

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris
Medicinae Legnicensis**

Zeszyty naukowe

Nr 2 (18)/2016

ICV 2014: 11,32

Legnica 2016

Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy
ICV 2014: 11,32

Redaktor naukowy:
doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Komitet naukowy:
dr hab. Zbigniew Rykowski, prof. WSM
doc. dr n. med. Jolanta Pietras
doc. dr n. ekon. Ryszard Pękała
doc. dr n. med. Wiktor Piotrowski
dr n. med. Elżbieta Grajczyk
dr n. hum. Celina Witkowska

Recenzenci zewnętrzni:
dr n. med. Edyta Kędra
dr n. med. Lesław Sozański
dr n. farm. Olaf Gubrynowicz

Konsultacja językowa:
Język polski – mgr Krystyna Pękała
Język angielski – lek. Bernice F. Taiwo

Sekretarz:
mgr Czesław Kowalak

Redaktor wydania:
doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Przygotowanie techniczne do druku:
inż. Maciej Błaszczak

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna
Wydanie I, Legnica 2016-10-10
Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody
Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły
Medycznej w Legnicy

ISSN 2084-3607

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy,
ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
Tel. 76 854 99 33
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Spis treści

Jolanta Pietras	
Wstęp	5
Małgorzata Bujnowska, Jarosław Goldman, Joanna Żółtańska	
Częstość występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u chorych ze STEMI oraz ich wpływ na czas od wystąpienia objawów bólowych do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej.....	7
Bernice Folake Taiwo	
Kobieta po menopauzie – podejście praktyczne	27
Iwona Bejster	
Prawidłowe funkcjonowanie jelit i właściwe żywienie gwarancją zdrowia	33
Joanna Kuka, Paweł Juszyński, Julita Juszyńska	
Urazy stawu biodrowego w geriatrici, zadania Zespołu Ratownictwa Medycznego	45
Wiktor Piotrowski, Bogusława Krupińska, Zbigniew Kapusta	
Zachowania zdrowotne osób z POChP w kontekście palenia tytoniu.....	59
Celina Witkowska	
Poczucie bezpieczeństwa oraz różnego rodzaju wsparcia wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie jako kluczowe zadanie państwa	91
Celina Witkowska	
Zdrowie psychiczne skazanych odbywających karę pozbawienia wolności. Konsekwencje długotrwałego odosobnienia	110

Table of Contents

Jolanta Pietras	
Preface.....	5
Malgorzata Bujnowska, Jarosław Goldman, Joanna Żółtańska	
The prevalence of risk factors for coronary heart disease in patients with STEMI and their impact on the time from onset of pain to perform angioplasty	7
Bernice Folake Taiwo	
Postmenopausal women – A practical approach.....	27
Iwona Bejster	
Proper bowles functioning and relevant diet guarantee health.....	33
Joanna Kuka, Pawel Juszyński, Julita Juszyńska	
Hip injuries in geriatrics, emergencymedical Team tasks.....	45
Wiktor Piotrowski, Bogusława Krupińska, Zbigniew Kapusta	
Health behaviour in people with COPD in the context of smoking tobacco	59
Celina Witkowska	
The feeling of safety and great variety of kind of support to intelectually disabled people as the most important aim of the state	91
Celina Witkowska	
Sanity of convicted. The consequences of prolonged isolation.....	110

Wstęp

*„...Tam człowiek prawie Widzi na jawie
I sam to powie, Że nic nad zdrowie
Ani lepszego, Ani droższego...”*

J. Kochanowski

Zdrowie stanowi dla ludzi wartość bardzo istotną. Ceniono je już od najdawniejszych czasów, bowiem na przestrzeni dziejów człowiek w mniej lub bardziej profesjonalny sposób starał się ulżyć swoim dolegliwościom, a współcześnie przykłada się do niego szczególnie duże znaczenie. Także próby określenia pojęcia zdrowia mają więc długą historię. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest to stan cechujący się dobrym samopoczuciem zarówno na poziomie fizycznym, psychicznym, jak i społecznym. Wszystkie sfery mają na siebie wpływ, stan ten nie jest zatem związany tylko i wyłącznie z brakiem choroby fizycznej czy niepełnosprawności, choć w powszechnym mniemaniu często bywa postrzegany właśnie jako stan przeciwny chorobie. Definicja WHO wskazuje jednak, że w kwestiach zdrowia nie należy koncentrować się tylko na samych chorobach i ich zwalczaniu, ale również (a nawet zwłaszcza) na zdrowiu - na jego utrzymaniu oraz wzmacnianiu i poprawie. Nazywany ojcem medycyny Hipokrates uważał już wiele wieków temu, że zdrowie, jak i choroba zależą od równowagi między człowiekiem a środowiskiem, które go otacza. Zdrowie to więc także potencjał zdolności adaptacyjnych danego organizmu do otaczającego świata i różnych jego uwarunkowań, do pełnienia pewnych ról oraz przystosowywania się do zachodzących zmian i umiejętności właściwego radzenia sobie z nimi. Stan zdrowia wpływa na jakość życia oraz wszechstronny rozwój społeczeństwa, dlatego też współczesna medycyna bezustannie poszukuje sposobów poprawy zdrowotności ludzi w każdym wieku. Na zdrowie wpływa wiele różnych czynników. Nie sposób omówić wszystkich w krótkim wprowadzeniu, jednak z pewnością warto na nie spojrzeć nie tylko wybiórczo, ale także w całościowym ujęciu - stąd właśnie w tym miejscu zainteresowanie szeroko pojętą problematyką zdrowia. Należy podkreślić, iż szczególną rolę pełnią w tym względzie przedstawiciele wszystkich zawodów systemu ochrony zdrowia – lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni, farmaceuci, a także inni. Sami profesjonalści to jednak nie wszystko. Wiele zależy tu także od poszczególnych jednostek, toteż edukacja jawi się w działaniach profilaktycznych jako podstawowy element.

Niniejsze opracowanie stanowi przekrojowy zbiór wybranych materiałów z wystąpień prezentowanych w ramach Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej *Zdrowie w każdym wieku - od dziecka do seniora*, która odbyła się w dniach 13-14 maja 2016 r. w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy przy udziale naukowców oraz praktyków z Polski i zagranicy (w tym Białorusi i licznych przedstawicieli różnych rejonów Niemiec). Zawiera prace dotyczące różnorodnych aspektów i dziedzin zdrowia: częstości występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u chorych ze STEMI oraz ich wpływu na czas od wystąpienia objawów bólowych do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej, podejścia praktycznego w opiece nad kobietą w okresie menopauzy, prawidłowego funkcjonowania jelit i właściwego żywienia jako gwarantów zdrowia, urazów stawu biodrowego w geriatricii pod kątem zadań Zespołów Ratownictwa Medycznego oraz zachowań zdrowotnych osób z POChP w kontekście palenia tytoniu. Ciekawym akcentem będzie również z pewnością artykuł dotyczący zdrowia psychicznego osób odbywających karę pozbawienia wolności w kontekście następstw długotrwałego odosobnienia.

Życząc przyjemnej lektury żywię nadzieję, że staną się one przydatne wszystkim zainteresowanym w kontekście podnoszenia zdrowotności społeczeństwa.

doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Częstość występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u chorych ze STEMI oraz ich wpływ na czas od wystąpienia objawów bólowych do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej

The prevalence of risk factors for coronary heart disease in patients with STEMI and their impact on the time from onset of pain to perform angioplasty

dr n. med. Małgorzata Bujnowska, dr n. med. Jarosław Goldman,
dr n. med. Joanna Żółtańska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy
The Witelon University of Applied Sciences in Legnica

Streszczenie

Głównym czynnikiem wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych jest miażdżyca. Miażdżyca spowodowana jest odkładaniem w ścianach naczyń złożeń lipidowych. To one tworzą blaszki miażdżycowe usztywniając tętnicę, a uwypuklając się do wnętrza naczynia, doprowadzają w konsekwencji do zmniejszenia ich światła ograniczając przepływ krwi. Głównymi czynnikami predysponującymi do wystąpienia miażdżycy są hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, cukrzyca, otyłość, brak aktywności fizycznej, stres.

Celem pracy była analiza częstości występowania czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u chorych ze STEMI oraz ich wpływ na czas od wystąpienia objawów bólowych do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej. Badania przeprowadzono w grupie 282 kolejnych chorych (84 kobiet i 198 mężczyzn) w wieku od 29 do 91 lat z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST, u których wykonano pierwotną angioplastykę wieńcową.

Wyniki.

Wśród pacjentów najczęściej występującym czynnikiem ryzyka było nadciśnienie tętnicze, zaobserwowane u 78,4% badanych. Kolejnym czynnikiem ryzyka była otyłość. Obserwowano jej wystąpienie u 62,8% wszystkich pacjen-

tów. Palenie tytoniu występowało u 52,5%, hipercholesterolemia u 39,7%, cukrzyca u 54,3% pacjentów. Pomimo opóźnień angioplastyki wieńcowej nie potwierdzono wpływu czynników ryzyka na występowanie tych opóźnień. W każdym przedziale czasowym rozkład był podobny a wyniki oscylowały w podobnych wartościach.

Wnioski

Czynniki ryzyka wysapują u wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zespołu wieńcowego. Najczęściej występującym czynnikiem jest nadciśnienie tętnicze oraz otyłość. Czynniki ryzyka t.j. hipercholesterolemia, cukrzyca, palenie tytoniu występują u ponad połowy pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. Czynniki ryzyka oraz lokalizacja zawału i wcześniej przebyty zawał mięśnia sercowego nie mają wpływu na czas od wystąpienia bólu do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej.

Słowa kluczowe:

czynniki ryzyka, ostre zespoły wieńcowe, zawał mięśnia sercowego

Abstract

Arteriosclerosis constitutes a major factor contributing to the development of acute coronary syndrome. It is a direct result of the accumulation of lipid-containing deposits on the walls of blood vessels, which form sclerotic plaques, hardening the affected arteries and reducing their diameters, and cause obstructions to blood flow. Hyperlipidaemia, hypertension, addiction to cigarettes, diabetes, obesity, lack of physical activity and stress constitute the main factors facilitating the development of arteriosclerosis.

The aim of this study was to analyse the frequency of occurrence of the risk factors contributing to the development of ischemic heart disease in patients with STEMI and their influence on the amount of time which elapsed between the occurrence of pain and the performance of coronary angioplasty. The group that took part in the research included 282 consecutive hospitalized patients (84 women and 198 men), aged between 29 and 91, with a diagnosed acute coronary syndrome with ST-segment elevation, in whom primary coronary angioplasty was performed.

Results.

Hypertension, observed in 78.4% of the patients in question, constituted the most common risk factor. Obesity constituted the next vital factor, and it was diag-

nosed in 62.8% of the patients. 52.5% of the patients were addicted to cigarettes, 39.7% of them were diagnosed with hypercholesterolemia, whereas 54.3% suffered from diabetes. Despite the delays occurring in performance of coronary angioplasty the research failed to confirm the influence of the aforementioned risk factors on the delays in question. The distribution of results in all the analyzed time intervals was similar, and they oscillated around similar values.

Conclusions.

Risk factors, primarily hypertension and obesity, occurred in all the patients hospitalized as a result of acute coronary syndrome. Hypercholesterolemia, diabetes and cigarette addiction were observed in over 50% of the patients with acute coronary syndrome who took part in the research. The risk factors in question, the location and the history of myocardial infarctions did not exert any influence on the amount of time which elapsed between the occurrence of pain and the performance of coronary angioplasty.

Keywords:

risk factors, coronary heart disease, acute coronary syndrome, myocardial infarction.

Wstęp

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów oraz chorobowości i inwalidztwa w krajach rozwiniętych, w tym także Polski, jak również stają się dominującą przyczyną zgonów osób dorosłych w krajach rozwijających się. Mimo, że od lat 60-tych w USA, od lat 70-tych w Europie Zachodniej, a od lat 90-tych w Polsce obserwuje się tendencję spadkową umieralności, to szacuje się, że choroby układu krążenia będą główną przyczyną zgonu współczesnych społeczeństw do 2020 roku [1,2].

Spośród wszystkich chorób układu krążenia największe zagrożenie stanowi choroba niedokrwienna serca. W Polsce co roku zapada na nią od 100-120 tys. osób. Szacunkowa chorobowość tej jednostki chorobowej wynosi ponad 900 tys. osób. Z tej liczby około 100 tys. osób zapada na ostry zawał serca w okresie przedszpitalnym. W I fazie choroby umiera około 25 tys. osób. W ciągu roku, od początku zachorowania, umiera dalszych 40 tys. osób w różnych przedziałach wiekowych [3,4,5]. Czynniki ryzyka zapadalności na ostre zespoły wieńcowe można uporządkować w czterech głównych kategoriach. Do pierwszej grupy należą będą czynniki somatyczne czyli: nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca oraz hipercholesterolemia. Drugą grupę stanowią czynniki behawioralne do których należą: palenie tytoniu, dieta, spożywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej oraz zaburzenia snu. Trzecią grupę stanowią czynniki socjalne czyli: poziom wykształcenia, dochód, praca i stres związany z pacą, stan cywilny oraz poziom życia społecznego i rodzinnego. Do czynników demograficznych możemy zaliczyć płeć oraz wydłużenie czasu trwania życia, co wiąże się bezpośrednio ze zwiększeniem prawdopodobieństwa występowania stanów chorobowych [1,6,7].

Celem leczenia ostrych zespołów wieńcowych z uniesieniem ST jest jak najszybsze udrożnienie tętnicy odpowiedzialnej za zawał. Zgodnie z zaleceniami ESC z 2012 roku preferowanym sposobem leczenia chorych z OZW z uniesieniem ST jest pierwotna angioplastyka wieńcowa [8,9].

Wczesne udrożnienie tętnicy wieńcowej ma kluczowe znaczenie w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych i jest zalecane jako leczenie z wyboru w każdym przypadku, gdy jest to tylko możliwe. Najlepsze wyniki zabiegu angioplastyki wieńcowej uzyskuje się, jeżeli czas od wystąpienia bólu do zabiegu nie przekracza 3 godzin. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2012 roku czas od przybycia do szpitala lub nawiązania kontaktu z placówką opieki zdrowotnej do napełnienia balonu nie powinien przekraczać 90 minut dla pierwotnej PCI (60 min, gdy pacjent trafia do szpitala w ciągu 120 min od wystąpienia objawów lub trafia bezpośrednio do szpitala, w którym wykonuje

się PCI). Jest to optymalny czas, który wpływa na wyniki zabiegu. Na skuteczność angioplastyki wieńcowej wpływa również czas od wystąpienia objawów bólowych do wezwania pomocy przez samego pacjenta. [8,9].

Materiał i metody.

Do badań włączono 282 kolejnych chorych (84 kobiet i 198 mężczyzn) w wieku od 29 do 91 (mediana 63) lat z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST leczonych w Pracowni Hemodynamiki i Angiografii, u których wykonano pierwotną angioplastykę wieńcową. Wszystkich chorych leczono zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2005 roku.

Kryteria kwalifikujące chorych do badania obejmowały rozpoznanie ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST potwierdzonego w badaniach elektrokardiograficznych oraz podwyższenie markerów potwierdzone w badaniach biochemicznych. Badaniem objęto wszystkich pacjentów ze STEMI, niezależnie od czasu jaki upłynął od początku objawów bólowych do wykonania angioplastyki wieńcowej.

W czasie od wystąpienia bólu do wykonania zabiegu PCI wyszczególniono 5 grup:

Grupa 1 - < 3 godziny od wystąpienia bólu do PCI

Grupa 2 - 3-6 godzin od wystąpienia bólu do PCI

Grupa 3 - 6-12 godzin od wystąpienia bólu do PCI

Grupa 4 - 12-24 godzin od wystąpienia bólu do PCI

Grupa 5 - > 24 godzin od wystąpienia bólu do PCI

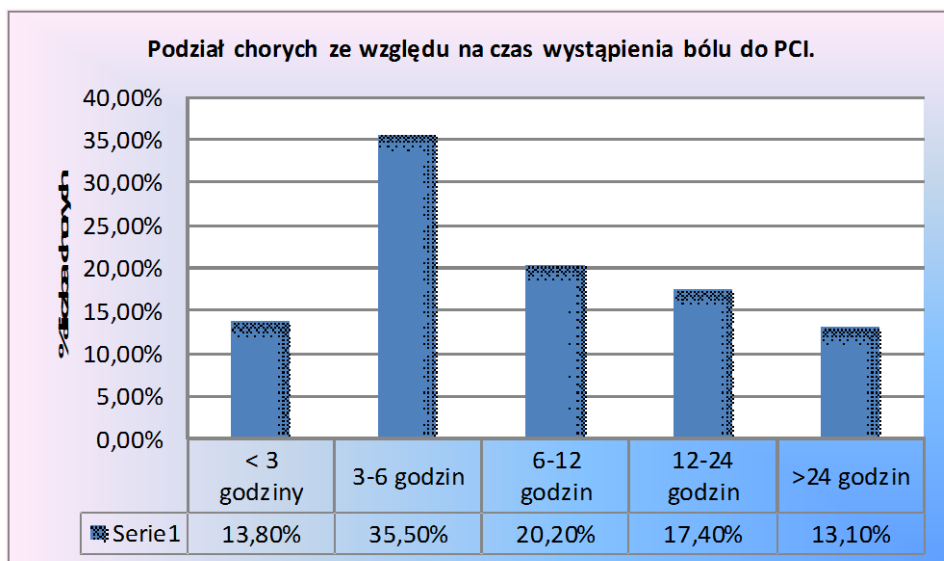
Analizując opóźnienia od wystąpienia bólu do wezwania pomocy wzięto pod uwagę następujące czynniki: Hipercholesterolemię, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, nadwagę, wcześniej przeżyty zawał oraz lokalizację zawału mięśnia sercowego.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu nieparametrycznego Kołmogorowa-Smirnowa, przyjmując istotność statystyczną $p < 0,05000$. Średnie arytmetyczne oraz medianę czasów i opóźnień obliczano za pomocą programu Excell.

Wyniki.

Na podstawie literatury przedmiotu przyjęto, że najkorzystniejszym czasem od wystąpienia bólu do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej jest

czas do 3 godzin od wystąpienia objawów bólowych. Dłuższy czas jest już opóźnieniem, które wpływa na wyniki leczenia za pomocą angioplastyki wieńcowej.



Ryc. 1. Podział chorych ze względu na czas od wystąpienia bólu do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej (opracowanie własne).

Największą grupę pacjentów stanowili chorzy, którym wykonano zabieg angioplastyki w czasie 3-6 godzin od wystąpienia bólu. W grupie tej było 100 osób (35,5%). Kolejną grupę pod względem liczebności stanowili chorzy, u których zabieg wykonano w czasie 6-12 godzin od wystąpienia bólu (20,2%). W czasie 12-24 godzin zabieg wykonano u 49 chorych (17,4%), natomiast kolejne miejsce pod względem liczby osób zajmowała grupa chorych z czasu poniżej 3 godzin od wystąpienia bólu do PCI (13,8%). Najmniej liczną grupę stanowili pacjenci, u których zabieg wykonywany był w czasie powyżej 24 godzin (13,1%). Analizę czasu od wystąpienia bólu do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej przedstawiono na Rycinie 1.

Tab. I. Charakterystyka kliniczna pacjentów.

		STEMI n=282	STEMI n=100%
Lokalizacja zawału	przedni	98	34,8%
	dolny	142	50,4%
	inny	42	14,8%
NZK	Przed hospitalizacją	20	7,1%
	wewnątrzszpitalne	13	4,6%
	brak	249	88,3%
Palenie tytoniu	tak	148	52,5%
	nie	134	47,5%
Nadciśnienie	tak	221	78,4%
	nie	61	21,6%
Hipercholesterolemia	tak	112	39,7%
	nie	170	60,3%
Otyłość	tak	177	62,8%
	nie	105	37,2%
Wcześniej przeżyty zawał	tak	59	20,9%
	nie	223	79,1%
Cukrzyca	tak	153	54,3%
	nie	129	45,7%

Charakterystykę kliniczną chorych przedstawiono w Tabeli I. Wśród wszystkich pacjentów ze STEMI nagłe zatrzymanie krążenia wystąpiło u 11,7% osób. U 7,1% pacjentów zatrzymanie krążenia miało miejsce przed hospitalizacją, natomiast u 4,6% osób zatrzymanie krążenia miało miejsce podczas hospitalizacji. U większości badanych (88,3%) zatrzymanie krążenie nie wystąpiło. U 9,6%

chorych wystąpiły zaburzenia hemodynamiczne. Biorąc pod uwagę lokalizację zawału u większości pacjentów wystąpił zawał ściany dolnej (50,4%) natomiast u 34,8% osób zawał ściany przedniej.

