są też i tacy, zwłaszcza osoby młode, lepiej wykształcone lub nawykłe do dysponowania kontrolą nad otoczeniem, które postrzegają jej utratę jako zagrożenie osobistego poczucia wolności i niezależności, powodujące gniew i wymagające czynnego oporu. [3]

Pacjenci sprzeciwiają się kontroli zgodnej z regułami i ograniczeniami, które wydają im się narzucane, również przy pomocy „biernego oporu”. W wielu przypadkach są to niegroźne sposoby, takie jak palenie papierosów w toalecie albo niedwuznaczne propozycje składane pielęgniarkom, ale mogą być one znacznie poważniejsze, np. niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub wypisywanie się na własną prośbę. [12]

Wymuszona izolacja od środowiska rodzinnego pociąga za sobą zmniejszenie możliwości korzystania ze wsparcia osób bliskich, które właśnie w sytuacji choroby i hospitalizacji staje się bardziej potrzebne, gdyż służy ochronie przed stresem związanym z opisanymi wyżej wyzwaniami. [6,12]

Kolejnymi niekorzystnymi dla pacjenta zjawiskami w szpitalu są: depersonalizacja i zagrożenie poczucia godności. Pacjent w szpitalu staje się jednym z wielu przypadków chorobowych, a zdecydowana większość działań personelu medycznego ma na celu przywrócenie go do fizycznego zdrowia lub przynajmniej doprowadzenie go do takiego stanu, aby mógł funkcjonować poza szpitalem. Jego indywidualność, a więc również emocje czy potrzeby, schodzą wtedy zwykle na dalszy plan. [2,3] Zagrożenie godności pacjenta jest związane z koniecznością „udostępniania” własnego ciała zarówno na rzecz rozważań teoretycznych personelu, jak i krępujących zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych. [2,12]

Źródłem stresu mogą być także niewłaściwe formy traktowania pacjentów przez personel szpitalny. Najczęściej spotykane są trzy takie formy: traktowanie pacjenta jako natręta, co powoduje przykre poczucie własnej zbeźdności; całkowicie przedmiotowe (bezduszne) traktowanie, które godzi w godność chorych oraz niedostateczne liczenie się z indywidualnymi skłonnościami pacjentów, np. chęcią posiadania własnych drobnych przedmiotów. [5]

Operacja chirurgiczna jako sytuacja stresowa

Każda choroba i pobyt w szpitalu może być sytuacją stresową dla człowieka, a leczenie chirurgiczne zajmuje pod tym względem miejsce wyjątkowe. [36] Dzieje się tak, ponieważ oczekiwanie na zabieg operacyjny oznacza, że pacjent utracił kontrolę nad swoją sytuacją (doświadcza uczucia utraty kontroli), a przeżycia kojarzone z brakiem kontroli nad biegiem zdarzeń są odbierane jako szczególnie stresujące. [3, 15]

Pacjentowi, który ma zostać poddany operacji, zwykle towarzyszy silny lęk od momentu przyjęcia do szpitala, aż do wypisu. [2,11,12] Ma on z reguły ścisły związek z rozległością planowanego zabiegu operacyjnego, a także z osobowością chorego. Do innych czynników, które mogą wpływać na poziom lęku odczuwanego przez chorego przed zabiegiem operacyjnym, należą: wiek pacjenta, jego płeć (jak wynika z niektórych badań - kobiety wykazują wyższy poziom lęku niż mężczyźni), wykształcenie, rokowanie medyczne oraz znieczulenie. [7] Szczególnie stresogenne może być znieczulenie ogólne z „wyłączeniem” świadomości i odruchów, ponieważ pacjent jest wówczas całkowicie zależny od osób drugich i obsługiwanej przez nie aparatury medycznej oraz obawia się o możliwość niewybudzenia się z narkozy. [2,7] Poziom lęku u chorego może wzrastać również w przypadku dokonanej przez niego uprzednio negatywnej oceny opieki pielęgniarstwa. [7]

Niepokój pacjenta wzmagają się w związku z przewidywanym bólem pooperacyjnym, możliwością wystąpienia powikłań, unieruchomieniem i uzależnieniem od innych osób, np. w zakresie utrzymania higieny ciała. [1, 14] Pojawia się także poczucie wstydu związane z koniecznością zaspokajania potrzeb fizjologicznych w łóżku oraz niepewność - co będzie w przypadku gdy zabieg operacyjny nie przyniesie spodziewanych efektów. [14]

Ponadto, człowiek, który nie ma wiedzy medycznej, tworzy sobie własne wyobrażenia na temat czekającej go operacji, często zupełnie nieadekwatne do rzeczywistości. [8] Interwencja

chirurgiczna postrzegana jest najczęściej jako okaleczenie ciała i przybiera w wyobrażeniach pacjenta formę drastyczną, polegającą na odsłonięciu narządów wewnętrznych. [11,14]

Aby zobrazować zagadnienie stresu u pacjentów hospitalizowanych, na przełomie kwietnia i maja 2008 roku przeprowadzono badania na oddziałach zabiegowych i niezabiegowych Szpitala Wojewódzkiego im. Kard. S. Wyszyńskiego w Łomży. Badaniami objęto 66 pacjentów, w tym 33 na oddziałach zabiegowych i 33 na oddziałach niezabiegowych.

Celem badań było poznanie czy hospitalizacja jest sytuacją stresową dla pacjentów przebywających na oddziałach zabiegowych i nie zabiegowych Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, a jeżeli tak, to z jakiego powodu, w jakim stopniu i jak pacjenci sobie z nią radzą. A także - czy mają oni oczekiwania w stosunku do pielęgniarek, związane z sytuacją stresową spowodowaną hospitalizacją i czego one ewentualnie dotyczą.

Zgodnie z wiedzą teoretyczną oraz własnym doświadczeniem przyjęto następującą hipotezę główną: *Hospitalizacja jest sytuacją stresową dla większości pacjentów.*

Materiał i metoda

Metodą badań był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym - skierowany do pacjentów kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, zawierający 10 pytań. W jego skład wchodziły pytania półotwarte z możliwością wielokrotnego wyboru i podania własnej, innej niż proponowane odpowiedzi. Skonstruowano go w sposób umożliwiający poznanie czynników stresujących pacjentów podczas pobytu w szpitalu, ich obaw związanych z chorobą i ewentualnym zabiegiem chirurgicznym, obserwowanych przez nich objawów stresu związanego z hospitalizacją, źródeł otrzymywanego przez nich wsparcia, ich poglądów na chorobę i radzenie sobie z nią oraz wyłonienie oczekiwań pacjentów względem pielęgniarek, związanych ze zmniejszeniem stresu spowodowanego hospitalizacją.

Kryteria doboru pacjentów do badań stanowił stan chorego pozwalający na udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie oraz zgoda pacjenta na udział w badaniach. Wszystkim ankietowanym zapewniono anonimowość, a przed każdym badaniem wyjaśniano cel badań oraz sposób wypełniania ankiety.

Zmienne, wzięte pod uwagę podczas analizy materiału badawczego, to: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa, stan cywilny, tryb przyjęcia do szpitala, powód hospitalizacji, wielokrotność i dzień pobytu w szpitalu oraz konieczność zabiegu operacyjnego.

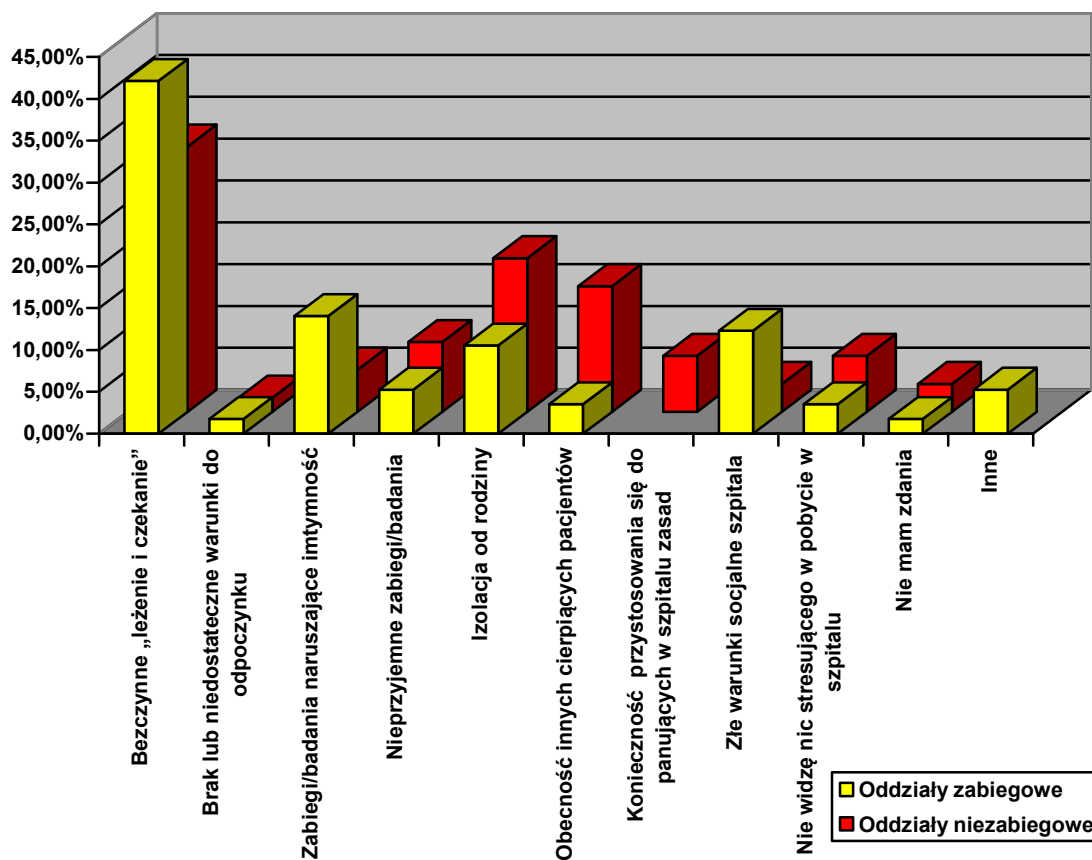
Badana grupa ankietowanych obejmowała osoby w wieku 15 – 85 lat. Średnia wieku wyniosła 59, 4 lat. Badanymi w sposób niezamierzony okazali się w większości mężczyźni (65,15%). Najlicniejsza grupa ankietowanych (37,88%) mieściła się w przedziale wiekowym 46 - 65 lat. Najwięcej badanych było mieszkańcami miast do 50 tys. mieszkańców (43,94%), z wykształceniem średnim i pomaturalnym (36,36%), nieaktywnych zawodowo (53,03%). Zdecydowana większość respondentów (69,70%) była zamężna lub żonata. Najczęstszym trybem przyjęcia do szpitala był tryb nagły (77,27%), a powodem hospitalizacji - choroba przewlekła (53,03%). Dla 75,76% badanych była to kolejna hospitalizacja, a dla 81,82% - kolejny dzień pobytu w szpitalu. Przeważały osoby, w przypadku których zabieg operacyjny nie był planowany (39,39%), ale badani, którzy mieli zostać poddani zabiegowi, również stanowili liczną grupę (37,88%).

Wyniki badań

W badaniach zapytano o ewentualne czynniki stresujące pacjentów podczas pobytu w szpitalu. Odpowiedzi respondentów zostały zobrazowane w postaci wykresu nr 1.

Wykres 1.

Czynniki stresujące respondentów podczas hospitalizacji.



Źródło: Badania własne

Jak wynika z wykresu, zdecydowanie najbardziej stresowało pacjentów bezczyenne „leżenie i czekanie” (36,75% odpowiedzi), przy czym problem ten częściej zgłaszano na oddziałach zabiegowych (42,11% odpowiedzi). Była to najczęściej udzielana odpowiedź na obu badanych rodzajach oddziałów. Na oddziałach niezabiegowych stanowiła ona 31,67%. Kolejnym istotnym problemem okazała się izolacja od rodziny (14,53% odpowiedzi). Odpowiedzi respondentów częściej wskazywały na to na oddziałach niezabiegowych (18,33%). Na oddziałach zabiegowych pojawiły się także własne wypowiedzi ankietowanych, dotyczące stresującego wpływu niedoinformowania pacjentów przez lekarza odnośnie choroby i jej leczenia, które stanowiły 2,56%. Należy zauważyć, że tylko 5,13% odpowiedzi badanych dowodziło tego, że z hospitalizacją nie są związane żadne stresujące czynniki, przy czym była to odpowiedź częstsza na oddziałach niezabiegowych (6,67%). Częstość udzielania takiej odpowiedzi na oddziałach zabiegowych wynosiła 3,51%.

Przeprowadzone badania miały również na celu poznanie ewentualnych obaw związanych z chorobą wśród pacjentów hospitalizowanych. Odpowiedzi respondentów zostały zestawione w tabeli nr 1.

Tabela 1.
Obawy u respondentów związane z chorobą.

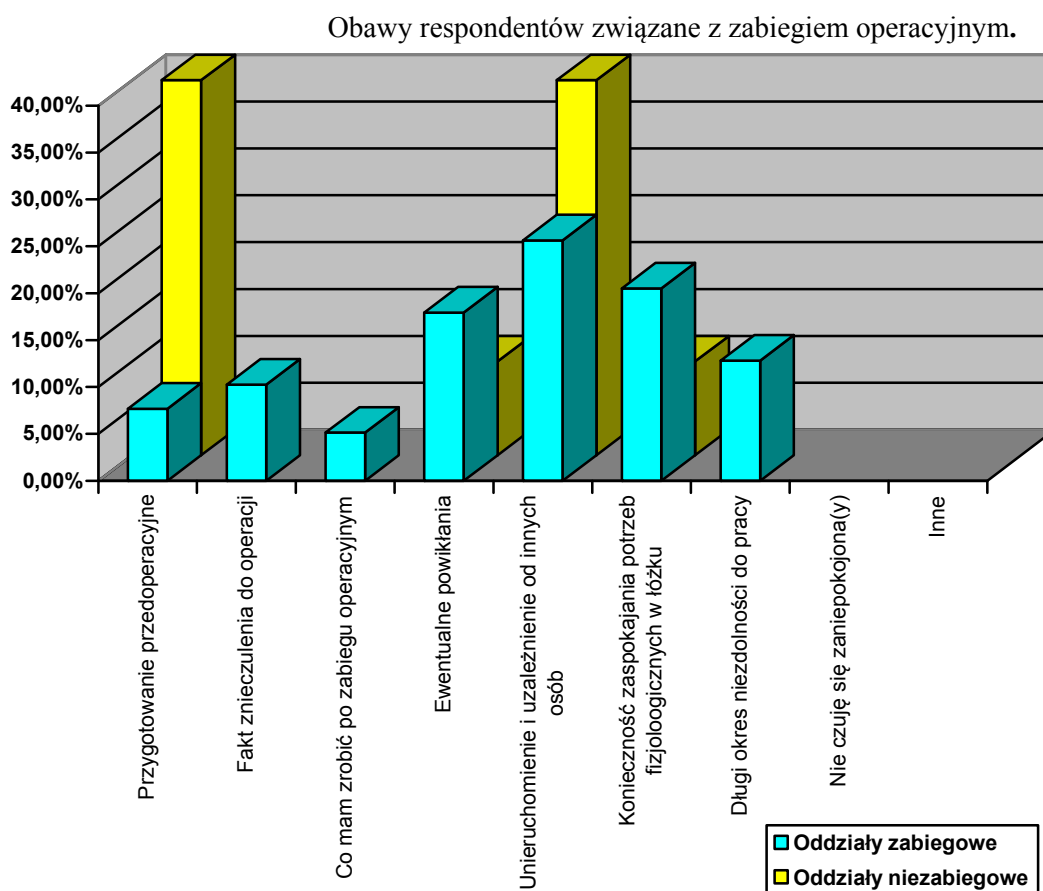
Warianty odpowiedzi na pytanie nr 2	Ból	Uszkodzenia i zmiany wyglądu ciała	Ograniczenia związane z niesprawnością fizyczną	Zmiany w życiu osobistym po wyjściu ze szpitala	Pogorszenie się stanu zdrowia	Komieczność poddania się drastycznym metodom leczenia	Rozpoznanie i/lub potwierdzenie choroby nowotworowej	Śmierć	Niczego się nie boję	Nie mam zdania	Inne
Oddziały zabiegowe [%]	19,74	14,47	23,68	2,63	18,42	2,63	10,53	5,26	2,63	-	-
Oddziały niezabiegowe [%]	10,81	2,70	12,16	9,46	25,68	9,46	13,51	12,16	1,35	1,35	1,35
N [%]	15,33	8,67	18,00	6,00	22,00	6,00	12,00	8,67	2,00	0,67	0,67

Źródło: *Badania własne*

Jak wynika z badań, pacjenci najbardziej obawiali się pogorszenia się stanu zdrowia (22% odpowiedzi), przy czym częściej wskazywali na to respondenci na oddziałach niezabiegowych (25,68% odpowiedzi) i była to najczęściej udzielana przez nich odpowiedź. Rzadziej ankietowani podawali, że najbardziej boją się ograniczeń związanych z niesprawnością fizyczną (18% odpowiedzi). Odpowiedź taka pojawiała się znacznie częściej na oddziałach zabiegowych i dominowała wśród wszystkich udzielanych tam odpowiedzi (23,68%). Jedna z respondentek hospitalizowanych na oddziale niezabiegowym, będąca Świadkiem Jehowy, stwierdziła, że boi się tego, iż nie uszanuje się jej woli co do świętości krwi. Tylko 2% odpowiedzi ankietowanych wskazało na brak obaw w związku z chorobą, przy czym częściej powoływali się na to pacjenci na oddziałach zabiegowych (2,63%). Takie odpowiedzi udzielane na oddziałach niezabiegowych stanowiły 1,35%.

W badaniach zapytano o obawy pacjentów pojawiające się w związku z planowanym zabiegiem operacyjnym. Uzyskane informacje zamieszczono w wykresie nr 2.

Wykres 2.



Źródło: Badania własne

Otrzymane wyniki wskazały na to, że w związku z planowanym zabiegiem operacyjnym pacjenci obawiali się głównie unieruchomienia i uzależnienia od innych osób (28,57% odpowiedzi). Odpowiedzi takie pojawiały się znacznie częściej wśród respondentów na oddziałach niezabiegowych (40%) i, obok wskazań na obawy związane z przygotowaniem przedoperacyjnym, udzielane tam były najczęściej. Za zajęciem takiego stanowiska najczęściej opowiadali się również ankietowani na oddziałach zabiegowych (25,64% odpowiedzi). Rzadziej wskazywano na obawę przed koniecznością zaspokajania potrzeb fizjologicznych w łóżku (18,37% odpowiedzi), przy czym odpowiedzi takie zdecydowanie częściej dotyczyły pacjentów na oddziałach zabiegowych (20,51%). Warty uwagi jest fakt, że żaden z respondentów nie wskazał na to, że zabieg operacyjny nie wywołuje u niego żadnych obaw.

Badania dotyczyły również występowania u pacjentów objawów stresu związanego z hospitalizacją. W celu poznania tego zagadnienia poproszono respondentów o wskazanie objawów, które obserwują oni u siebie i wiążą ze stresem spowodowanym chorobą i pobytem w szpitalu. Odpowiedzi ankietowanych zestawiono w tabeli 2.

Tabela 2.

Objawy stresu u respondentów w związku z chorobą i hospitalizacją.

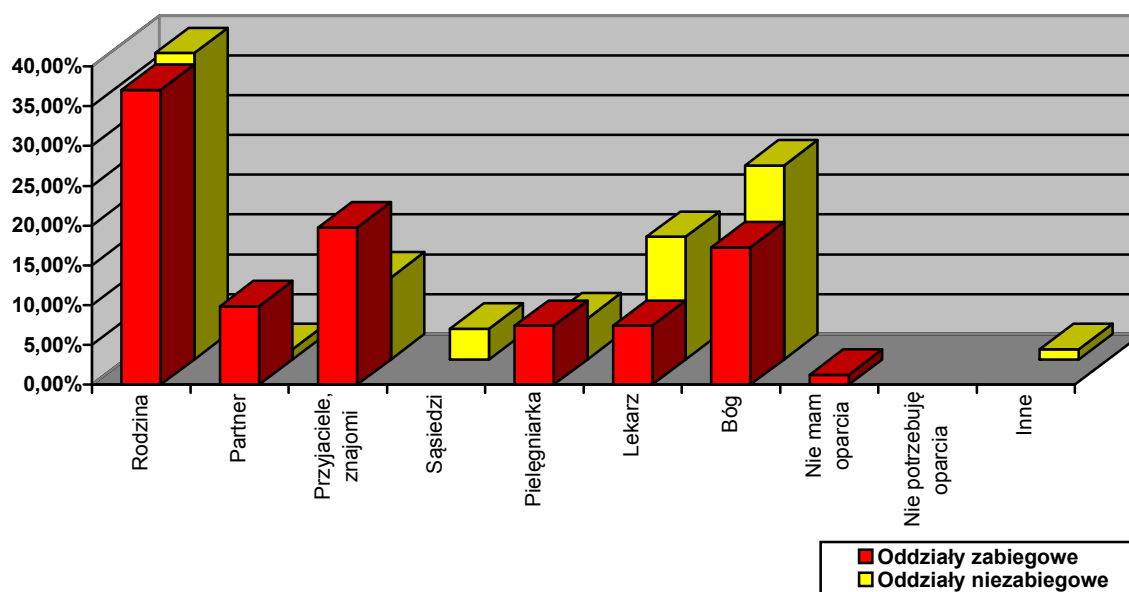
Warianty odpowiedzi na pytanie nr 4	Bezsenność	Nadmierne zapotrzebowanie na sen, uczucie ciągłego zmęczenia	Utrudnienia w koncentracji uwagi, zapamiętywaniu i przypominaniu	„Nerwowość”, rozdrażnienie, agresywność	Brak apetytu	Wzmógłony apetyt	Rozstrój żołądkowy	Kołatanie serca	Drżenie rąk	Nie zauważyłam(em)
Oddziały zabiegowe [%]	25,45	12,73	5,45	10,91	10,91	1,82	7,27	3,64	7,27	14,55
Oddziały niezabiegowe [%]	20,90	7,46	2,99	14,93	10,45	2,99	5,97	23,88	7,46	2,99
N [%]	22,95	9,84	4,10	13,11	10,66	2,46	6,56	14,75	7,38	8,20

Źródło: Badania własne

Uzyskane odpowiedzi świadczą o tym, że pacjenci, w związku ze stresem spowodowanym hospitalizacją, najczęściej obserwowali u siebie bezsenność (22,95% odpowiedzi). Wskazania takie przeważały na oddziałach zabiegowych (25,45%) i stanowiły większość udzielanych tam odpowiedzi. Na oddziałach niezabiegowych za obecnością tego objawu opowiedziało się 20,90% odpowiedzi respondentów. Do często wymienianych objawów należało także kołatanie serca (14,75% odpowiedzi), które zdecydowanie częściej dotyczyło pacjentów na oddziałach niezabiegowych (23,88% odpowiedzi) i była to najczęściej udzielana przez tę grupę badanych odpowiedzi. Na brak objawów związanych ze stresem wywołanym hospitalizacją wskazano w 8,20% odpowiedzi i były to doniesienia zdecydowanie częstsze na oddziałach zabiegowych (14,55%). Na oddziałach niezabiegowych świadczyło o tym 2,99% odpowiedzi respondentów.