Wśród wszystkich chorych 20,9% osób wcześniej przeżyło incydent ostrego zespołu wieńcowego, natomiast dla 79,1% osób był to prawdopodobnie pierwszy incydent w życiu.

Chorych ze STEMI, u których rozpoznano cukrzycę było 54,3%, nadciśnienie tętnicze 78,4% osób, hipercholesterolemię rozpoznano u 39,7% osób, otyłość (BMI>30) występowało u 62,8% chorych. Wśród wszystkich chorych tytoń paliło 52,5% osób.

Analizując przyczyny opóźnienia wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej od czasu wystąpienia bólu wzięto pod uwagę następujące czynniki:

- A. hipercholesterolemia
- B. cukrzyca
- C. nadciśnienie tętnicze
- D. palenie tytoniu
- E. nadwaga
- F. wcześniej przeżyty zawał
- G. lokalizacja zawału mięśnia sercowego

A. Czynniki – hipercholesterolemia.

Analizę wpływu hipercholesterolemii na czas od wystąpienia bólu do PCI przedstawiono w Tabeli II.

Tabela II. Hipercholesterolemia a czas od bólu do PCI.

Czas od wystąpienia bólu do PCI.	1 tak	2 nie	Istotność statystyczna Test Kołomogorowa-Smirnowa
	n=112	n=170	
>3 godzin	25 (22,3%)	34 (20%)	1vs2=NS
3-6 godzin	28 (25%)	52 (30,6%)	
6-12 godzin	36 (32,1%)	31 (18,2%)	

12-24 godzin	13 (11,7%)	36 (21,2%)	
< 24 godzin	10 (8,9%)	17 (10%)	

Zabieg angioplastyki w grupie chorych z hipercholesterolemią wykonywany był najczęściej w czasie 6-12 godzin (32,1%). Natomiast u pacjentów, u których nie stwierdzono podwyższonych wartości cholesterolu zabieg wykonywano w czasie 3-6 godzin (30,6%). Można zauważyć nieznaczne różnice w czasie 6-12 godzin w obu grupach pacjentów. Powyższe dane porównano za pomocą testu statystycznego, który nie wykazał jednak zależności pomiędzy hipercholesterolemią lub jej brakiem a czasem od wystąpienia bólu do PCI.

B. Czynniki – cukrzyca.

Analizę wpływu cukrzycy na czas od wystąpienia bólu do PCI przedstawiono w Tabeli III.

Tabela III. Cukrzyca a czas od bólu do PCI.

Czas od wystąpienia bólu do PCI.	1 Cukrzyca	2 Bez cukrzycy	Istotność statystyczna Test Kolmogorowa-Smirnowa
	n=153	n=129	
>3 godzin	25 (16,3%)	14 (10,8%)	1 vs 2 = NS
3-6 godzin	48 (31,4%)	52 (40,3%)	
6-12 godzin	36 (23,5%)	21 (16,3%)	
12-24 godzin	23 (15%)	26 (20,2%)	
< 24 godzin	21 (13,8%)	16 (12,4%)	

Zabieg angioplastyki w grupie chorych z cukrzycą wykonywany był najczęściej w czasie 3-6 godzin (31,4%) oraz 6-12 godzin (23,5%) godzin od wystąpienia bólu. Sytuacja wyglądała podobnie u pacjentów bez cukrzycy. W tej grupie chorych zabieg również wykonywano w czasie 3-6 godzin (40,3%) oraz 6-12 godzin (16,3%) od wystąpienia bólu. Można zauważyć nieznaczne opóźnienia w tej grupie, w czasie 12-24 godzin (20,2%), jednak rozbieżność odpowiedzi w tym przedziale czasowym pomiędzy grupami nie jest wyraźna. Powyższe dane porównano za pomocą testu statystycznego, który nie wykazał zależności pomiędzy cukrzycą lub jej brakiem a czasem od wystąpienia bólu do PCI.

C. Czynniki – nadciśnienie tętnicze.

Analizę wpływu nadciśnienia tętniczego na czas od wystąpienia bólu do PCI przedstawiono w Tabeli IV.

Tabela IV. Nadciśnienie tętnicze a czas od bólu do PCI.

Czas od wystąpienia bólu do PCI.	1 Nadciśnienie tętnicze	2 Bez nadciśnienia tętniczego	Istotność statystyczna Test Kolmogorowa-Smirnowa
	n=221	n=61	
>3 godzin	29 (13,1%)	10 (16,4%)	1 vs 2 = NS
3-6 godzin	79 (35,7%)	21 (34,4%)	
6-12 godzin	46 (20,8%)	11 (18%)	
12-24 godzin	40 (18,2%)	9 (14,8%)	
< 24 godzin	27 (12,2%)	10 (16,4%)	

Wśród grupy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym zabieg wykonywany był najczęściej w czasie 3-6 godzin (35,7%), 6-12 godzin (20,8%) oraz 12-24 godzin (18,2%). Sytuacja wyglądała analogicznie u pacjentów bez nadciśnienia tętniczego. Analiza nie wykazała wpływu tego czynnika na opóźnienia wykonania

zabiegu angioplastyki. Dane w obu grupach oscylowały w podobnych wartościach w poszczególnych przedziałach czasowych.

D. Palenie tytoniu.

Analizę wpływu palenia tytoniu na czas od wystąpienia bólu do wezwania pomocy przedstawiono w Tabeli V.

Tabela V. Palenie tytoniu a czas od wystąpienia bólu do wezwania pomocy.

Czas od wystąpienia bólu do PCI.	1 TAK	2 NIE	Istotność statystyczna Test Kolmogorowa-Smirnowa
	n=148	n=134	
>3 godzin	91 (61,4%)	74 (55,2%)	1vs2=NS
3-6 godzin	14 (9,5%)	20 (14,9%)	
6-12 godzin	14 (9,5%)	20 (14,9%)	
12-24 godzin	13 (8,8%)	8 (6%)	
< 24 godzin	16 (10,8%)	12 (9%)	

Rozkład procentowy palaczy oraz osób niepalących w poszczególnych przedziałach czasowych wyglądał bardzo podobnie. Analizując dane można jednoznacznie stwierdzić, że palenie tytoniu nie miało żadnego wpływu na czas od wystąpienia bólu do wezwania pomocy. Odpowiedzi w każdym przedziale czasowym rozłożyły się bardzo równomiernie.

E. Nadwaga.

Analizę wpływu nadwagi na czas od wystąpienia bólu do wezwania pomocy przedstawiono w Tabeli VI.

Tabela VI. Nadwaga a czas od wystąpienia bólu do wezwania pomocy.

Czas od wystąpienia bólu do PCI.	1 BMI <30	2 BMI >30	Istotność statystyczna Test Kolmogorowa-Smirnowa
	n=177	n=105	
>3 godzin	108 (61,1%)	57 (54,3%)	1vs2=NS
3-6 godzin	20 (11,2%)	14 (13,3%)	
6-12 godzin	22 (12,4%)	12 (11,4%)	
12-24 godzin	12 (6,8%)	9 (8,6%)	
< 24 godzin	15 (8,5%)	13 (12,4%)	

Analizując wpływ nadwagi na czas od wystąpienia bólu do przyjazdu do szpitala można zauważyć, iż w każdym przedziale czasowym liczba chorych z nadwagą i bez nadwagi oscylowała w podobnych wartościach procentowych. Analizując dane można zaobserwować, iż występowanie nadwagi nie miało wpływu na czas od wystąpienia bólu do wezwania pomocy.

F. Czynniki – wcześniej przebyty zawał mięśnia sercowego.

Analizę zależności pomiędzy wcześniej przebytym zawałem mięśnia sercowego a czasem od bólu do PCI przedstawiono w Tabeli VII.

Tabela VII. Wcześniej przebyty zawał m.s., a czas od bólu do PCI.

Czas od wystąpienia bólu do PCI.	1 TAK	2 NIE	Istotność statystyczna Test Kolmogorowa-Smirnowa
	n=59	n=223	
>3 godzin	11 (18,6%)	28 (12,6%)	1vs2=NS
3-6 godzin	19 (32,2%)	81 (36,3%)	

6-12 godzin	12 (20,4%)	45 (20,2%)
12-24 godzin	14 (23,7%)	35 (15,7%)
< 24 godzin	3 (5,1%)	34 (15,2%)

Wśród pacjentów, u których wystąpił zawał mięśnia sercowego w przeszłości zabieg angioplastyki wykonywany był najczęściej w czasie 3-6 godzin (32,2%), 6-12 godzin (20,4%) oraz 12-24 godzin (23,7%) od wystąpienia bólu. Sytuacja wyglądała analogicznie u pacjentów bez wcześniej przebytego zawału mięśnia sercowego. Analiza statystyczna nie wykazała zależności pomiędzy wcześniej przebyłym zawałem mięśnia sercowego, a czasem od wystąpienia bólu do PCI. W związku z powyższym nie można potwierdzić bezpośredniego wpływu tych czynników na opóźnienia.

G. Czynniki – lokalizacja zawału.

Analizę zależności pomiędzy lokalizacją zawału mięśnia sercowego a czasem od wystąpienia bólu do PCI przedstawiono w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Lokalizacja zawału m.s. a czas od bólu do PCI.

Czas od wystąpienia bólu do PCI.	1 Lokalizacja Ściana przednia	2 Lokalizacja ściana dolna	3 Lokalizacja inna	Istotność statystyczna Test Kołomogorowa-Smirnowa
	n=98	n=142	n=42	
>3 godzin	12 (12,2%)	22 (15,5%)	5 (11,9%)	1vs2=NS 1vs3=NS 2vs3=NS
3-6 godzin	36 (36,7%)	55 (38,7%)	9 (21,4%)	
6-12 godzin	21 (21,4%)	24 (16,9%)	12 (28,6%)	
12-24 godzin	16 (16,4%)	23 (16,2%)	10 (23,8%)	

< 24 godzin	13 (13,3%)	18 (12,7%)	6 (14,3%)	
-------------	---------------	---------------	--------------	--

Wśród pacjentów, u których wystąpił zawał ściany przedniej najliczniejszą grupę stanowili chorzy, u których czas od wystąpienia bólu do PCI wynosił 3-6 godzin (36,7%) oraz 6-12 godzin (21,4%). Opóźnienia można również zauważyć wśród pacjentów, u których wystąpił zawał ściany dolnej. W tej grupie pacjentów zabieg najczęściej wykonywany był w czasie 3-6 godzin (38,7%), 6-12 godzin (16,9%) oraz 12-24 godzin (16,2%). Podobnie czas rozkładał się w grupie pacjentów, u których zawał mięśnia sercowego dotyczył innej lokalizacji. Analizując dane nie wykazano różnic pomiędzy grupami. Odpowiedzi w każdej grupie w poszczególnych czasach rozkładały się równomiernie, dlatego nie można dowieść, że któraś z lokalizacji zawału miała decydujący wpływ na opóźnienie czasu od wezwania pomocy do angioplastyki.

Dyskusja

Somatyczne, behawioralne i socjalne czynniki ryzyka zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego. Wpływają na rozwój zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych. Powstawanie miażdżycy zaczyna się od uszkodzenia śródbłonka wyścielającego naczynia. Dochodzi do procesu zapalnego a naciekanie makrofagów powoduje pogrubienie i stwardnienie ściany naczynia [4,10,11]. W konsekwencji pęknięcia blaszki miażdżycowej dochodzi do powstania zakrzepu, który może być przyczyną częściowego lub całkowitego zamknięcia światła naczynia.

Głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych jest hipercholesterolemia. Badania kliniczne dowodzą, że podwyższony poziom cholesterolu powoduje wzrost ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca. Gromadzenie się złogów lipidów, elementów morfotycznych krwi, węglowodanów i włókniaka to podstawa procesu tworzenia blaszek miażdżycowych. Powstawanie miażdżycy zaczyna się od uszkodzenia śródbłonka wyścielającego naczynia. Sądzi się, że głównym czynnikiem uszkadzającym śródbłonek są utlenione cząsteczki cholesterolu LDL. W uszkodzonym miejscu wywiązuje się proces zapalny, naciekają w nim komórki żerne - makrofagi. Ta patologia powoduje pogrubienie i stwardnienie ściany naczyń, odkładanie się wapnia i stopniowe zwężenie blaszki [12,13,14].

W badaniach własnych stwierdzono, że hipercholesterolemia występowała u 39,7 % pacjentów, natomiast u 60,3 % nie zaobserwowano podwyższonych wartości cholesterolu frakcji LDL. Dlatego nie można jednoznacznie stwierdzić, że podwyższony poziom cholesterolu był bezpośrednim czynnikiem wystąpienia OZW STEMI u tej grupy pacjentów. Dodatkowo nie wykazano zależności pomiędzy występowaniem hipercholesterolemii a czasem od wystąpienia bólu do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej. Jednym z czynników predysponującym wystąpienie zawału mięśnia sercowego jest nadciśnienie tętnicze. Nadciśnienie tętnicze to najczęstszy objaw chorób układu krążenia, a zarazem najczęstsza przyczyna rozwoju choroby wieńcowej serca i udarów mózgu. Współistniejąc z innymi czynnikami ryzyka rozwoju miażdżycy może wpływać na uszkodzenie śródbłonna i przyspieszenie rozwoju zmian miażdżycowych. Stopień ryzyka jest bezpośrednio związany z wysokością ciśnienia tętniczego, jak również z obecnością powikłań narządowych. Nadciśnienie tętnicze powoduje niekorzystną przebudowę tętnic polegającą na utracie elastyczności. Dodatkowo przewlekłe, nieleczone nadciśnienie tętnicze skutkuje przerostem mięśnia sercowego. Rezultatem jest zmniejszenie perfuzji przepływu wieńcowego i w konsekwencji niedotlenienie miokardium w sytuacji zwiększonego zapotrzebowania na krew i składniki odżywcze [15,16,17].

W badaniach własnych zaobserwowano, że nadciśnienie tętnicze występowało u przeważającej części chorych. Z badań wynika, że nadciśnienie tętnicze występowało u 78,4 % pacjentów. W związku z powyższym można uznać nadciśnienie tętnicze jako czynnik ryzyka wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych. Badanie nie wykazało jednak wpływu nadciśnienia tętniczego na czas od wystąpienia zawału do wykonania angioplastyki wieńcowej.

Kolejnym czynnikiem predysponującym wystąpienie ostrych zespołów wieńcowych STEMI jest cukrzyca. Cukrzyca jest niezależnym czynnikiem ryzyka. Podłożem związku pomiędzy hiperglikemią a rozwojem chorób sercowo-naczyniowych może być bezpośredni, toksyczny wpływ glukozy na funkcjonowanie i strukturę komórek. Dodatkowo cukrzyca sprzyja rozwojowi płytek miażdżycowych. Znaczny wpływ ryzyka sercowo - naczyniowego związanego z cukrzycą można również częściowo wyjaśnić z niekorzystnym działaniem cukrzycy na inne czynniki ryzyka takie jak nadciśnienie tętnicze [14,18].

W publikacjach zwraca się szczególną uwagę na odmienny obraz i przebieg kliniczny zawału serca u osób z cukrzycą. Wśród chorych z cukrzycą trzy razy częściej występują zawały nieme z współistniejącymi objawami typu nudności, wymioty, bóle brzucha. Warto jednak zauważyć, że badania potwierdzają

również większą rozległość martwicy mięśnia sercowego u osób z cukrzycą związane z zwiększoną niestabilnością blaszki miażdżycowej oraz występowaniem wieloogniskowych zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych [8,12,19]. W badaniach własnych zaobserwowano, że cukrzyca występowała u 54,3% pacjentów. U 45,6 % pacjentów nie stwierdzono cukrzycy, dlatego nie można jednoznacznie stwierdzić, czy w tym przypadku cukrzyca była czynnikiem wpływającym na wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego STEMI. Dodatkowo nie wykazano zależności pomiędzy wystąpieniem cukrzycy a opóźnieniem czasu od bólu do PCI.

Nikotyna zawarta w papierosie oraz wchodzący w skład dymu tytoniowego tlenek węgla zmniejszają stężenie tlenu zawartego we krwi. Skutkiem tego jest ograniczona ilość dostarczanego tlenu do wszystkich narządów organizmu, w tym również do serca. Ponadto, składniki dymu tytoniowego uszkadzają ściany naczyń krwionośnych, przyczyniając się tym samym do przyspieszenia procesu tworzenia blaszki miażdżycowej. Składniki dymu tytoniowego ułatwiają także inicjację powstawania skrzeplin we krwi, które również mogą być przyczyną niedrożności naczyń wieńcowych. Badania naukowe dowodzą, że zaprzestanie palenia tytoniu zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia. Zaprzestanie palenia po przebytych zawale mięśnia sercowego zmniejsza o połowę liczbę ponownych zawałów nie zakończonych zgonem, jak i zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych [16,20]. Z badań własnych wynika, że tytoń paliło 52,5 % pacjentów hospitalizowanych z powodu tzw. STEMI. Nie można zatem jednoznacznie stwierdzić, iż był to czynnik predysponujący wystąpienie ostrych zespołów wieńcowych. Palenie tytoniu nie wpłynęło również na czas od wystąpienia objawów do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej.

Otyłość jest jednym z czynników ryzyka wpływających na zachorowalność na ostre zespoły wieńcowe. Wskaźnik masy ciała (BMI-body mass indeks) jest bezpośrednio związany ze śmiertelnością z przyczyn sercowo-naczyniowych. Otyłość zwłaszcza brzuszna niekorzystnie wpływa na inne czynniki ryzyka takie jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy hipercholesterolemię. Badania dowodzą, że otyli mężczyźni w średnim wieku mają zwiększone ryzyko śmierci na skutek zawału aż o 60 % w stosunku do mężczyzn w średnim wieku nie mających problemu z otyłością. Jednym z możliwych czynników wpływających na częstość występowania zawału serca u osób otyłych są związki chemiczne wydzielane przez komórki tłuszczowe. Dodatkowo dochodzi do przerostu lewej komory mięśnia sercowego, co ma bezpośrednia przełożenie na zmniejszenie perfuzji wieńcowej [2,11,17]. W badaniach własnych zaobserwowano, że u 62,8 % BMI wy-

nosił powyżej 30. U 37,2 % nie stwierdzono otyłości. Analiza statystyczna nie wykazała również zależności pomiędzy występowaniem otyłości a opóźnieniem wykonania zabiegu angioplastyki.

W badaniach własnych wykazano, że u 29,9% pacjentów był to drugi lub kolejny ostry zespół wieńcowy STEMI. Dowodzi to faktu, że pacjenci nie wprowadzają zmian w swoim życiu, pomimo wystąpienia incydentów zatorowo-zakrzepowych.

Pacjenci z kolejnym incydem serowym powinni mieć już pewne doświadczenie w objawach zawału mięśnia sercowego. Kolejne zachorowanie, teoretycznie powinno wpłynąć na skrócenie fazy przedszpitalnej i wcześniejsze wezwanie pogotowia ratunkowego. W badaniach Kubicy i Kochmana można zauważyć brak wiedzy na temat ostrych zespołów wieńcowych u osób, którzy nigdy nie chorowali, jak i u osób które przebyły zabieg angioplastyki wieńcowej oraz wcześniejszą hospitalizację z powodu OZW [19,21]. W badaniach własnych również nie wykazano zależności pomiędzy wpływem wcześniej przebytego zawału mięśnia sercowego na czas od wystąpienia bólu do angioplastyki.

Rokowanie i przebieg kliniczny zawału zależy też od lokalizacji i rozległości martwicy w mięśniu sercowym. Łagodniejszy przebieg i mniejszą śmiertelność obserwuje się w zawale ściany dolnej niż ściany przedniej. Mimo to u części chorych z zawałem ściany dolnej zdarzają się powikłania istotne hemodynamicznie. W zależności od lokalizacji zawału mięśnia sercowego mogą występować różne objawy. W zawale ściany dolnej mogą wystąpić nietypowe objawy: bóle w nadbrzuchu (głównie pod prawym łukiem żebrowym), nudności, wymioty. Jest to tzw. maska brzuszna zawału. Obecność objawów brzusznych tłumaczy się bezpośrednim sąsiedztwem dolnej ściany serca w stosunku do przepony. Nietypowe objawy mogą być przyczyną niezidentyfikowania jednostki chorobowej przez pacjenta i późniejszą hospitalizacją oraz skutkować opóźnieniem wykonania angioplastyki wieńcowej [21,22]. W badaniach własnych nie wykazano jednak zależności pomiędzy lokalizacją zawału a opóźnieniem zabiegu angioplastyki.

Z epidemiologicznego punktu widzenia czynniki ryzyka są cechą indywidualną osoby lub populacji. Pojawiają się w czasie trwania życia osobniczego i wiążą się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia poszczególnych jednostek chorobowych. Czynniki ryzyka chorób układu krążenia wpływają przede wszystkim na powstawanie zmian miażdżycowych. Choroby układu sercowo-naczyniowego na podłożu miażdżycowym rozwijają się powoli. Objawy pojawiają się zazwyczaj w zaawansowanym okresie choroby. Głównym zadaniem systemu ochrony zdro-

wia powinno być wczesne wykrywanie zagrożeń oraz podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia miażdżycy. Eliminacja lub modyfikacja czynników ryzyka może zmniejszyć częstość występowania chorób sercowo – naczyniowych, zwiększyć przeżywalność oraz poprawić komfort życia pacjentów. Działania profilaktyczne powinny opierać się na zwiększeniu wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, ograniczeniu zachorowalności na choroby układu krążenia oraz udaru mózgu oraz na wczesnej identyfikacji osób, u których występuje zwiększone ryzyko rozwoju miażdżycy. Ważnym elementem jest również edukacja zdrowotna ukierunkowana zarówno na pacjentów jak i na najbliższe otoczenie. Rolę w promocji zdrowia oraz edukacji powinni odgrywać lekarze, pielęgniarki oraz środki masowego przekazu [8,9,20,23].

Wyniki

Czynniki ryzyka występują u wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zespołu wieńcowego. Najczęściej występującym czynnikiem jest nadciśnienie tętnicze oraz otyłość. Czynniki ryzyka t.j. hipercholesterolemia, cukrzyca, palenie tytoniu występują u ponad połowy pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. Czynniki ryzyka oraz lokalizacja zawału i wcześniej przebyty zawał mięśnia sercowego nie mają wpływu na czas od wystąpienia bólu do wykonania zabiegu angioplastyki wieńcowej.

Piśmiennictwo

1. Bednarkiewicz Z.: Epidemiologia chorób układu krążenia Polskie Towarzystwo Kardiologiczne 20.10.2004.
2. Wita K. I wsp.: Prediction of left ventricular remodelling in patients with acute myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention (prediction of remodelling). *Post Kardiol Interw* 2005; 1: 86-96. 7
3. Podolec J., Żmudka K.: Czas to mięsień”, czyli jak skrócić fazę przedszpitalną? Nowe wyzwanie w organizacji leczenia ostrego zawału mięśnia serca, *Kardiologia Polska* 2008; 66: 6.
4. Rynkiewicz A.: Prewencja chorób serca i naczyń wśród kobiet w Europie. *Przegląd menopauzalny* 2008, 3, 107-113.
5. Walkiewicz M. I wsp., et al.: Acute coronary syndrome – how to reduce the time from the onset of chest pain to treatment? *Kardiol Pol* 2008; 66: 1163-70; discussion 1171-62.

6. Bradley EH. I wsp.: Door-to-drug AND door-to-balloon times: where can we improve? Time to reperfusion therapy in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). *Am Heart J* 2006;151:1281-7.
7. Gąsior M. I wsp.: Factors affecting microvascular flow in patients with myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention. *Post Kardiol Interw* 2007; 3: 121-127.
8. Wojewódzka-Żeleznikowicz M. I wsp.: Acute coronary syndromes in the emergency medicine activities, *Postępy Nauk Medycznych* 2012, s. 474-479.
9. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST, Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, 2012.
10. Dudek D. i wsp.: Organizacja interwencyjnego leczenia pacjentów z zawałem serca STEMI i NSTEMI w Polsce, *Kardiologia Polska* 2010;68;618-624.
11. Maciejewski P., Witkowski A.: Rejestr opóźnień leczenia pacjentów z zawałem serca pierwotną angioplastyką w województwie mazowieckim – założenia, cele, metodyka. *Postępy Kardiologii Interwencyjnej* 2007;3.2:69-75.
12. De Luca G., Suryapranata H., Ottervanger JP.: Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts. *Circulation*. 2004 Mar 16;109(10):1223-5.
13. Gajewski P., Lesniak W.: Postępowanie w świeżym zawale serca z uniesieniem odcinka ST. Podsumowanie wytycznych European Society of Cardiology 2012, *Medycyna Praktyczna* 2012/10.
14. Susan K. Bennett, Rita F. Redberg: Acute coronary syndromes in women: is treatment different? Should it be? *Current Cardiology Reports* 2004;6:243-252.
15. Kopeć G. i wsp. : Ocena wiedzy na temat prawidłowego reagowania w razie wystąpienia objawów zawału serca w próbie populacji dorosłych Polaków. *Kardiologia Polska* 2009; 67 (Supl. 3.).
16. Pawłowska-Jenerowicz W. I wsp.: Favourable impact of acute myocardial infarction treatment by percutaneous coronary intervention on cardiovascular efficiency during one-year observation. *Post Kardiol Interw* 2006; 2: 199-206.
17. Trzeciak B. I wsp.: Modyfikacja stylu życia a choroby układu sercowo-naczyniowego. *Choroby serca i naczyń* 2004, tom 1, nr 2, 109-114.
18. Buchta P.: Wyniki leczenia ostrych zespołów wieńcowych u chorych w podeszłym wieku, *Choroby serca i naczyń* 2009, tom6, nr 3, 123-130.

19. Kubica A. i wsp.: Ocena wiedzy dotyczącej profilaktyki i objawów choroby niedokrwiennej serca u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 135-141.
20. Widimsky P. I wsp.: Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. *Eur. Heart J.* 2010, 31, 943.
21. Ibanez B. I wsp.: Acute coronary syndromes Original article: Circadian variations of infarct size in acute myocardial infarction *Heart* 2011;97:12 970-976.
22. Hikmat H. I wsp.: Ocena skuteczności leczenia pierwotną angioplastyką wieńcową chorych z ostrym zawałem serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST na podstawie analizy krzywej EKG, *Post Kardiol Interw* 2011; 7, 4 (26): 292–296.
23. European Society of Cardiology: Postępowanie w ostrym zespole wieńcowym z uniesieniem odcinka ST, Standardy ESC, tom V, Warszawa 2003.

Adres do korespondencji:

Małgorzata Bujnowska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy

ul. Sejmowa 5A

59-220 Legnica

e-mail: bujnowska.m@wp.pl

Zaakceptowano do druku: 01-09-2016 r.

Kobieta po menopauzie – podejście praktyczne

Postmenopausal women – A practical approach

lek med. Bernice Folake Taiwo

Zespół Opieki Zdrowotnej w Złotoryi

Streszczenie

Okres pomenopauzalny jest jednym z najważniejszych etapów w życiu kobiety zwłaszcza, że stanowi zakończenie okresu rozrodczego. Wystąpienie okresu pomenopauzalnego nie oznacza jednak końca kobiecości, zaprzestania dbałości o własne zdrowie ani nie stawia tej kobiety w gorszym świetle lecz uświadamia jej, że zaczyna się nowy etap w ich życiu. Artykuł ma przybliżyć z jakimi schorzeniami oraz problemami zdrowotnymi zmagają się kobiety po menopauzie w świetle zmian zachodzących w ich organizmie i podkreślić znaczenie dbałości o własne zdrowie poprzez regularne poddawanie się badaniom kontrolnym. Praktyka pokazuje, że należy rozmawiać o sprawach związanych ze zdrowiem oraz przekwitaniem z osobą zaufaną i lekarzem, po to aby uzyskać pomoc. Nadto, kobieta musi nauczyć zaakceptować siebie i zachodzące w jej organizmie zmiany, aby nadal móc żyć pełnią życia, w dobrej jego jakości pomimo ewentualnych niedogodności, czy wydatków finansowych jakie niesie ze sobą ten okres.

Słowa kluczowe: menopauza, objawy okresu przekwitania, zdrowie, choroba, zmiany inwolucyjne

Summary

Postmenopausal period is one of the most important stages in the life of a woman more so because it depicts the end of the reproductive stage. The beginning of postmenopausal stage is not the end of womanhood neither an end to taking care of one's health. This does not make such a woman worse off than other younger or older women but rather a natural reminder of the new changes taking place in her body. This article is meant to serve as a reminder on some of the health problems and diseases, which postmenopausal women undergo and to highlight the importance of proper health care by regularly going for checkups

and screening programmes. It has been observed that such health issues have to be discussed in order to obtain appropriate health assistance from desired persons or from healthcare providers or medical doctors. Above all, women should learn to accept the changes going on in their bodies in order to live a completely happy life with better quality despite all the inconveniences, financial constraints which growing older may carry along with it.

Keywords: Menopause, postmenopausal symptoms, health, diseases, involuntional changes

Kobieta po menopauzie to taka u której upłynął rok od ostatniego krwawienia miesięcznego. Wiek wystąpienia menopauzy w Polsce według badaczy oscyluje pomiędzy 50.33 w 2005r a 52 rż w 2013r i zależy od czynników demograficznych, reprodukcyjnych, zdrowotnych oraz stylu życia [1]. Zaczynają się wówczas zmiany inwolucyjne, zanikowe w organizmie, zwłaszcza w obrębie narządów moczowo-płciowych wynikające przede wszystkim z niedoborów hormonalnych [2, 3, 4]. Ponadto wśród wartych rozróżnienia i podkreślenia występują tu także objawy psychiczne, inne objawy somatyczne- w tym kostne, wazomotoryczne i natury seksualnej [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15].

Zmiany jakie niesie ze sobą przejście w okres pomenopauzalny u kobiet spotka się z różnym podejściem i emocjami. Jedne przyjmują to z radością, gdyż oznacza to koniec krwawień miesięczkowych na zawsze, koniec zmartwień o możliwość zajścia w ciążę, brak konieczności regularnych wizyt u ginekologa, oszczędność na regularnych wydatkach na środki higieny intymnej oraz materiały opatrunkowe. Inne - czujące się uwięzione we własnym ciele odczuwają w pewnym sensie wolność. Te które miewają obfite miesiączki już nie muszą się martwić o możliwość dostępu do węzła sanitarnego planując dzień, nadto możliwości pracy zawodowej są lepsze. Z kolei druga grupa kobiet sceptycznie i z obawą podchodzi do tych zmian zdając sobie sprawę ze zwiększonej możliwości odczuwania różnych dolegliwości, większej zapadalności na choroby zwłaszcza, że kobieta w okresie pomenopauzalnym jest narażona na różne nowotwory, takie jak: rak szyjki macicy, rak jajnika, rak endometrium [4] i rak sutka [6] dlatego badania skriningowe, profilaktyczne są istotne do wykrycia nieprawidłowych zmian we wczesnych etapach ich rozwoju.

Występują zmiany naczyniowe prowadzące do uderzeń gorąca, nocnych potów [1, 9], nadciśnienie tętnicze, nadwaga a nieraz otyłość, narasta ryzyko występowania miażdżycy i zmian zakrzepowo-zatorowych widocznych w poziomie homocysteiny który wzrasta [5].

Kobieta po menopauzie jest narażona na obniżenie nastroju, zmiany nastroju, a stres towarzyszący wystąpieniu menopauzy dodatkowo może nawet przyczynić się do depresji, pogorszenia pamięci werbalnej jak np. otępienie w przebiegu choroby Alzheimera którego nie ma potrzeby monitorować chyba, że ma charakter postępujący wtedy pacjentka zostaje skierowana do neurologa lub do psychiatry [7]. Nie można zapomnieć o pojawiających się zaburzeniach psychicznych, uczuciu zmęczenia, drażliwości, zaburzeniach koncentracji, osłabieniu pamięci, zmniejszonym libido, zaburzeniach rytmu snu, zaburzeniach snu, pogorszeniu funkcji poznawczych (zwłaszcza pamięci werbalnej). Warto sprawdzić czy zmiany nastroju nie są związane z niedoczynnością tarczycy, niedoborem witaminy B12 lub podejrzeniem kiły układu nerwowego, które można potwierdzić wykonując badania laboratoryjne oznaczając poziom hormonów tarczycy i witaminy B12 [7]. Można w prosty sposób ocenić czy dana kobieta jest narażona na depresję korzystając z geriatrycznej skali depresji (Geriatric Depression Scale), która nie uwzględnia objawów chorób somatycznych ani starzenia się zadając proste pytanie - czy kobieta jest zadowolona z życia. Do czynników ryzyka obniżenia nastroju w okresie menopauzy należą: bezsenność, stresujące wydarzenia życiowe, niewystarczające wsparcie społeczne, podwyższona masa ciała, palenie papierosów, depresja w wywiadzie, młodszy wiek [1, 7]. Niektórzy badacze wiążą wystąpienie zaburzeń depresyjnych u kobiet po menopauzie raczej z czynnikami psychospołecznymi aniżeli z niedoborem hormonalnym [11].

Zmiany w metabolizmie kolagenu w tkance łącznej powodują utratę elastyczność, powstawanie zmarszczek czy zwisanie skóry. W różnym stopniu obniżają się ściany pochwy, pojawiają się trudności w trzymaniu moczu [2, 9].

Po menopauzie nierogowaciejący nabłonek wielowarstwowy płaski w pochwie wobec braku lub niedoboru estrogenów ulega scieńczeniu, jest słabiej ukrwiony, zmniejsza się zawartość włókien mięśniowych i zwiększa się odkładanie tkanki tłuszczowej, śluzówka pochwy staje się atroficzna, sucha przez zmniejszone wytwarzanie śluzu, łatwo ulega podrażnieniu, może pojawić się także pieczenie czy dyspareunia [2, 3, 9, 13]. Zmiany w biocenozie pochwy przyczynić mogą się do pomenopauzalnego zapalenia pochwy [2]. Hipoestrogenemia po menopauzie wpływa na układ moczowy i objawia się nagłym parciem, nadmierną częstością mikcji, nokturią, nietrzymaniem moczu, nawracającymi zakażeniami układu moczowego, zaburzeniami statyki narządów płciowych [3]. Te objawy można niwelować za pomocą estrogenoterapii miejscowej (dopochwowo, donosowo, transdermalnie, domięśniowo) i systemowej (doustnej) [3, 8, 9, 10, 13, 14].

Preferowana jest terapia miejscowa, gdyż unika się wówczas efektów pierwszego przejścia przez wątrobę i jelita.

Osteoporoza czyli patologia układu kostnego charakteryzująca się obniżoną wytrzymałością kości, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem występowania złamań. Najczęściej występuje po menopauzie u kobiet rasy kaukaskiej choć notuje się ją też są u innych ras oraz u mężczyzn [6, 12, 15]. Osteoporoza jest bezobjawową chorobą przewlekłą do czasu wystąpienia złamania, które na stałe pogarsza ogólną sprawność takiej kobiety, a około 20% z nich umiera w ciągu 12 miesięcy od wystąpienia takiego incydentu [12].

Osteoporoza pomenopauzalna doprowadzająca do złamania dotyczy co drugiej kobiety po 50 roku życia. Najbardziej narażony na złamanie jest odcinek bliższy kości udowej, co nieraz obarczone jest zwiększonym ryzykiem zgonu. Według WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) o osteoporozie pomenopauzalnej mówi się wtedy, gdy gęstość mineralna kości (BMD- Bone Mineral Density) podawana w skali T lub Z (T-score lub Z-score) jest mniejsza lub równa 2,5 i wyraża BMD u kobiet po menopauzie w porównaniu ze stwierdzoną u przeciętnej zdrowej młodej kobiety. Z-score ocenia BMD w porównaniu z wartością uznawaną za normę dla osób w podobnym wieku, tej samej płci i rasy. Z-score jest uważana za mniej użyteczną [12, 15]. Do czynników zwiększających ryzyko złamań po menopauzie należy mała gęstość mineralna kości, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, mała masa ciała poniżej 57 kg, zaawansowany wiek, złamanie w wywiadzie rodzinnym u krewnego pierwszego stopnia, stosowanie kortykosteroidów [12]. Można używać również testów pomocniczych do identyfikacji kobiet wysokiego ryzyka. W profilaktyce zaleca się regularne wykonywanie ćwiczeń takich jak spacer, bieganie, aerobik, ćwiczenia równowagi i stabilności [15]. National Osteoporosis Foundation (NOF) zaleca wdrażanie leczenia u wszystkich kobiet z T-score < -2.0 oraz u tych z Tscore < 1.5 z co najmniej jednym z wymienionych czynników ryzyka [12].

Wystąpienie krwawienia po menopauzie jest przyczyną bezpośredniego zgłoszenia się pacjentki do lekarza ginekologa na konsultację. Ta konsultacja polega przede wszystkim na zebraniu wywiadu, badaniu we wziernikach i palpacyjnym, a także wykonaniu ultrasonografii sondą dopochwową oraz wydaniu opisu tej konsultacji wraz ze skierowaniem do szpitala celem zabiegu diagnostyczno-leczniczego jakim jest wyłyżeczkowanie jamy macicy. Materiał pobrany w wyniku tego zabiegu jest przesyłany na badanie histopatologiczne, które ma wykluczyć przede wszystkim raka i atypowe rozrosty błony śluzowej macicy. Prawdopodobieństwo obecności nieprawidłowych komórek rośnie z wiekiem, zwłaszcza

u kobiet otyłych. Zdarzają się również krwawienia z dróg rodnych po menopauzie w wyniku zmian łagodnych jak atrofia błony śluzowej pochwy, polip szyjki macicy, polip jamy macicy, mięśniak podśluzówkowy lub krwawienie z polipa zewnętrznego ujścia cewki moczowej [4]. Krwawienie po menopauzie może nastąpić podczas próby wprowadzenia wziernika w czasie badania ginekologicznego [9]. Należy pamiętać, że każdy przypadek nieprawidłowego krwawienia z dróg rodnych po menopauzie powinien być zdiagnozowany.

Biorąc pod uwagę duży wpływ zwyczajów i zachowań kobiety po menopauzie, istotne staje się promowanie aktywnego zdrowego stylu życia z uwzględnieniem odpowiedniej diety dostosowanej do potrzeb kobiety, regularnego korzystania z badań skriningowych i profilaktycznych (badania laboratoryjne jak oznaczenie poziomu homocysteiny, oznaczenia markerów czy cytologia, ultrasonografia, mammografia, badanie densytometryczne kości), co ułatwia wcześniejsze wykrywanie chorób i daje szansę na szybsze rozpoczęcie leczenia, a co za tym idzie znacznie poprawia jakość i długość życia wraz z sytuacją ekonomiczną.

Piśmiennictwo

1. Bielawska-Bartorowicz E.: Menopauza - podstawowe pojęcia. Psychologiczne aspekty menopauzy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, wyd. I, rozdział 1, 1338.
2. Pertyński T.; Stachowiak G.; Menopauza jako czynnik ryzyka nietrzymanie moczu u kobiet. Rozdział 10, Nietrzymanie moczu u kobiet - patologia. diagnostyka. leczenie, wyd. II pod red. Rechberger T.; Jakowicki J. A.; wydawnictwo BioFolium, Lublin, 2005, 95105.
3. Rechberger T; Kulik Rechberger B.; Zmiany zanikowe w narządzie moczowo-płciowym kobiety-terapeutyczne zastosowanie estriol. Gin. po Dypl. 2004, 6, 5, 4145.
4. O'Gorman T.; Hollingworth T.; Krwawienie po menopauzie. Gin. po Dypl. 2009, 11, 4, 5663.
5. Bednarek-Tupikowska G., Tupikowski K., Bidzińska B., Kuliczowska J., Filus A., Milewicz A.: Wpływ niedoboru estrogenów, leczenia estrogenowego i estro-progestagenowego na stężenie homocysteiny i nadtlenków lipidów u kobiet po menopauzie. Gin. Pol. 2005, 76, 9, 687692.
6. Seremak-Mrozikiewicz A., Drews K., Bartkowiak-Wieczorek J., Kurzawińska G., Pieńkowski W., Spaczyński M. Mrozikiewicz PM.: Znaczenie polimorfizmu PvuII genu receptora estrogenowego a w grupie kobiet po menopauzie z osteopenią oraz osteoporozą. Gin Pol., 2005, 76, 9, 679686.