Następne pytanie kwestionariusza ankiety posłużyło ocenie źródeł wsparcia otrzymywanego przez pacjentów podczas hospitalizacji. W poniższym wykresie nr 3 przedstawiono w jaki sposób kształtowały się odpowiedzi ankietowanych.

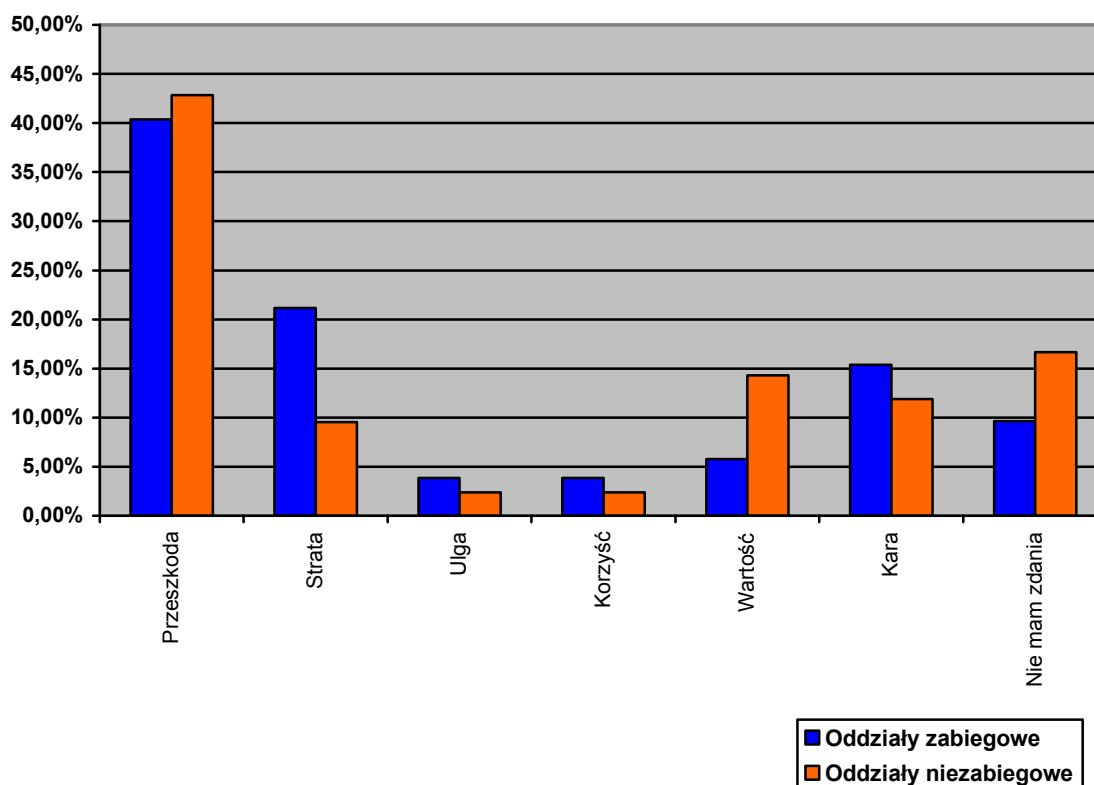
Źródła wsparcia respondentów.



Źródło: Badania własne

Z wykresu wynika, że najczęstszym źródłem wsparcia dla pacjentów w czasie hospitalizacji była przede wszystkim rodzina (37,74% odpowiedzi). Na obu badanych rodzajach oddziałów odpowiedź taka pojawiała się najczęściej i stanowiła ona na oddziałach niezabiegowych 38,46%, a na oddziałach zabiegowych - 37,04%. Często wymieniano także Boga jako źródło wsparcia (20,75% odpowiedzi). Odpowiedzi takie przeważały wśród ankietowanych na oddziałach nie zabiegowych (24,36%). Następnymi źródłami wsparcia dla pacjentów okazali się przyjaciele i znajomi (15,09% odpowiedzi), lekarz (11,32% odpowiedzi) i pielęgniarka (6,29% odpowiedzi). Wskazania na lekarza jako źródło wsparcia znacznie częściej pojawiały się na oddziałach niezabiegowych (15,38% odpowiedzi), a na pielęgniarkę – częściej na oddziałach zabiegowych (7,41% odpowiedzi). Jedna z respondentek na oddziale niezabiegowym wymieniła dodatkowe źródło wsparcia, jakim byli dla niej przebywający z nią na sali inni pacjenci. Na brak wsparcia w zmaganiach ze stresem związanym z hospitalizacją wskazała tylko jedna odpowiedź, która pojawiła się na oddziałach zabiegowych. Żadna osoba nie stwierdziła, że nie potrzebuje wsparcia w tej sytuacji.

Kolejne pytanie kwestionariusza ankiety miało na celu uzyskanie informacji odnośnie tego, jak ludzie zwykle traktują chorobę. Odpowiedzi na to pytanie przedstawia wykres nr 4.

Wykres 4.
Traktowanie choroby zdaniem respondentów.

Źródło: Badania własne

Z przedstawionych danych jasno wynika, że ludzie zwykle traktują chorobę jako przeszkodę (41,49% odpowiedzi). Była to najczęściej udzielana odpowiedź w obu badanych grupach respondentów, przy czym nieco częściej opowiadali się za tym pacjenci na oddziałach niezabiegowych (42,86% odpowiedzi). Na oddziałach zabiegowych pojawiło się 40,38% odpowiedzi wskazujących na taką ewentualność. Następnie ankietowani podawali, że ludzie zwykle traktują chorobę jako stratę (15,96% odpowiedzi) i takie odpowiedzi występowały znacznie częściej na oddziałach zabiegowych (21,15%). Opinię wskazującą na ujmowanie choroby w kategorii kary prezentowało 13,83% odpowiedzi pacjentów.

Kolejnym zadaniem przed jakim zostali postawieni pacjenci było wskazanie jaką ludzie zwykle przyjmują postawę wobec choroby. Odpowiedzi respondentów odnośnie tej kwestii przedstawia tabela nr 3.

Tabela 3.
Postawy wobec choroby zdaniem respondentów.

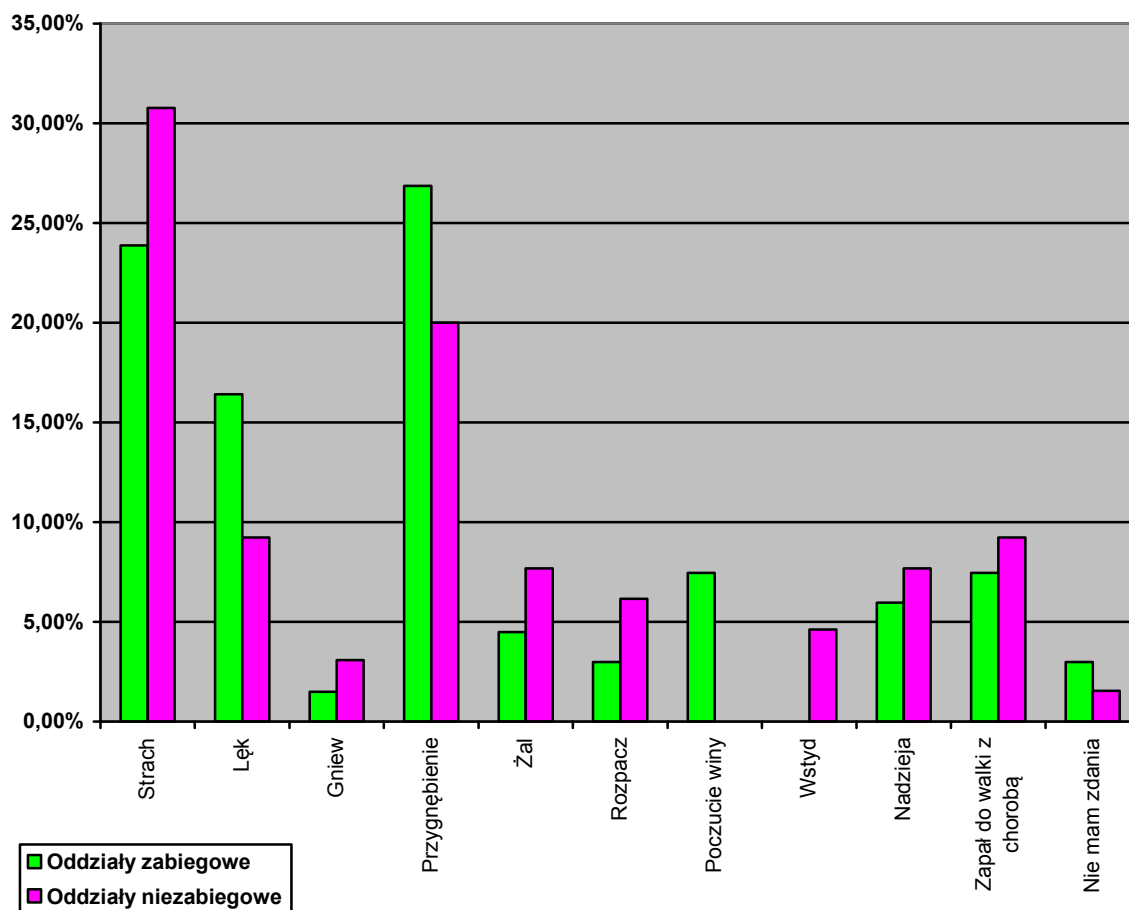
Warianty odpowiedzi na pytanie nr 7	Zaprzeczanie	Pomniejszanie	Wyolbrzymianie	Akceptacja choroby	Nie mam zdania
Oddziały zabiegowe [%]	2,50	27,50	17,50	40,00	12,50
Oddziały niezabiegowe [%]	14,29	17,14	11,43	25,71	31,43
N [%]	8,00	22,67	14,67	33,33	21,33

Źródło: Badania własne

Z uzyskanych w badaniach danych wynika, że ludzie zwykle akceptują chorobę (33,33% odpowiedzi). Częściej wskazywały na to odpowiedzi respondentów na oddziałach zabiegowych (40%). Opinia taka dominowała na obu badanych rodzajach oddziałów, przy czym na oddziałach niezabiegowych stwierdzono 25,71% odpowiedzi na nią wskazujących. Rzadziej ankietowani deklaruwali, że ludzie zwykle pomniejszają fakt choroby (22,67% odpowiedzi) oraz że go wyolbrzymiają (14,67% odpowiedzi). Przekonania takie przeważały wśród respondentów na oddziałach zabiegowych (odpowiednio 27,50% i 17,50% odpowiedzi). Najrzadziej wymienianą przez ankietowanych reakcją było zaprzeczanie chorobie (8% odpowiedzi). Odpowiedzi takie pojawiały się zdecydowanie częściej w przypadku pacjentów na oddziałach niezabiegowych (14,29%).

Kolejnym zagadnieniem, którego dotyczyły przeprowadzone badania, było poznanie zdania respondentów odnośnie reakcji emocjonalnych na chorobę. Opinie badanych przedstawia wykres nr 5.

Wykres 5.
Reakcje na chorobę zdaniem respondentów.



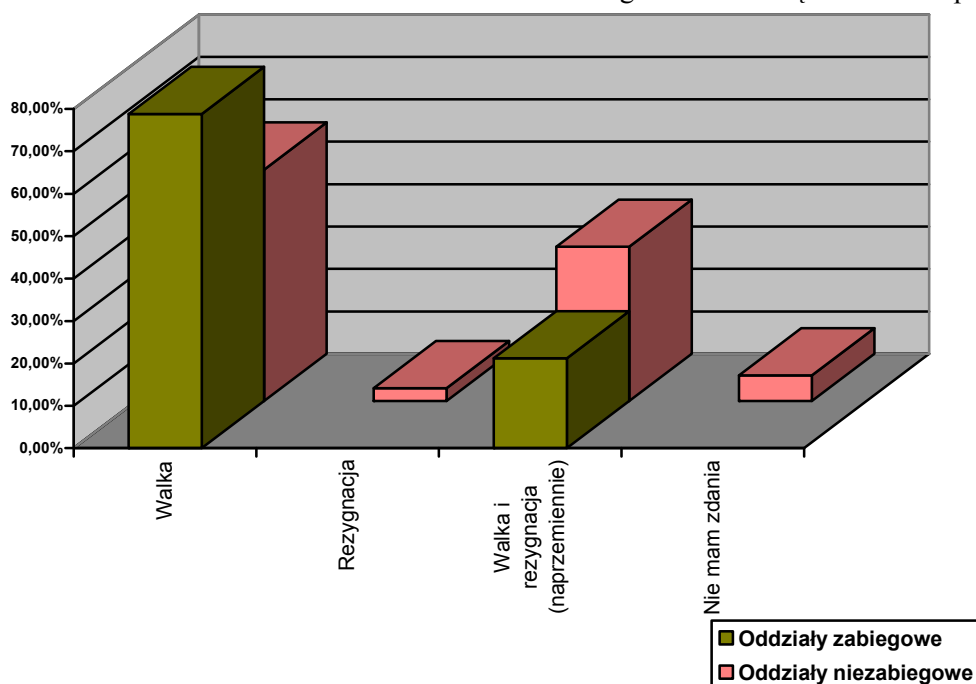
Źródło: Badania własne

Zgodnie z danymi uzyskanymi w badaniach, ludzie zwykle reagują na chorobę strachem (27,27% odpowiedzi), przy czym opinia taka pojawiała się częściej w przypadku pacjentów na oddziałach niezabiegowych (30,77% odpowiedzi) i przeważała wśród wszystkich pojawiających się tam odpowiedzi odnośnie tej kwestii. Na oddziałach zabiegowych wskazało na nią 23,88% odpowiedzi respondentów. Rzadziej stwierdzano, że jako reakcja na chorobę zwykle pojawia się przygnębienie (23,48% odpowiedzi). Pogląd taki wyrażali częściej ankietowani na oddziałach zabiegowych (26,87% odpowiedzi) i pojawiał się on najczęściej wśród tej grupy badanych. Należy zauważyć, że 8,33% odpowiedzi respondentów wskazało na opinię, że ludzie zwykle

reagują na chorobę zapalem do walki z nią, a 6,82% - że w tej sytuacji pojawia się nadzieja. Częściej orzekali tak pacjenci hospitalizowani na oddziałach niezabiegowych (odpowiednio 9,23% i 7,69% odpowiedzi). Na oddziałach zabiegowych opinie takie stanowiły – odpowiednio – 7,46% i 5,97% odpowiedzi ankietowanych.

W badaniu poproszono respondentów o opinie na temat sposobów radzenia sobie z chorobą. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia wykres nr 6.

Wykres 6.
Zmagania z chorobą zdaniem respondentów.



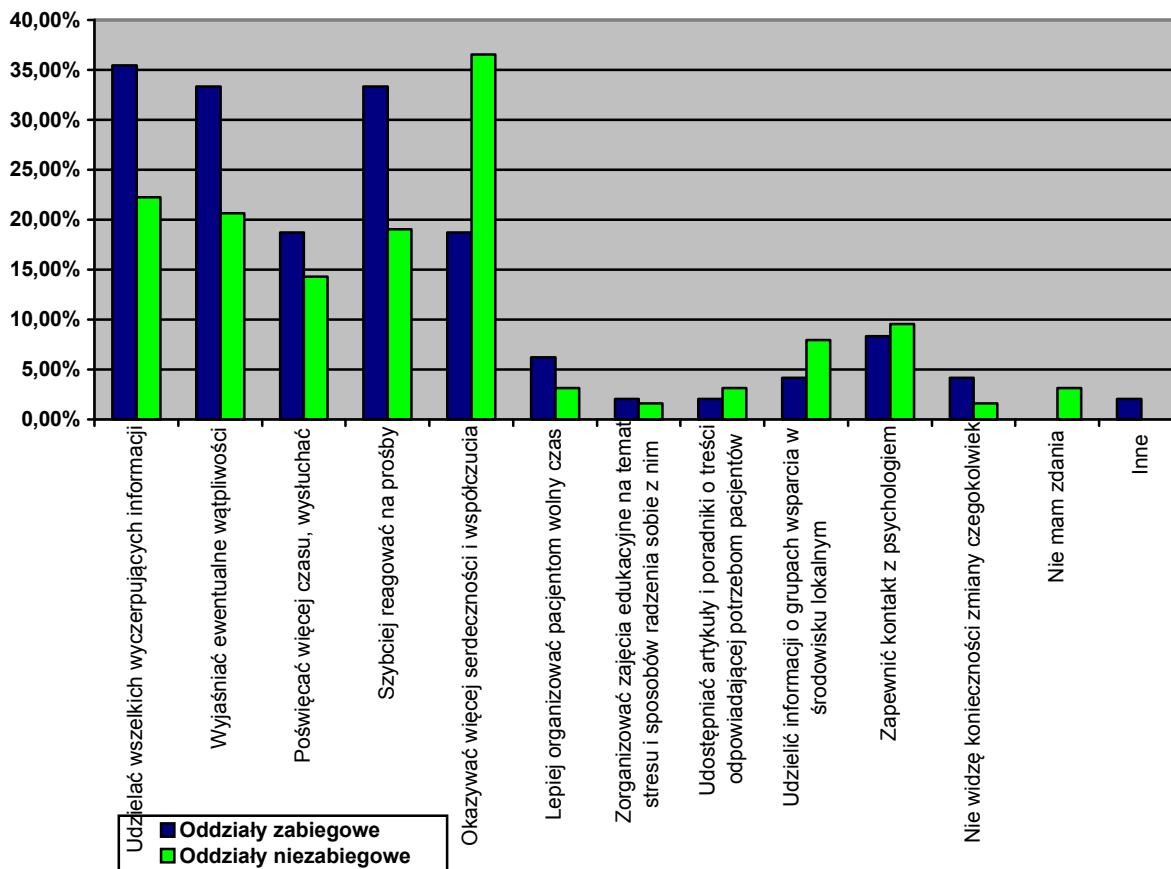
Źródło: Badania własne

Jak widać na wykresie, ludzie najczęściej zmagają się z chorobą poprzez walkę z nią (66,67% odpowiedzi). Opinię taką częściej podawali pacjenci na oddziałach zabiegowych (78,79% odpowiedzi) i pojawiała się ona najczęściej na obu badanych rodzajach oddziałów. Na oddziałach niezabiegowych stanowiła 54,55% odpowiedzi. Znacznie rzadziej ankietowani opowiadali się za tym, że ludzie zwykle zmagają się z chorobą poprzez naprzemienną walkę i rezygnację (28,79% odpowiedzi), przy czym częściej wskazywało na to zdanie respondentów na oddziałach niezabiegowych (36,36% odpowiedzi). Najrzadziej stosowanym sposobem radzenia sobie z chorobą okazała się rezygnacja. Na taką ewentualność wskazało 1,52% odpowiedzi udzielonych przez respondentów, przy czym pojawiły się one tylko na oddziałach niezabiegowych (3,03%).

Ostatnią, ale z pielęgniarskiego punktu widzenia bardzo ważną, kwestią przeprowadzanych badań było poznanie oczekiwań pacjentów względem pielęgniarek, związanych ze zmniejszeniem stresu pojawiającego się wskutek pobytu w szpitalu. Odpowiedzi respondentów odnośnie tej kwestii przedstawia wykres nr 7.

Wykres 7.

Oczekiwania respondentów względem pielęgniarek w związku ze stresem spowodowanym chorobą i hospitalizacją.



Źródło: Badania własne

Badania wskazały, że pacjenci najczęściej oczekiwali od pielęgniarek, aby okazywały im one więcej serdeczności i współczucia (28,83% odpowiedzi), przy czym znacznie częściej opowiadali się za tym ankietowani na oddziałach niezabiegowych (36,51% odpowiedzi) i była to najczęściej udzielana w tej grupie respondentów odpowiedź. Na oddziałach zabiegowych świadczyło o takich oczekiwaniach 18,75% odpowiedzi. Bardzo często pacjenci wskazywali na to, że w celu zmniejszenia stresu pielęgniarki powinny udzielać im wszelkich wyczerpujących informacji (27,93% odpowiedzi). Odpowiedź taka przeważała na oddziałach zabiegowych (35,42%) i była najczęściej udzielaną wśród tej grupy badanych odpowiedzią. Tylko 2,70% wskazań respondentów dotyczyło tego, że nie ma konieczności zmiany czegokolwiek. Opinię taką wyrażali częściej badani na oddziałach zabiegowych (4,17% odpowiedzi). Na oddziałach niezabiegowych wskazywało na nią 1,59% odpowiedzi.

Omówienie i dyskusja

Na pozytywne rozstrzygnięcie hipotezy głównej miał wpływ fakt, że w większości odpowiedzi wskazano na obecność innych niż choroba czynników stresujących podczas pobytu w szpitalu oraz zaobserwowano u siebie w związku ze stresem spowodowanym hospitalizacją objawy, które zaliczane są przez literaturę przedmiotu do objawów stresu. Słuszność tego założenia potwierdził również fakt, że osoby, u których planowany był zabieg operacyjny, nie wskazały na nieobecność obaw w związku z tą sytuacją.

Następna hipoteza zakładała, że głównym powodem stresu u pacjentów hospitalizowanych jest obawa o własne życie i zdrowie, jednak respondenci częściej wskazywali na beczynne „leżenie i czekanie” jako najistotniejszą przyczynę stresu.

Kolejne założenie wskazywało na to, że hospitalizacja jest bardziej stresująca dla pacjentów przebywających na oddziałach zabiegowych.

O jego słuszności świadczyły fakty, że to właśnie ankietowani na oddziałach zabiegowych rzadziej zajmowali stanowisko, że ludzie zwykle reagują na chorobę zapalem do walki z nią lub nadzieją i rzadziej wskazywali na nieobecność czynników stresujących podczas pobytu w szpitalu, a osoby hospitalizowane na oddziałach zabiegowych, u których zabieg operacyjnym był planowany, częściej zgłaszały obawy z nim związane.

Prawdziwość postawionej hipotezy została jednak podważona, ponieważ to respondenci na oddziałach zabiegowych częściej opowiadali się za możliwością rozpatrywania choroby w kategoriach ulgi lub korzyści, częściej też wskazywali na brak obaw w związku z chorobą i objawów związanych ze stresem spowodowanym hospitalizacją.