7. Santoro N. F; Skaznik-Wikiel M. E.; Leczenie zaburzeń nastroju i pamięci w okresie menopauzy. *Gin. po dypl.* 2015, 17, 1, 1318.
8. Szamatowicz M.: Skuteczność i tolerancja pulsacyjnej terapii estrogenowej u kobiet z objawami menopauzy. *Wyniki Polskiego badania wieloośrodkowego. Gin. Pol.*, 2005, 76, 3, 245251.
9. Kotarski J., Nowak-Markwitz E., Poręba R., Rechberger T., Tomaszewski J.: Stanowisko zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie dopochwowego zastosowania estradiol (Vagifem) w schorzeniach uroginekologicznych. *Ginekol Pol.* 2008, 79, 1, 6977.
10. Binkowska M., Debski R., Paszkowski T., Sendrakowska M., Zgliczyński W.: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy na temat Hormonalnej Terapii Menopauzy - Stan wiedzy grudzień 2013. *e-medycyna.pl* Styczeń 2014, 110.
11. Walaszek P., Mazur P., Płachta Z., Adamiak A., Azizi I., Rechberger T.: Stan hormonalny, czy uwarunkowania Psychospołeczne są przyczyną zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie klimakterium? *Gin. Pol.*, 2005, 76, 10 788798.
12. Wehren L. E; Siris E. S.: Leczenie osteopenii i osteoporozy. *Gin. po dypl.* 2004, 5, 5, 1222.
13. Skrzypulec-Plinta V., Dębski R., Paszkowski T., Poreba R., Droszol-Cop A., Wpływ dopochwowej niehormonalnej terapii zawierającej kwas hialuronowy, glikogen i kwas mlekowy na życie seksualne i nasilenie zmian atroficznych sromu i pochwy u kobiet po menopauzie. *Gin. Pol. Med. Project* 2014, 1, 31, 18.
14. Paszkowski T., Czajkowski K., Pawełczyk L., Pertyński T., Spaczyński M., Warenik-Szymankiewicz A.: Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie miejsca progesteronu we współczesnej ginekologii i położnictwie. *Przegląd Menopauzalny* 2004, 6, 16, 1617.
15. Thacker H., Tough K; Osteoporoza - postępowanie dopasowane do sytuacji. *Gin. po dypl.* 2012, 14, 2, 4756.

Adres do korespondencji:

Bernice Folake Taiwo

Zespół Opieki Zdrowotnej w Złotorii

ul. Hoża 11, 59-500 Złotoria

Tel: 660918091

e-mail: berdocare@yahoo.co.uk

Zaakceptowano do druku: 01-09-2016 r.

Prawidłowe funkcjonowanie jelit i właściwe żywienie gwarancją zdrowia

Proper bowel functioning and relevant diet guarantee health

mgr Iwona Bejster

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
Policealna Szkoła Farmaceutyczna w Świdnicy

Streszczenie

„Wszystkie choroby zaczynają się w jelitach”
/Hipokrates/

Już 2000 lat temu ojciec medycyny, Hipokrates, dostrzegł, iż wiele chorób swój początek bierze na skutek nieprawidłowej pracy jelit. Rosyjski biolog i zarazem laureat nagrody Nobla, Ilija Miecznikow stwierdził zaś, iż „Śmierć zaczyna się w jelicie” [1]. Zarówno w jednym, jak i w drugim stwierdzeniu kryje się wiele prawdy, a najnowsze badania naukowe coraz częściej dowodzą, że prawidłowo funkcjonujące jelita są podstawą zdrowego i długiego życia oraz wpływają na samopoczucie fizyczne i psychiczne organizmu ludzkiego. Wszelkiego rodzaju odchylenia i zaburzenia w ich pracy skutkują wieloma chorobami kiedyś nigdy nie wiązanych z pracą układu trawiennego. Zauważa się coraz więcej doniesień związanych z rolą układu pokarmowego, zaburzeń ciągłości bariery jelitowej, co skutkuje odpowiedzią zapalną ze strony organizmu i w następstwie przyczynia się do rozwoju wielu chorób przewlekłych. Są to między innymi: choroby zapalne jelit, cukrzyca typu 1, zaburzenia obsesyjno - kompulsywne (np. autyzm, depresja), astma, alergie [2] czy też otyłość, trądzik a nawet ADHD u dzieci [3]. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie i przybliżenie zagadnień związanych z pracą układu trawiennego, w szczególności jelit, oraz ich roli i powiązania z układem immunologicznym; a także przyjrzenie się jednemu z kluczowych czynników wpływających na prawidłową pracę układu trawiennego – diecie.

Słowa kluczowe: jelita, zaburzenie ciągłości bariery jelit, mikroflora, dieta

Abstract

2000 years ago, the father of medicine, Hippocrates, noticed that many diseases started as a result of abnormal bowel function. Russian biologist and Nobel laureate, Ilija Mechnikov stated that "Death begins in the colon" [1]. A lot of truth is hidden in both statements. The latest scientific research increasingly shows that properly functioning intestines are the basis for healthy and long life, and affect the physical and mental well-being of the human body. Different kinds of deviations and malfunctions result in diseases sometimes not associated with the work of the digestive system. It is noted that increasing number of reports regarding the role of gastrointestinal disorders in continuity of the intestinal barrier, which results in an inflammatory response by the organism and subsequently contribute to the development of many chronic diseases. These include: inflammatory bowel diseases, type 1 diabetes, obsessive-compulsive disorder (e.g. autism, depression), asthma, allergies [2], or obesity, acne and even ADHD in children [3]. The purpose of this study is to present and familiarize the issues related to the work of the digestive tract, particularly the intestines, and their role and relationship with the immune system; and a look at one of the key factors affecting the proper functioning of the digestive system - diet.

Keywords: bowels, disorder in continuity of the intestinal barrier, microbiota, diet

Układ pokarmowy jest systemem połączonych funkcjonalnie narządów, które zapewniają dostarczanie organizmowi odpowiednich ilości niezbędnych do życia składników odżywczych oraz wody. W celu umożliwienia przyswojenia składników pokarmowych muszą one zostać poddane procesowi trawienia w czasie którego wielkocząsteczkowe organiczne związki chemiczne ulegają rozłożeniu na ich proste składniki budulcowe. Funkcjonowanie układu pokarmowego można podzielić na kilka powiązanych ze sobą i skoordynowanych czynności:

- rozdrabnianie pokarmu – zachodzące w jamie ustnej,
- perystaltyka – umożliwiająca przesuwanie treści pokarmowej wzdłuż przewodu pokarmowego,
- absorpcja – wchłanianie substancji,
- czynności układu krążenia – krążenie krwi, chłonki oraz układ wrotny,
- regulacja powyższych funkcji za pomocą układu nerwowego oraz hormonalnego [4].

Przewód pokarmowy jest podzielony na odcinek górny: jamę ustną, gardło, przełyk, żołądek, dwunastnicę oraz odcinek dolny: jelito czcze, jelito kręte, jelito grube i odbył [5]. Sprawne funkcjonowanie układu trawiennego jest możliwe po przejściu pożywienia przez każdą z w/w części włącznie z pracą ślinianek, wątroby i trzustki. Począwszy od jamy ustnej poprzez kolejne odcinki przewodu pokarmowego pokarm jest rozdrabniany i rozkładany na coraz mniejsze cząstki. Na potrzeby niniejszego opracowania dokładniej zostanie opisana praca dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Jelito cienkie, bo tu właśnie następują najważniejsze czynności trawienne, to narząd niezwykle istotny dla utrzymania prawidłowego zdrowia człowieka, chociażby ze względu na jego powierzchnię wynoszącą ok. 600 m² [2]. Jego długość to około 4-6 m. Jest to główne miejsce trawienia i wchłaniania substancji odżywczych. Jelito cienkie dzieli się na dwunastnicę (25 -30 cm), gdzie uchodzą ujścia przewodu żółciowego i trzustkowego, jelito czcze (2-5 m) oraz jelito kręte – końcowy odcinek w którym zachodzą bardzo ważne procesy wchłaniania [6].

W jelicie cienkim panuje zasadowe pH w przeciwieństwie do żołądka; sprzyjające trawieniu i absorpcji składników pokarmowych. Błona śluzowa jest obficie pofałdowana, pokryta tysiącami kosmków jelitowych, znacznie zwiększających powierzchnię wchłaniania. Gdyby nie fałdy jelitowe, człowiek do sprawnego przebiegu procesów trawienia potrzebowałby jelit o długości 18 metrów [7]. Jelito czcze i kręte są zawieszane na krezce, przez którą dochodzą naczynia krwionośne, limfatyczne oraz nerwy. W każdym kosmku jelitowym znajduje się maleńkie naczynie krwionośne, które łącząc się z pozostałymi uchodzi do wątroby, gdzie następuje rozpoznanie poszczególnych substancji pod kątem ich ewentualnej toksyczności. Pod względem chemicznym jelita są organem najbardziej przypominającym mózg – wynika to stąd, iż stosowane przez oba narządy neurotransmitery i hormony są zdumiewająco podobne. Sieć neuronalna w ludzkim układzie pokarmowym bywa czasami nazywana „drugim mózgiem”. Sygnały wysyłane przez przewód pokarmowy trafiają do rozmaitych obszarów mózgu: do wyspy, układu limbicznego, kory przedczołowej, ciała migdałowatego, hipokampu oraz do przedniego zakrętu kory obręczy. Obszary te są w kolejności odpowiedzialne za – generowanie poczucia własnego „ja”, przetwarzanie emocji, ocenę moralną, odczuwanie lęku, pamięć czy motywację. Nie znaczy to jednak, iż jelita są odpowiedzialne za ludzkie osądy moralne, mają jednak możliwość by na nie wpływać [7, 8]. Nerwem mającym największe znaczenie jest tutaj nerw błędny; najszybszy szlak prowadzący z jelit do mózgu, biegnący od mózgu wzdłuż przełyku, płuc, serca i przepony. Jego stymulacja impulsem elektrycznym wywo-

luje pozytywne odczucia lub strach; od roku 2010 w Europie jego pobudzenie jest uznane za oficjalną metodę terapeutyczną w depresji [7].

Kolejnym odcinkiem przewodu pokarmowego jest jelito grube długości 1,5 m dzielące się na jelito ślepe (kątnicę), okrężnicę i odbytnicę[8]. Jelito grube ma charakterystyczną budowę – jego ściany są pofałdowane i pozagłębiane z podłużną taśmą. Od kątnicy odchodzi wyrostek robaczkowy o długości ok. 7 cm. do niedawna uznawany za narząd szczątkowy i niezbyt potrzebny. To błąd, bowiem składa się on niemal wyłącznie z odpornościowej tkanki chłonnej i pełni funkcje ochronne przed ewentualnymi patogenami. W roku 2007 amerykańscy naukowcy Bollinger i Parker postawili tezę, iż w wyrostku robaczkowym znajduje się starannie wyselekcjonowany zbiór bakterii najkorzystniejszych dla człowieka. W przypadku np. biegunki, w czasie której wiele pożytecznych mikrobow wydo staje się na zewnątrz, bakterie z wyrostka zasiedlają „wyludnione” miejsca umożliwiając tym samym osiedlenie się patogenom w błonie śluzowej jelit [7].

Okrężnica jest magazynem treści jelitowej, z której nadal odbywa się resorpcja wody i elektrolitów, ale już tylko w małych ilościach. Skurcze mięśni są stosunkowo nieregularne, a kilka razy w ciągu dnia występują charakterystyczne skurcze masowe, powodujące obkurczenie się jelita o około 20 cm i przesunięcie tym samym mas kałowych w kierunku odbytu. Pasaż resztek pokarmowych przez jelito grube zajmuje 10-12 godzin, a ruch w jednym kierunku zapewniają pierścienie mięśniowe, pełniące funkcję zastawek. W odbytnicy o długości 20 cm gromadzą się wszystkie resztki pokarmowe, uboczne produkty przemiany materii i substancje toksyczne, formując ostatecznie masy kałowe, by ulec następnie wydaleniu przez odbyt. Odczyny chemiczne środowisk poszczególnych odcinków okrężnicy różnią się pomiędzy sobą, umożliwiając utrzymanie przy życiu zróżnicowanych gatunków przyjaznych bakterii o niezwykłych właściwościach [9]. Kolonizacja bakteriami ciała ludzkiego rozpoczyna się w momencie porodu (nie bez znaczenia jest tu zatem sposób rozwiązania ciąży). Jest to flora bakteryjna pochwy (prawie połowa z nich to *Lactobacillus*), jelit matki, skóry i osób przyjmujących dziecko na świat. Karmienie piersią stymuluje np. rozwój bakterii *Bifidus*. Zauważono, iż dziecko, które w pierwszym roku życia otrzymało zbyt mało tychże bakterii jest o wiele bardziej zagrożone otyłością w przyszłości. W ciągu życia osobniczego na skład mikroświata jelit wpływ mają również styl życia, dieta, oddziaływanie samych mikroorganizmów, choroby czy osoby z którymi człowiek się styka [7]. Masę mikrobioty w ludzkim ciele szacuje się na około dwa kilogramy. Sam przewód pokarmowy jest miejscem bytowania dla około stu bilionów bakterii. Jest to ponad tysiąc gatunków bakterii, głównie Firmicutes i Bacteroides

(Proteobacteria i Actinobacteria w mniejszym stopniu), ale również grzybów i wirusów. Ciało ludzkie to miejsce koegzystencji wielu organizmów o niezwykłych cechach. W tym kontekście również nieco przestarzałe wydaje się – wychodzące już z użycia – pojęcie flory bakteryjnej, na określenie tak złożonej pod względem biologicznym i wielofunkcyjnej struktury, jaką jest mikrobiota [10]. Wiedza na temat bogactwa i znaczenia ludzkiej mikrobioty rozwijała się bardzo dynamicznie w ciągu ostatnich kilku lat wraz z rozwojem biologii molekularnej. Szczególnie dużo uwagi w pracach badawczych poświęcono mikrobiocie jelit, ze względu na ich istotne znaczenie dla zdrowia i fizjologii człowieka. Do metabolicznych funkcji mikrobioty zalicza się rozkład i fermentację niestrawionych resztek pokarmowych, rozkład toksyn i karcynogenów, produkcję witamin z grupy B i witaminy K, wytwarzanie i magazynowanie energii w formie kwasów tłuszczowych, wykorzystywanych przez organizm m.in. do wzrostu i różnicowania enterocytów oraz komórek nabłonka jelita grubego. Wpływają także na gospodarkę mineralną, pobudzając absorpcję z jelita grubego jonów wapnia, żelaza i magnezu. Mikrobiota kontroluje także ciągłość nabłonka jelit, dba o motorykę przewodu pokarmowego i za utrzymanie homeostazy układu immunologicznego [2, 7]. Ogromna większość komórek układu immunologicznego (ok. 80%) znajduje się w jelitach. Tkanka limfatyczna przewodu pokarmowego tworzy wysoce wyspecjalizowany system odpornościowy zwany układem GALT (ang. gut associated lymphoid tissue). Są to zorganizowane kompleksy komórkowe (kępki Peyera i samotne grudki chłonne), rozproszone komórki (limfocyty T i B, makrofagi, komórki dendrytyczne) oraz limfocyty śródnabłonkowe. Jelita to główne źródło przeciwwzpalnych limfocytów T i tzw. limfocytów Treg. regulujących odpowiedź immunologiczną. To właśnie one odgrywają istotną rolę w rozwoju chorób autoimmunologicznych. Mikrobiota pobudza też makrofagi, enterocyty do produkcji mediatorów przeciwwzpalnych oraz jelitowe komórki NK. Bakterie jelitowe znacząco więc wpływają na rozwój i dojrzewanie układu immunologicznego sprawując kontrolę nad jego funkcją przez całe życie [15]. Bakterie jelitowe to jedne z pierwszych antygenów z którymi ma do czynienia układ immunologiczny i poniekąd to właśnie dzięki nim może „trenować” swoją aktywność. Według naukowców wzrost zachorowań na depresję, choroby alergiczne i niektóre choroby autoimmunologiczne może być związany z zaburzoną immunoregulacją jako następstwo niedostatecznej ekspozycji na niektóre mikroorganizmy i pasożyty, które prawidłowo stymulują dojrzewanie ludzkiego układu immunologicznego [2]. Eubiotyczne bakterie chronią także przed nadmiernym rozwojem mikroorganizmów egzogennych takich jak *Escherichia coli*, bakterie z rodzaju *Clostridium*, *Salmonella*

czy Shigella. Produkowane przez mikrobiotę liczne neurohormony (serotonina, melatonina, GABA, katecholaminy, histamina, acetylocholina) biorą udział w komunikacji w obrębie osi jelitowo-mózgowej i poprzez nią wpływają na funkcje np. mózgu i zachowanie [2,10]. Wszelkie zaburzenia w składzie i ilości flory bakteryjnej jelit (dysbioza) skutkują rozwojem stanów zapalnych i są przyczyną wielu chorób przewlekłych, poza wspomnianymi wyżej, także: zapalenie jelita, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, rak jelita i inne. Do zaburzeń składu mikrobioty może dojść na skutek antybiotykoterapii (czasami potrzeba 2 – 6 miesięcy na regenerację kolonii bakteryjnych), stresu, nadmiaru alkoholu, stosowania niesterydowych leków przeciwzapalnych, cytostatyków, immunosupresantów, niewystarczającej ilości błonnika w diecie, żywienia typu fast – food, pożywienia obfitego w barwniki, konserwanty czy zanieczyszczonego ciężkimi metalami lub toksynami [3, 7, 10].