Uzyskane wyniki nie potwierdziły więc jednoznacznie słuszności postawionej hipotezy. Na podstawie faktu, że wszystkie odpowiedzi osób, u których zabieg operacyjny był planowany, wskazały na obecność obaw związanych z tą sytuacją, można wnioskować, że hospitalizacja jest jednak bardziej stresująca dla pacjentów przebywających na oddziałach zabiegowych, jeśli wiąże się z koniecznością poddania się zabiegowi operacyjnemu. Ważnym zadaniem dla pielęgniarek jest zatem szczegółowe wyjaśnianie pacjentom postępowania przed- i pooperacyjnego.

Przeprowadzone badania pozwoliły także scharakteryzować sytuację zastaną na badanych oddziałach pod kątem przyczyn stresu u pacjentów. Głównym tego powodem było beczynne „leżenie i czekanie”, na co powoływali się częściej respondenci na oddziałach zabiegowych. Następnie wymienili oni, związaną z sytuacją zabiegu operacyjnego, obawę przed unieruchomieniem i uzależnieniem od innych osób, która pojawiała się znacznie częściej na oddziałach niezabiegowych. Kolejną przyczyną stresu była obawa w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia, która występowała częściej na oddziałach niezabiegowych. Jednak na oddziałach zabiegowych, w związku z chorobą, znacznie częściej niepokoiła pacjentów możliwość wystąpienia ograniczeń związanych z niesprawnością fizyczną.

Badania umożliwiły również wyłonienie najczęściej obserwowanych u siebie przez pacjentów objawów stresu związanego z hospitalizacją. Najczęściej zgłaszali oni bezsensowność, przy czym pojawiała się ona częściej na oddziałach zabiegowych. Jednak na oddziałach niezabiegowych częściej zgłaszanym objawem było jednak kołatanie serca. W związku z tym wskazane jest wprowadzenie wśród pacjentów hospitalizowanych programów edukacyjnych na temat stresu, które pomogłyby im obniżyć jego poziom i radzić sobie z jego destrukcyjnymi skutkami.

Otrzymane wyniki wskazały także najczęstszą opinię pacjentów na temat znaczenia, jakie zwykle ma dla człowieka jego choroba oraz jakie wywołuje ona emocje. Okazało się, że ludzie zwykle traktują chorobę jako przeszkodę i reagują na nią strachem. Opinie takie pojawiały się częściej na oddziałach niezabiegowych. Ankietowani na oddziałach zabiegowych częściej jednak uważali, że ludzie zwykle reagują na chorobę przygnębieniem.

Nadanie chorobie znaczenia determinuje również reakcję człowieka, związaną z podejmowaniem działań zmierzających do poradzenia sobie z chorobą. Wyróżniane są takie reakcje, jak: zaprzeczanie, pomniejszanie, wyolbrzymianie i akceptacja diagnozy lekarskiej. [5,10] Przeprowadzone badania wskazały, że ludzie zwykle akceptują chorobę, przy czym częściej opowiadali się za tym respondenci na oddziałach zabiegowych.

Radzenie sobie ze stresem jest aktywnością ukierunkowaną na zmianę transakcji stresowej, czyli uporanie się ze stresem. Można wyodrębnić dwa style radzenia sobie ze stresem: koncentrację na problemie i koncentrację na emocjach.

Radzenie sobie skoncentrowane na problemie w przypadku choroby realizuje się poprzez: rozwój zasobów, czemu służą zachowania celowe ukierunkowane na poprawę własnego stanu zdrowia; lepsze gospodarowanie istniejącymi zasobami (np. oszczędzanie się przez chorego) oraz zmniejszenie wymagań (np. całkowite lub częściowe wycofanie się z zadań

zawodowych). Spośród wymienionych form najważniejsze są zachowania mające na celu poprawę własnego stanu zdrowia chorego. W obrębie tej strategii wyróżnia się strategie poznawcze, umożliwiające uzyskiwanie informacji o chorobie i strategie behawioralne, czyli obserwowalne czynności zmierzające do poprawy stanu zdrowia oraz celowe i wymagające wysiłku powstrzymanie się od działań szkodliwych. Strategie behawioralne zostały podzielone na: walkę, rezygnację oraz przeciwstawianie się i uleganie. [4,5,10]

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały na to, że ludzie zwykle walczą z chorobą. Na taką opinię częściej wskazywali pacjenci na oddziałach zabiegowych.

Badania wskazały również, że najczęstszym źródłem wsparcia dla pacjentów hospitalizowanych jest rodzina. W następnej kolejności wymieniali oni Boga i przyjaciół, znajomych. Dopiero potem wskazali na lekarza i pielęgniarkę, stąd ważne jest dostarczenie pielęgniarkom i lekarzom w trakcie kształcenia stosownej wiedzy i umiejętności dotyczących udzielania emocjonalnego wsparcia w opiece nad pacjentem.

W sytuacji odczuwania dyskomfortu psychicznego powodowanego lękiem, strachem czy też złym samopoczuciem, wsparciem dla pacjenta powinna być pielęgniarka, ponieważ ze sprawowanej przez nią funkcji opiekuńczej wynika obowiązek troski o dobre samopoczucie psychospołeczne pacjenta. Zadanie to może ona wykonywać poprzez rozpoznanie stanu psychospołecznego podopiecznego, które jest możliwe dzięki stawianej przez nią diagnozie pielęgniarskiej.

Założenie, że większość pacjentów hospitalizowanych ma oczekiwania względem pielęgniarek, związane ze zmniejszeniem stresu wywołanego pobytem w szpitalu okazało się słuszne, gdyż wszystkie odpowiedzi w kwestionariuszu ankiety, spośród których wybierali respondenci, a dotyczące zadań pielęgniarek, mogących wpłynąć na zmniejszenie stresu odczuwanego przez pacjentów hospitalizowanych, wzbudziły ich zainteresowanie.

Dane otrzymane z badań pozwoliły także wyłonić oczekiwania pacjentów, związane ze zmniejszeniem stresu spowodowanego hospitalizacją. Ankietowani najczęściej twierdzili, że pielęgniarki powinny okazywać im więcej serdeczności i współczucia, przy czym znacznie częściej opowiadano się za tym na oddziałach nie zabiegowych. Często pojawiały się również wskazania dotyczące udzielania pacjentom przez pielęgniarki wszelkich wyczerpujących informacji. Stanowisko to zajmowali częściej pacjenci na oddziałach zabiegowych.

By pobyt w szpitalu uczynić mniej stresującym dla pacjentów, pielęgniarki powinny okazywać im więcej serdeczności i współczucia, stąd w procesie przygotowania do tego zawodu powinno się kłaść większy nacisk na kształtowanie postawy empatycznej w stosunku do chorych. Bardzo ważne jest także dostarczanie pacjentom wszelkich wyczerpujących informacji. Pielęgniarki, pracujące głównie na oddziałach zabiegowych, powinny wnikliwie obserwować preferencje poznawcze pacjentów, ich stan emocjonalny, indywidualne oczekiwania oraz przyjęty przez nich styl radzenia sobie ze stresem związanym z hospitalizacją pod kątem ich zapotrzebowania na informacje i, w razie potrzeby, udzielać im ich w odpowiednim zakresie.

Wnioski i postulaty praktyczne

Wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych i niezabiegowych nasunęły następujące przemyślenia:

1. Stres jest problemem niezwykle rozpowszechnionym w szpitalu. Jego działanie ujawniło się przede wszystkim pod postacią bezsenności, choć w ocenie badanych znalazło odzwierciedlenie również w takich dolegliwościach somatycznych, jak kołatanie serca. Wynika stąd potrzeba wprowadzenia wśród pacjentów hospitalizowanych programów edukacyjnych na temat stresu, które pomogłyby im obniżyć jego poziom i radzić sobie z jego destrukcyjnymi skutkami.
2. Najbardziej stresującym dla pacjentów czynnikiem związanym z hospitalizacją jest beczynne „leżenie i czekanie”.
3. Badania nie potwierdziły, że hospitalizacja jest bardziej stresująca dla chorych przebywających na oddziałach zabiegowych. Pobyt na tych oddziałach wywołuje jednak

- większy stres u pacjentów, jeśli jest związany z koniecznością poddania się zabiegowi operacyjnemu. Ważnym zadaniem dla pielęgniarek jest zatem zmniejszenie niepokoju poprzez szczegółowe wyjaśnianie pacjentom postępowania przed- i pooperacyjnego.
4. Wyniki badań wykazały, że chorzy rzadko otrzymują wsparcie zarówno od lekarzy, jak i od pielęgniarek, stąd ważne jest dostarczenie pielęgniarkom i lekarzom w trakcie kształcenia stosownej wiedzy i umiejętności dotyczących udzielania emocjonalnego wsparcia w opiece nad pacjentem.
 5. Pielęgniarki, w ramach prawidłowo przeprowadzonej i postawionej diagnozy pielęgniarskiej, powinny wiedzieć co i w jaki sposób wpływa na ich podopiecznych, co skutkuje odczuwaniem przez nich stresu. Poza tym, aby pobyt w szpitalu uczynić mniej stresującym dla pacjentów powinny one okazywać im więcej serdeczności i współczucia, stąd w procesie przygotowania do zawodu pielęgniarki powinno się kłaść większy nacisk na kształtowanie postawy empatycznej w stosunku do chorych. Bardzo ważne jest także dostarczanie pacjentom wszelkich wyczerpujących informacji. Wyniki badań nakładają na pielęgniarki, pracujące głównie na oddziałach zabiegowych, obowiązek wnikliwego obserwowania preferencji poznawczych pacjentów, ich stanu emocjonalnego, indywidualnych oczekiwań oraz przyjętego przez nich stylu radzenia sobie ze stresem związanym z hospitalizacją pod kątem ich zapotrzebowania na informacje i, w razie potrzeby, udzielania im ich w odpowiednim zakresie.

Literatura

1. Bargiel-Matusiewicz K., Hofman G, 2005, Psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem. W: Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. Krajewska-Kulak E., Sierakowska M., Lewko J., Łukaszuk C. (red). Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok
2. Bąk-Sosnowska A, 2006, Choroba w życiu człowieka. W: Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Trzcieniecka-Green A. (red). Universitas, Kraków
3. Bishop G. D.,2000, Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław
4. Butrym Z.,Górajek-JóźwikJ., Kahlan J., 1990, Diagnoza pielęgniarska. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa
5. Formański J., 2003, Psychologia. Podręcznik dla szkół medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
6. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D.,2007, Psychologiczne aspekty choroby i chorowania. W: Psychologia w praktyce medycznej. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
7. Kapała W.,2006, Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarskiej oddziałów chirurgii ogólnej. Wydawnictwo Czelej, Lublin
8. Karczewski J. K. (red),2002, Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej, Lublin
9. Majchrowska A., 2004, Elementy socjoterapii w praktyce pielęgniarskiej. W: Podstawy pielęgniarstwa. T I. Założenia teoretyczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red). Wydawnictwo Czelej, Lublin
10. Motyka M., 1999, Pielęgowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa

11. Niechwiadowicz-Czapka T., Klimczyk A., 2008, Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu. W: Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa. Nr. 4/2008, 16-17
12. Salmon P., 2003, Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
13. Sheridan C. L., Radmacher S. A., 1998, Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu życia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa
14. Szewczyk M. T., Cierzniańska K., 2006, Postępowanie pielęgniarstwa wobec chorego w okresie przedoperacyjnym. W: Pielęgniarstwo w chirurgii. Szewczyk M. T., Ślusarz R. (red). Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa
15. Tobiasz-Adamczyk B., 2002, Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
16. Zahradniczek K., 2004, Charakterystyka warunków pracy pielęgniarstwa w wybranych zakładach opieki zdrowotnej. W: Podstawy pielęgniarstwa. T. I. Założenia teoretyczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red). Wydawnictwo Czelej, Lublin

Licencjat pielęgniarstwa Kamila Trzcńska
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Dr n. med. Ewa Falkowska-Pijagin
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego
Tel. kom. 606-439-855
E-mail: efalkowska@wp.pl

Karmienie piersią – najlepsze dla dziecka

Maria Wilińska

Wprowadzenie

Jeszcze do końca lat 80-tych ubiegłego wieku trwała aktywna, czasami nawet agresywna promocja karmienia sztucznego oraz intensywna reklama akcesoriów do żywienia sztucznego niemowląt. Matki na całym świecie były przekonywane, że żywienie sztuczne jest równie dobre dla dziecka jak karmienie naturalne. Nakłaniano je do podawania dzieciom mleka krowiego, akcentując „korzyści” takiego sposobu karmienia, jak szybkie przyrosty masy ciała dziecka, ponadto swoboda matki, dużo wolnego czasu, możliwość nieskrępowanej pracy zawodowej.

Czas jednak szybko zweryfikował niesłuszność tego podejścia. Wyraźnie dały się zauważyć konsekwencje owego postępowania – częste biegunki u karmionych sztucznie dzieci, infekcje, nadwrażliwość i alergia na białko mleka krowiego. Niepokojące były skutki odległe – otyłość, miażdżyca, choroby układu krążenia, schorzenia jelit. Duże obawy budziły częściej występujące schorzenia u kobiet – powikłania łożyska, schorzenia narządu rodniczego, nowotwory gruczołów piersiowych u niekarmiących matek. Nie do oszacowania były też straty niewymierne – osłabienie więzi rodzinnych spowodowane wczesnym pozostawianiem dzieci pod opieką obcych bądź w żłobku, w związku z pracą zawodową kobiet.

W praktyce i dzisiaj pracownicy ochrony zdrowia nie wierzą, że możliwe jest karmienie wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka i kontynuowanie go przy wprowadzaniu żywności uzupełniającej. Lekarze, położne i pielęgniarki opiekujący się matkami i dziećmi popierają co prawda karmienie naturalne, ale gdy pojawią się problemy, mają trudności z udzieleniem fachowej pomocy. Mleko modyfikowane staje się najprostszym, niekłopotliwym wyjściem. Praca poradni laktacyjnych nie jest kontraktowana przez NFZ. Matki mają szeroki dostęp do wiedzy, korzystają ze szkół rodzenia i wiele z nich z przekonaniem chce karmić piersią, ale wskaźniki karmienia są niepokojące: 93% po urodzeniu, 50% w 3. miesiącu życia dziecka i zaledwie 27% w 6. miesiącu życia dziecka.

W roku 1981 Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia przyjęło Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce. Dokument ten oparty został na przekonaniu, że decyzje matek dotyczące karmienia dzieci powinny być oparte na rzetelnej informacji popartej współczesną wiedzą naukową, zgodnie z którą karmienie piersią jest jedynym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci zapewniający im optymalny stan zdrowia. Była to odpowiedź Światowej Organizacji Zdrowia na wszechobecną promocję sztucznych mieszanek do karmienia niemowląt. Kodeks określa postępowanie pracowników służby zdrowia służące ochronie karmienia piersią, gdzie między innymi:

- zakazuje promocji i reklamy produktów służących do żywienia sztucznego na terenie placówek służby zdrowia,
- zaleca demonstrowanie i wyczerpujące informowanie na temat sposobu karmienia mieszanekami tylko tych matek, którym jest to niezbędne,
- zakazuje sprzedaży produktów placówkom służby zdrowia po obniżonych cenach,
- zaleca pracownikom służby zdrowia promowanie karmienia piersią,
- nakazuje, aby materiały informacyjne dostarczane matkom dotyczyły korzyści i przebiegu karmienia, utrzymaniu laktacji, ryzyku związanym z karmieniem sztucznym,
- zaleca, aby informacje przeznaczone dla pracowników służby zdrowia były obiektywne i miały charakter naukowy,
- zakazuje promocji produktów poprzez oferowanie korzyści finansowych lub rzeczowych dla pracowników służby zdrowia,

- ostrzega przed udziałem w sponsorowanych przez firmy szkoleniach,
- zakazuje dostarczania próbek pracownikom służby zdrowia do celów innych niż naukowe.

Doceniając wybitne wartości mleka kobiecego dla zdrowia i rozwoju dziecka, Światowa Organizacja Zdrowia oraz Światowy Fundusz na Rzecz Dzieci podjęły konkretne starania o przywrócenie karmieniu piersią należnej pozycji w standardach żywienia człowieka. W roku 1989 w Genewie WHO i UNICEF wydały wspólny dokument „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią. Szczególna rola opieki okołoporodowej” Stworzono Inicjatywę „Szpital Przyjazny Dziecku”, której praktycznym wdrażaniem stało się „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”.

Następnym dokumentem, który odegrał istotną rolę i wpłynął na włączenie zagadnień związanych z karmieniem piersią do polityki zdrowotnej państw była „Deklaracja Innocenti - o ochronie, promowaniu i wspieraniu karmienia piersią” powstała we Florencji, we Włoszech, 1 sierpnia 1990 roku.

Wiele szpitali na świecie przyjęło za normę pracy wdrożenie takich procedur, które w najwyższym stopniu promują karmienia naturalne, ułatwiają podjęcie karmienia piersią i pomagają we wdrażaniu tej decyzji w życie. Zasady pracy według „10 Kroków...” są wystandaryzowane i jednakowe na całym świecie. Wprowadzane modyfikacje postępowania są następnie upowszechniane dla wszystkich placówek, co powoduje, że szpitale na całym świecie pracują według jednolitych zasad.

Wdrożenie „10 Kroków...” wymaga zmian w organizacji pracy oddziału położniczo – noworodkowego. Przemysłane przeobrażenia stwarzają szansę, aby oddział odpowiadał zasadom nowoczesnej opieki położniczo-noworodkowej. Jednak najważniejsze zmiany dotyczą wdrożenia nowych zasad postępowania z kobietą rodzącą i położnicą. Cały personel zostaje przeszkolony i musi zrezygnować z wielu dotychczasowych, rutynowych praktyk.

Nowe zasady wymagają poszanowania godności i prawa kobiet, a w szczególności prawa matek karmiących, oraz prawa do opieki medycznej najwyższej jakości w zgodzie z zaleceniami WHO.

Szpital przyjazny dziecku

W roku 2002 powstała jako dokument WHO „Globalna strategia żywienia niemowląt i małych dzieci”. Uznano, że żywienie jest kluczowym składnikiem prawa dziecka do radości i najwyższego osiągalnego standardu zdrowia, zawartych w Konwencji o Prawach Dziecka. W myśl tego dokumentu zaleca się wyłączone karmienie piersią w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia dziecka, bez dopajania i dokarmiania oraz dalsze karmienie piersią do 2. roku życia lub dłużej, ze stopniowym wprowadzaniem żywności uzupełniającej od drugiego półrocza życia. Ten schemat żywienia niemowląt, z niewielkimi modyfikacjami, został następnie zaadaptowany przez narodowe instytucje zdrowia w różnych krajach i towarzystwa naukowe na całym świecie. Aktualnie „10 Kroków...” wdraża około 20 000 szpitali na świecie, w tym 78 w Polsce, dając szansę matkom na podjęcie decyzji o karmieniu dziecka opartej na współczesnej wiedzy medycznej, a nie na reklamie.

Trzeba przyznać, że wiele szpitali nie posiadających certyfikatu „Szpitala Przyjaznego Dziecku” także wprowadziło te standardy żywienia do swojej praktyki klinicznej. W niektórych krajach, jak Szwajcaria czy Szwecja, zasady te są respektowane w niemal wszystkich szpitalach.

Skład mleka kobiecego

Cechą niezwykle charakterystyczną i wyróżniającą pokarm matki jest zmienność jego składu podczas karmienia. Skład pokarmu dostosowuje się do potrzeb organizmu dziecka podczas każdej z faz laktacji. W mleku matek, które urodziły przedwcześnie, jest więcej białka, bo jest to zgodne z ogromnym zapotrzebowaniem szybko rosnącego organizmu wcześniaków.

Więcej jest też mikroelementów: Fe, Zn, Cu, Mg, Na, Cl oraz czynników podnoszących odporność, jak sIgA, laktoferyny, lizozymu, oligosacharydów, czynników wzrostowych i inhibitorów rozpadu immunoglobulin. Szczególnie bogaty w te składniki jest pokarm II fazy, pozostający w piersi pod koniec karmienia dziecka. Dostarczanie czynników przeciwniebezpiecznych ma kardynalne znaczenie dla noworodka przedwcześnie urodzonego, immunoglobuliny bowiem przechodzą przez łożysko do płodu w 3-cim trymestrze ciąży. Przy porodzie poniżej 30. tygodnia ciąży wcześniak jest niemal bezbronny wobec zewnętrznych patogenów chorobotwórczych.

Po porodzie fizjologicznym mleko „rośnie” razem z dzieckiem: siara jest bardzo bogata w białko i substancje biologicznie czynne, mleko dojrzałe charakteryzuje wysoka zawartość tłuszczu i laktozy, niższa białka.

Zmienność składu odnosi się także do fazy karmienia. Mleko wypływające z piersi na początku aktu karmienia jest bardziej wodniste i bogatolaktazowe, szybko sycąc głód u dziecka. Pod koniec karmienia narasta stężenie tłuszczu, dając dziecku poczucie optymalnego nakarmienia. Mleko, które dziecko spożywa w nocy jest bogatotłuszczowe, bogatokaloryczne, łatwostrawne. Mleko dzienne jest bogatsze w laktozę, nieco trudniej strawą, ale stymulującą dobre wchłanianie wapnia i magnezu, zapewniając szybki wzrost kości dziecka.

To jednak, co stanowi wybitną i niepowtarzalną cechę pokarmu matki, to obecne w mleku troficzne czynniki wzrostowe. W życiu płodowym „nadzorują” wzrastanie i różnicowanie tkanek i narządów, stanowiąc o ich swoistej budowie i funkcji. W życiu pozamacicznym u niemowląt karmionych naturalnie ta stymulacja rozwoju trwa dzięki ich obecności w pokarmie kobiecym. Lista czynników troficznych w kolejnych latach narasta, obecnie znane są następujące:

- Czynnik wzrostu neuronów (NGF)
- Czynnik wzrostu nabłonka (EGF)
- Transformujący czynnik wzrostu (TNF alfa i beta)
- Płytkowy czynnik wzrostu (PDGF)
- Insulinopodobne czynniki wzrostu (IGF 1 i 2)
- Czynniki wzrostu fibroblastów (FGFs)
- Czynnik wzrostu hepatocytów (HGF)
- Czynnik wzrostu komórek macierzystych (SCF)
- Czynniki stymulujące wzrost kolonii (CSFs)
- Erytropoetyna (Epo)

W mleku matki znajdują się hormonalnie aktywne peptydy, cytokiny, czynniki stymulujące wzrost kolonii makrofagów i granulocytów oraz czynniki chemotaktyczne.