W prawidłowo funkcjonujących jelitach komórki wyścielające wnętrze przewodu pokarmowego ściśle do siebie przylegają co zapobiega przenikaniu toksyn, nieprzetrawionych cząsteczek pożywienia i kału do światła jelita. Jeśli dojdzie do osłabienia ścisłych połączeń między enterocytami, zaburzona zostanie flora jelitowa i uszkodzone zostaną same enterocyty - powstanie dysfunkcja bariery jelitowej, i translokacja do krwi bakterii G-ujemnych oraz reakcja immunologiczna na ich lipopolisacharydy (LPS). Powyższe zjawisko to tzw. zespół jelita przesiąkliwego (ang. leaky gut syndrom) jeden z czynników prowadzących do uogólnionego odczynu zapalnego. LPS to tzw. endotoksyny, czyli substancje stymulujące silną reakcję immunologiczną po przeniknięciu przez ścianę jelita i wniknięciu do krwioobiegu. Niestrawione lub nie w pełni strawione cząstki pożywienia przy nieszczelnej barierze jelitowej wywołują fizjologiczną reakcję układu immunologicznego na szkodliwe patogeny. Pokarm tolerowany dotychczas, przestaje takim być, staje się antygenem i uruchamia odpowiedź antygen – przeciwciała, co przyczynia się do rozwoju alergii pokarmowej. Powstałe kompleksy aktywują układ dopełniacza. Dochodzi do migracji fagocytów niszczących te kompleksy [1, 2, 11]. Mogą one aktywować układ immunologiczny w miejscu ich tworzenia lub przemieszczać się wraz z krążeniem i osadzać się np. w splocie naczyniówkowego OUN, w ścianach naczyń krwionośnych, w błonie maziowej stawów, błonie podstawnej kłębuszków nerkowych [2]. Zostają także uwalniane cytokiny prozapalne, duże ilości wolnych rodników i proteaza. Na skutek ustawnego przebywania kompleksów immunologicznych w tkankach i organach dochodzi do miejscowych stanów zapalnych z niszczeniem tkanki zmienionej zapalnie co zapoczątkowuje rozwój chronicznych dolegliwości. Statystyki są za-

trwającą, na skutek głębokiej nierównowagi ekosystemu jelit, lawinowo rośnie liczba osób zapadających na zespół jelita drażliwego czy raka jelita grubego. Jak rozpoznać dysbiozę? Z uwagi na mnogość schorzeń przewlekłych przez nią wywoływanych a opisanych powyżej, również lista objawów jest niemała. Dysbioza często przebiega przewlekle, podstępnie i manifestuje się bardzo rozmaicie. Należy ją podejrzewać wtedy, gdy zaistnieją czynniki o których wspomniano wcześniej oraz pojawią się objawy takie jak: bóle brzucha, wzdęcia, nudności, nieregularne wypróżnienia, biegunki zamiennie z zaparciami; ale także nawracające zakażenia układu oddechowego i zakażenia drożdżakowate, szybkie męczenie się, niedokrwistość, schorzenia oczu, pęcherza moczowego, dolegliwości bólowe ze strony żołądka, wątroby, nerek, kręgosłupa, głowy oraz bóle reumatoidalne, zaburzenia miesiączkowania czy nowotwory [12, 13]. Flora eubiotyczna dzięki umiejętności neutralizowania wielu toksyn jest w stanie poradzić sobie z wieloma z nich, które dostają się do przewodu pokarmowego, jednak współczesny styl życia, sposób odżywiania przewyższają możliwości naprawcze bakterii jelitowych. Najczęściej są to toksyny pochodzące z leków i chemii spożywczej: konserwantów, substancji zapachowych oraz barwników, szczególnie obficie występujących w słodyczach [12]. Również w słodyczach znajdują się nasycone tłuszcze pochodzące z mleka negatywnie wpływające na bakterie jelitowe nawet przez okres sześciu miesięcy od spożywania bogatej w nie diety – tak twierdzą naukowcy z University of Chicago. Pobudzają one także proliferację bakterii *Bilophila wadsworthia*, patogenu odpowiedzialnego za stan zapalny jelita. Toksyny i zanieczyszczenia zawarte w pożywieniu są szczególnie niebezpieczne dla młodego, rozwijającego się organizmu. Obecne dowody wskazują na to, iż pewne pokarmy czy właśnie dodatki do żywności ściśle korelują z rozwojem alergii czy zaburzeń uwagi i pobudzenia u dzieci (ADHD)[14]. Stosowane w przemyśle spożywczym barwniki mogą wywoływać zmiany na skórze, zaburzenia oddychania, bezsenność i zaparcia oraz powodować wahania ciśnienia krwi. Tylko nieliczne środki konserwujące nie wywierają negatywnego wpływu na organizm ludzki, i tak dla przykładu kwas benzoesowy wraz z pochodnymi (E 210 – E 218) mogą powodować bezsenność, nadaktywność, astmę, pokrzywkę; dwutlenek siarki – podrażnienia przełyku i napad astmy; azotany – zmieniają obraz erytrocytów, powodują nowotwory (szczególnie raka żołądka). Azotany jako środki konserwujące czy nawozy sztuczne występują np. w sałacie, rzodkiewce, buraku, kapuście, marchwi czy kalafiorze. Pod wpływem flory bakteryjnej mogą ulegać redukcji do azotynów które łącząc się z aminami drugo- i trzeciorzędowymi tworzą N – nitrowiązki o silnym działaniu nowotworogennym[16, 17]]. Czego jeszcze unikać? Sło-

dyczy, barwionych płatków zbożowych, napojów gazowanych, ciast z proszku [14].

Około 60 lat temu doszło do ogromnej zmiany codziennego jadłospisu człowieka. Wraz ze wzrostem poziomu życia społeczeństw, rozwojem gospodarczym głównym składnikiem pożywienia stało się mięso, warzywa przestały mieć znaczenie. Taka zmiana diety – zdaniem profesora biochemii T. Colina Campbella, biochemika klinicznego z Uniwersytetu Cornell, sprawiła, iż organizmowi ludzkiemu zaczęło brakować wielu niezbędnych składników co doprowadziło do permanentnego niedożywienia i w konsekwencji wzrostu zachorowań na choroby przewlekłe (jedna z teorii nowotworzenia uznaje totalną awitaminozę jako przyczynę rozwoju nowotworów)[18]. Problemy zdrowotne współczesnego człowieka ściśle związane są także z nadwyżką energetyczną dostarczaną wraz z pożywieniem. Wg Keys, Virtanena i innych, w krajach o dużej podaży energii (USA, Anglia) miażdżyca naczyń występuje pięć razy częściej niż w tych, gdzie podaż ta jest mniejsza (Indie, Japonia). Równie ważnym czynnikiem są też składniki pożywienia, przede wszystkim ich ilość i jakość. Głównym problemem jest tu nadmierne spożywanie węglowodanów i toksycznych tłuszczów. Ponad 80% przetworzonych produktów spożywczych dostępnych w marketach amerykańskich zawiera cukier. Wg profesora Michała Tombaka biały, rafinowany cukier to chyba najbardziej niebezpieczny produkt naszego wieku. Spożywany w nadmiarze wypłukuje z organizmu wapń i szereg innych mikroelementów przyczyniając się tym samym do rozwoju próchnicy, niedokrwistości, otyłości; ponadto podrażnia śluzówkę żołądka, niszczy błonę śluzową jelit, zaburza równowagę flory bakteryjnej jelit przyczyniając się do kandydozy układu pokarmowego oraz zaburza proces trawienia i wypróżniania. Wyżej wspomniane badania epidemiologiczne (Keys i Virtanen) wykazują także, iż w diecie mieszkańców Stanów Zjednoczonych udział tłuszczów w diecie stanowi 37-40% (głównie są to nasycone kwasy tłuszczowe), zaś w diecie Japończyków czy Hindusów jest to tylko 10% (nienasycone kwasy tłuszczowe). Szczególnie niebezpieczne, bo odpowiedzialne między innymi za rozwój nowotworów są tłuszcze wielokrotnie podgrzewane, zjełczałe, tłuszcze trans. Nienasycone kwasy tłuszczowe typu trans to przemysłowo utwardzone izomery tłuszczów roślinnych. Spożywanie ich w dużych ilościach zwiększa wzrost zachorowania na raka jelita grubego nawet o 86% i przyczynia się do rozwoju wielu innych chorób przewlekłych [7, 13, 17, 19, 20, 21, 22]. Należy więc unikać produktów w nie obfitujących czyli: wszelkie słone przekąski typu chipsy, krakersy, paluszki; słodczyce – pączki, ciasta, ciastka, produkty czekoladowe; fast-foody, frytki (również ze względu na akrylamid), proszkowane zupy,

sosy, koncentraty, majonezy, margaryny twarde. W Polsce producenci żywności nie mają obowiązku podawania na etykiecie czy w produkcie znajdują się tłuszcze trans, niektórzy z nich stosują więc nieuczciwe zabiegi informując np., iż produkt zawiera tłuszcz „uwodorniony” bądź „częściowo utwardzony”. Takich produktów należy się wystrzegać [23]. Spożywane przez nas jedzenie nie służy tylko nam samym. Jemy również dla 100 bilionów bakterii, które są nieodłączną częścią naszego organizmu. To, których lokatorów decydujemy się nakarmić, ma ogromny wpływ na nasze zdrowie fizyczne i psychiczne [11]. Jakie produkty należy więc spożywać by, w przypadku dysbiozy – odbudować, a potem utrzymać prawidłowy skład flory bakteryjnej i jednocześnie wspomóc jej pracę? Już w początkach XX wieku, wspomniany wyżej Ilja Miecznikow zainteresował się mieszkańcami bułgarskich gór (w doskonałym zdrowiu dożywali setnych urodzin). Odbywali oni zawsze długą drogę z pastwisk do domu żywiąc się mlekiem krowim, które w trakcie tej wędrówki zsiadało się bądź zamieniało w jogurt. Swoje obserwacje opisał w książce pt. *The Prolongation of Life*, gdzie wyraził przekonanie, iż dzięki dobrym bakteriom człowiek może żyć dłużej i zdrowiej. Bakterie można znaleźć w produktach zwanych probiotykami czyli preparatach, które zawierają żywe kultury bakterii (nie są to niestety już takie bakterie jak te bułgarskie, ale mają podobne właściwości) wpływających na przywrócenie równowagi ekosystemu jelit. Są to najczęściej: *Lactobacillus bulgaricus*, *Lactobacillus rhamnosus*, *L. acidophilus*, *L. casei* Shirota, *Bifidobacterium bifidum*, drożdże probiotyczne *Saccharomyces boulardii*. Przy wyborze produktu probiotycznego niezmiernie ważna jest dawka wspomnianych bakterii, aby faktycznie mogły coś zmienić w ekosystemie jelit musi być ich ok. miliarda w jednej dawce. Ważny jest również dobór odpowiednich bakterii wynikający z odmiennego działania poszczególnych szczepów; niektóre z nich sprawniej kolonizują nabłonek jelit, inne mają większą aktywność antibakteryjną a jeszcze inne korzystnie działają na metabolizm i procesy trawienia. Probiotyki hamują wzrost i zabijają szkodliwe bakterie w jelitach poprzez produkcję substancji bakteriostatycznych i bakteriobójczych, konkurują z nimi o substancje odżywcze, swoją obecnością uniemożliwiają zasiedlenie nabłonka jelit. Chronią organizm przed patogenami takimi jak bakterie szczepu *Salmonella*, *Shigella* oraz *Clostridium*, *Helikobacter* lub drożdże *Candida albicans*. Są nieocenione w walce z biegunkami (szczególnie u dzieci), chorobami jelit, problemami z odpornością, nadwagą, zapaleniem stawów a nawet cukrzycą. Poprawiają ukrwienie jelit i ich perystaltykę. Gdzie szukać takich produktów? Najkorzystniej w pożywieniu, tym, które uległo procesowi fermentacji. I tak np. w Polsce są to jogurty bez dodatków, kefir, zsiadłe mleko, bryndza

z żywymi bakteriami kwasu mlekowego, niesterylizowane i bez dodatku octu: kiszona kapusta, ogórki kiszone, inne kiszonki; chleb na zakwasie. W Szwajcarii – ser żółty z dziurami, we Włoszech – salami i oliwki, a w Turcji – fermentowany napój mleczny ajran. Warto spożywać różne rodzaje takich pokarmów, aby zapewnić dużą różnorodność szczepów bakteryjnych. Jeśli flora jelitowa jest poważnie zaburzona (antybiotykoterapia, stres i inne) można skorzystać z gotowych preparatów dostępnych w aptece [7, 10, 19, 24, 25, 26]. Współczesne żywienie, a zwłaszcza duża dawka chemii spożywczej w diecie ograniczają namnażanie się bakterii probiotycznych, które energię do życia czerpią z trawienia wielocukrów roślinnych (fructooligosacharydy). Jeśli wraz z pożywieniem nie dostarczy się do organizmu odpowiedniej dawki warzyw, owoców czy kasz można doprowadzić do zagłodzenia kolonii bakterii probiotycznych i stopniowego ich zanikania ze wszystkimi tego konsekwencjami. Aby bakterie probiotyczne mogły przeżyć, wzrastać i prawidłowo funkcjonować potrzebują do swojego rozwoju nietrawionych przez organizm ludzki, niewrażliwych na enzymy trawienne substancji, które oddziałują korzystnie na organizm gospodarza poprzez selektywne stymulowanie wzrostu i aktywności bakterii jelitowych. Substancje takie noszą nazwę prebiotyków (połączenie probiotyku z prebiotykiem nosi nazwę synbiotyk) i mogą pochodzić z pożywienia, jak też są dostępne w postaci gotowych preparatów. Bakterie patogenne nie potrafią wcale wykorzystać prebiotyków lub czerpią z nich w tak niewielkim stopniu, że nie są w stanie ich wykorzystać do produkcji jakichkolwiek toksyn. Jednocześnie bakterie dobroczynne rosną w siłę i kolonizują coraz większą powierzchnię nabłonka jelit. Jednym z pierwszych i najlepszych prebiotyków dla człowieka jest mleko matki. Zawiera ono aż 15 gram niestrawnych oligosacharydów w jednym litrze. Prebiotykiem jest także błonnik, którego spożycie w krajach cywilizowanych jest stale zbyt niskie. Obecność błonnika w diecie sprawia, iż strawiony pokarm nie ma tak zbitej konsystencji i łatwo przechodzi przez przewód pokarmowy, pełni rolę swojego rodzaju „miotły” sprzyjając szybkiemu usuwaniu szkodliwych produktów, niszczy procesy gnilne i działalność bakterii uczestniczących w powstawaniu substancji rakotwórczych. Osoby spożywające 25 gramów błonnika dziennie mogą być aż o 3 lata młodsze niż wiek rzeczywisty od osób spożywających go tylko 12 gram (tyle spożywa błonnika przeciętny Amerykanin czy Brytyjczyk). Ideałem byłoby spożycie go 80 – 100 gram dziennie. Oligofruktoza czy inulina to rodzaje błonnika występujące w cykorii, cebuli, czosnku, liściach mniszka pospolitego, porze, ziemniakach, karczochach, szparagach, pszenicy (pełne ziarno), życie, owsie [7, 8, 11, 13, 26, 27]. Każdy człowiek ma inne potrzeby metaboliczne i to samo dotyczy szczepów

bakterii: każdy z nich wymaga różnych odmian błonnika. Dlatego też prawidłowy rozwój flory bakteryjnej zależy od stopnia zróżnicowania spożywanych przez nas warzyw, owoców i produktów pełnoziarnistych [11]. Jakich jeszcze zasad należy przestrzegać, aby cieszyć się dobrym zdrowiem? Należy jeść często i w niewielkich ilościach potrawy różnorodne, tak by zapewnić organizmowi wymaganych 60 składników pokarmowych dziennie. Podstawą diety powinny być warzywa, owoce i potrawy pełnoziarniste; ryby, fermentowane napoje mleczne, kiszonki, oleje roślinne, pestki nasion (słonecznik, dynia), jaja, drób pochodzący z upraw ekologicznych. Ważne jest aby spożywać pokarm wyhodowany w miejscu zamieszkania i najlepiej zgodnie z sezonem. Doskonałym produktem żywnościowym w Polsce dostępnym cały rok jest jabłko. Wschodnia mądrość mówi wręcz - One apple a day keeps the doctor away – tylko jedno jabłko dziennie może ochronić organizm przed wieloma dolegliwościami. Zawierają one kwasy organiczne (jabłkowy, cytrynowy, chinowy, bursztynowy i inne), cukry, w tym cukry proste: glukozę i fruktozę, błonnik, substancje pektynowe, witaminy i składniki mineralne, głównie potas, fosfor, wapń, sód, magnez i żelazo. Kwasom organicznym przypisuje się duże znaczenie dietetyczne, ponieważ działają na organizm alkalizująco. Pektyny wiążą niektóre metale ciężkie, oczyszczają organizm z resztek pokarmowych, regulują florę bakteryjną jelit i neutralizują substancje toksyczne. Regulują też perystaltykę jelit działając przeciw zaparciom [20, 26, 28].

Posiłki należy spożywać wolno, dokładnie je przeżuwać; do mózgu szybciej dojdzie informacja o uczuciu sytości i tym samym organizm przyswoi mniejszą ilość pożywienia. Mniej kalorii to mniejsze zagrożenie otyłością, zmniejszenie ilości przyswojonych toksyn i szansa na długowieczność [24, 13]. Zaniechaj obżarstwa. Pamiętaj, że dla żarłoków grób ziele trzy razy szerzej niż dla innych ludzi” /W. Shakespeare/. Do diety warto włączyć zioła, gdyż posiadają one niezwykle właściwości lecznicze, profilaktyczne wspomagając organizm we właściwym funkcjonowaniu, a w kontekście układu trawienia, również wiele z nich reguluje, tonizuje i poprawia pracę tego układu. Warto wspomnieć tu o mięcie, melisie, koprze, kminku, rumianku czy lawendzie. Doskonałe właściwości posiadają także natka pietruszki, rzeżucha, czosnek (niekwestionowany król roślin leczniczych), estragon, szczypiorek, lubczyk, imbir, gorczyca czy kurkuma [29, 30, 31]. A co z mięsem? Ostatnie badania pokazują, iż odpowiednio zrównoważona dieta wegetariańska może być najzdrowszym spośród znanych sposobów odżywiania. W ciągu 15 lat przeanalizowano wpływ diety na zdrowie przeszło 11 tysięcy ochotników (Oxford Vegetarian Study). Osoby jedzące mięso

są dwa razy bardziej narażone na śmierć w wyniku choroby serca, o 60% wzrasta u nich ryzyko śmierci w wyniku raka i o 30% rośnie ryzyko śmierci z powodu innych schorzeń [27]. Wciąż istnieje przekonanie, że bez białka zwierzęcego, a zwłaszcza mięsa, organizm ludzki nie będzie miał ani siły, ani energii. Faktycznie jest tak, iż białko nie tylko nie daje energii a wręcz ją odbiera. Na jego strawienie potrzeba aż 6 razy więcej energii niż na strawienie węglowodanów i 2,5 razy więcej niż na strawienie tłuszczów. Wiele energii wymaga także wydalanie odchodów, których po białkach jest bardzo dużo. Można podać tu przykład ze świata zwierząt: lew, stworzenie mięsożerne, do regeneracji sił potrzebuje 20 godzin snu na dobę, roślinożerny zaś orangutan tylko 6. Mięso nie zawiera błonnika i dlatego bardzo wolno przesuwa się przez przewód pokarmowy, gnieje, a powstała gnilna mikroflora hamuje funkcjonowanie tej korzystnej. Zmiana normalnej mikroflory bakteryjnej powoduje zaparcia. Pokarm roślinny zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób serca, udaru, otyłości, raka jelita grubego, raka piersi czy osteoporozy. Zawiera też niewielką ilość tłuszczów i dużą błonnika, co sprzyja profilaktyce chorób krążeniowych, nowotworom i usuwaniu niebezpiecznych toksyn z organizmu [28, 31]. Zdrowa, zbilansowana dieta z przewagą pożywienia roślinnego, bogatego w błonnik, antyoksydanty, mikro - i makroelementy sprawi, iż organizm ludzki będzie mógł cieszyć się długim i w pełni sprawnym życiem.

„Twoje pożywienie powinno być lekarstwem,
a twoje lekarstwo powinno być pożywieniem”

/Hipokrates/

Adres do korespondencji:

Iwona Bejster

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Policealna Szkoła Farmaceutyczna w Świdnicy

Niegoszów 20a, 58-125 Pszenno

e-mail: ibejster@gmail.com, tel.: 509015888

Zaakceptowano do druku: 01-09-2016 r.

Urazy stawu biodrowego w geriatric, zadania Zespołu Ratownictwa Medycznego

Hip injuries in geriatrics, emergencymedical Team tasks

mgr Joanna Kuka¹, mgr Paweł Juszyński², mgr Julita Juszyńska³

¹ 105 Kresowy Szpital Wojskowy Filia Żagań

² Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu

³ Wielospecjalistyczny Szpital w Zgorzelcu Ośrodek Fizjoterapii

Streszczenie

Osoby starsze bardzo często są narażone na wystąpienie urazu. Zwykle urazy te zlokalizowane są w obrębie stawu biodrowego. Do najczęstszych urazów należy złamanie kości udowej jak i zwichnięcie stawu biodrowego. Złamanie kości udowej najczęściej obejmuje złamanie bliższego końca kości udowej inaczej nazywane złamaniem szyjki kości udowej. Jest to całkowite lub częściowe złamanie w części tworzącej staw biodrowy. Zwichnięcie stawu biodrowego jest to uszkodzenie, w którym dochodzi do chwilowej bądź trwałej utraty kontaktu powierzchni stawowych ze sobą lub przemieszczenia kości w torebce stawowej – głowa kości udowej utraci kontakt z panewką w stawie biodrowym.

Złamanie szyjki kości udowej jak i zwichnięcie stawu biodrowego, są jednymi z najczęstszych urazów, jakie dotyczą osoby starsze, i z jakim spotyka się ratownik medyczny w swojej pracy w zespołach wyjazdowych. Ponad 50% tych urazów występuje u ludzi po 80 roku życia. Obecnie widać wzrost aktywności fizycznej u osób starszych, a co za tym idzie także wzrostu kontuzji. Osłabienie i zwiotczenie mięśni jak i choroba zwyrodnieniowa stawów często prowadzi w sporcie u osób starszych do zwichnięcia stawu biodrowego. Nawet pozornie niewinny upadek może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia osób starszych. Związane jest to z rozwijającym się procesem osteoporozy, która prowadzi do powstania patologicznych złamań. Powstałe złamania prowadzą do powstania bólu, zniekształcenia biodra, braku możliwości chodzenia. Ostre zakończenia odła-

mów kostnych mogą uszkodzić okoliczne tkanki i naczynia powodując powstanie masywnego krwiaka w przypadku złamania.