Cytokiny obecne w mleku matki to Il-1, -3, -4, -5, -6, -8, -10, -12, Interferon gamma oraz receptory i ligandy cytokinowe (koncentracja w colostrum). Hemopoetyczne czynniki wzrostu to M-CSF (czynnik stymulujący wzrost kolonii makrofagów granulocytów (GM – CSF). Chemokiny mleka kobiecego to białko chemotaktyczne limfocytów (MCP-1), białko zapalne makrofagów (MIP) oraz regulator chemotaktyczny limfocytów T (RANTES).

Czynnik wzrostu nabłonka stymuluje procesy wzrostu, różnicowania i dojrzewania enterocytów i komórek wątroby, zwiększa aktywność enzymów przewodu pokarmowego: sacharazy, amylazy, laktazy, treholazy, fosfatazy zasadowej oraz enterokinazy i gammaglutylotranspeptydazy. Kolejną jego rolę, wykorzystywaną w leczeniu chorób dzieci starszych oraz dorosłych jest przyspieszanie regeneracji jelita oraz ograniczanie krwawienie z przewodu pokarmowego, ponadto poprawianie stanu błony śluzowej w chorobie wrzodowej oraz przyspieszanie regeneracji przewodu pokarmowego po uszkodzeniach polekowych.

Insulinopodobne czynniki wzrostu to jedne z głównych regulatorów rozwoju somatycznego w okresie płodowym i noworodkowym. Powodują wzrost produkcji białek, stymulację syntezy kwasów nukleinowych w komórkach chrzęstnych i kostnych dziecka oraz nasilenie proliferacji komórek nabłonka jelitowego oraz produkcji enzymów.

Karmienie piersią to także wymierne korzyści matek karmiących. Krótszy jest okres krwawienia po porodzie i szybsza involucja macicy. Maleje ryzyko anemii z niedoboru żelaza, następuje szybszy powrót do masy ciała sprzed ciąży. Jeżeli kobieta regularnie karmi w nocy, występuje bezpłodność laktacyjna. Niepodważalne są korzyści niewymierne, jak zacieśnianie więzi emocjonalnej i psychicznej między matką a dzieckiem.

Karmienie piersią dobrze wpływa na stan psychiczny kobiety po porodzie oraz przyspiesza powrót do normy po ciąży i porodzie. Są też zalety dostrzegalne po dłuższym czasie. Udowodniono zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka sutka, raka jajników oraz raka szyjki macicy u kobiet długo karmiących. Zmniejsza się u nich ryzyko osteoporozy i złamania szyjki kości udowej w okresie pomenopauzalnym.

Korzyści karmienia naturalnego

Dzisiaj karmienie piersią jest "złotym standardem", zalecanym do wdrażania w codziennej praktyce lekarskiej w szpitalach i poradnictwie ambulatoryjnym na całym świecie. Wartość karmienia piersią w prewencji chorób człowieka lub łagodzenia ich przebiegu jest nieustannie potwierdzana w kolejnych badaniach i obserwacjach klinicznych.

Niemowlęta karmione naturalnie rzadziej chorują na choroby infekcyjne. Z wielu badań wynika statystycznie mniejsza częstość zapadania na biegunki infekcyjne, zakażenie układu moczowego, zapalenia uszu i schorzenia dróg oddechowych. Dzięki obecności w mleku matki długocząsteczkowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (LC PUFA) stymulujących rozwój i dojrzewanie neuronów, dzieci te osiągają lepsze wskaźniki widzenia i wyższy współczynnik inteligencji.

Niemowlęta karmione naturalnie zazwyczaj pozostają bardziej szczupłe, ale też w starszym dzieciństwie i wieku dorosłym rzadziej są otyłe, wykazują mniejsze zaburzenia gospodarki tłuszczowej. Mniejsze jest ryzyko chorób serca, naczyń krwionośnych i nadciśnienia tętniczego.

Dzisiaj wiemy, że karmienie piersią ma ogromne znaczenie w programowaniu żywieniowym dziecka. Rzadsze występowanie cukrzycy insulinozależnej u dzieci i dorosłych, karmionych w dzieciństwie naturalnie, jest dobrze udokumentowane. Kolejnym argumentem za żywieniem naturalnym jest rzadsze występowanie zapaleń jelita w wieku starszym – choroby Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

Zadania dla szpitali

Pobyt matki w oddziale noworodkowym jest doskonałym okresem do ugruntowania w niej przekonania, że karmienie piersią jest najlepszym sposobem żywienia dziecka. Nieodłącznym elementem tej edukacji jest demonstracja różnych technik karmienia piersią i postępowania w sytuacjach problemów laktacyjnych. Sukces w postaci długotrwałego karmienia piersią można osiągnąć, jeżeli poradnictwo laktacyjne jest łatwo dostępne i realizowane poprzez bezpośredni kontakt matki z osobami profesjonalnie przygotowanymi do udzielania porad.

Kiedy rozpoczynać edukację?

Najlepiej byłoby, aby kultura żywienia naturalnego niemowląt istniała w środowisku rodzinnym młodych rodziców. Karmienie piersią byłoby po prostu wdrażaniem przekonania o najwyższej wartości żywienia naturalnego, wyniesionego z domu rodzinnego. Pewnym wsparciem mogłyby być informacje uzyskane w trakcie nauki szkolnej przyszłych matek na zajęciach z zakresu życia rodzinnego.

Pierwsze rozmowy personelu medycznego na temat karmienia piersią powinny odbyć się w poradni K w okresie przedkoncepcyjnym oraz w trakcie ciąży. Doniosłą rolę w promocji karmienia piersią odgrywają szkoły rodzenia. Prowadzone są zwykle przez bardzo doświadczone

położne, z częstym udziałem lekarzy położników i neonatologów. Szkoła rodzenia stanowi forum wymiany doświadczeń i informacji między rodzinami, a znajomości przyszłych rodziców niejednokrotnie przeistaczają się w trwałe przyjaźnie.

Polityka "otwartych drzwi" oddziału noworodkowego powoduje, że rozmowy personelu medycznego z matkami na temat żywienia dziecka przegradzają się często w dyskusje z obecną na sali rodziną. Środowisko domowe bowiem wprowadzać może wiele mylnych informacji. Rozmowy z rodziną uważa się za bardzo cenne, bowiem to ona w dużym stopniu wpływać będzie na decyzje matki o dalszym karmieniu.

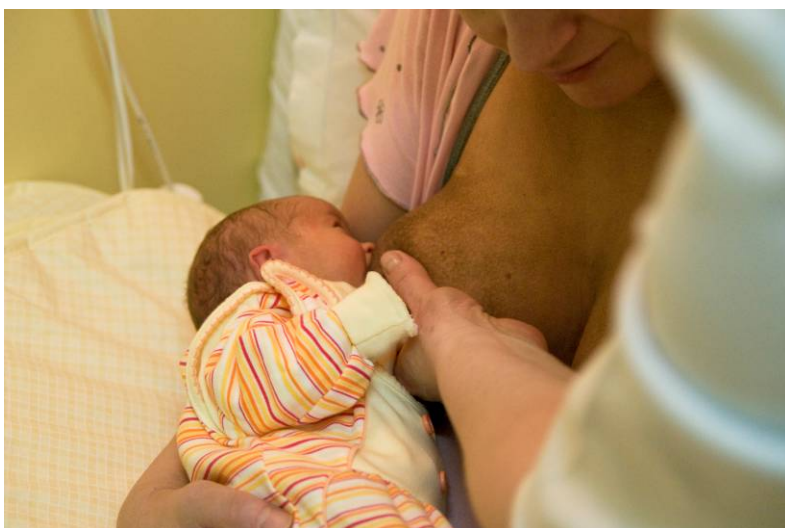


Fot. 1. Nauka rodziców przystawiania dziecka do piersi „spod pachy” przez pielęgniarkę.

Istotne znaczenie ma promocja karmienia naturalnego w środkach masowego przekazu, a także przestrzeganie Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece, przez firmy produkujące mieszanki mleczne.

Kto to ma robić?

Wdrożenie Idei Szpitali Przyjaznych Dziecku spowodowało, że personel medyczny oddziałów ginekologicznego, położniczego i noworodkowego posiada spójną wiedzę na temat karmienia naturalnego i rozwiązywania problemów laktacyjnych. Wdrożenie „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią” nie jest łatwe, ale jeszcze trudniejsze okazuje się utrzymanie właściwego poziomu wiedzy i pracy w kolejnych latach. Promocja karmienia naturalnego jest czasochłonna, personel średni ulega ciągłej rotacji, zatrudnianie nowych pielęgniarek w oddziale noworodkowym nie zawsze jest wynikiem ich wyboru. Istnieje bezwzględna konieczność ciągłego szkolenia laktacyjnego całych zespołów lekarskich i pielęgniarskich. Szczególnie ważne jest przeprowadzenie pełnego kursu nowych pracowników w jak najkrótszym czasie po ich zatrudnieniu.



Fot. 2. Personel uczy podtrzymywania dużej piersi podczas karmienia dziecka.

Zazwyczaj trudności dotyczą mało skutecznej współpracy oddziałów szpitalnych z poradniami K i prywatnymi gabinetami ginekologicznymi, jak również z opieką środowiskową. Inicjatywy Regionalnych Centrów Zdrowia Publicznego związane z promocją karmienia naturalnego dla medycyny rodzinnej w formie kilkugodzinnych konferencji są cenne, ale robione zbyt rzadko nie są w stanie zrealizować nawet najważniejszych problemów laktacji.

W szkoleniu wewnątrzszpitalnym kluczową rolę odgrywają liderzy laktacji. Funkcję taką pełni lekarz, pielęgniarka lub położna, która zdobyła tytuł międzynarodowego konsultanta laktacyjnego lub certyfikowanego doradcy laktacyjnego. Wiedza tych osób stanowi punkt odniesienia dla każdego problemu laktacyjnego w oddziale i w poradni laktacyjnej. Praca tych osób traktowana jest jako misja w codziennej pracy. Niestety, jak dotąd, nie istnieje zawód konsultanta laktacyjnego, a usługi nie są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podkreślić należy możliwość, potrzebę i korzyści współpracy oddziałów szpitalnych z Komitetem Upowszechniania Karmienia Piersią, który mieści się w Warszawie. Aktualizacja wiedzy, konsultowanie trudnych przypadków, weryfikacja przeciwwskazań do karmienia piersią to tylko niektóre ze wspólnie rozwiązywanych problemów.

...i jak, aby było skutecznie

Poradnictwo laktacyjne spełni swoją rolę, jeśli jest prowadzone przez wyszkolone osoby, dostępne o każdej porze, także w nocy i w dniu wolnym od pracy. Ważna jest możliwość osobistego kontaktu z doradcą laktacyjnym, jak również dostosowanie formy i treści informacji do stanu zdrowia i możliwości percepcji pacjentki.

I tak, w pierwszej dobie po porodzie, dobrze przyswajalną jest informacja o korzyściach karmienia naturalnego dla zdrowia i rozwoju dziecka oraz zasady prawidłowego przystawiania do piersi. W drugiej dobie demonstruje się różne techniki karmienia naturalnego. Doba trzecia jest właściwym czasem do omawiania potencjalnych problemów, jak nawał, zastój pokarmu i zapalenie piersi; konieczna jest demonstracja ręcznego odciągania pokarmu. Każda pacjentka oddziału położniczego powinna mieć do dyspozycji teczkę materiałów edukacyjnych zawierającą wszystkie przekazywane informacje. Do pracowników oddziału należy sprawdzenie, w jakim stopniu matka przyswoiła przekazane jej treści i umiejętności.

Aktywna postawa personelu medycznego, swobodny dostęp matki do informacji zwłaszcza ustnej zostały ocenione jako skuteczniejsze dla utrzymania laktacji od standardowej porady medycznej. Ulotki informacyjne, tak chętnie wkładane do dokumentów wypisowych noworodka, mają znikomą wartość promocyjną.



Fot. 3. Karmienie dziecka w pozycji leżącej w 1-szej dobie po porodzie.

Długotrwałe karmienie piersią jest możliwe, jeśli służba zdrowia zgodnie współpracuje ze środowiskiem, w którym przebywa matka. Za mało docenianą formą aktywności są grupy wspierających się w karmieniu kobiet. Tutaj pracownik medyczny powinien być tylko koordynatorem, pozostawać niejako "w tle". Dyskusja między kobietami karmiącymi z wymianą doświadczeń, dzielenie się problemami i wspólne ich pokonywanie może mieć większe znaczenie dla przedłużenia karmienia niż bezpośrednia ingerencja personelu medycznego. Grupę wsparcia mogą także tworzyć matki kontynuujące spotkania po szkole rodzenia, a także doświadczone w karmieniu naturalnym kobiety pragnące podzielić się swoją wiedzą z innymi, oferujące kontakt poprzez swój numer telefonu podany do poradni laktacyjnej.

Wartość szczególną w podtrzymaniu karmienia piersią mają porady udzielone matce w kolejnych tygodniach życia dziecka, np. po 2 tygodniach od wypisania z oddziału, czyli przed spodziewanym pierwszym kryzysem laktacyjnym.

Każda matka opuszczająca oddział noworodków powinna otrzymać ustną i pisemną informację o działającej przy Oddziale Poradni Laktacyjnej. Liczba udzielanych porad w kolejnych latach narasta. Korzystają z niej głównie kobiety z wykształceniem średnim i wyższym, mieszkające w mieście. Wiek najczęściej zgłaszających się kobiet 26-30 lat - jest zgodny z okresem najczęstszej rodności kobiet. Zgłaszane problemy dotyczą trudności w karmieniu spowodowanych zastojem pokarmu i zapaleniem piersi. Liczne są przypadki uszkodzonych brodawek piersiowych oraz potrzeba rozbudzania laktacji.

Czym się wspomagać?

Karmienie piersią zdrowego noworodka w ustabilizowanym okresie laktacji w zasadzie nie wymaga żadnych dodatkowych akcesoriów. Prawidłowa technika karmienia pozwala uniknąć bolesnych doświadczeń.



Fot. 4 Karmienie „spod pachy” w Poradni Laktacyjnej.



Fot. 5 Karmienie bliźniąt przedwcześnie urodzonych, pozycja „spod pachy”.

W przypadku typowych problemów - nawał pokarmu, zastój, uszkodzenie brodawek piersiowych konieczna jest przede wszystkim korekta techniki karmienia. Zapalenie gruczołu piersiowego jest stanem, wymagającym zazwyczaj także leczenia farmakologicznego, czasem

chirurgicznego. W rozwiązywaniu problemów laktacyjnych można wspomóc się bogatą ofertą firm proponujących laktatory, kieliszki, łyżeczki do karmienia, wkładki laktacyjne, osłony piersi, poduszki do karmienia i inne.

Szeroki wybór laktatorów umożliwia stymulację laktacji bądź zmniejszenie problemów związanych z zastojem pokarmu i zapaleniem piersi. Szczególnie użyteczny jest laktator, w którym matka sama reguluje rytm odciągania pokarmu w zależności od fazy laktacji, jednocześnie z obu piersi. Dodatkowo, wyposażenie laktatora w płatki masujące, które w trakcie odciągania pokarmu delikatnie naciskają zatoki mleczne wokół sutka, stymuluje naturalny wypływ mleka. Kompatybilne do laktatorów pojemniki do przechowywania mleka służą wygodzie, a ich podręczne sterylizatory - bezpieczeństwu.



Fot. 6 Laktator elektryczny – jednoczesna z obu piersi stymulacja laktacji.

Należy jednak podkreślić, że stosowanie laktatorów jest tylko opcją odciągania pokarmu. Kluczowe znaczenie ma nadal ręczne odciąganie pokarmu - mniej traumatyzujące, dostępne, nie wymagające nakładów finansowych.



Fot. 7. Nauka ręcznego odciągania pokarmu.

Kompleksowości oferty akcesoriów wspomagających karmienie piersią dopełniają kosmetyki do pielęgnacji i leczenia bolesnych brodawek piersiowych. Ich przydatność została określona w obiektywnych badaniach klinicznych.

Za szkodliwe uważa się dokarmianie i dopajanie noworodków oraz wprowadzanie tzw. "mylnych wzorców" - smoczków, kapturków ochronnych na piersi. Nawet pojedyncze epizody

karmienia sztucznego w pierwszych dniach życia noworodka mają związek ze skróceniem czasu karmienia piersią.

W „Szpitalach Przyjaznych Dziecku” nie prowadzi się reklamy sztucznego karmienia i akcesoriów do dokarmiania. Starannie kontrolowane są ulotki reklamowe, które otrzymują matki w Oddziale, eliminując z nich wszelkie elementy związane z karmieniem sztucznym lub w jakikolwiek sposób je promujące.

Prawdziwym wyzwaniem dla personelu oddziału noworodkowego jest karmienie wcześniaków, zwłaszcza tych o bardzo małej masie urodzeniowej. Kluczowe znaczenie ma rozbudzenie i utrzymanie laktacji u matki, stymulacja odruchu ssania u dziecka, stosowanie technik karmienia kształtujących odruch ssania i unikanie technik zaburzających tę umiejętność. Wsparcie psychiczne udzielane matce, stworzenie jej możliwości nieograniczonego przebywania przy dziecku w OION, odciąganie pokarmu przy dziecku, kangurowanie i inne formy opieki neurorozwojowej sprawowane przez matkę mają kluczowe znaczenie w procesie utrzymania laktacji. Wczesne karmienie odciąganiem pokarmem matki podawanym pipetką, strzykawką, cewnikiem "po palcu" lub do żołądka, łyżeczką czy kubeczkiem dobrze stymuluje dziecko i pozytywnie motywuje matkę, zachęcając ją do dalszych wysiłków na rzecz utrzymania laktacji.



Fot. 8 Karmienie naturalne wcześniaka z użyciem kubeczka.



Fot. 9 Karmienie naturalne wcześniaka z użyciem łyżeczki.

Specyficznym produktem jest system wspomagający karmienie SNS, umożliwiający ssanie z piersi z jednoczesnym pobudzaniem laktacji oraz dokarmianie dziecka. Ma on zastosowanie w odbudowywaniu laktacji i polecany jest głównie przez poradnię laktacyjną.



Fot. 10 Dziecko karmione przy pomocy SNS.

Podsumowując, promocja karmienia naturalnego ujęta w protokoły edukacyjne dla personelu i matek powinna być nieodłączną częścią opieki noworodkowej w szpitalu. Cały zespół lekarski i pielęgniarski powinien pracować w warunkach ciągłego doskonalenia zawodowego w zakresie laktacji, aby osiągnąć spójną postawę wobec karmienia piersią. W codziennej pracy należy wykorzystywać sprawdzone akcesoria wspomagające karmienie naturalne. Należy wyeliminować z oddziału wszelkie materiały, a także nawyki personelu i matek, zakłócające proces karmienia naturalnego. Poradnia i pogotowie laktacyjne jest koniecznym ogniwem opieki nad matką karmiącą. Tworzenie grup matek wspierających się w karmieniu naturalnym jest jedną z najskuteczniejszych form działalności w celu osiągnięcia długotrwałego karmienia piersią.

Opieka ambulatoryjna

Jednym z czynników mających istotny wpływ na długość karmienia piersią jest determinacja matki do naturalnego żywienia dziecka podjęta jeszcze podczas ciąży. Wpływ na podjęcie takiej decyzji ma wiele czynników: świadomość wynikająca z ogólnego poziomu wiedzy czerpanej z czasopism i środków masowego przekazu, ponadto kultura karmienia naturalnego w rodzinie czy doświadczenia w karmieniu poprzednich dzieci. Niebagatelną rolę odgrywa stymulujący wpływ personelu medycznego, z którym kobieta kontaktuje się podczas ciąży. Dotyczy to przede wszystkim poradni K, położnej, ginekologa, lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej. Osoby te są nadal autorytetem dla młodych rodziców. Ogromna rola przypada szkołom rodzenia, a także personelowi oddziału patologii ciąży, jeśli nastąpi hospitalizacja. Wszędzie tam przyszła matka powinna uzyskać rzetelną, kompleksową wiedzę na temat karmienia naturalnego.

Po urodzeniu i wypisaniu ze szpitala do domu potrzeby w zakresie karmienia dziecka są jeszcze większe. Pojawiają się problemy z pielęgnacją piersi, nadmierną lub niewystarczającą laktacją. Trudności w przystawieniu dziecka do piersi, uszkodzone brodawki piersiowe, bolesny nawał lub zastój pokarmu są powszechne. Gdy problemy narastają, pojawia się zapalenie, a nawet ropień piersi. Bezradność matek jest tym większa, im mniej informacji na temat potencjalnych problemów uzyskały w szpitalu w okresie połogu. W takich chwilach szczególnego znaczenia nabiera możliwość uzyskania fachowej porady u doradcy lub konsultanta laktacyjnego lub po prostu osoby wyszkolonej w laktacji. W „Szpitalach Przyjaznych Dziecku”,

a także w wielu innych nie certyfikowanych, matkom udziela się ustnej i pisemnej informacji o możliwości uzyskania całodobowej porady laktacyjnej oraz działających grupach wsparcia matek karmiących.

Z badań własnych wynika, że najczęstszą przyczyną zgłoszeń do poradni laktacyjnej jest niepewność matek co do możliwości wykarmienia dziecka. Wiele z nich przerywa wyłączone karmienie piersią bazując na własnym wrażeniu, że brakuje im pokarmu. Tylko nieliczne z matek podjęły decyzję o włączeniu dokarmiania mieszanką sztuczną w oparciu o obiektywny pomiar masy ciała dziecka. Szczególnie niepewne co do możliwości wykarmienia dziecka piersią są matki bardzo młode, z niewysokim poziomem wykształcenia lub pozostające w trakcie nauki. Drugą grupą ryzyka są kobiety, które nie mają przekonania co do szans wykarmienia dziecka, bo nie karmiły poprzedniego, lub w rodzinie nie ma tradycji karmienia piersią. Są one wręcz zniechęcane do walki o utrzymanie laktacji.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że łatwo dostępna, kompleksowa i wszechstronna edukacja matki przez wysoko wyspecjalizowany personel może odegrać wybitną rolę w popularyzacji karmienia naturalnego na każdym etapie rodzicielstwa i macierzyństwa matki.

Dr n. med. Maria Wilińska
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Dziecko z Płodowym Zespołem Alkoholowym

Maria Wilińska

Wprowadzenie

Wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, Płodowy Zespół Alkoholowy (Fetal Alcohol Syndrome – FAS) jest jednostką chorobową obejmującą zaburzenia, jakie występują u dziecka urodzonego przez matkę, która w czasie ciąży spożywała alkohol. Pod tą suchą definicją kryje się niezwykle zróżnicowany zespół nieprawidłowych objawów somatycznych, neurologicznych i behawioralnych, mających poważny wpływ na funkcjonowanie dotkniętego schorzeniem osobnika, jego rodzinę oraz szeroko rozumiane środowisko, w którym żyje.

Zakres zjawiska nie jest dokładnie określony. Spożywanie alkoholu podczas ciąży zazwyczaj nie jest dokładnie raportowane w dokumentacji medycznej. Dzieje się tak z obawy o „stygmat kobiety pijącej”, brak społecznego przyzwolenia na spożywanie alkoholu podczas ciąży czy wreszcie niedoceniające negatywnego znaczenia spożycia niewielkiej, okazjonalnej ilości alkoholu podczas ciąży. Istnieje nawet pewnego rodzaju przyzwolenie, nawet wśród rodziny czy - co gorsza - środowiska medycznego, na przysłowiowy kieliszek czerwonego wina, mający poprawić krążenie krwi i samopoczucie ciężarnej.

Ekspresja zespołu w dużym stopniu uzależniona jest od czynników genetycznych, co oznacza, że nie ma bezpośredniego przełożenia częstości i ilości wypitego alkoholu przez ciężarną podczas ciąży na rodzaj i nasilenie objawów u dziecka. Wiele cech somatycznych jest niewidocznych lub mało widocznych po urodzeniu, w związku z czym neonatolog nie ma bezpośredniego powodu do pogłębiania wywiadu położniczego w kierunku spożywania alkoholu przez matkę podczas ciąży. Wiele z dzieci z zespołem FAS przebywa poza rodzinami biologicznymi, będąc przysposobionymi, adoptowanymi, przebywając w domach opieki lub domach dziecka. W takich sytuacjach analiza przebiegu okresu prenatalnego oraz wczesnodziecięcego bywa niemożliwa lub znacznie utrudniona. U części dzieci FAS może być „ukrytą wadą” – niektóre z nich w pierwszych latach życia prezentują miłą powierzchowność i zachowanie, maskując w ten sposób różnorodne neurobehawioralne dysfunkcje. Większość przypadków FAS pozostaje zatem niezdiagnozowana.

Alkohol jest najsilniejszym teratogenem u człowieka. W swoim działaniu przewyższa wszystkie znane środki narkotyczne. Częstość występowania FAS jest większa niż liczba dzieci z zespołem Downa. Wg danych amerykańskich – w USA rodzi się rocznie około 50 000 dzieci z rozpoznanyim zespołem zależnym od spożywania alkoholu w czasie ciąży. Oznacza to, że 1 do 5 dzieci na 10 000 nowourodzonych jest dotkniętych działaniem alkoholu podczas ciąży.

Dane polskie są niekompletne. Od czasu do czasu słyszymy bulwersujące medialne doniesienia o urodzeniu w szpitalach dzieci, od których wyczuwalny jest zapach alkoholu. Należy odnotować istniejące w ostatnim czasie akcje szerzenia wiedzy o FAS. Ich wyrazem był między innymi organizowany przez MZiOS w roku 2008 cykl szkoleń tematycznych dla pracowników ochrony zdrowia, pomocy społecznej, pedagogów, psychologów i innych zainteresowanych, realizowany przez Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnień i Przeciwdziałania Alkoholizmowi.

Rys historyczny

Problem szkodliwego wpływu alkoholu na płód dostrzeżony został dopiero w drugiej połowie XX wieku. W końcu lat 50-tych ukazały się we Francji pierwsze informacje wiążące małą masę urodzeniową płodu z faktem zażywania alkoholu przez matkę w ciąży. Lemoine i współpracownicy w roku 1968 opisali nie tylko niedobór wzrastania, ale także wady wrodzone

i nieprawidłowy rozwój psychiczny u dzieci matek alkoholiczek. Liczne zaburzenia rozwojowe oraz dalszy pourodzeniowy nieprawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny obserwował Ulleland.

Dopiero jednak w roku 1973 Jones i Smith wprowadzili termin Alkoholowy Zespół Płodowy, dokładnie opisując zespół nieprawidłowości będący następstwem teratogennego wpływu alkoholu na rozwój dziecka. Od tego czasu opisano wiele postaci niepełnych zespołu, zarówno jeśli chodzi o cechy somatyczne, jak i różną ekspresję zaburzeń neurobehawioralnych.

Definicja

Płodowym Zespołem Alkoholowym określamy zespół cech somatycznych i zaburzeń neurobehawioralnych będących wynikiem działania alkoholu na płód podczas ciąży. Zaburzenia stwierdza się w trzech kategoriach:

1. spowolnienie rozwoju fizycznego – w zakresie masy i długości ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej w okresie przed- i pourodzeniowym,
2. zaburzenia koordynacji ruchowej oraz upośledzenie funkcjonowania intelektualnego i społecznego,
3. zespół określonych charakterystycznych anomalii twarzy oraz zmiennie wyrażonych wrodzonych wad rozwojowych kończyn i narządów wewnętrznych, zwłaszcza serca, nerek i mózgowia.

U części noworodków narażonych w okresie płodowym na działanie alkoholu, u których stwierdzono „niepełny Płodowy Zespół Alkoholowy” lub jego pojedyncze objawy, mówimy o możliwych skutkach płodowego działania alkoholu. Obejmują one stany od pełnoobjawowego płodowego zespołu alkoholowego po łagodniejsze uszkodzenia:

- pFAS - partial Fetal Alcohol Syndrome – częściowy FAS
- ARND – Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder – zaburzenia neurologiczne związane z alkoholem
- ARBD – Alcohol Related Birth Defects – wady wrodzone związane z alkoholem

W każdym przypadku rozpoznania FAS wymagane jest udokumentowanie faktu picia alkoholu przez kobietę w ciąży.

Komórkowe i molekularne skutki działania alkoholu u płodu

Alkohol jest typowym teratogenem, czyli substancją zdolną wywołać wady rozwojowe u płodu (gr. *teraton* - potwór). Większość narządów płodu ma swój „krytyczny okres rozwoju”, okres bardzo intensywnego podziału komórek tworzącego się organu, w którym wrażliwość na uszkadzające działanie teratogenu jest największa.

Zjawisko wybiórczego uszkodzania narządów zależy zatem od okresu ciąży, w którym czynnik szkodliwy zadziałał, od jego dawki oraz szczególnej wrażliwości młodego organizmu, w czym swój udział mają czynniki genetyczne. U płodu ludzkiego okres ten to zazwyczaj pierwsze 8 tygodni rozwoju zarodka. Alkohol zakłóca wszystkie etapy wzrastania: podział i proliferację komórek, następnie ich wzrost i różnicowanie się prowadzące do ich zindywidualizowania w zakresie zarówno struktury jak i funkcji.

Kolejnym etapem rozwoju w okresie płodowym jest migracja komórek do miejsca przeznaczenia oraz ich osiedlenie się w korzystnym mikrośrodkowisku. Każdy z tych 3 etapów podlega stymulacji, modyfikacji i kontroli przez złożony system czynników hormonalnych, troficznym i – niestety – szkodliwości środowiskowych, w tym alkoholu.

Wiele informacji o toksycznym działaniu alkoholu na płód pochodzi z badań na zwierzętach. Stopień ich wiarygodności w odniesieniu do człowieka jest z jednej strony ograniczony – metabolizm człowieka jest inny, z drugiej – obserwacje wykazują wybiórcze działanie alkoholu na tkanki i narządy, co w ludzkim modelu obserwacyjnym nie jest możliwe. Należy przy tym pamiętać, że rozpatrujemy bezpośredni wpływ alkoholu na komórki, nie tylko jego metabolitu – aldehydu octowego.

Istotny niedobór masy ciała i wzrostu u płodów poddanych działaniu alkoholu jest bezpośrednim efektem zaburzonego łożyskowego transportu aminokwasów i glukozy do płodu. Aminokwasy są budulcem białek, ich niedobór ma więc bezpośrednie przełożenie na wielkość narządów płodu. Glukoza z kolei jest jedynym substratem energetycznym dla mózgu. Wobec niedoboru energii do procesów metabolicznych zahamowaniu ulegają wszystkie reakcje związane między innymi z syntezą białek i kwasów nukleinowych (DNA) w ośrodkowym układzie nerwowym. U matek alkoholiczek stwierdza się także zaburzenia łożyskowego transportu niektórych witamin i mikroelementów. Deficyt Vit. B6 pogłębia istniejące zaburzenia syntezy białek; niedobór kwasu foliowego dezorganizuje syntezę DNA. Zaburzenia metabolizmu witaminy A wyrażające się niedoborem kwasu retinowego zaburzają transkrypcję białek, w konsekwencji przyczyniając się do tworzenia wad narządów u dziecka z FAS.

W rozwoju, a zwłaszcza w procesach różnicowania tkanek i narządów płodu, ważną rolę odgrywają czynniki hormonalne. Powszechnie znany jest wpływ hormonów sterydowych na tolerancję stresu, a hormonów płciowych na wytwarzanie się narządów płciowych i poczucie płci. Hormony tarczycy stymulują i ukierunkowują procesy wzrastania tkanek, dojrzewania, migracji i mielinizacji neuronów, zwłaszcza mózdzku. U dzieci z zespołem alkoholowym ich stężenie jest niższe niż u płodów nie poddanych działaniu alkoholu.

Nie mniej ważne jest współdziałanie hormonów, substancji odżywczych, oraz biologicznie czynnych neuroprzekazników. Hormony tarczycy i kwas retinowy wpływają na syntezę hormonu wzrostu; ich niedobór może być przyczyną niedoboru wzrostu u dzieci z FAS.

Wzrastanie, a w szczególności różnicowanie komórek na poszczególne tkanki jest możliwe między innymi dzięki silnemu stymulującemu działaniu na syntezę DNA specyficznych czynników wzrostowych. Dobrze poznane i udokumentowane jest działanie epidermalnego czynnika wzrostu, także insulinopodobnych czynników wzrostu typu I i II, neuronalnych czynników wzrostu, erytropoetyny i innych. Ich liczba ciągle rośnie w miarę rozwoju badań. U dziecka z FAS działanie wzrostowych czynników troficznych jest wyraźnie słabsze.

Zmniejszenie syntezy białek jest szczególnie wyraźne w szczególnych obszarach mózgu jak hipokamp i mózdzek. Hipokamp jest kluczowym obszarem odpowiedzialnym za funkcje intelektualne, pamięć oraz koordynację ruchów precyzyjnych. Zaburzenie struktury mózdzku odpowiada za nieprawidłową koordynację ruchową u dzieci poddanych działaniu alkoholu w życiu płodowym.

Alkohol zwęża naczynia krwionośne pępowinowe i łożyska, indukuje aktywność śródbłonna naczyniowego, stymuluje wydzielanie licznych endotelin, w konsekwencji pogarszając ukrwienie płodu i powodując niedotlenienie płodu ze wszystkimi jego skutkami. Skurcz naczyń krwionośnych wywołany nadprodukcją prostaglandyn pogarsza istniejące zaburzenia ukrwienia płodu.

W warunkach niedotlenienia szybko powstają wolne rodniki tlenowe. Alkohol *per se* także powoduje ich nadprodukcję. Wole rodniki tlenowe stymulują masywny napływ wapnia do komórek, zapoczątkowując kaskadę zjawisk prowadzących do śmierci komórki. Dobrze poznane jest toksyczne działanie kwasu glutaminowego, silnego pobudzającego neuroprzekaznika, którego efektem działania jest obrzęk, a następnie liza neuronów.

Kolejną bardzo charakterystyczną cechą budowy mózgowia dzieci z FAS jest zaburzenie procesów migracji i adhezji neuronów. W swoim rozwoju neurony realizują misterny plan przemieszczania się do określonych obszarów mózgu. Proces ten jest regulowany przez obecność złożonych związków chemicznych. Alkohol zaburza odpowiedź komórek na te substancje. W konsekwencji zaburzonej migracji neuronów powstają rozproszone wysepki nieprawidłowo i chaotycznie zlokalizowanych komórek nerwowych, co określa się nazwą *brain wars* („brodawki mózgowe”). Mogą być one przyczyną deficytów funkcji umysłowych u dzieci z FAS.

Patogeneza objawów

Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego spowodowane jest dezorganizacją budowy i funkcji czterech zasadniczych części mózgowia: mózdzku, płatów czołowych,

hipokampa oraz ciała modzelowatego. Aby dokładnie zrozumieć konsekwencje uszkodzenia, należy poznać funkcje tych obszarów.

Mózdzek jest strukturą mózgowia położoną w tylnym dole czaszki. Odpowiada za koordynację ruchów celowych, utrzymanie równowagi, regulację napięcia mięśniowego oraz pamięć niektórych odruchów. Zawiadywanie motoryką przez mózdzek dotyczy także mięśni ocznych. W przypadku uszkodzenia mózdzku pojawiają się problemy z utrzymaniem postawy i równowagi ciała, stwierdza się brak lub istotne zaburzenia koordynacji mięśniowej, niezgrabność, brak precyzji ruchów. Pojawiają się trudności w ocenie zasięgu i momentu zatrzymania ruchu, co powoduje trudności uchwycenia i utrzymania przedmiotów. Jest problem w wykonywaniu szybkich ruchów naprzemiennych, pojawia się drżenie ciała, niezgrabny chód, tendencja do przewracania się, chodzenie „na szerokiej podstawie”. Charakterystyczne są gwałtowne ruchy gałek ocznych, a także niewyraźna mowa spowodowana dysfunkcją mięśni jamy ustnej, języka i gardła.

Płaty czołowe mózgowia człowieka są ośrodkiem, w którym zachodzą wyższe czynności, jak planowanie i kontrola emocji. Konsekwencją uszkodzenia kory jest między innymi niezdolność planowania wykonania sekwencji ruchów przy wykonywaniu określonej czynności, niemożność działań spontanicznych, utrata możliwości poruszania częściami ciała. W zakresie funkcji intelektualnych występuje schematyczność, uporczywe powracanie do jednej myśli, trudności w koncentracji na jednym zadaniu, trudności lub brak możliwości rozwiązywania problemów. Częste są zmiany nastroju nieadekwatne do sytuacji, zachowania społecznie nieakceptowane, nawet agresywne. Uszkodzenie lewego płata objawia się częściej stanami depresyjnymi, prawego – podniesieniem nastroju. Dzieci te mają trudności w rozumieniu żartów, humorystycznych ilustracji. Powstają i nasilają się zmiany osobowości.

Hipokamp jest strukturą mózgowia odpowiedzialną przede wszystkim za procesy uczenia się, tworzenia nowych zapisów pamięciowych. Odgrywa on rolę w rozwoju uzależnień oraz chorób psychicznych. Jest „filtrem” w naszym organizmie, stojącym na straży kontroli zaburzeń emocji. Konsekwencją uszkodzenia hipokampa jest u dzieci z FAS niestabilność emocjonalna, częste i nieuzasadnione zmiany nastroju, pobudzenie, impulsywność. Dzieci mają trudności w myśleniu abstrakcyjnym, kłopoty z pamięcią, żyją w permanentnej terażniejszości.

Ciało modzelowate, czyli spoidło wielkie, łącząc półkule mózgowie, zapewnia wymianę informacji płynącej z organizmu wzajemnie do każdej z nich. Dysfunkcja organu powoduje, że dziecko nie w pełni korzysta z posiadanej wiedzy i umiejętności. Wymiana bodźców zachodzi powoli, niekompletnie, nieskutecznie. Ma to wyraz w sytuacjach, kiedy osoba odczuwając impuls, aby coś zrobić – wykonuje gest, ale dopiero potem, po fakcie, uświadamia sobie konsekwencje tego działania. Osoby takie znają zasady i rozumieją ich skutki, ale nie są w stanie najpierw myśleć, a potem działać.

Zaburzenia rozwoju fizycznego

Cechy morfologiczne w budowie ciała w przypadku pełnoobjawowego płodowego zespołu alkoholowego są wyraźnie widoczne po urodzeniu. W zespołach częściowych cechy somatyczne są najwyraźniej zauważalne między drugim a dziesiątym rokiem życia; potem, w miarę wzrastania, „zacierają się”.

Spowolnienie budowy ciała w życiu płodowym przejawia się niedoborem masy i długości ciała po urodzeniu w stosunku do norm. Mniejszy obwód głowy jest spowodowany mniejszą masą mózgu. W dalszych miesiącach życia tempo przyrostu masy ciała wynosi około 33% normy, a wzrostu około 60%. Ta dysproporcja powoduje, że dzieci wyglądają na nadmiernie szczupłe lub wręcz wychudzone w stosunku do wzrostu, nawet mimo prawidłowego odżywiania.

Wygląd twarzy dziecka z zespołem FAS jest bardzo charakterystyczny. W postaci pełnoobjawowej widoczny jest płaski profil spowodowany zahamowaniem rozwoju środkowej części twarzy. Nos ma zapadniętą nasadę, co prowadzi do wytworzenia się zmarszczki nakątnej w kącie wewnętrznym oczu oraz „otwartych” nozdrzy spowodowanych skróceniem nosa

i zadarciem koniuszka nosa. Rynienka podnosowa jest wydłużona, gładka, pozbawiona grzebieni skórnych. Warga górna cienka, prawie niewidoczna, wygina się w łuk.

Zmarszczka nakątna i opadanie jednej lub obu powiek górnych sprawiają wrażenie szerokiego rozstawienia gałek ocznych. Jest to jednak objaw pozorny – odległość źrenic jest prawidłowa. Szpara powiekowa jest skrócona.

Kolejnym ważnym kryterium somatycznym są zaburzenia rozwojowe stawów i kończyn. Niepełna rotacja w stawach łokciowych oraz deformacje i zaburzenia funkcji drobnych stawów rąk są najbardziej charakterystyczne. Typowe jest występowanie podłużnych fałdów na dłoniowych powierzchniach rąk oraz niemożność wyprostowania palców. Stałą cechą jest promieniowe zakrzywienie dystalnych paliczków palców IV i V rąk. Rozszczep kręgosłupa także występuje częściej niż w populacji ogólnej.

Niestale, ale częściej niż populacyjne jest występowanie wrodzonych wad rozwojowych serca, szczególnie przegród. Zdarzają się wady nerek i dróg wyprowadzających mocz. Dość często występuje rozszczep wargi i podniebienia.

Należy dodać, że żadna z tych wad nie jest specyficzna dla FAS. Jedynie ich gromadne wystąpienie czyni rozpoznanie płodowego zespołu bardziej prawdopodobnym.

Rozwój dziecka

Deficyty poszczególnych funkcji postępują w trakcie wzrastania dziecka, objawiając się w poszczególnych, tzw. „krytycznych” okresach rozwoju. W okresie niemowlęcym dominują problemy z karmieniem, przyjmowaniem pokarmu, ponadto z rytmem snu i czuwania. Rodzice akcentują nadmierną drażliwość, niepokój. Problemy te czynią opiekę nad dzieckiem bardzo trudną i już w okresie niemowlęcym prowadzą do zakłóceń więzi dziecka z matką.

W wieku przedszkolnym dzieci z FAS są przymilne, „lepią się” do swoich opiekunów, darzą ich wielkim uczuciem. Jednocześnie bywają kapryśne, nadmiernie aktywne i rozkojarzone. W tym wieku zaznacza się już zaburzenie koordynacji ruchowej.

Nasilenie zaburzeń motoryki i funkcji emocjonalnych oraz psychicznych nasila się w wieku szkolnym. Dzieci są bardzo aktywne, ale słabo koncentrują się na zadaniu, zaznacza się wyraźnie osłabienie pamięci świeżej. Wiele z nich wymaga pomocy w nauce, nawet jeśli ich współczynnik inteligencji pozostaje w granicach normy. Te cechy powodują, że często jest u nich rozpoznawany zespół dziecka nadpobudliwego.

W kolejnych latach problemy w nauce nasilają się. Ich przyczyną są trudności współżycia w grupie, niezdolność prawidłowego komunikowania się z rówieśnikami, trudności w zapamiętywaniu, impulsywność w kontaktach społecznych.

W okresie młodzieńczym interakcje społeczne zaburzone są poprzez nieumiejętność oceny sytuacji, kłopoty z myśleniem abstrakcyjnym, trudności w rozwiązywaniu problemów i samokontroli. Dzieci dotknięte FAS zazwyczaj nie kończą nauki szkolnej.

W życiu dorosłym osoby te mają trudności z podjęciem, a przede wszystkim utrzymaniem pracy. Sprawiają wrażenie nieodpowiedzialnych, nieprzystosowanych społecznie. Są analfabetami funkcjonalnymi. Mają skłonność do zachowań agresywnych, wchodzą w ryzykowne zachowania, narkomanię, kolizję z prawem.

Rozpoznanie FAS

Postawienie rozpoznania FAS u dziecka jest trudne. Brak jest bowiem jednoznacznego testu, który ze 100% czułością i specyficzną potwierdziłby rozpoznanie. W dochodzeniu do postawienia diagnozy analizujemy przebieg ciąży pod kątem spożywania alkoholu. Szczególnie szkodliwe dla rozwoju płodu jest spożywanie alkoholu w pierwszym trymestrze ciąży. Wywiad musi być bardzo dokładny z dwóch powodów: matki zazwyczaj negują, ukrywają fakt zażywania alkoholu w czasie ciąży z obawy przed napiętnowaniem. Po drugie – nie istnieje bezpieczna dawka alkoholu w ciąży. Co prawda ryzyko pełnoobjawowego FAS i FAE jest większe przy

dużym i regularnym picciu, ale nawet niewielka ilość alkoholu spożyta w krytycznym okresie tworzenia organu może poczynić spustoszenie w jego rozwoju.

Kryteria morfologiczne po urodzeniu oraz dalszym rozwoju także są niespecyficzne. Płaski profil twarzy, zmarszczka nakątna, spowolnienie rozwoju środkowej części twarzy, hipotrofia wewnątrzłonowa – spotykane są w wielu różnych zespołach chorobowych lub występują jako cechy izolowane, niespecyficzne.

W badaniach dodatkowych posiłkujemy się badaniami obrazowymi mózgu dla określenia stopnia zaburzeń organicznych. Jądrowy rezonans magnetyczny oraz pozytronowa tomografia emisyjna, wykorzystując pole magnetyczne dla obrazowania mózgu i izotopy promieniotwórcze dla określania metabolizmu ośrodkowego układu nerwowego, są użyteczne w diagnostyce dzieci z FAS. Pomocne w rozpoznawaniu są kwestionariusze diagnostyczne, zwłaszcza w zakresie ustalania podejrzenia FAS i kierowania do właściwych placówek diagnostycznych. Testy psychologiczne i behawioralne nie pozwalają na jednoznaczne określenie rozpoznania. Na ich wynik duży wpływ mają sytuacje, jakim często podlegają dzieci w swoim życiu, jak lekceważenie, nadużycia psychiczne i fizyczne stosowane wobec nich ze strony rodziny i kolegów.