Urazy w obrębie stawu biodrowego stanowi istotny problem w udzielaniu pierwszej pomocy, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji osób starszy. Staje się ono często powodem ograniczenia samodzielności tych osób jak również w dużej mierze przyczynia się do pogorszenia jakości życia.

Słowa kluczowe: urazy u osób w podeszłym wieku, złamanie szyjki kości udowej, zwichnięcie stawu biodrowego.

Summary

Older people are often exposed to injuries. Usually this injuries are located within the hip joint. The most common injuries affecting the elderly, often met by paramedics, include: fracture of the femur (especially the neck of the femur) and hip dislocation. Injuries within the hip is an important problem requiring first-aid, treatment, care and rehabilitation. It often becomes a major reason restricting self-reliance and as well as largely contributing to their deteriorating quality of life.

Keywords: trauma in the elderly, fracture of the neck of the femur, hip dislocation.

Urazy u osób w podeszłym obciążone są większą liczbą powikłań i wyższą śmiertelnością. Spowodowane jest to wynikiem postępujących procesów starzenia się organizmu oraz chorobami towarzyszącymi, które niekorzystnie wpływają na rozpoznanie i przebieg leczenia. Odpowiednio rozpoznane uszkodzenie, odpowiednie zabezpieczenie i wdrożenie specjalistycznego leczenia mogą zwiększyć szanse przeżycia poszkodowanych w podeszłym wieku [6].

Upadki jak również towarzyszące im urazy osób starszych prowadzą do obciążenia zdrowotnego tych osób. Zaburzenia równowagi stanowią częstą przyczynę upadków, jak również zmiany chodu, zmiany w pochodzące z układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, labilny mechanizm kompensacyjny podczas lokomocji w środowisku stanowią kolejne czynniki zagrożenia upadkiem. Obecnie za przyczynę urazów uznaje się również wzrost aktywności fizycznej w postaci ćwiczeń u osób w podeszłym wieku [3].

W następstwie niekontrolowanych upadków seniorów dochodzi do różnego rodzaju urazów ortopedycznych, które często wymagają zabiegu operacyjnego. Jednym z takich urazów, a zarazem najczęściej spotykanym u osób w podeszłym wieku w pracy ratownika medycznego jest złamanie szyjki kości udowej jak i zwichnięcie stawu biodrowego.

Staw biodrowy jest jednym z największych stawów organizmu człowieka. Jest wieloosiowym stawem kulistym, o największej ruchomości.

W stawie biodrowym wykonujemy następujące ruchy:

W płaszczyźnie strzałkowej:

- prostowanie,
- zginanie.

W płaszczyźnie czołowej:

- odwodzenie,
- przywodzenie.

W płaszczyźnie poprzecznej:

- rotacja zewnętrzna
- rotacja wewnętrzna

Kombinacja ruchów, we wszystkich płaszczyznach:

- obwodzenie [1,11].

Anatomia stawu biodrowego

Staw biodrowy jest utworzony z głowy kości udowej oraz panewki stawu biodrowego. Obie te powierzchnie pokryte są chrząstką szklistą, która jest miękka i gładka, dzięki czemu zapewnia elastyczny ruch w biodrze. Resztę stawu wyścieła błona maziowa – maziówka. W błonie maziowej wytwarzany jest płyn, który sprzyja płynności ruchów w biodrze. Na szczycie głowy kości udowej znajduje się dołek gdzie przyczepia się więzadło utrzymujące głowę w panewce. Dodatkowo położenie głowy kości udowej w panewce wzmacnia warstwa okrężna. Jest to warstwa włókien oplatająca i obejmująca całą dookoła głowę kości udowej. Głowa kości udowej unaczyniona jest przez trzy tętnice. Cały staw jest otoczony ściśle torebką stawową [1].



Ryc. 1. Szczegółowa budowa stawu biodrowego [12]

Torebka stawowa wzmocniona jest bardzo silnymi więzadłami, których głównym zadaniem jest hamowanie nadmiernych ruchów kończyny. Są to:

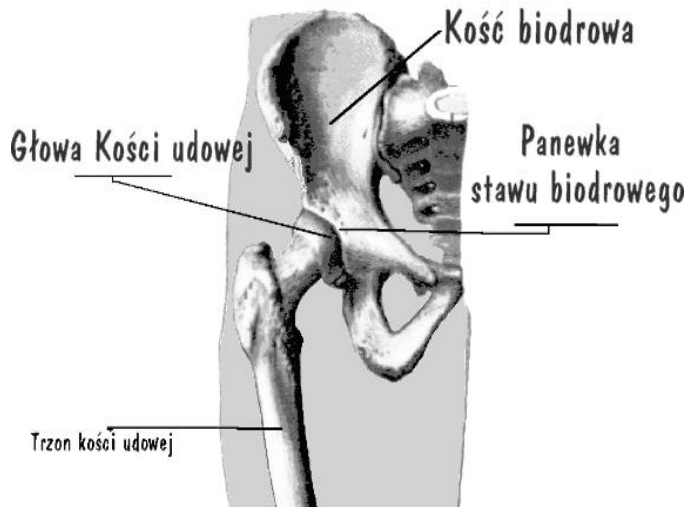
- więzadło biodrowo-udowe,
- więzadło łonowo-udowe,
- więzadło kulszowo-udowe.

Wewnątrz stawu biodrowego znajduje się mniejsze więzadło:

- więzadło głowy kości udowej.

Zwichnięcie stawu biodrowego

Zwichnięcie stawu biodrowego jest to uszkodzenie, w którym dochodzi do chwilowej bądź trwałej utraty kontaktu powierzchni stawowych ze sobą lub przemieszczenia kości w torebce stawowej. Głowa kości udowej traci kontakt z panewką. Urazowi temu może towarzyszyć uszkodzenie struktur wewnątrzstawowych – więzadeł, chrząstki stawowej, łąkotek, naciągnięcie bądź rozerwanie torebki stawowej oraz złamanie głowy kości udowej. W niektórych przypadkach może dojść do uciśnięcia tętnic lub nerwów w okolicy stawu biodrowego [1].



Ryc. 2. Budowa stawu biodrowego [13].

Przyczyny zwichnięcia stawu biodrowego

Najczęstsze przyczyn zwichnięcia stawu biodrowego u osób starszych:

- urazy związane z użyciem dużej, bezpośredniej siły (wypadki komunikacyjne, upadek),
- uraz podczas uprawiania sportu – zwiększona aktywność osób starszych,
- osłabienie i zwiotczenie mięśni stabilizujących staw,
- długie unieruchomienie,
- uszkodzenie powierzchni stawowych (zapalenia, choroba zwyrodnieniowa),
- nowotwory [6].

Objawy zwichnięcia stawu biodrowego

Objawy zwichnięcia obejmują:

- silny ból uniemożliwiający wykonanie ruchów,
- duża wrażliwość na dotyk,
- obrzęk i puchnięcie okolicy stawu,
- krwiak i zasinienie,
- rozerwanie torebki stawowej (w niektórych przypadkach),
- zniekształcenie obrysów stawu [1].

Złamanie szyjki kości udowej

Kość udowa jest największą kością w organizmie ludzkim. W przypadku złamania może dojść do wynacznienia do 800 ml krwi, co dla osób w podeszłym wieku może stanowić stan zagrożenia życia [4].

Postępowanie Zespołów Ratownictwa Medycznego w przypadku osób starszych ze złamaną szyjką kości udowej musi odbywać się w trybie pilnym i ważne jest, aby pacjent trafił jak najszybciej do szpitala.

Leczenie zależne jest od umiejscowienia złamania na szyjce oraz od jego rozległości. Najlepszym rozwiązaniem, które gwarantuje szybki powrót do zdrowia jest leczenie operacyjne. Wykonuje się zespolenie złamanych elementów kostnych śrubami lub gwoźdźmi lub zastępuje się uszkodzony fragment szyjki sztuczną endoprotezą stawu biodrowego [2,4].

Najczęściej złamania szyjki kości udowej u osób starszych powstają:

- w zimie, na śliskich nawierzchniach chodników,
- podczas kąpieli,
- wyniku upadku ze schodów,
- na powierzchniach płaskich w domu,
- w wyniku upadku z łóżka [2,4].

Czynniki, które zwiększają ryzyko złamania szyjki kości udowej:

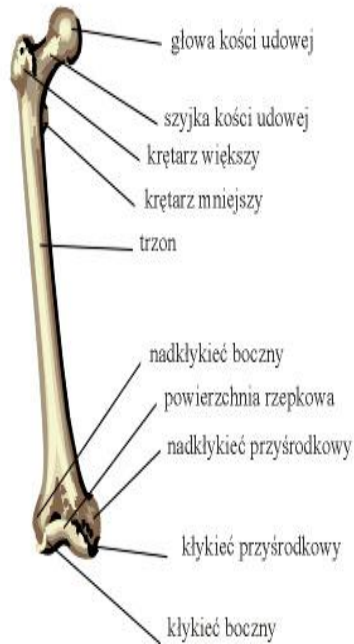
- osteoporoza,
- nowotwory kości,
- przyjmowanie leków obniżających odporność (np. leki sterydowe),
- wrodzona kruchość i łamliwość kości,
- zaburzenia gospodarki hormonalnej,
- złe odżywianie (szczególnie niedobory wapnia i białka),
- brak aktywności fizycznej [2,4].

Anatomia kości udowej

Kość udowa zbudowana jest z głównych elementów, które są ustawione pod odpowiednim kątem względem pozostałych. Od góry, na szczycie znajduje się głowa kości udowej - fragment prawie kulisty, który jest osadzony w stawie, dzięki takiej budowie pozwala na duży zakres ruchu w wielu płaszczyznach. Głowa połączona jest z szyjką kości udowej, która jest nachylona względem pionu o około 45 stopni. Następnie, szyjka przechodzi w trzon kości udowej, który nachyla się względem szyjki o około 126 stopni. W związku z taką budową ani

szyjka, ani trzon nie przenoszą obciążenia w najbardziej korzystny osiowy sposób, tylko pod kątem. Kość udowa zakończona jest nasadą, która stanowi element stawu kolanowego [5].

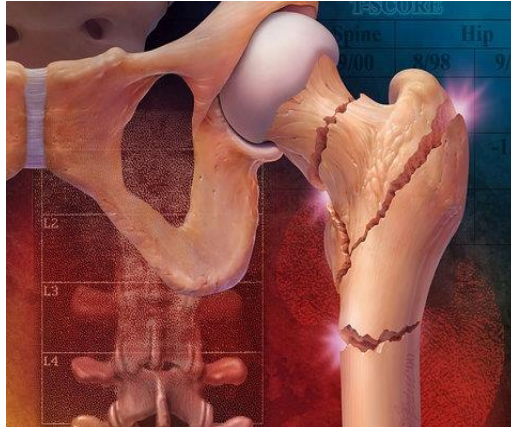
KOŚĆ UDOWA - POWIERZCHNIA PRZEDNIA



Ryc. 3. Budowa kości udowej [8].

Podział złamań nasady górnej kości udowej:

- złamanie międzykrętarzowe,
- złamanie podkrętarzowe,
- złamanie trzonu kości udowej [5].



Ryc. 4. Podział złamań nasady górnej kości udowej [9].

Złamanie szyjki kości udowej

Budowa tej kości sprawia, że obciążenia, które przenosi kość, utrzymują ją w ciągłym napięciu. Jeśli do tego napięcia zostanie dołożona siła boczna, do której dojdzie w wyniku upadku na bok, dochodzi do złamania szyjki. Powoduje to, że część szyjki połączona z głową oraz część szyjki połączona z trzonem kości udowej przestają być ze sobą połączone. Szczelina złamania najczęściej przechodzi pod kątem. Natomiast mięśnie odpowiedzialne za postawę pionową rozsuwają odłamy, powodując deformację [5].



Ryc. 5. Złamanie szyjki kości udowej [11].

Objawy złamania szyjki kości udowej:

- silny ból w okolicy stawu biodrowego, w większości przypadków uniemożliwiający chodzenie,
- bolesność okolicy stawu biodrowego przy dotykaniu,
- zasinienie,
- zniekształcenie okolicy chorego biodra,
- charakterystyczne ustawienie chorej kończyny, która cała jest skrzywiona na zewnątrz,
- skrócenie chorej kończyny [4,5].



Fot.1 Rotacja kończyny na zewnątrz, skrócenie kończyny [10].

Zadania Zespołu Ratownictwa Medycznego w urazach stawu biodrowego.

Badanie poszkodowanego rozpoczynamy od:

1. Oceny miejsca zdarzenia:

- pod względem bezpieczeństwa,
- liczby poszkodowanych,
- mechanizmu urazu.

W wyniku oglądania miejsca zdarzenia należy zwrócić szczególną uwagę na to:

- czy pacjent mieszka sam,
- czy może się sam sobą zaopiekować,
- jakie leki stosuje (w razie transportu do szpitala należy je zabrać).

2. Ocena wstępna:

- świadomość - ratownik na miejscu wypadku powinien określić stan świadomości poszkodowanego, czy poszkodowany współpracował i był w pełnym kontakcie, powinien to odnotować w karcie czynności medycznych;
- sprawdzenie drożności dróg oddechowych,
- oddech – ocena za pomocą:
 - obserwacji ruchów klatki piersiowej,
 - słuchania odgłosu wydechu,
 - wycucia wydychanego powietrza,
 - sprawdzenie trwa ok.10 sekund.
- krążenie – ocena za pomocą:
 - częstości tętna,
 - koloru i stanu skóry,
 - nawrotu kapilarnego,
 - ewentualnego krwotoku zewnętrznego [2].

Szybkie badanie urazowe i badanie miejscowe

W zależności od mechanizmu urazu lub wyniku oceny wstępnej ratownik medyczny wprowadza odpowiednie badane urazowe bądź badanie miejscowe. W przypadku uogólnionego mechanizmu urazu wdraża się szybkie badanie urazowe. W momencie stwierdzenia niebezpiecznego zlokalizowanego urazu, wskazującego izolowane obrażenia ciała, zaleca się ograniczone do uszkodzonej okolicy ciała przez badanie miejscowe

Szybkie badanie urazowe ITLS

Badanie rozpoczyna się od przeprowadzenia szybkiego wywiadu SAMPLE:

- S – Symptoms – SYMPTOMY
- A – Allergies - ALERGIE
- M –Medications – MEDYKAMENTY
- P – Past medical history - POPRZEDNIE ZACHOROWANIA
- L – Last meal – LUNCH
- E – Events prior to injury - EWENTUALNIE CO SIĘ STAŁO.

Następnie należy przystąpić do szybkiego badania głowy, szyi, klatki piersiowej, brzucha, miednicy i kończyn oraz pleców.

Badając miednicę i kończyny szuka się ran, zniekształceń, tkliwości oraz niestabilności.

Badanie kończyny powinno obejmować ocenę ukrwienia i unerwienia przez sprawdzenie:

- tętna,
- wypełnienia kapilarnego,
- funkcji ruchowych (motorycznych),
- czucia,
- ocena skóry (kolor, temperatura) [2,4,5].

Unieruchomienie

Zabezpieczenie, unieruchomienie i przygotowanie poszkodowanego z urazem stawu biodrowego należy wykonać jak najszybciej i jak najdelikatniej.

Do tego w pracy ratownika medycznego niezbędny jest sprzęt taki jak:

- środki ochrony własnej,
- długa szyna Kramera,
- deska ortopedyczna z kompletem pasów mocujących,
- komplet opasek dzianinowych lub elastycznych.

Unieruchomienie osoby poszkodowanej stosujemy:

- przed przenoszeniem pacjenta
- w celu zapobiegania dalszym powikłaniom:
 - zmniejsza ból,
 - ogranicza uszkodzenie tkanek miękkich,
 - zmniejsza krwawienie wewnętrzne i zewnętrzne,
 - zmniejsza ucisk na naczynia i nerwy.

W przypadku podejrzenia złamania szyjki kości udowej najlepiej zastosować szynę Kramera. Gwarancją pewnego unieruchomienia jest dokładne przy-mocowanie szyny zarówno do uszkodzonej kończyny, jak i do obręczy stawu biodrowego, za pomocą opasek dzianinowych lub najlepiej za pomocą opasek elastycznych [2,4].



Fot. 2. Unieruchomienie złamania szyjki kości udowej [fotografia własna].

Ważne jest również zabezpieczenie przeciwbólowe poszkodowanego. W tym celu zabezpiecza się kłucie dożylnie i podaje leki przeciwbólowe – Ketonal, Morfine.

Dodatkowo należy pamiętać o masywnych krwotokach, które mogą wystąpić w obrębie złamania. Należy je zabezpieczyć przez przetoczenie płynów – 0,9 %NaCl – 20ml/kg mc [5].

Transport

Ważne w trakcie transportu przez Zespół Ratownictwa Medycznego jest to aby odbywał się na desce ortopedycznej, która dodatkowo stabilizuje i unieruchamia oraz na leżąco na noszach. Należy również pamiętać w trakcie transportu o monitorowaniu podstawowych funkcji życiowych, sprawdzeniu kontrolnym ukrwienia i unerwienia, leczeniu przeciwbólowym, gdyż najmniejsze poruszenie powoduje jego nasilenie. Ważną rzeczą jest również zapewnienie komfortu termicznego w trakcie transportu [4].



Fot. 3. Transport do karetki [fotografia własna].

Wdrożenie postępowania powypadkowego w przypadku złamania szyjki udowej u osób w podeszłym wieku powinno być wdrożone jak najszybciej przez Zespoły Ratownictwa Medycznego. Szybka interwencja, zabezpieczenie i transport do szpitala zmniejsza ryzyko śmiertelności, ogranicza powikłania jak również pozwala na szybsze wdrożenie leczenia operacyjnego i usprawnienie seniora do dalszego funkcjonowania w społeczeństwie [7].

Literatura

1. Bochenek A., Reicher M. Anatomia człowieka; PZWL Warszawa 2007
2. Campbell Emory; International Trauma Life Support (ITLS). Ratownictwo przedszpitalne w urazach; Medycyna Praktyczna; Kraków 2009
3. Galus K., Kocemba J. MSD Podręcznik Geriatrii; Urban & Partner; Wrocław 1999
4. Jakubaszko J. red. ABC postępowania w urazach; Górnicki Wydawnictwo Medyczne; Wrocław 2003
5. Jakubaszko J. red. Medycyna ratunkowa; Urban & Partner; Wrocław 2000
6. Kochaniuk H. Opieka nad zdrowiem osób starszych; Czelaj; Lublin 2002
7. Żakowska – Wachelko B., Pędich W. Pacjenci w starszym wieku; PZWL; Warszawa 1995

Witryny internetowe

8. www.mp.umk.pl (stan na 18.04.2016 r.)
9. www.medonet.pl (stan na 18.04.2016 r.)
10. www.pum.edu.pl (stan na 18.04.2016 r.)

11. www.reumatologia.mp.pl (stan na 18.04.2016 r.)
12. www.swiatczarnegoteriera.repulika.pl (stan na 18.04.2016 r.)
13. www.krasuski.com (stan na 18.04.2016 r.)

Adres do korespondencji:

Joanna Kuka

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

ul. Powstańców Śląskich 3

59-220 Legnica

e-mail: kukaasia@interia.pl

Zaakceptowano do druku: 01-09-2016 r.

Zachowania zdrowotne osób z POChP w kontekście palenia tytoniu

Health behaviour in people with COPD in the context of smoking tobacco

doc. dr n. med. Wiktor Piotrowski¹, mgr Bogusława Krupińska², lek. med. Zbigniew Kapusta³

¹ - Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

² - Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

³ - Miedziove Centrum Zdrowia w Lubinie

Streszczenie

Wprowadzenie. W leczeniu postępującej obturacyjnej choroby płuc bardzo ważne jest zaprzestanie palenia tytoniu, gdyż palenie (poza byciem jedną z głównych przyczyn tego schorzenia) bardzo utrudnia leczenie choroby, lub wręcz nie pozwala na uzyskanie pozytywnych efektów jej leczenia, szczególnie gdy pacjent nie przyjmuje wszystkich zaleconych leków. Zaprzestanie palenia jest sprawą bardzo trudną, uwarunkowaną przez różne okoliczności życiowe (zdenerwowanie, złe samopoczucie), a także przez przebieg samej choroby (okoliczności jej zaostrzenia, w tym związane z zapaleniem papierosa).