Tak więc od czasu, kiedy stworzono definicję FAS w 1973 roku, rozpoznanie zespołu opiera się na współwystępowaniu określonej konfiguracji nieprawidłowości w budowie ciała oraz zaburzeń zachowania występujących u dziecka, które w życiu płodowym narażone zostało na działanie alkoholu. Nieprawidłowości te są niekiedy subtelne, a więc trudne do wykrycia. Pozostawać mogą na granicy fizjologii, na skrajnej postaci normy. Z tego powodu FAS pozostaje często nierozpoznany. Mimo nowoczesnych metod obrazowania, licznych modeli kwestionariuszy, ankiet i testów – nadal brak badania, które w sposób jednoznaczny potwierdziłoby rozpoznanie płodowego zespołu alkoholowego.

Prewencja

Płodowy Zespół Alkoholowy jest schorzeniem, któremu całkowicie można zapobiegać. Matka, która pijąc w ciąży urodziła dziecko z FAS, zachowując całkowitą abstynencję w kolejnej ciąży ma pełne szanse na urodzenie zdrowego dziecka.

Prewencja zespołu to realizacja zaleceń, w myśl których kobieta i mężczyzna planujący dziecko powinni bezwzględnie wstrzymać się od spożywania alkoholu. Podczas ciąży obowiązuje bezwzględny zakaz używania nawet najmniejszych jego ilości. Należy podkreślić, że programy prewencji powinny być kierowane do kobiet jeszcze przed zajściem w ciążę. Oczywiście, oddziaływanie na kobiety będące w ciąży zwiększa prawdopodobieństwo urodzenia dziecka zdrowego, bez FAS.

W realizacji programów prewencji najbardziej skuteczne są bezpośrednie i aktywne metody oddziaływania na kobiety ciężarne. Odnosi się to głównie do pracowników ochrony zdrowia – lekarzy, pielęgniarek, konsultantów poradni alkoholowych, a także pracowników socjalnych, psychologów i nauczycieli. Po serii szkoleń lekarze i położne są zazwyczaj przekonani o potrzebie zalecania abstynencji alkoholowej. Znacznie częściej pytają też kobiety ciężarne o spożywanie alkoholu. Szczególną opieką należy otoczyć kobiety dużo pijące poprzez program „aktywnego wyszukiwania”. Metodą tą identyfikuje się kobiety, które już urodziły dzieci z FAS i zamierzają zajść w ciążę.

Jednocześnie należy stwierdzić, że plakaty, ulotki, napisy i hasła ostrzegające przed nadużywaniem alkoholu odgrywają niewielką rolę w ograniczaniu picia przez kobiety ciężarne.

Strategie postępowania wobec dzieci z FAS

Wczesna interwencja i sprzyjające otoczenie są pomocne w maksymalnym rozwinięciu potencjalnych możliwości rozwojowych każdego dziecka, niezależnie od istniejących problemów.

Celem działań interwencyjnych dziecka z FAS jest maksymalne wykorzystanie jego możliwości rozwojowych, aby zapewnić mu optymalne funkcjonowanie w społeczeństwie. W związku z ogromną różnorodnością objawów oraz dynamicznie zmieniającym się w czasie obrazem klinicznym, sposób interwencji należy określić poprzez dokładne rozpoznanie aktualnych potrzeb. Współczynnik inteligencji (IQ) dzieci z FAS może się bowiem wahać od 50 do 110 – nietrudno zatem wyobrazić sobie ogromne zróżnicowanie populacji z FAS. Z drugiej strony, wielorakość zaburzeń powoduje, że względnie wysoki IQ nie zapewnia tym dzieciom lepszego poziomu życia.

Opóźniony rozwój u dzieci z FAS to grupa zaburzeń, w której wyodrębnić można upośledzoną koordynację wzrokowo-ruchową, niezdolność rozumienia pojęć, rozróżniania kształtów, nieskuteczność uczenia się wskutek zbyt dużej aktywności psychoruchowej, trudności w elastycznym rozwiązywaniu problemów, kontrolowaniu zachowania, czy korzystania ze zwrotnych informacji uzyskiwanych od innych osób. Dużym problemem jest też zazwyczaj nadwrażliwość sensoryczna, czyli wygórowane, nieadekwatne reakcje na otoczenie. Mózg tych dzieci nie jest w stanie skutecznie i logicznie posortować docierających do niego informacji. Nadwrażliwość ta jest przyczyną problemów z jedzeniem, spaniem, kontrolą aktywności, uczeniem się oraz zaburzeń zachowania, jak agresja - jako reakcja na podprogowy bodziec z otoczenia.

Najskuteczniejszą strategią postępowania wobec dzieci jest zastosowanie specyficznych interwencji nastawionych na ich konkretne potrzeby. Bardzo ważne jest nauczanie rodziców, jak mogą pomóc dzieciom w wykorzystaniu ich możliwości. Rodzice uczą się specyficznych technik i zdobywają wiedzę na temat wyjątkowych potrzeb i możliwości ich dzieci. Pomocne mogą okazać się grupy wsparcia, aktywnie już działające w wielu krajach. Rodzice zorientowani w problemach swoich dzieci będą potrafili dobrze rozpoznać neurologiczne i fizyczne przyczyny zaburzeń zachowania i upośledzenia zdolności uczenia się ich dzieci. Wiedza na temat FAS pozwoli im realnie ocenić możliwości dziecka co do nauki i poprawy zachowania. Muszą też współdziałać z nauczycielami, wychowawcami i pracownikami ochrony zdrowia w celu uzyskania możliwie najlepszych wyników rozwoju swego dziecka.

Niestety, rodzice często skarżą się na niedostateczny dostęp do informacji, nawet u pracowników ochrony zdrowia. Niepokoją się zachowaniem dzieci, ich ograniczonymi zdolnościami poznawczymi oraz rozwojem psychicznym. Są sfrustrowani trudnościami w ustaleniu rozpoznania oraz słabym dostępem do ośrodków, które mogłyby podjąć interwencje wobec dzieci z FAS. Problemy wychowawcze z dzieckiem są przyczyną obwiniania się za niepowodzenia w wychowaniu, a trudności w znalezieniu odpowiedniej pomocy – oddania dziecka do placówki wychowawczej.

Odległe konsekwencje FAS

Fizyczne cechy FAS stają się coraz mniej charakterystyczne po okresie dojrzewania. Obserwuje się cztery zasadnicze cechy w rozwoju twarzy: dalsze rozrastanie się nosa w dwóch wymiarach (wysokość grzbietu nosa oraz jego długość), wzrost środkowej części twarzy korygujący jej pierwotny niedorozwój, lepsze modelowanie się rynienki podnosowej i górnej wargi oraz powiększanie się podbródka. To powoduje, że dzieci z FAS są coraz trudniej rozpoznawalne w wieku dojrzałym.

Masa ciała u większości pacjentów dochodzi do normy, a nawet ją przewyższa. Wzrost jednak pozostaje na niskim poziomie, tylko 16% osób z FAS osiąga wzrost normalny. U 2/3 pacjentów pozostaje małowłowie. Rozpiętość IQ jest duża, około 60% dzieci dotkniętych FAS i pFAS nie osiąga dolnej granicy normy. Pozostaje jednak stabilne po osiągnięciu wieku dojrzałego.

W zakresie umiejętności szkolnych największe problemy stwarza matematyka – tu jest konieczność myślenia abstrakcyjnego, jak czas i przestrzeń, dostrzeganie związków przyczynowo-skutkowych i uogólnianie wniosków.

Nawet największa troska o dziecko po urodzeniu nie jest w stanie usunąć objawów pierwotnych. Właściwa opieka i terapia może zminimalizować w znacznym stopniu objawy wtórne jak zmęczenie, napady złego humoru, agresję, strach, wycofywanie się, kłamstwa. W wielu przypadkach nie dojdzie do takich zachowań, jak kłopoty z prawem, zachowania ryzykowne, tendencje samobójcze.

Podsumowanie

1. Istnieje pilna konieczność propagowania wiedzy o FAS i FAE. Świadomość szkodliwości alkoholu i jego nieodwracalnych konsekwencji w rozwoju płodu musi być powszechna wśród pracowników ochrony zdrowia oraz wszystkich osób zajmujących się zdrowiem publicznym. Bezwzględnie konieczne jest czynne, aktywne rozpropagowanie tej wiedzy wśród społeczeństwa, zwłaszcza osób w wieku przed- i prokreacyjnym.
2. Konieczne jest objęcie czynną profilaktyką kobiet pijących alkohol i będących w ciąży. Zaprzestanie zażywania alkoholu na każdym etapie ciąży może zmniejszyć skutki teratogennego alkoholu na płód.
3. Należy organizować system konkretnej pomocy pacjentom oraz wsparcia dla rodzin z dzieckiem z FAS i FAE. Aktywna i skuteczna pomoc pozwoli zmniejszyć ryzyko wykluczenia społecznego pacjentów i ich rodzin.

Dr n. med. Maria Wilińska
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Starzenie się społeczeństwa jako problem zdrowia publicznego

Justyna Wyszyńska, Ewa Falkowska-Pijagin

Streszczenie

W Polsce zwiększa się odsetek ludzi w podeszłym wieku. Dzieje się tak w wyniku wydłużania średniej długości ludzkiego życia oraz spadku liczby urodzeń. Staje się to problemem zdrowia publicznego. Zjawisko starzenia się społeczeństwa powoduje konsekwencje społeczne, ekonomiczne, medyczne, kulturowe, nie tylko dla jednostek, ale jest to też problem społeczny. Niezbędne jest stworzenie dla osób w podeszłym wieku bezpieczeństwa ekonomicznego, zaplecza socjalnego, medycznego, m.in. wyspecjalizowanego w dziedzinie gerontologii i geriatry. Także w sferze kultury i oświaty jest wiele do zrobienia m.in. w zakresie profilaktyki starości, aktywnego trybu życia osoby w podeszłym wieku, uczestnictwa takich osób w życiu publicznym i rodzinnym. Warunek zdrowego starzenia się człowieka stanowi właściwe zaspokojenie potrzeb. Niezbędne do tego są różne instytucje pomocowe i formy pomocy, ale także przygotowanie najbliższych, rodziny do dostrzegania problemów ludzi starych.

Wprowadzenie

W latach 1999-2006 w wyniku niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba mieszkańców Polski zmniejszyła się i na koniec 2006 r. wyniosła ok. 38 125 479 osób.

Innym problemem staje się starzenie polskiego społeczeństwa. W latach 1990-2003 udział dzieci i młodzieży obniżył się o 7,8 punktu procentowego do ok. 21,9 proc. wszystkich Polaków. Natomiast o ponad 2 mln zwiększyła się liczba ludzi w wieku produkcyjnym, którzy stanowią 62,9 proc. mieszkańców kraju. Po roku 2010 liczba ludności w wielu produkcyjnym będzie się zmniejszać i w 2020 r. osiągnie ok. 25,1 mln osób (22,9 mln osób w 2030 r.). Przyczyną takiego stanu rzeczy będzie niski poziom dzietności. Jednocześnie wzrośnie liczba osób w wieku 65 lat i więcej do 7,1 mln w 2020 r. (8,5 mln w 2030 r.). Z powodu tych procesów liczba ludności Polski w 2030 r. zmniejszy się w stosunku do 2000 r. o ok. 2,5 mln.¹

W Polsce, podobnie jak w większości uprzemysłowionych krajów, obserwuje się systematyczny wzrost udziału w populacji ogólnej osób, które ukończyły 60 rok życia. Wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie wynika z dwóch podstawowych zjawisk: zmniejszania się liczby urodzeń oraz wzrostu długości życia. Zjawisko to jest określane jako starzenie się społeczeństwa. Według danych GUS przeciętne dalsze trwanie życia dla nowonarodzonej osoby w Polsce w 2003 roku wynosiło 78,9 lat dla kobiet i 70,5 lat dla mężczyzn.²

W Polsce "boom 80-latków" przypadnie na lata 2010-20. W 2010 proces starzenia się polskiego społeczeństwa osiągnie punkt krytyczny. Aby temu sprostać, trzeba będzie wiele zmienić zarówno w sferze naszego spojrzenia na problem ludzi starych, jak i w prawie. Umowna granica określająca stopień starzenia się społeczeństw to 15 proc. osób powyżej 60. roku życia. Większość krajów Europy Zachodniej już ten próg przekroczyła, Europę Środkowo-Wschodnią czeka to już wkrótce.

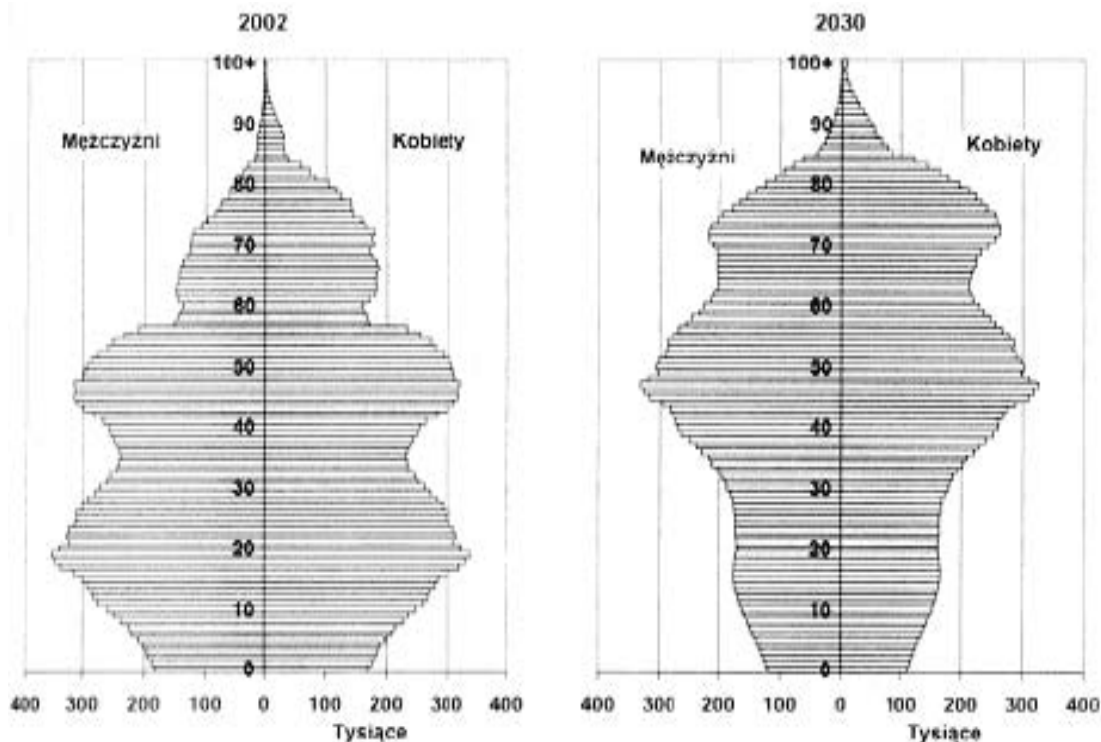
W ciągu najbliższej dekady zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej będzie szybko wzrastało w związku ze starzeniem się ludności. Czy sytuacja demograficzna i zdrowotna polskiego społeczeństwa upoważnia do podkreślania wagi problemów geriatrycznych? Wg prognozy GUS, między 1998 a 2020 rokiem odsetek osób w wieku 60 lat i powyżej wzrośnie

¹ Źródło: www.mgip.gov.pl (Ministerstwo Gospodarki i Pracy)

² Źródło: Rocznik Statystyczny RP 2004

o 6% (z 16,4% do 22,4%). Dziś co czwarta osoba starsza należy do grupy zaawansowanej starości (75 lub więcej lat). Starość demograficzna przekłada się zaś na zwiększenie potrzeb zdrowotno-opiekuńczych tej części populacji, a tym samym - nakładów finansowych na ochronę zdrowia

i opiekę społeczną. Zaniedbania w rozwiązywaniu potrzeb ludzi starszych, stanowią ciągle jeszcze przyczynę marnotrawienia i tak niewielkich publicznych zasobów finansowych przeznaczanych na zdrowie.³



Rys. 1. Prognoza przekroju wiekowego ludności Polski przewidywanego na rok 2030 w porównaniu z rokiem 2002.⁴

Na długość trwania życia wpływa, w różnym stopniu, wiele czynników. Do najważniejszych z nich należą: cechy genetyczne, warunki bytowe, styl życia, poziom opieki zdrowotnej, stan środowiska, w tym również środowiska pracy.

Pojęcie starości

Starość to stan będący efektem starzenia się, ostatni okres życia u ludzi. Starość ma przede wszystkim wymiar biologiczny (fizjologiczny) lecz także poznawczy, emocjonalny i społeczny.⁵

Możemy wyróżnić dwa rodzaje starości, to jest starość w znaczeniu społecznym i starość w znaczeniu medycznym.

³ Źródło: Szczerbińska K. „Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym”, Vesalius Kraków, 2001

⁴ źródło: Włodarczyk W.C. „Zdrowie publiczne - wybrane zagadnienia”. Vesalius, Kraków, 2001

⁵ Źródło: www.encyklopedia.multimedialna.pl

Starość w znaczeniu społecznym to społeczna granica między wiekiem średnim człowieka a starością, która jest bardzo płynna i zmieniała się na przestrzeni wieków. Na przykład w starożytności człowiek 35 – 40 letni był już uważany za człowieka starego. Średnia długość życia, a co za tym idzie „granica” starości na świecie bardzo wydłużyła się w XVIII, XIX oraz w XX wieku, wraz z poprawą warunków życia, rozwojem medycyny oraz wprowadzeniem w życie takich wynalazków jak np. kanalizacja, które wzmogły poziom higieny, oraz wynalezieniem różnorodnych szczepionek, które zapobiegały chorobom. Obecnie, w społecznym i socjologicznym znaczeniu za człowieka starego jest zwykle uważany człowiek w wieku 65 – 70 lat i wyżej.⁶

Starość w znaczeniu medycznym to ogół zmian zachodzących w ciele człowieka w wieku podeszłym, czyli w naukach medycznych pacjentów po 65 roku życia. Kobiety wchodzi w okres starości już w pięćdziesiątym roku życia, a mężczyźni dopiero w sześćdziesiątym.

W okresie starości ustaje intensywne odbudowanie komórek, organizm jest mniej odporny na choroby, a układ nerwowy jest mniej aktywny. Tkanki ludzkie stają się odwodnione i mniej elastyczne, ulegają atrofii. Obecnie w rozwiniętych społeczeństwach ludzie przeżywają 70 – 90 lat a rekordziści dożywają 120 lat przy czym statystycznie dłużej żyją kobiety.

Dożywanie długiego wieku wiąże się ze znacznym rozwojem medycyny. Jednakże wydłużenie życia u ludzi prowadzi do pojawienia się w strukturze społeczeństwa znacznego odsetka osób nie będących samodzielnie ze względu na np. zaburzenia układu nerwowego związanego np. z chorobą Alzheimera, której objawami są m. in. zaburzenia pamięci i osobowości.⁷

Sytuacja zdrowotna ludzi w podeszłym wieku

Już od wielu lat obserwuje się rosnący udział osób starszych w „konsumowaniu” świadczeń placówek opieki zdrowotnej. Rocznie około 70% ludzi starszych korzysta z ambulatoryjnych porad lekarskich, w podobnym stopniu z lecznictwa zamkniętego. W zależności od grupy wieku i płci, od 10 do 40% ludzi starszych otrzymuje przynajmniej jedną w roku domową wizytę lekarską, ale tylko od 4 do 12% - domową wizytę pielęgniarską, zaś od 2 do 6% kontaktuje się z pracownikiem socjalnym. Ta znaczna dysproporcja między domowymi wizytami lekarskimi a pielęgniarskimi wyróżnia nas niekorzystnie na tle krajów zachodnich, jest jednak potencjalną szansą naprawy systemu opieki środowiskowej po dowartościowaniu pozycji pielęgniarki w opiece podstawowej.

Od 1979 roku obserwuje się stopniowy spadek korzystania z usług stomatologicznych przez ludzi starszych, co należy wiązać z prywatyzacją tego sektora ochrony zdrowia.

Mimo bardzo wysokiego rozpowszechnienia chorobowości i niesprawności w populacji osób starszych, zdecydowana większość takich osób (około 73%) nie korzysta z żadnej formy usprawniania. Jedynie 18% niepełnosprawnych osób starszych poddawało się rehabilitacji fizycznej w okresie 5 lat. Głównymi przyczynami było nieuświadomienie potrzeby, brak środków finansowych oraz trudności z pokonywaniem przestrzeni na ewentualne zabiegi (zasięg świadczeń rehabilitacyjnych na wsi jest dwukrotnie niższy niż w mieście). Dostępność do usług rehabilitacyjnych w warunkach domowych jest minimalna.

Obiektywna ocena stanu zdrowia populacji osób starszych jest trudna i nieprecyzyjna, w związku z powszechną w tej grupie wieku wielo-chorobowością i niesprawnością. Z tego względu stosuje się tu subiektywny wskaźnik pośredni, tj. samookreślenie swego zdrowia, w kategoriach: od bardzo dobrego do bardzo złego. Parametr ten, zobiektywizowany w badaniach prospektywnych, bardzo dobrze koreluje z przeżywalnością.

W okresie transformacji ustrojowej w Polsce obserwowany był stopniowy wzrost negatywnych ocen stanu zdrowia; w 1994 roku deklarowało je 72% osób 75-letnich zaś w roku

⁶ Źródło: Żakowska - Wachelko B. „Zarys medycyny geriatrycznej”. Wydawnictwo Lekarskie „PZWL”, Warszawa, 2000

⁷ Źródło: www.encyklopedia.multimedialna.pl

1998 aż 89,5% wszystkich osób po 60 roku życia⁸. Starsi Polacy lokują się pod tym względem daleko za ludnością Europy Zachodniej i Północnej. Wskazuje to niezbieżnie na narastające zaniedbania w dziedzinie ochrony zdrowia w naszym kraju.

Na niską samoocenę stanu zdrowia wpływa rosnąca wraz z zaawansowaniem wieku wielochorobowość i polisymptomatologia. Dane GUS z 1998 r. wskazują, że tylko 8,8% ludzi starszych nie cierpi z powodu żadnej choroby przewlekłej, a 7,8% nie zgłasza żadnej dolegliwości. Pogorszeniu się parametrów zdrowia w ostatnich latach towarzyszył znamieny statystycznie wzrost rozpowszechnienia zażywania leków przez te osoby⁹.

Kolejnym, pośrednim dowodem pogorszenia się stanu zdrowia jest też wzrost odsetka osób niepełnosprawnych. Porównawcze badania GUS definiowały niepełnosprawność jako ograniczenie lub uniemożliwienie wypełniania zadań życiowych i ról społecznych. Między 1988 a 1996 rokiem odsetek osób starszych niepełnosprawnych, głównie z powodu chorób przewlekłych (narządu ruchu, układu krążenia, schorzeń neurologicznych, wzroku) zwiększył się średnio o ok. 20%, znacznie bardziej na wsi - o 35% niż w miastach - o ok. 9%. Oznacza to rosnące zapotrzebowanie na świadczenia usługowe i opiekuńcze. Już obecnie pomocy w zakresie ciężkich prac domowych wymaga 55% osób po 75-tym roku życia, 44% przy zakupach, 30% przy kąpieli, zaś około 6% w zakresie podstawowych funkcji samoobsługowych (jedzenie, ubieranie, korzystanie z WC). Świadczeń takich udzielają najczęściej (77%) opiekunowie rodzinni oraz pomoc opłacana prywatnie (9%), nieformalna pomoc sąsiedzka (9%) i - w najmniejszym zakresie - pomoc publiczna (4,5%). Tymczasem przy rosnącym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze - publiczne wydatki na ochronę zdrowia wykazują tendencje malejące: z 4,4% PKB w 1997 roku do 4,2% w 1998 roku i - podobnie - na opiekę społeczną (spadek odpowiednio z 2,6% do 2%).¹⁰

Mimo wyraźnego wzrostu liczby miejsc w stacjonarnych placówkach pomocy społecznej w ostatnich latach - czas oczekiwania na przyjęcie nie ulega istotnemu skróceniu. Obok deficytu instytucjonalnej pomocy społecznej, znacznie wyraźniej, na tle krajów Europy Zachodniej, rysuje się u nas deficyt łóżek w zakresie długoterminowej opieki szpitalnej. Należy przy tym podkreślić, że w odniesieniu do liczby łóżek opieki krótkoterminowej Polska mieści się na poziomie porównywalnym z tymi krajami.

Możliwości zaspokajania potrzeb ludzi starszych

W ślad za przemianami demograficznymi konieczna jest zmiana stosunku społeczeństwa do ludzi w podeszłym wieku, dążenie do przedłużania ich aktywności życiowej, utrzymania ich społecznej pozycji, kształtowania odpowiednich stosunków z otoczeniem, ułatwiania adaptacji do nowych warunków życiowych.

Wydłużanie się średniej długości ludzkiego życia oraz systematyczny spadek urodzeń w Polsce sprawia, że w społeczeństwie polskim zwiększa się odsetek ludzi starszych. To poważny problem. Niesie bowiem za sobą ogrom konsekwencji społecznych, ekonomicznych, medycznych i kulturowych, wymagających komplementarnych rozwiązań zarówno w sferze szeroko rozumianej polityki społecznej, także gospodarczej, oświaty i kultury. Stawia szereg wyzwań: optymalizację ekonomicznych warunków bytu ludzi starych, zapewnienie im odpowiedniej opieki medycznej, socjalnej, dostępnej płaszczyzny aktywności, organizacji czasu wolnego, rozwoju infrastruktury, służby zdrowia, socjalnej, kulturalnej i oświatowej. Także kształcenia wyspecjalizowanych kadr w dziedzinie gerontologii i geriatrii, organizowania edukacji do starości. Zapewni to godną starość tym, którzy w nią wkroczyli, jak i tym, których nieuchronnie ona czeka.

⁸ Źródło: Opracowanie: Dziennik Statystyczny – Ogólnopolskie badanie GUS 1996

⁹ Źródło: Opracowanie: Dziennik Statystyczny – Ogólnopolskie badanie GUS 1996

¹⁰ Źródło: Opracowanie: Dziennik Statystyczny – Ogólnopolskie badanie GUS 1996

Starość to nie tylko problem społeczny, ale także problem jednostki. Wiedzieć bowiem należy, że może ona przebiegać w różny sposób i mieć różne oblicza. Tak różne, jak różni są ludzie. Może być ona pogodna i aktywna, ale także smutna i uciążliwa.

Z wiekiem zmienia się hierarchia wartości jednostki oraz sposób widzenia otaczającej rzeczywistości. Proces starzenia często przynosi wiele przykrych niespodzianek. A przecież nie chodzi tylko o to by żyć, ale by żyć godnie i mieć możliwość zaspokajania wszystkich potrzeb. Warto pamiętać, że w starości na dobre samopoczucie, poza czynnikami zdrowotnymi i socjoekonomicznymi, możliwością zaspokajania wszystkich potrzeb, istotny wpływ mają także takie czynniki jak: powszechne uznanie, dobrze funkcjonująca rodzina, profilaktyka starości, aktywny tryb życia i uczestnictwo w życiu publicznym.¹¹

Marzeniem każdego człowieka jest być samodzielnym i niezależnym. Dotyczy to szczególnie osoby starszej. Utrata zdrowia ogranicza sprawność organizmu. Może się to przejawiać w pogarszającym się wzroku i słuchu, trudnościach z chodzeniem i myśleniem, ogólnym osłabieniem i częstszych urazach. Także w zmianach neurologicznych mózgu, odwapnieniu i odbiałczaniu kości, chorobach płuc, chorobach reumatycznych i zwyrodnieniowych.

Niepełnosprawność ludzi starych wiąże się na ogół z potrzebą udzielania im pomocy. Winna ona być dostosowana do stopnia ich niepełnosprawności fizycznej i umysłowej, wieku, zaradności itp. Ażeby udzielać skutecznej pomocy osobie starszej, należy przede wszystkim poznać jej potrzeby. Potrzeba określana jest jako psychofizyczny stan, w którym jednostka odczuwa chęć zaspokajania jakiegoś braku.

Można przyjąć, że właściwe zaspokojenie potrzeb stanowi warunek zdrowego starzenia się jednostki.

W sferze życia organizmu potrzeby dotyczą brakujących czynników jego rozwoju, istnienia, trwania. Niezaspokojona potrzeba wywołuje działanie psychiczne - przeżycie, depresję, ale także dążenie do jej zaspokojenia. Stąd tak ważna jest analiza potrzeb każdego człowieka. Analizując różnorodne typologie potrzeb człowieka nietrudno zauważyć, że wszystkie występują również w okresie starości i to czasem nawet w stopniu silniejszym aniżeli w poprzednich etapach życia, gdyż zmieniają się możliwości ich zaspokojenia.

Kłopoty z zapamiętywaniem oraz odtwarzaniem w pamięci stale powtarzanych czynności to tylko niewielka część problemów dotyczących osoby starsze. Zapewnienie im należytej opieki jest dla ich bliskich niezbędną koniecznością.

Stały wzrost liczby ludzi w wieku starszym nie jest już jedynie widoczny w przewidywaniach demograficznych, lecz także w rzeczywistości. Liczba osób samodzielnie funkcjonujących maleje wraz z zaawansowaniem wieku. W wieku od 65 do 74 lat ok. 75% ludzi funkcjonuje samodzielnie, w wieku od 75 do 80 lat liczba ta spada do ok. 1/3. Stale zważając na ten fakt, o każdą naszą starszą bliską osobę powinniśmy zadbać w sposób szczególny.¹²

Bariery w zaspokajaniu potrzeb

Na drodze do zaspokajania potrzeb ludzi starszych stoi szereg negatywnych czynników, głównie słaba sytuacja finansowa. Zmiany społeczno-gospodarcze spowodowane okresem transformacji ustrojowej po 1989 roku najbardziej dotknęły najstarsze grupy wiekowe społeczeństwa. Niskie świadczenia emerytalne sprawiły, że wielu seniorów żyje w nędzy, nie mając możliwości zaspokajania nawet elementarnych potrzeb. Wszelkie trudności mieszkaniowe mogą w istotny sposób przyczynić się do pogorszenia zdrowia seniora. Jeszcze innymi negatywnymi czynnikami mogą być: samotność, marginalizacja, brak zrozumienia i akceptacji ze strony rodziny, lokalnego środowiska.

¹¹ Źródło: Szczerbińska K. „Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym”. Vesalius, Kraków, 2001

¹² Źródło: Kulik T., Latański M. „Opieka nad zdrowiem osób starych” W: Zdrowie publiczne -Lublin , 2002

Osoby starsze, które nie są w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb, powinny mieć szansę uzyskania wsparcia ze strony instytucji pomocowych. Wolne i godne życie, pomoc w niepełnosprawności warunkuje im m. in. rezolucja 56 (91 ONZ, Konstytucja RP oraz ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., Dz. U. Nr 64/04, poz. 593)¹³. Jak stwierdził Jan Paweł II: całość praw człowieka odpowiada istocie godności człowieka, człowieka rozumianego całościowo, a nie sprowadzonego do jednego wymiaru. Prawa te odnoszą się do zaspokajania podstawowych potrzeb człowieka, do korzystania przezeń z wolności, do jego stosunków z innymi osobami. Wszelako zawsze i wszędzie odnoszą się do człowieka, do jego pełnego, ludzkiego wymiaru. Także osoby starszej, niepełnosprawnej.¹⁴

Polska transformacja, określana przez niektórych politologów i ekonomistów mianem „luki międzysystemowej”, przyniosła zarówno negatywne jak i pozytywne zjawiska.

Do negatywnych zjawisk, mających wpływ na utratę poczucia społecznego bezpieczeństwa zalicza się:

- bezrobocie;
- szarą strefę zatrudnienia;
- pauperyzację społeczeństwa;
- spadek dochodu narodowego;
- spadek produkcji przemysłowej
- wzrost przestępczości;
- pogorszenie się wskaźników zdrowia;
- zwiększenie się odsetka osób ujemnie oceniających swój bilans życiowy;
- spadek poziomu życia (wzrost cen, kosztów utrzymania się, inflacja)

Do pozytywnych zjawisk natomiast zalicza się:

- przemiany w strukturze własności;
- swoboda w podejmowaniu działań gospodarczych;
- demokratyzacja życia społeczno – politycznego;
- konkurencja na rynku;
- brak przymusu ekonomicznego.

Konsekwencje tych wydarzeń w szczególny sposób dotknęły też osoby starsze, gdyż dramatyczne zmiany na rynku a zwłaszcza zmiana koncepcji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej były trudne do zaakceptowania dla większości osób konserwatywnych z natury ich wieku.

Owa zmienność i fazowość uwarunkowań społeczno-ekonomicznym i politycznych polskiego kryzysu i transformacji (od ekonomii socjalistycznej do gospodarki wolnorynkowej), dostarcza niepowtarzalnej szansy śledzenia jakości życia osób starszych, ich statutu materialnego, usytuowania w rodzinie, zadowolenia z życia, oceny własnego zdrowia oraz znaczenia dla nich organizacji pozarządowych i różnych form samopomocy¹⁵.

Osoby starsze mogą czuć pewne uzależnienie funkcjonalne, które pogłębia brak – w dostatecznej ilości i odpowiednich rodzajów – sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego. Nadto niski jest standard techniczny mieszkań zajmowanych przez starszych ludzi oraz gorsze jest ich wyposażenie w urządzenia ułatwiające kontakt ze światem (winda, telefon) oraz ułatwiający wykonywanie różnego typu prac, sprzęt gospodarstwa domowego (pralki automatyczne). Równie ważna jest aktywność religijna, która wzrasta wraz z wiekiem.

Transformacja przyniosła ze sobą nie tylko pozytywne aspekty życia. Doszło do negacji wielu wartości niegdyś nietykalnych. Niejednokrotnie starsi stają się ofiarami nachalności akwizytorów, nierzetelności sprzedawców, poddają się perswazji i manipulacji zawartej

¹³ Źródło: <http://www.zawiercie.com.pl>.

¹⁴ Źródło: Zych A. „Słownik gerontologii społecznej”. Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa, 2001

¹⁵ Źródło: Niezabitowski M. „Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej : problemy uczestnictwa społecznego”. Śląsk, Katowice, 2007

w reklamach, supermarketach. Wzrosła do granic możliwości przestępczość, agresja, chuligaństwo, z którymi nie radzi sobie przede wszystkim człowiek starszy. Boi się on często wychodzić na ulicę, często jest ofiarą wyłudzeń, napaści, kradzieży.

Zmiana ustroju, rozwój i wprowadzenie nowych technologii spowodowały przekształcenie warunków pracy – coraz więcej osób boryka się z bezrobociem. Często są to również osoby starsze, które pracowały w jednym zawodzie przez wiele lat i w tej chwili nie chcą lub nie potrafią przekwalifikować się. Ponadto dochodzi tu konflikt pokoleń, gdyż od osób starszych oczekuje się, że w pewnym wieku zwolnią stanowiska pracy dla młodszych.

Otwarcie się Polski na świat spowodowało rozwój kraju, a wraz z nim powstanie nowych zawodów, specjalizacji itp. Rynek pracy narzuca posiadanie pewnych umiejętności. Należą do nich: umiejętność współpracy w grupie, ale też indywidualizm (wcześniej zwalczany), kreatywność, elastyczność, mobilność. Mając przez tyle lat inne nawyki, niezwykle trudno wypracować w sobie nowe przyzwyczajenia. Ludzie starsi to nie tylko osoby w wieku emerytalnym. Można do nich zaliczyć także osoby, które krótko przed przejściem na emeryturę zostają zwolnione lub stawia się im ultimatum, aby dokończyły się zawodowo. Wyżej opisane problemy dotyczą właśnie ich, a w Polsce tradycje uczenia się przez całe życie nie są na tyle silne, aby ludzie w takich sytuacjach potrafili sobie radzić z zaistniałymi problemami.¹⁶

Formy pomocy

Okres starości to moment, w którym zdecydowanie zmienia się życiowa sytuacja człowieka. Ograniczenie kontaktów, praca zawodowa, to elementy, które mają decydujący wpływ na zmianę życia. Niezwykle ważną rolę w życiu ludzi starszych odgrywają powołane do tego celu instytucje. Jest również wiele rodzajów opieki nad osobami starszymi. Każda z instytucji kieruje się odmienną metodą.

Podstawowe modele opieki nad starszymi ludźmi to:

- Hospitalizacja domowa

Hospitalizacja w warunkach domowych narodziła się we Francji w 1961 roku. Domowa hospitalizacja polega na aktywnym leczeniu przez pielęgniarzy w domach zamieszkiwanych przez osoby starsze, unikając w ten sposób droższej hospitalizacji szpitalnej. Należy podkreślić, że domową hospitalizację można polecić i prowadzić jedynie w okresie, gdy stan pacjenta wymaga skierowania do szpitala. Celem tego rodzaju opieki jest skrócenie czasu hospitalizacji szpitalnej i możliwie sprawne zwolnienie pacjenta ze szpitala. W wielu szpitalach są grupy lekarzy, pielęgniarek i terapeutów, którzy kontynuują opiekę nad pacjentem w jego domu. W wielu krajach wskazania do domowej hospitalizacji różnią się uwzględniając m.in. wypis ze szpitala, typ schorzenia, typ leczenia lub inne stany. Praktyka pokazuje, że wyniki badań szpitalnych nie różnią się stanowczo od wyników badań przeprowadzonych u osób leczonych metodą hospitalizacji domowej. Osoby leczone w domu przez wzgląd na obcowanie z własnym środowiskiem podkreślały wyższe zadowolenie z leczenia. Jedyną różnicą między leczeniem szpitalnym, a domowym jest cena. Koszty hospitalizacji przeprowadzanej w warunkach domowych są niższe.

- Szpital geriatryczny

Szpitaly geriatryczne to placówki działające głównie w Wielkiej Brytanii. Świadczą przede wszystkim opiekę medyczną na poziomie udzielanych konsultacji lekarskich, a także uczestnictwo w zabiegach terapii zajęciowej, rehabilitacji, logopedii, itp. Celem priorytetowym szpitala geriatrycznego jest przywrócenie osobie starszej zdolności i sprawności do prawidłowego funkcjonowania w środowisku. Nie mniej istotne są również prowadzone w owych placówkach zabiegi pielęgnacyjne oraz kontynuacja leczenia. Początkowo pacjenci są zobowiązani do pojawiania się w placówkach szpitali geriatrycznych od trzech do pięciu razy

¹⁶ źródło: Nowicka A. „Wybrane problemy osób starszych”. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2006

w tygodniu, potem liczba wizyt zmniejsza się do jednej na tydzień, a czasem rzadziej. Większość pacjentów spędza w tych szpitalach od czterech do sześciu godzin dwa razy w tygodniu przez okres od siedmiu do dwunastu tygodni. Celem szpitali geriatrycznych jest poprawa skuteczności oraz jakości opieki.¹⁷

- Ośrodek przejściowej opieki

Opieka przejściowa ma za zadanie przejmowanie ze szpitali osób starszych w celu rehabilitacji i przygotowania pacjenta na możliwie szybki powrót do domu. Ośrodki takie ściśle współpracują ze szpitalami. Do takich placówek przyjmowane są osoby do rehabilitacji kardiologicznej, po urazach mózgu, po przeprowadzonych zabiegach ortopedycznych. Przekazywane są również osoby niesprawne, które po niespodziewanym ataku choroby znalazły się w szpitalu, a nie mogą przebywać w domu. Wspecjalizowani lekarze i specjaliści prowadzą diagnozę mającą na celu wypisanie pacjenta do domu.

- Program kompleksowej opieki nad ludźmi starszymi

Ten model stwarza osobom starszym możliwość zakwalifikowania się na przyjęcie do przebywania w zakładzie opiekuńczym. Pozwala również na funkcjonowanie w środowisku domowym przy zapewnionym zabezpieczeniu potrzeb socjalnych, zdrowotnych oraz rehabilitacyjnych. Zasadniczym celem tego modelu opieki jest wyeliminowanie przypadków hospitalizacji w szpitalach. System opiera się na opiece nad pacjentami w domach, ośrodkach opieki dziennej, poradniach, szpitalach oraz zakładach opiekuńczych. Zapewniona jest przy tym dostępność do usług podstawowych i specjalistycznych. Świadczenia w tego typu ośrodkach są zazwyczaj udzielane całodobowo. Nie ogranicza ich również interwencja wyłącznie w nagłych przypadkach. Kompleksowa opieka dociera do osób najstarszych, faktycznie wymagających niezbędnej opieki. Dodatkowym atutem jest wsparcie i odciążenie rodziny osoby starszej.¹⁸

Pomoc jest najstarszą formą reakcji na zagrożenie. Chciałoby się wierzyć, że pomoc rozumie się jako działanie nakierowane na zaspokojenie potrzeb podstawowych i wyższego rzędu, potrzeb indywidualnych i potrzeb społecznie ukształtowanych. Przejawia się ona w systemie działań stymulujących pełen rozwój człowieka, usuwających przeszkody na drodze wypełniania jego ról społecznych i wydobywania jego predyspozycji psychofizycznych. Współczesne czasy najbardziej zagrażają wolności i godności osób starszych. Coraz częściej eliminuje się ich ze środowiska społecznego i rodzinnego, spycha na margines ludzkiej wspólnoty i życia w społeczeństwie i umieszcza w różnych placówkach realizujących długoterminową opiekę.

W Polsce instytucje realizujące opiekę długoterminową to:

- Opieka domowa - realizowana w ramach systemu opieki zdrowotnej przez: pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarkę domową (w oparciu o kontrakt na pielęgniarską opiekę długoterminową), - wielodyscyplinarny zespół opieki długoterminowej w ramach pomocy społecznej przez: opiekunkę środowiskową (usługi opiekuńcze gospodarcze i pielęgnacja podstawowa) i pielęgniarkę lub innego terapeutę (usługi opiekuńcze specjalistyczne), na wniosek pracownika socjalnego.
- Opieka instytucjonalna - realizowana w ramach systemu opieki zdrowotnej w: oddziale szpitalnym dla przewlekle chorych, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno -opiekuńczym, hospicjum; w ramach pomocy społecznej w: domu pomocy społecznej.

¹⁷ Źródło: Favier M., Boland M. „Program poprawy jakości. Opieka nad ludźmi starszymi”. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, 1997

¹⁸ Źródło: Favier M., Boland M. „Program poprawy jakości. Opieka nad ludźmi starszymi”. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, 1997

- Opieka półstacjonarna - realizowana w ramach systemu opieki zdrowotnej w dziennym oddziale chorób psychicznych; w ramach pomocy społecznej dziennym domu pomocy społecznej.

- Oddział dla przewlekle chorych

Oddziały dla przewlekle chorych tworzone w szpitalach (obok typowych oddziałów szpitalnych realizujących opiekę w ostrych przypadkach) zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską nad pacjentami, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia, natomiast ich stan zdrowia nie pozwala na wypis do domu.

Placówki są w całości finansowane w ramach kontraktu z NFZ. Wszystkie świadczenia realizowane w szpitalu łącznie z kosztami hotelowymi są dla pacjenta bezpłatne. Jeśli pobyt pacjenta przedłuży się ponad 30 dni zwykle rozważa się przeniesienie do ZOL lub ZPO.

- Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL)

ZOL – zakłady opiekuńczo-lecznicze zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, przeznaczone są dla pacjentów wymagających długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością Indeksu Barthel poniżej 40 punktów.

W ZOL udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne osobom, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego i mają ukończony proces diagnostyczny, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego. Pobyt pacjenta ma charakter okresowy (do 6 miesięcy). Celem zakładu jest objęcie całodobową opieką osób niewymagających hospitalizacji, które ze względu na zły stan zdrowia i trudną sytuację rodzinną nie mogą przebywać w środowisku domowym.

Wyróżnia się zakłady:

- ogólne dla przewlekle chorych i niepełnosprawnych,
- specjalistyczne np. dla psychicznie chorych, dla chorych na chorobę Alzheimer'a, stwardnienie rozsiane i in..
- dla określonych kategorii pacjentów np. dla dzieci, dorosłych.

ZOL zapewnia pacjentowi całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską (dyżury lekarskie) obejmującą leczenie, niezbędne do kontynuacji leczenia badania diagnostyczne, świadczenia rehabilitacyjne (fizyko- i fizjoterapię, terapie zajęciową), badanie i terapię psychologiczną, konsultacje dietetyka w kwestii dostosowania żywienia do istniejących problemów zdrowotnych, jak również, pomoc pracownika socjalnego w załatwianiu spraw osobistych, utrzymywaniu kontaktów z rodziną i przygotowaniu środowiska domowego na powrót do domu.

Personel medyczny i leczenie są finansowane ze środków NFZ, natomiast pacjent częściowo ponosi koszty hotelowe do wysokości 70% swoich dochodów (tzn. emerytury lub renty) lecz nie więcej niż 250% najniższej emerytury.

- Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO)

W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) prowadzona jest opieka obejmująca świadczenia:

- pielęgnacyjne (całodobowo),
- rehabilitacyjne,
- lecznicze (w formie doraźnych konsultacji lekarskich),
- diagnostyczne (w zakresie niezbędnym do kontynuacji leczenia),
- edukację zdrowotną,
- wsparcie psychologiczne,
- usługi opiekuńcze,
- pomoc w uzyskaniu pomocy socjalnej.