Cel pracy. Celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych grupy osób ze zdiagnozowaną POChP związanych z paleniem tytoniu (zaprzestanie palenia, kontynuowanie palenia) oraz skutków tych zachowań na przebieg choroby.

Materiał i metody. Badaniem objęto 104 osoby z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, które przed postawieniem diagnozy o POChP aktywnie paliły. Spośród nich 55 osób zaprzestało palenia, natomiast 49 osób pozostało aktywnie palącymi.

Wyniki. Przebieg POChP oraz efekty leczenia wykazały statystycznie istotne zróżnicowanie w zależności od tego czy chora osoba kontynuowała palenie tytoniu, czy też podjęła próbę zaprzestania palenia. Przyjęty wzorzec postępowania (kontynuacja palenia, zaprzestanie palenia) okazał znamieny wpływ na przebieg oraz efekty leczenia, a także na zachowania prozdrowotne osób chorych na POChP.

Wnioski. Zachowania prozdrowotne osób chorych na POChP w istotny sposób zależą od tego, czy osoba chora na POChP zaprzestaje palenia tytoniu czy też kontynuuje ten nałóg. Osoby kontynuujące nałóg w dużym stopniu bagatelizują go, pomimo zastrzeżeń choroby.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne osób z POChP w kontekście palenia tytoniu

Abstract

Introduction: In the treatment of progressive obstructive pulmonary disease, stopping smoking tobacco is very important, as smoking (despite the fact that, it is one major cause of such illness) significantly inhibits the treatment of disease, or even does not allow for positive effects of such treatment, particularly when patient does not take all the administered drugs. Stopping smoking though difficult, it is dependent on various living conditions (nervousness, bad mood), as well as the sole course of disease (circumstances of its exacerbation, including cases connected with smoking cigarette).

Purpose of paper: The Purpose of this paper is analysis of health behaviour in the group of people with diagnosed COPD connected with smoking tobacco (stopping smoking, continuation of smoking) and the effects of such behaviour in the course of the disease.

Materials and methods: 104 people with diagnosed COPD (who were active smokers before COPD diagnosis) were subjected to research,.

Results: The course of COPD and treatment effects demonstrate statistically significant variation dependant on the continuation of smoking tobacco by sick person, or trials for stopping smoking tobacco. Adopted behavioural patterns (continuation of smoking, stopping smoking) have demonstrated significant influence on the course and effects of treatment, as well as on the health-related behaviour of people sick with COPD.

Conclusions: Health-related behaviour in people sick with COPD are significantly dependant on stopping smoking tobacco by such people, or continuation of addiction. People continuing addiction underestimate it in major part, despite the exacerbation of disease.

Keywords: Health results in smoking tobacco in chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

Wprowadzenie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest stanem chorobowym stanowiącym poważny problem epidemiologiczny i społeczny, gdyż następstwem tego schorzenia jest obniżenie poziomu jakości życia i skrócenie jego długości. Niektóre badania szacują, że na POChP choruje na świecie około 10% osób po 40. roku życia [1]. Na podstawie badań cząstkowych przeprowadzonych w Polsce szacuje się, iż na POChP cierpi około 2 miliony osób [2].

Mimo tak znaczącej częstości występowania POChP jej rozpoznawanie jest niezbyt częste. Ocenia się, że leczenie przeprowadza się zaledwie u około 20% chorych [2]. Zasadniczym czynnikiem odpowiedzialnym za powstanie i rozwój POChP jest palenie tytoniu. Prognozuje się, że jeśli tendencje w epidemiologii chorób na świecie nie ulegną zmianie, to POChP do 2020 r. przesunie się na liście najczęstszych przyczyn zgonów chorych na trzecią pozycję z szóstej obserwowaną w 1990 r. [3].

Umieralność z powodu POChP w Polsce jest większa niż w innych krajach Europy. Ten stan rzeczy można poprawić przede wszystkim poprzez ograniczenie palenia tytoniu i zmniejszenie liczby nałogowych palaczy [4]. Zasadniczego znaczenia nabiera właściwa profilaktyka, a także wczesne rozpoznawanie POChP. Również konieczne jest upowszechnienie wiedzy z zakresu dostępnych sposobów leczenia z uwzględnieniem farmakoterapii i metod nefarmakologicznych [5,6].

W Polsce 23% kobiet i 39% mężczyzn powyżej 18. roku życia codziennie pali papierosy, co wskazuje na społeczny wymiar istniejącego problemu i niezbędne staje się podjęcie dyskusji nad obszarem i metodami w zakresie polityki antynikotynowej z uwzględnieniem krajowych i międzynarodowych przepisów prawnych. Uwzględnienia wymaga stanowisko Polski, która jest członkiem WHO oraz Unii Europejskiej z oficjalnie wprowadzanymi w życie przez te organizacje programami polityczno-prawnymi nakierowanymi na ograniczenie lub zaniechanie palenia tytoniu. Chodzi m.in. o Ramową Konwencję o ograniczeniu używania tytoniu (FCTC – Framework Convention on Tobacco Control), którą uchwalono 21 maja 2003 roku; weszła ona w życie 27 lutego 2005 roku; Polska jest związana tą konwencją od 14 grudnia 2006 roku [7,8].

POChP występuje 2-3-krotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet [4]. Najczęściej choroba ta dotyczy nałogowych palaczy tytoniu i także osób zawodowo narażonych na wdychanie szkodliwych substancji, a także biernych palaczy.

U około 3% chorych nie można wykazać działania żadnego z tych czynników, co może świadczyć o genetycznym podłożu wystąpienia POChP. Grupę tę stanowią chorzy z wrodzonym niedoborem α_1 -antytrypsyny. Niedobór tego enzymu dziedziczy się recesywnie, najczęściej pojawia się u osób pochodzących z północy Europy [9].

Cel pracy

Celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych grupy osób ze zdiagnozowaną POChP, w kontekście zaprzestania palenia tytoniu bądź dalszego kontynuowania tego nałogu. Część osób z badanej grupy (55 osób), po potwierdzeniu diagnozy o POChP, zaprzestało palenia tytoniu, część natomiast (49 osób), pomimo diagnozy i zaleceń lekarskich, nie zaprzestało palenia tytoniu. Zbadano, w jaki sposób zaprzestanie palenia bądź jego kontynuowanie wpływa na stan zdrowia badanych osób. Zbadano ponadto, co skłania badane osoby do sięgnięcia po papierosa i jakie są skutki zdrowotne tego sięgnięcia.

Material i metody

Badaniem ankietowym objęto 150 pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Tychach (wiosna 2012). Do dalszej analizy przyjęto 104 prawidłowo wypełnionych ankiet. Kryteria włączenia stanowiły: świadoma zgoda pacjenta na przeprowadzenie badania, zdiagnozowana przewlekła obturacyjna choroba płuc, palenie tytoniu w przeszłości bądź obecnie, prawidłowo wypełniony kwestionariusz ankiety. Kryteria wyłączenia stanowiły: brak zgody pacjenta na wypełnienie kwestionariusza ankiety, niepalenie tytoniu ani obecnie ani w przeszłości, nieprawidłowo wypełniony kwestionariusz ankiety.

Wyniki uzyskane z przeprowadzonych ankiet zostały poddane analizie ilościowej i jakościowej. Analiza ilościowa pozwala na przedstawienie uzyskanych wyników w postaci struktury odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety; tę strukturę ustala się w odniesieniu do wyróżnionych grup respondentów. W zależności od zakresu merytorycznego pytania pod uwagę zostały wzięte różne grupy: jeśli pytanie dotyczyło tylko osób palących, to pod uwagę zostały wzięte jedynie palące kobiety i palący mężczyźni.

W przeprowadzonej analizie jakościowej został wykorzystany opracowany w 1900 roku przez Karla Pearsona nieparametryczny test χ^2 (chi kwadrat), który ocenia, czy dwie badane zmienne są niezależne, czy też są zależne. W przypadku stwierdzenia niezależności zmiennych można twierdzić, że uzyskane warianty odpowiedzi nie zależą od kategorii ankietowanych osób. W przypadku

przeciwnym można twierdzić, że uzyskane warianty odpowiedzi zależą od wyróżnionych kategorii. Obliczenia zostały przeprowadzone dla poziomu istotności alfa równego 0,05 ($p < 0,05$). Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA.PL wersja 7.0 oraz pakiet multimedialny Microsoft Excel 2003.

Wyniki

Badana grupa została scharakteryzowana wg różnych kryteriów.

Badana grupa obejmowała 34 kobiety i 70 mężczyzn. Wśród kobiet wyróżniono następujące grupy: 70,59% kobiet, które zrezygnowały z palenia (24 osoby), 29,41% kobiet aktywnie palących (10 osób); wśród mężczyzn 44,29% stanowiły osoby, które zrezygnowały z palenia (31 osób), 55,71% grupy stanowili aktywnie palący mężczyźni (39 osób) – tabela 1.

Tab. 1. Struktura badanej grupy wg płci

Grupa osób	Mężczyźni		Kobiety	
	N	%	N	%
osoby, które zrezygnowały z palenia	31	44,29%	24	70,59%
osoby aktywnie palące	39	55,71%	10	29,41%
Razem	70	100,00%	34	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Ze względu na palenie/niepalenie tytoniu badana grupa została podzielona na następujące kategorie:

- kobiety, które zrezygnowały z palenia (24 osoby),
- mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia (31 osób),
- aktywnie palący mężczyźni (39 osób),
- aktywnie palące kobiety (10 osób).

Wśród kobiet, które zrezygnowały z palenia, 5 osób nie paliło od 1 roku do 10 lat, 12 osób nie paliło od 11 do 20 lat, 6 osób nie paliło od 21 do 30 lat, jedna osoba nie paliła ponad 30 lat (37 lat). Średni czasokres niepalenia wynosi 18,7 roku.

Wśród mężczyzn, którzy zrezygnowali z palenia, 1 osoba nie podała czasu, od którego nie pali, 15 osób nie paliło od 1 do 10 lat, 4 osoby nie paliły od 11 do 20 lat, 8 osób nie paliło od 21 do 30 lat, 3 osoby nie paliły od 31 do 40 lat. Średni czasokres niepalenia wynosi 16,0 lat.

Wiek ankietowanych osób wahał się od 45 do 89 lat. Średnia wieku ankietowanych osób wynosi 69,6 roku. Dla celów analizy przyjęto 10-letnią szerokość przedziału klasowego dla cechy „wiek”, za wyjątkiem przedziałów skrajnych.

W badanej grupie przewagę miały osoby w wieku 61-70 lat (50 osób), następnie osoby w wieku 71-80 lat (29 osób) oraz osoby w wieku 51-60 lat (17 lat). Jak widać, na POChP chorują zazwyczaj osoby w wieku starszym, które przez wiele lat paliły papierosy – tabela 2.

Tab. 2. Struktura badanej grupy wg wieku

Grupa osób	do 50 lat		51-60 lat		61-70 lat		71-80 lat		81 i więcej lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
kobiety, które zrezygnowały z palenia	0	0,0	3	2,9	12	11,5	7	6,7	2	1,9
mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia	0	0,0	7	6,7	13	12,5	8	7,7	3	2,9
aktywnie palący mężczyźni	1	1,0	6	5,8	21	20,2	10	9,6	1	1,0
aktywnie palące kobiety	0	0,0	1	1,0	4	3,9	4	3,9	1	1,0
Razem	1	1,0	17	16,3	50	48,1	29	27,9	7	6,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego

Wśród ankietowanych osób największy udział miały osoby z wykształceniem średnim (64,4% ankietowanych), następnie osoby z wykształceniem podstawowym (20,2%), z wykształceniem wyższym (7,7%) oraz innym (7,7%) – tabela 3.

Tab. 3. Struktura ankietowanej grupy wg poziomu wykształcenia

Grupa osób	Podstawowe		Średnie		Wyższe		Inne	
	N	%	N	%	N	%	N	%
kobiety, które zrezygnowały z palenia	4	3,9%	15	14,4%	3	2,9%	2	1,9%

mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia	1	1,0%	25	24,0%	0	0,0%	5	4,8%
aktywnie palący mężczyźni	13	12,5%	20	19,2%	5	4,8%	1	1,0%
aktywnie palące kobiety	3	2,9%	7	6,7%	0	0,0%	0	0,0%
Razem	21	20,2%	67	64,4%	8	7,7%	8	7,7%

Zawody kobiet, które zrezygnowały z palenia: fryzjerka, kasjerka, kelnerka, księgowa (3 osoby), nauczycielka, nie pracowała (4 osoby), pedagog, pielęgniarka, salowa, sekretarka, sprzedawca (4 osoby), sprzątaczką (2 osoby), technik gastronomii, woźna. Zawody mężczyzn, którzy zrezygnowali z palenia: elektryk (3 osoby), fryzjer, górnik (10 osób), górnik strzałowy, kierowca, kontroler, kucharz, mechanik samochodowy, mechanik (4 osoby), piekarz, pracownik budowlany, stolarz (3 osoby), technik górnictwa, tokarz. Zawody aktywnie palących mężczyzn: blacharz, budowlaniec, górnik (12 osób), hydraulik, inżynier (2 osoby), kierowca (2 osoby), kolejarz, księgowy, malarz (2 osoby), mechanik, mgr inżynier, murarz, operator koparki, operator walca drogowego, spawacz, ślusarz (3 osoby), technik górnictwa (3 osoby), technik samochodowy (2 osoby), technik budownictwa. Zawody aktywnie palących kobiet: fryzjer, pracownik biurowy, przedszkolanka, salowa, sanitariuszka, sprzątaczką, sprzedawca (2 osoby), technik gastronomii, woźna.

Ze względu na wielość wymienionych zawodów oraz ich pojedyncze występowanie, nie było możliwe ustalenie, czy rezygnacja z palenia tytoniu (bądź pozostawanie osobą palącą) warunkowana była charakterem wykonywanego zawodu. Wydaje się, że wykonywany zawód raczej nie ma związku z podjętą decyzją o zaprzestaniu bądź kontynuowaniu palenia.

Czasokres palenia wśród osób obecnie palących wynosi od 17 do 65 lat: do 20 lat – 2 osoby, 21-30 lat – 4 osoby, 31-40 lat – 12 osób, 41-50 lat – 21 osób, 51-60 lat – 9 osób, 61 i więcej lat – 1 osoba. Osoby palące wypalają dziennie od 10 do 60 sztuk papierosów; średnia liczba wypalanych dziennie papierosów wynosi 17,6 sztuki.

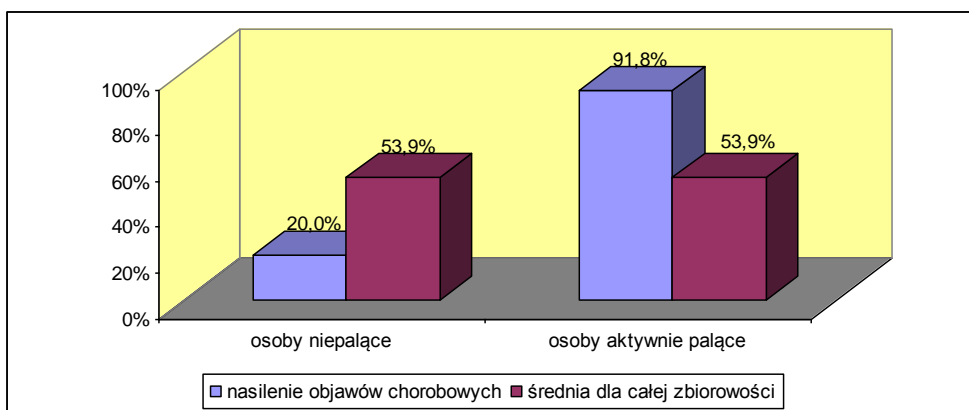
Rezygnacja z palenia tytoniu nie zawsze oznacza, że dana osoba już nigdy nie zapali papierosa. Z różnych przyczyn zdarzają się sytuacje, w których osoba, która zaprzestała palenia, ponownie sięga po papierosa. W badanej grupie wszystkie osoby, które zadeklarowały zaprzestanie palenia tytoniu, miały okresy nawrotu nałogu tytoniowego. Pojawia się pytanie o to, jaki jest wpływ wypalania

papierosa na nasilenie objawów chorobowych u osób, które zaprzestały palenia i przypadkowo zapaliły ponownie, oraz czy wpływ ten jest porównywalny z wpływem wypalenia papierosa przez osoby nadal palące.

Tab. 4. Występowanie nasilenia objawów chorobowych po wypaleniu papierosa

Grupa osób	Tak		Nie		razem	
	N	%	N	%	N	%
osoby, które zrezygnowały z palenia	11	20,0%	44	80,0%	55	100,0%
osoby aktywnie palące	45	91,8%	4	8,2%	49	100,0%
razem	56	53,9%	48	46,1%	104	100,0%
chi kwadrat	53,80914					

Jak wynika z tabeli 4, stan nasilenia objawów chorobowych jest istotnie niższy u osób, które zrezygnowały z palenia, niż u osób, które palą aktywnie. Oznacza to, że osoby, które zrezygnowały z palenia, nawet w przypadku ponownego przypadkowego zapalenia papierosa, mają o wiele mniejsze nasilenie objawów chorobowych, niż osoby, które nadal aktywnie palą tytoń. W przypadku osób niepalących tylko u 20% z nich występuje nasilenie objawów chorobowych po wypaleniu papierosa, podczas gdy w przypadku osób aktywnie palących udział osób, u których występuje takie nasilenie objawów jest równy 91,8% – wykres 1.



Wyk. 1. Nasilenie objawów chorobowych po wypaleniu papierosa

Ponowne zapalenie papierosa może zdarzyć się w różnych sytuacjach. W prezentowanym badaniu takimi sytuacjami były zdenerwowanie i złe samopoczucie. Wybór tych właśnie sytuacji wynikał z codziennych obserwacji: osoby zdenerwowane zazwyczaj sięgają po papierosa, gdyż uważają, że w pewien sposób je to uspokaja. U pewnej grupy osób, szczególnie palących, złe samopoczucie także jest przyczyną częstszego sięgania po papierosa (tabela 5).

Tab. 5. Sytuacje, w których ankietowane osoby palą więcej

Grupa osób	Zdenerwowanie		Złe samopoczucie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Cała badana zbiorowość						
Osoby, które zrezygnowały z palenia	19	86,4%	3	13,6%	22	100,0%
Aktywnie palące osoby	48	92,3%	4	7,7%	52	100,0%
Razem	67	90,5%	7	9,5%	74	100,0%
Chi kwadrat	0,63775					
Mężczyźni						
Mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia	12	80,0%	3	20,0%	15	100,0%
Aktywnie palący mężczyźni	38	90,5%	4	9,5%	42	100,0%
Razem	50	87,7%	7	12,3%	57	100,0%
Chi kwadrat	1,12604					
Kobiety						
Kobiety, które zrezygnowały z palenia	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
Aktywnie palące kobiety	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%
razem	17	94,1%	0	5,9%	17	100,0%
Chi kwadrat	0,74375					

Występowanie objawów zdenerwowania i złego samopoczucia obserwuje się u osób aktywnie palących, jak i u osób, które zrezygnowały z palenia. Nie wy-

stępują również różnice w tym zakresie pomiędzy aktywnie palącymi mężczyznami, a mężczyznami, którzy zrezygnowali z palenia; to samo dotyczy kobiet.

W trakcie leczenia POChP bardzo ważna jest świadomość szkodliwości palenia papierosów (tabela 6).