Do ZPO przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarskie niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZPO jest niezdolność

do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością Indeksu Barthel poniżej 40 punktów. Podobnie jak w ZOL personel medyczny i leczenie są finansowane ze środków (NFZ), natomiast pacjent częściowo ponosi koszty hotelowe do wysokości 70% własnych dochodów lecz nie więcej niż 250% najniższej emerytury.

Pobyt pacjenta ma charakter tymczasowy, zwykle ograniczony jest do kilku tygodni. Przeciętny czas pobytu w tego typu placówkach w roku 2002 wyniósł około 4 miesiące. Celem pobytu jest bowiem przygotowanie rekonwalescenta do powrotu do środowiska domowego.

- **Hospicjum**

Hospicjum – zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską dla nieuleczalnie chorych w terminalnym okresie życia. Zasadniczym celem tego typu placówki jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez leczenie objawowe, zwalczanie bólu, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, wspomaganie rodziny w czasie trwania choroby i w okresie sieroctwa.

W Polsce hospicja uzyskują finansowanie w ramach kontraktu z NFZ, ale często są wspierane finansowo także przez samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe, sponsorów i osoby prywatne.

W hospicjum wszystkie świadczenia realizowane są bezpłatnie. Na bazie hospicjum często są organizowane poradnie i wyjazdowe zespoły opieki paliatywnej. Pacjenci są przyjmowani do opieki paliatywnej wskutek skierowania lekarza rodzinnego, ale w oczywistych przypadkach skierowanie nie jest konieczne by zostali objęci opieką paliatywną.¹⁹

Pomoc społeczna dla ludzi starszych nie powinna sprowadzać się tylko do świadczeń opiekuńczych czy zasiłkowych. Powinna polegać także na stosowaniu różnych form psychoterapii, konsultacji specjalistów (prawników i psychologów, pedagogów społecznych), udzielania w miarę potrzeb informacji o placówkach czy organizacjach wspomagających ludzi starszych. Oczywiście optymalnym rozwiązaniem problemu starości jest wspomaganie tej grupy osób przez najbliższych - rodzinę, znajomych. Aktualnie występująca atomizacja rodziny, zmiana jej modelu, procesy migracyjne pozbawiają rodzinę funkcji opiekuńczej. Stąd m. in. muszą być stosowane różne formy pomocy społecznej²⁰. Jak podaje bogata literatura przedmiotu, pomoc społeczna winna być ściśle dostosowana do indywidualnych potrzeb seniora, najlepiej w jego miejscu zamieszkania. Korzystanie z usług w domu pomocy społecznej - związanych z przeniesieniem seniora do tej placówki - powinno być ostatecznością. Możliwość zamieszkania seniora w domu pomocy społecznej jest znacznie ograniczona z powodu konieczności partycypowania w kosztach jego utrzymania członków rodziny lub gospodarza gminy.

Z pewnością bardziej właściwą, środowiskową formą pomocy społecznej dla seniorów o charakterze instytucjonalnym są Domy Dziennego Pobytu. Placówki te wypełniają coraz poważniejsze zadania w ramach szeroko zakrojonej instytucjonalnej opieki nad najstarszymi członkami społeczeństwa. To tańsze rozwiązania od pobytu seniora w placówce opieki całodobowej. Dom Dziennego Pobytu jest bardziej przyjazny dla samego seniora, którego nie wyrzuca się siłą ze znanego środowiska. Ponadto przeciwdziała instytucjonalizacji, tak charakterystycznej dla osób przebywających w domach pomocy społecznej.

- **Domy Dziennego Pobytu**

W Europie i w USA docenia się znaczenie tych instytucji dla osób z poważnymi deficytami zdrowotnymi, na przykład z chorobą Alzheimera. Przebywanie w nim takiego seniora jest związane z celami terapeutycznymi, ze stabilizowaniem jego stanu emocjonalnego, normalizowaniem zachowania. Działania te winny być przeniesione w zdecydowanie większej skali na polski grunt. Domy Dziennego Pobytu powinny być faktycznym ośrodkiem wsparcia dla ludzi starszych, rozumianym jako forma środowiskowej pomocy półstacjonarnej służącej utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku. Wprawdzie świadczą one pomoc tylko

¹⁹ Źródło: <http://serwisy.gazeta.pl/nauka/1,34134,1432992.html>

²⁰ Źródło: „Dom Dziennego Pobytu dla seniorów”, cz.1, opracowanie redakcyjne, Wspólne Tematy 2005

w określonym czasie, niemniej umożliwiają osobom starszym zaspokojenie wielu potrzeb nie tylko podstawowych, ale także wyższego rzędu (potrzeb rozwojowych). W placówkach tego typu, poza usługami bytowymi, prowadzone są wielorakie usługi wspomagające, zajęcia kulturalno-oświatowe, także usługi rehabilitacyjne. Różne formy terapii zajęciowej pozwalają osobom starszym zachować aktywną postawę itp.²¹

Jedną z podstawowych instytucji służących osobom starszym jest Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS). Usługi oferowane w takich ośrodkach ściśle określa Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004r (z późn. zmianami). Celem głównym takiego ośrodka jest dążenie do jak największej samodzielności jej podopiecznych i ich aktywizacja w podejmowaniu działań zmierzających do poprawy jakości własnego życia. Usługi opiekuńcze są realizowane przy ścisłej współpracy z Polskim Czerwonym Krzyżem (PCK) oraz Polskim Komitetem Pomocy Społecznej (PKPS). Współpraca ta obejmuje pomoc w zaspokajaniu potrzeb życiowych, opiekę higieniczną oraz zapewnienie kontaktu z otoczeniem.²²

Biorąc pod uwagę generalną zasadę pomocy starszym ludziom, która mówi o tym, że możliwie jak najdłużej człowiek starszy powinien być w swoim dotychczasowym, rodzinnym, czyli dobrze mu znanym środowisku, powstały ośrodki pobytu dziennego.

Zadaniem takich ośrodków jest zapewnienie opiekuńczego otoczenia i wsparcia emocjonalnego w ciągu dnia.

Ośrodkiem, który udziela pomocy typowo środowiskowo-otwartej jest Dom Pobytu Dziennego (DDP), który ludziom starszym zapewnia:

- posiłki,
- usługi opiekuńcze – rehabilitacyjne,
- zabiegi higieniczne (kąpiel, strzyżenie),
- zabiegi rekreacyjno-kulturalne (zabawy taneczne, występy artystyczne, wycieczki),
- pomoc w załatwianiu swoich codziennych spraw, stanowiących szczególną trudność.

Ośrodek taki odciąża rodziny od pełnienia całodobowej opieki.²³

Formą pomocy społeczno – środowiskowej, będąc czymś pośrednim między domem, a instytucją są Dzielne Domy Pomocy Społecznej (DDPS), które sprawdzają się w sprawach aktywizowania ludzi starszych. Są one istotnym ośrodkiem wsparcia dla nich, wręcz formą kompleksowego zaspakajania potrzeb.

Dzięki pomocy środowiskowej, wiele osób starszych może uniknąć pobytu w Domu Pomocy Społecznej (DPS), które często traktują jako zło konieczne.

W sytuacji kiedy starsi są przewlekle somatycznie chorzy, upośledzeni umysłowo, psychicznie chorzy, lub gdy ze względu na wiek, stan zdrowia, sytuację rodzinną nie potrafią samodzielnie funkcjonować i nie można zapewnić im należytej opieki w miejscu zamieszkania, wówczas są kierowani do Domu Pomocy Społecznej (DPS).

Pomimo wszystkich zmian, reform i modernizacji, jakie przeżywamy w pomocy społecznej po 1989 roku, w świadomości zwykłego człowieka przejście do DPS ma charakter czegoś tragicznego, determinującego wręcz ostatecznego. Nagle dotychczasowe życie staje się przeszłością.²⁴

Domy Pomocy Społecznej świadczą całodobową pomoc. Prowadzą różne zajęcia terapeutyczne (indywidualne, grupowe) dostosowane do potrzeb i możliwości mieszkańców, a niezbędne dla utrzymania ich w maksymalnej sprawności (psychoterapia, usprawnianie ruchem, zabiegi fizjoterapeutyczne, terapia zajęciowa, rekreacja, bibliotekarstwo). Zapewniają

²¹ Źródło: „Dom Dziennego Pobytu dla seniorów”, cz. I, opracowanie redakcyjne, Wspólne Tematy 2005

²² Źródło: Kawula S. „Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego” // W: Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy -Toruń. 2005

²³ Źródło: Kulik T., Latalski M. „Opieka nad zdrowiem osób starych”. // W: Zdrowie publiczne -Lublin , 2002

²⁴ Źródło: Kulik T., Latalski M. „Opieka nad zdrowiem osób starych” // W: Zdrowie publiczne.- Lublin , 2002

także wsparcie w zakresie całodobowej opieki pielęgniarstwa, zabezpieczenia potrzeb socjalno – bytowych i opieki duszpasterskiej.

Skala potrzeb społecznych w tej sferze jest bardzo duża i wciąż wzrasta.

Pomimo, że standard DPS na przestrzeni ostatnich lat znacznie się poprawił, zawsze będą one dla osób starszych rozwiązaniem ostatecznym. Dopóki człowiek może mieszkać i funkcjonować wśród swoich bliskich, powinien jak najdłużej tam pozostawać.²⁵

Wśród pozostałych placówek i instytucji wspierających osoby w podeszłym wieku wyróżnić można:

- domy pogodnej jesieni,
- pensjonaty dla starszych osób,
- schroniska,
- noclegownie dla bezdomnych,
- jadłodajnie dla ubogich.

Sieć istniejących instytucji i placówek wspomagających osoby starsze jest wciąż niewystarczająca, oferty są zbyt małe w stosunku do ogromu potrzeb społecznych. Dotyczy to zarówno miejsc jak i niezadowalającej jakości usług.

W działaniach na rzecz ludzi starszych, obowiązkiem całego społeczeństwa, a zwłaszcza władz rządowych i samorządowych różnych szczebli, jest zapewnienie godnych warunków życia, należytej pozycji społecznej (przez właściwe regulacje prawne i rozwiązania organizacyjne). System wsparcia powinien obejmować zarówno opiekę, ale i kształcenie ludzi w podeszłym wieku.

Znacznie gorzej należy ocenić publiczne świadczenia pielęgnacyjne. Instytucjonalna opieka nad osobami starszymi jest zakresowo niewielka, a jej jakość pozostawia wiele do życzenia. Także w przypadku usług opiekuńczych świadczonych w domu mamy sytuację niezadowalającą. Zasiłek pielęgnacyjny jest przyznawany automatycznie po przekroczeniu 75 roku życia, a usługi opiekuńcze nie są zorganizowane w specjalnym systemie. Są to w zasadzie tylko usługi pomocy społecznej, która przede wszystkim proponuje odpłatną pomoc opiekunki, pomoc sąsiedzką, wolontariat lub też umieszczenie w domu pomocy społecznej. Osoba wymagająca pielęgnacji przed ukończeniem 75 roku życia może ubiegać się o takie świadczenie, jeśli zaliczona zostanie do osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym przez lekarza orzecznika z Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności działającego przy PCPR powołanym przez starostę.²⁶

Dotychczas uważano, że zapewnienie warunków materialnych i opieki wystarcza, nie liczone się z potrzebami wyższego rzędu ludzi starszych. A starsi mają również takie potrzeby, niekiedy bardziej rozwinięte niż ludzie młodzi. Państwo zaspokaja niektóre z tych potrzeb np. powoływanie instytucji wspomagających kształcenie, doksztalcenie i rozwijanie zainteresowań wśród osób starszych. Są to instytucje formalne, jak Uniwersytety Trzeciego Wieku, ale także nieformalne, pozainstytucjonalne, w klubach seniora, kołach zainteresowań itp. Pierwszy polski Uniwersytet III wieku powstał w 1975r. w Warszawie.²⁷

Polityka państwa wobec ludzi starszych

Starzenie się społeczeństw jest poważnym problemem dotyczącym zarówno państw wysoko rozwiniętych, jak i rozwijających się. W Polsce w 1995 roku ludzie w wieku 65 lat i powyżej tego wieku stanowili 11,2% całej populacji. Odsetek ten rośnie i według prognozy na rok 2020 ma osiągnąć wartość 15,9%. Rodzi to poważne konsekwencje, m.in. w postaci wzrostu

²⁵Źródło: Kulik T., Latański M. „Opieka nad zdrowiem osób starych” // W: Zdrowie publiczne.- Lublin, 2002

²⁶Źródło: Kulik T., Latański M. „Opieka nad zdrowiem osób starych” // W: Zdrowie publiczne.- Lublin, 2002

²⁷ Źródło: Szczerbińska K. „Indywidualny plan opieki dla mieszkańców domu pomocy społecznej”. Zdrowie i Zarządzanie, Fundacja Zdrowie Publiczne, 1999

kosztów opieki zdrowotnej. Wobec znacznego wydłużenia życia ludzkiego celem polityki zdrowotnej jest poprawa jakości życia ludzi starych, czyli spowodowanie, aby mogli oni jak najdłużej funkcjonować w miarę samodzielnie we własnym środowisku. Stąd w wielu krajach ponawiane są próby zbudowania skutecznego modelu opieki geriatrycznej, który spełniałby kryteria: ciągłości, kompleksowości i dostępności. Taki model, dzięki wczesnemu wykrywaniu schorzeń, pozwoliłby na skuteczne zapobieganie hospitalizacji i instytucjonalizacji opieki nad ludźmi starymi, a tym samym - umożliwiłby istotne oszczędności. Podstawowym dążeniem polityków jest zmniejszenie lub choćby zahamowanie tempa wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, co wydaje się najprostsze poprzez skrócenie czasu pobytu pacjentów w szpitalach. Jednak wymaga to wzmocnienia opieki środowiskowej przed- i poszpitalnej oraz rozwijania ośrodków, które przejmowałyby pacjentów wprost ze szpitala do dalszej opieki.

W Polsce mamy do czynienia z paradoksalną sytuacją dotyczącą postrzegania roli państwa wobec starszej populacji. Z jednej strony badania opinii sytuują instytucje rządowe jako absolutnie odpowiedzialne za sytuację osób starszych, a z drugiej – osoby starsze najczęściej żyją w rodzinach swych dzieci i od nich uzyskują pomoc.

Rodzina, mimo chęci i starań, nie zawsze sama jest w stanie zapewnić pełną pomoc seniorom. Dlatego, aby skuteczniej pomagać, ułatwiać tym ludziom życie, należy wspierać rodzinę w jej funkcjach opiekuńczych.

O prawie osób w podeszłym wieku do opieki instytucjonalnej i o obowiązkach instytucji świadczących tę formę pomocy stanowi Europejska Karta Społeczna.

Państwo gwarantuje przede wszystkim świadczenia pieniężne, jednak system emerytalno – rentowy nie jest doskonały i często powoduje niedostatki materialne. Niskie dochody sprawiają, że osoby w starszym wieku należą do najbiedniejszej warstwy społecznej. Dlatego, aby temu zapobiec zostały powoływane do działań różne instytucje niosące pomoc ludziom w podeszłym wieku.

Dzięki powszechności systemu emerytalno – rentowemu oraz zasad automatycznej indeksacji emeryci mogą pomagać swoim dzieciom; w Polsce mamy do czynienia z sytuacją, w której kierunek prywatnych transferów biegnie od generacji starszej do młodszej. Ubóstwo wśród osób starszych jest znacznie mniejsze niż w młodszej populacji. Nie mniej jednak, osoby starsze mogą czuć pewne uzależnienie pod względem ekonomicznym. Dotyczy to braku odpowiednich środków na zaspokojenie potrzeb. Ze względu na różnorodność wysokości dochodów osób starszych, uzależnienie to nie dotyczy wszystkich i nie w jednakowym stopniu. Uzależnienie to pogłębia się wraz ze starzeniem się człowieka. Jest to efekt spadku realnej wartości świadczeń społecznych, będących głównym źródłem utrzymania, oraz spadku wydajności pracy osób starszych aktywnych zawodowo

Mimo, że osoby starsze są samodzielnie ekonomiczne, (97 %), 74 % utrzymuje się z emerytury, tylko kilka procent żyje na koszt społeczny, nieco ponad 6 % pracuje zawodowo, to jednak komfort życia osób starszych jest gorszy niż w innych krajach. W Polsce świadczenia społeczne nie są wysokie, prawie 84 % osób otrzymuje świadczenia na pograniczu czy poniżej przeciętnej płacy w gospodarce narodowej.

Poza podstawowymi świadczeniami, państwo oferuje także pewne formy wsparcia:

- ulgi w płatnościach za usługi;
- zwolnienia z opłat za abonament radiowo – telewizyjny i za korzystanie ze środków komunikacji;
- zwolnienia od niektórych opłat dla tych, którzy ukończyli 75 lat (oraz dla kombatantów); dla wyżej wymienionej grupy osób emerytury powiększone są o zasiłki pielęgnacyjne.

Wprowadzona reforma nie daje więc osobom starszym pewności utrzymania się z emerytury, jest zagrożeniem dla warunków bytowych. Niskie świadczenia nie pozwalają często na zaspokojenie podstawowych potrzeb.²⁸

Ogólna analiza sytuacji ekonomicznej, w jakiej znajdują się polscy seniorzy, a wiąże się z tym temat emerytur, rent (zasad ich przyznawania, wielkości kwot niezależnych). Często

²⁸ Źródło: <http://serwisy.gazeta.pl/nauka/1,34134,1432992.html>

bowiem świadczenia te są jedynym źródłem dochodów, źródłem utrzymania osób starszych. W globalnym ujęciu należy stwierdzić, że 90% seniorów utrzymuje się wyłącznie ze świadczeń emerytalnych.

Posiadanie własnych pieniędzy daje osobom starszym poczucie samodzielności. Wysokość emerytury ma szczególne znaczenie zarówno dla osób samotnych (pozbawionych naturalnego oparcia rodzinnego), jak dla osób żyjących z rodziną.

Zgodnie z Deklaracją Powszechną Praw Człowieka (ONZ 1948, ART. XXV.1) każdy człowiek i jego rodzina powinien mieć zapewnione zdrowie i dobrobyt. Dotyczy to wyżywienia, odzieży, mieszkania, opieki lekarskiej i koniecznych świadczeń socjalnych, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny. Rzeczywistość w życiu ludzi starych jest jednak inna.

Podsumowanie

Starzenie się społeczeństw jest poważnym problemem dotyczącym zarówno państw wysoko rozwiniętych, jak i rozwijających się. O tym, że starość jest nieunikniona wie każdy z nas, starzejemy się wszyscy. Starość (zależnie od jednostki, od społeczeństwa) przebiega w różny sposób, ma różne oblicza. Starość nie powinna być utożsamiana z chorobą, gdyż jest etapem rozwoju osobniczego następującym po okresie dojrzałości. W przeszłości utożsamiano starzenie się z pojawiającą się i stopniowo postępującą niewydolnością ważnych dla życia narządów.²⁹

Opieka nad osobami w starszym wieku wymaga fachowej wiedzy, brania pod uwagę czynników pozamedycznych, które mogą wpłynąć na stan zdrowia. Przy pomocy działań leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych można pomóc w zachowaniu samodzielności i niezależności fizycznej, psychicznej oraz społecznej osoby w podeszłym wieku.

Problem starzenia się społeczeństwa i jakie są rozwiązania w związku z tym polityki zdrowotnej, wydolność opiekuńcza państwa stanowi przedmiot zainteresowania zdrowia publicznego, ale tak naprawdę powinny interesować nas wszystkich, bo każdy z nas ma kogoś bliskiego w podeszłym wieku i sam będzie na tym etapie życia. W związku z tym, należy zadbać już teraz by zapewnić sobie i swoim bliskim spokojną i bezpieczną starość.

Literatura

1. Borsowska I., Pudlich W., Piotrowski J., Różniatowski T., Rudnicki S., Encyklopedia seniora, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1986.
2. Buchner Ch., Bieg życia ludzkiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1999.
3. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C., Zdrowie publiczne - wybrane zagadnienia, Vesalius, Kraków, 2001.
4. Dom Dziennego Pobytu dla seniorów, cz.1, opracowanie redakcyjne, Wspólne Tematy, 2005.
5. Dziennik Statystyczny – Ogólnopolskie badanie 1996.
6. Favier M., Boland M., Program poprawy jakości. Opieka nad ludźmi starszymi, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, 1997.
7. Harwas - Napierała B., Trempała J., Psychologia rozwoju człowieka; Charakterystyka okresów życia człowieka, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2005.
8. http://pl.wikipedia.org/wiki/Proces_starzenia_si%C4%99.

²⁹ <http://serwis.gazeta.pl/nauka/1,34134,1432992.html>

9. <http://serwisy.gazeta.pl/nauka/1,34134,1432992.html>.
10. <http://www.encyklopedia.multimedialna.pl>.
11. <http://www.mgip.gov.pl>.
12. <http://www.zawiercie.com.pl>.
13. Jabłoński L., Wysokińska - Miszczuk J., Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry, Czelej, Lublin, 2000.
14. Kawula S., Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego, W: Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy, Toruń. 2005.
15. Kocemba J., Grodzicki T., Zarys Gerontologii Klinicznej, MCKP UJ, Kraków, 2000.
16. Kulik T., Latański M., Opieka nad zdrowiem osób starych, W: Zdrowie publiczne, Czelej, Lublin, 2002.
17. Małopolski Informator dla Seniorów, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Kraków, 2001.
18. Niezabitowski M., Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej : problemy uczestnictwa społecznego, Wyd. Śląsk, Katowice, 2007.
19. Nowicka A., Wybrane problemy osób starszych, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2006.
20. Pędich W., Żakowska-Wachelko B., Podręcznik geriatry dla lekarzy, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1988.
21. Rocznik Statystyczny RP 2004.
22. Szczerbińska K., Modele opieki geriatrycznej w świecie, Służba Zdrowia, 2000.
23. Szczerbińska K., Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym, Vesalius, Kraków, 2001.
24. Trafiałek E., Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych, Kielce, 1998.
25. Włodarczyk W.C., Zdrowie publiczne - wybrane zagadnienia, Wyd. Vesalius, Kraków, 2001.
26. Zych A., Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej, Wyd. Śląsk, Katowice, 1999.
27. Żakowska - Wachelko B., Podręcznik geriatry, Praca zbiorowa, Urban & Partner, Wrocław, 1999.
28. Żakowska-Wachelko B., Zarys medycyny geriatrycznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000.

Licencjat pielęgniarstwa Justyna Wszyńska
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Dr n. med. Ewa Falkowska-Pijagin
Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego
Tel. kom. 606-439-855
E-mail: efalkowska@wp.pl