Tab. 6. Świadomość szkodliwości palenia papierosów

Grupa osób	Tak		Nie		Razem	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
Osoby nie palące	48	87,3%	7	12,7%	55	100,0%
Osoby aktywnie palące	47	95,9%	2	4,1%	49	100,0%
Razem	95	91,4%	9	8,7%	104	100,0%
Chi kwadrat	2,45031					
Mężczyźni niepalący	28	90,3%	3	9,7%	31	100,0%
Aktywnie palący mężczyźni	38	97,4%	1	2,6%	39	100,0%
Razem	66	94,3%	4	5,7%	70	100,0%
Chi kwadrat	1,62205					
Kobiety niepalące	23	95,8%	1	4,2%	24	100,0%
Aktywnie palące kobiety	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%
Razem	32	94,1%	2	5,9%	34	100,0%
Chi kwadrat	0,43385					

Świadomość szkodliwości palenia papierosów jest porównywalna w grupie osób palących i osób niepalących. Podobna sytuacja zachodzi w obu grupach kobiet oraz w obu grupach mężczyzn. Należy jednakże zauważyć, że świadomość szkodliwości palenia tytoniu jest znacznie wyższa wśród osób aktywnie palących w porównaniu z osobami niepalącymi, jest znacząco wyższa w grupie aktywnie palących mężczyzn (w porównaniu z mężczyznami niepalącymi) oraz w grupie kobiet niepalących (w porównaniu z aktywnie palącymi kobietami). Zróżnicowanie to nie ma charakteru znamienności statystycznej.

Respondenci zostali zapytani o powody rezygnacji z palenia papierosów (tabela 7).

Tab. 7. Powody rezygnacji z palenia papierosów

Grupa osób	Rozpoznana choroba		Nieależna decyzja		Cena papierosów		Uzyskana wiedza na temat szkodliwoci palenia papierosów	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety, które zrezygnowały z palenia (n=24)	22	91,7%	3	12,5%	0	0,0%	4	16,7%
Mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia (n=31)	23	74,2%	11	35,5%	3	9,7%	4	12,9%
Razem	45	81,8%	14	25,5%	3	5,5%	8	14,6%
Chi kwadrat	2,77628		3,76591		2,45658		0,15414	

Pomiędzy kobietami a mężczyznami nie występują istotne różnice, jeśli chodzi o powody rezygnacji z palenia papierosów (rozpoznana choroba, niezależna decyzja, cena papierosów, uzyskana wiedza na temat szkodliwoci palenia papierosów). Największy wpływ na rezygnację z palenia papierosów miało rozpoznanie choroby, na co wskazało 81,8% badanych (91,7% kobiet i 74,2% mężczyzn). U mniej więcej co czwartej osoby powodem rezygnacji była niezależna decyzja, przy czym decyzję taką znacząco częściej podejmowali mężczyźni (35,5%) aniżeli kobiety (12,5%). Stosunkowo najmniejsze znaczenie miał taki powód jak uzyskana wiedza na temat szkodliwoci palenia papierosów; powód taki wskazała mniej więcej co szósta kobieta i co ósmy mężczyzna.

Zaprzestanie palenia może dać również określone zmiany w przebiegu choroby, takie jak: zmniejszenie się duszności, zmniejszenie się kaszlu, zmniejszenie ilości przyjmowanych leków wziewnych, zmniejszenie ilości przyjmowanego tlenu, rzadsze pobyty w szpitalu (tabela 8).

Tab. 8. Zmiany w przebiegu choroby po zaprzestaniu palenia w zależności od płci

Grupa osób	Tak		Nie		razem	
	N	%	N	%	N	%
Zmniejszenie się duszności						
kobiety, które zrezygnowały z palenia	22	91,7%	2	53,9%	24	100,0%
mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia	26	83,9%	5	53,9%	31	100,0%
razem	48	87,3%	7	12,7%	55	100,0%
chi kwadrat	0,74013					
Zmniejszenie się kaszlu						
kobiety, które zrezygnowały z palenia	23	95,8%	1	53,9%	24	100,0%
mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia	28	90,3%	3	53,9%	31	100,0%
razem	51	92,7%	4	7,3%	55	100,0%
chi kwadrat	0,60915					
Zmniejszenie ilości przyjmowanych leków wziewnych						
kobiety, które zrezygnowały z palenia	9	37,5%	15	53,9%	24	100,0%
mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia	13	41,9%	18	53,9%	31	100,0%
razem	22	40,0%	33	60,0%	55	100,0%
chi kwadrat	0,11089					
Zmniejszenie ilości przyjmowanego tlenu						
kobiety, które zrezygnowały z palenia	17	73,9%	6	53,9%	23	100,0%
mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia	19	63,3%	11	53,9%	30	100,0%
razem	36	67,9%	17	32,1%	53	100,0%
chi kwadrat	0,66884					

Rzadsze pobyty w szpitalu						
kobiety, które zrezygnowały z palenia	15	65,2%	8	53,9%	23	100,0%
mężczyźni, którzy zrezygnowali z palenia	15	48,4%	16	53,9%	31	100,0%
razem	30	55,6%	24	44,4%	54	100,0%
chi kwadrat	1,51473					

Analiza przedstawionych danych wyraźnie wskazuje na korzyści wynikające z zaprzestania palenia tytoniu. Korzyści te nie wykazują zależności od płci, aczkolwiek mają różne natężenie w obrębie każdej z płci (udział odpowiedzi pozytywnych przeważał w grupie kobiet). Jedyny negatywny wynik dotyczył zmniejszenia ilości przyjmowanych leków wziewnych: badane osoby nie wiązały go z zaprzestaniem palenia tytoniu (w obrębie obu płci udział odpowiedzi negatywnych był wyższy niż udział odpowiedzi pozytywnych). Częściowo negatywny wynik dotyczył rzadszych pobytów w szpitalu: o ile w grupie kobiet przewagę miały osoby, które odnotowały rzadsze pobyty w szpitalu po zaprzestaniu palenia, to już przewagę wśród mężczyzn miały osoby, dla których zaprzestanie palenia tytoniu nie wpłynęło na zmniejszenie liczby pobytów w szpitalu.

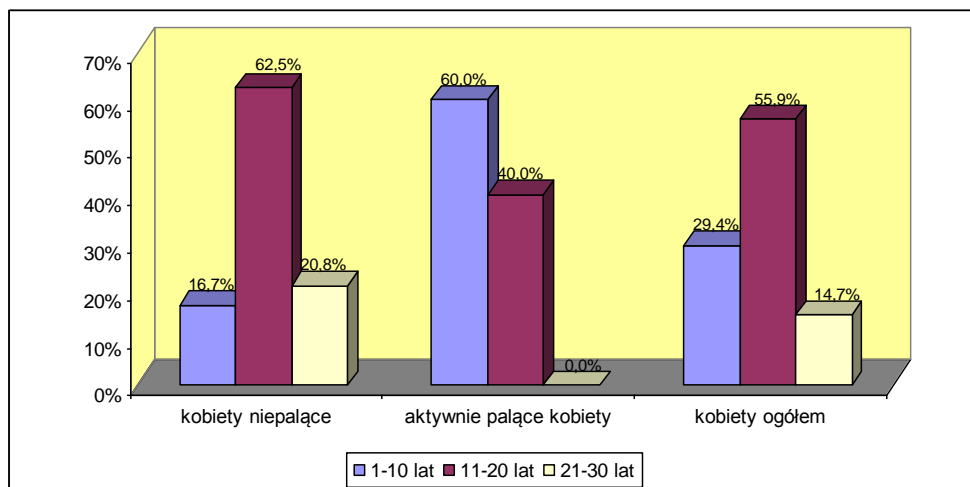
Średni czasokres trwania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w badanej zbiorowości wynosi 15,93 roku. W indywidualnych przypadkach czas trwania choroby waha się od 1 roku do 40 lat. Czasokres trwania POChP u osób niepalących jest dłuższy niż u osób palących. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn (tabela 9).

Tab. 9. Czasokres trwania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Grupa osób	1-10 lat		11-20 lat		21-30 lat		31-40 lat		Razem	
	Zbiorowość ogółem (chi kwadrat krytyczne = 7,81473)									
Osoby niepalące	22	40,0%	20	36,4%	12	21,8%	1	1,8%	55	100,0%
Aktywnie palące osoby	17	34,7%	27	55,1%	5	10,2%	0	0,0%	49	100,0%
Razem	39	37,5%	47	45,2%	17	16,4%	1	1,0%	104	100,0%
Chi kwadrat	5,23721									
	Kobiety (chi kwadrat krytyczne = 5,99146)									
Kobiety niepalące	4	16,7%	15	62,5%	5	20,8%	---	---	24	100,0%
Aktywnie palące kobiety	6	60,0%	4	40,0%	0	0,0%	---	---	10	100,0%
Razem	10	29,4%	19	55,9%	5	14,7%	---	---	34	100,0%

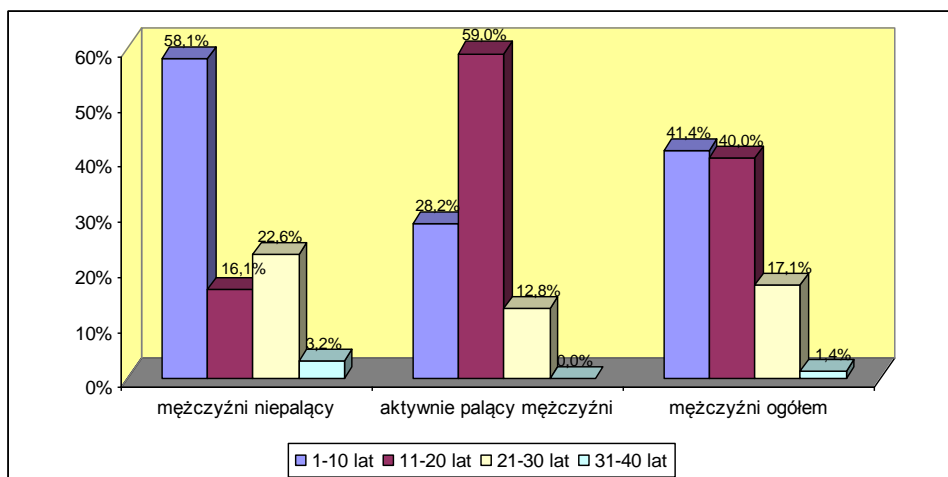
Chi kwadrat	7,22947									
	Mężczyźni (chi kwadrat krytyczne = 7,81473)									
Mężczyźni niepalący	18	58,1%	5	16,1%	7	22,6%	1	3,2%	31	100,0%
Aktywnie palący mężczyźni	11	28,2%	23	59,0%	5	12,8%	0	0,0%	39	100,0%
Razem	29	41,4%	28	40,0%	14	17,1%	1	1,4%	70	100,0%
Chi kwadrat	13,86118									

Szczegółowe badanie czasu trwania POChP u kobiet palących i kobiet niepalących wykazało znamienne statystycznie zróżnicowanie czasokresu trwania choroby. W grupie kobiet niepalących przeważały osoby o czasie trwania choroby 11-20 lat, wśród kobiet palących natomiast – osoby o czasie jej trwania do 10 lat. Zróżnicowanie to może wynikać ze zróżnicowania czasowego postawienia diagnozy o POChP w przypadku kobiety palącej w porównaniu z przypadkiem kobiety niepalącej. Jak zaznaczono we wstępie, rozpoznanie POChP często jest dokonywane przypadkowo, przy okazji wykonywania innych badań. Dlatego też kobiety niepalące mogą okazać się diagnozowane w kierunku POChP znacznie później, gdy choroba (w postaci ukrytej) trwa już wiele lat, natomiast kobiety palące – diagnozowane stosunkowo wcześniej, gdy pewne niepokojące objawy ze strony układu oddechowego wymuszają skorzystanie z profesjonalnej konsultacji lekarskiej – wykres 2.



Wyk. 2. Czasokres trwania POChP w grupie kobiet

Podobnie szczegółowe badanie czasu trwania POChP u mężczyzn palących i mężczyzn niepalących wykazało znamienne statystycznie zróżnicowanie czasokresu trwania choroby. W grupie mężczyzn niepalących przeważały osoby o czasie trwania choroby do 10 lat, wśród mężczyzn palących natomiast – osoby o czasie jej trwania 11-20 lat. Jest to sytuacja odwrotna do przedstawionej wyżej sytuacji kobiet. Zróżnicowanie to może wynikać z różnego podejścia do własnych problemów zdrowotnych demonstrowanego tradycyjnie przez obie płci: kobiety zazwyczaj częściej decydują się na pójście do lekarza aniżeli mężczyźni, dlatego też można przypuszczać, że przewaga mężczyzn o czasie trwania choroby 11-20 lat wynika po prostu ze zbyt późnego zdiagnozowania u nich tego schorzenia – wykres 3.



Wyk. 3. Czasokres trwania POChP w grupie mężczyzn

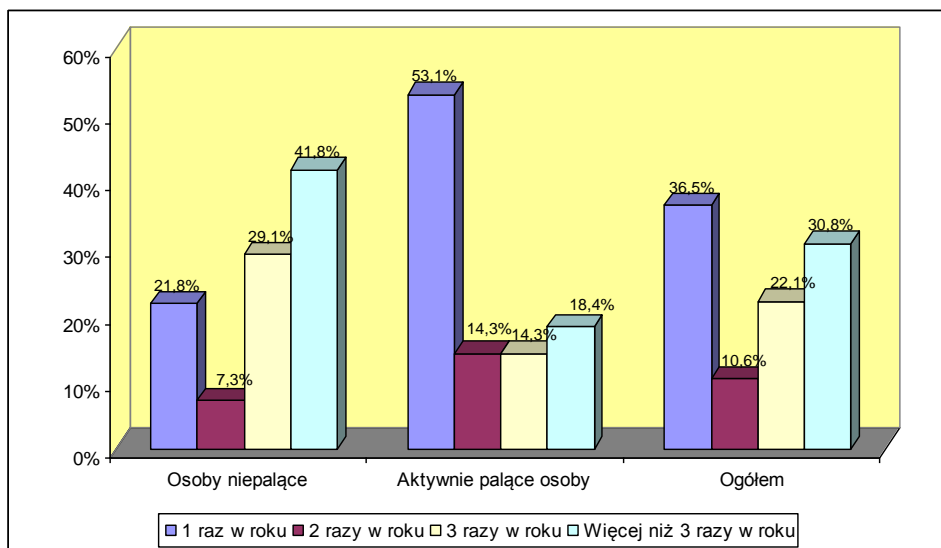
W tabeli 10 przedstawiono wyniki badań dotyczące częstości korzystania z wizyt lekarskich.

Tab. 10. Częstość korzystania z wizyt lekarskich

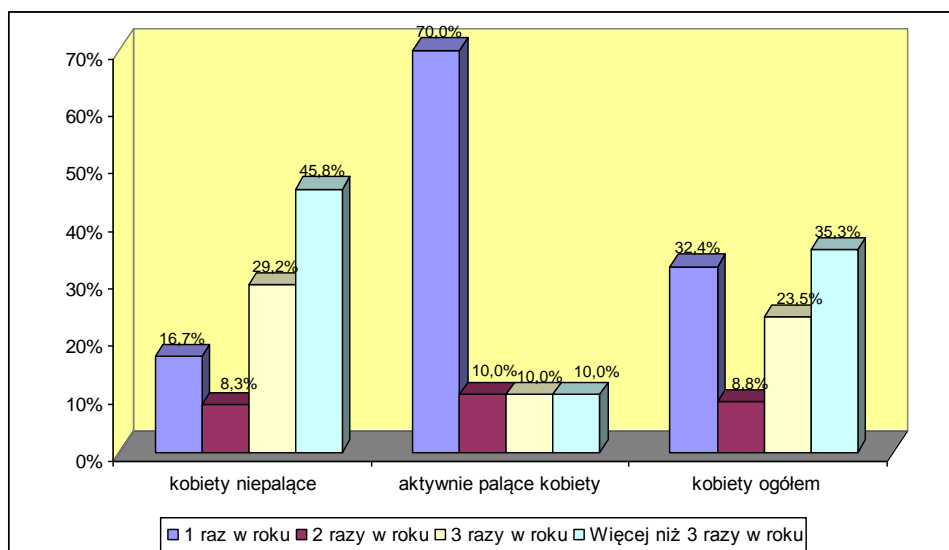
Grupa osób	1 raz w roku		2 razy w roku		3 razy w roku		Więcej niż 3 razy w roku		razem	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
Osoby niepalące	12	21,8%	4	7,3%	16	29,1%	23	41,8%	55	100,0%
Aktywnie palące osoby	26	53,1%	7	14,3%	7	14,3%	9	18,4%	49	100,0%

Razem	38	36,5%	11	10,6%	23	22,1%	32	30,8%	104	100,0%
Chi kwadrat	15,32768									
Kobiety niepalące	4	16,7%	2	8,3%	7	29,2%	11	45,8%	24	100,0%
Aktywnie palące kobiety	7	70,0%	1	10,0%	1	10,0%	1	10,0%	10	100,0%
razem	11	32,4%	3	8,8%	8	23,5%	12	35,3%	34	100,0%
Chi kwadrat	9,89842									
Mężczyźni niepalący	8	25,8%	2	6,5%	9	29,0%	12	38,7%	31	100,0%
Aktywnie palący mężczyźni	19	48,7%	6	15,4%	6	15,4%	8	20,5%	39	100,0%
Razem	27	38,6%	8	11,4%	15	21,4%	20	28,6%	70	100,0%
Chi kwadrat	7,05940									

Częstość korzystania z wizyt lekarskich jest większa u osób niepalących niż u osób aktywnie palących ($p < 0,01$) – wykres 4. Podobne spostrzeżenie jest słuszne w przypadku kobiet dla $p < 0,1$ – wykres 5. W przypadku mężczyzn częstość korzystania z wizyt lekarskich jest w obu badanych grupach porównywalna, aczkolwiek dla $p < 0,08$ można już mówić o znamienności statystycznej częstości korzystania z wizyt lekarskich: mężczyźni niepalący istotnie częściej korzystają z pomocy lekarza (tabela 10).



Wyk. 4. Częstość korzystania z wizyt lekarskich w grupie ogółem



Wyk. 5. Częstość korzystania z wizyt lekarskich w grupie kobiet

Uzyskany wynik może być wynikiem zmiany podejścia do stanu własnego zdrowia u osób, które zaprzestały palenia. Osoby te prawdopodobnie traktują palenie tytoniu jako istotny czynnik wpływający na pogorszenie ich stanu zdrowia, podczas gdy osoby kontynuujące palenie raczej nie wiążą zasadniczo swoje-

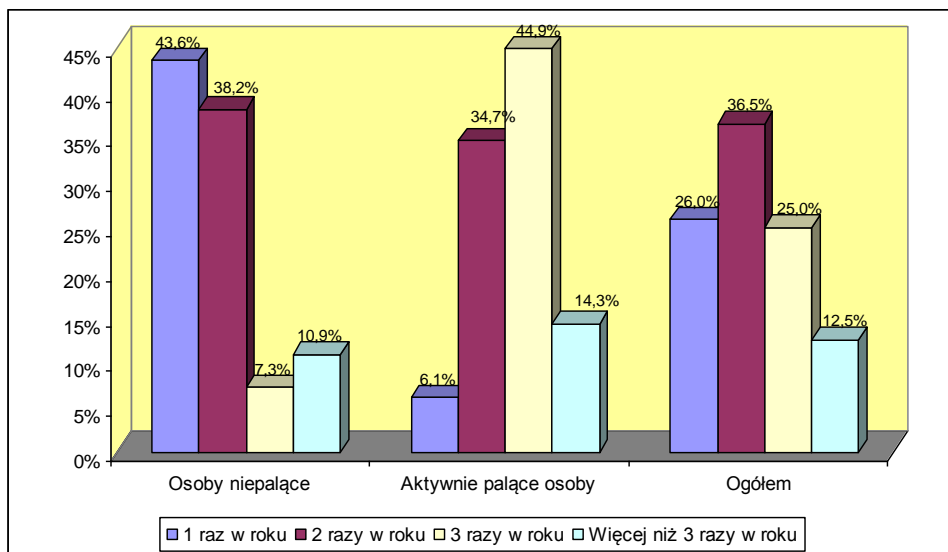
go schorzenia (POChP) z faktem nałogowego palenia tytoniu. W pierwszym przypadku następuje zmiana zachowań zdrowotnych, przejawiająca się m.in. w częstszym korzystaniu z konsultacji lekarskich, w drugim natomiast – takiej zmiany zachowań zdrowotnych nie stwierdza się. Dla $p < 0,05$ jest to wynik znamiennej statystycznie w grupie ogółem oraz w grupie kobiet, dla $p < 0,08$ także w grupie mężczyzn.

W tabeli 11 przedstawiono wyniki badania częstości występowania zaostrzeń POChP w zależności od faktu palenia/niepalenia tytoniu.

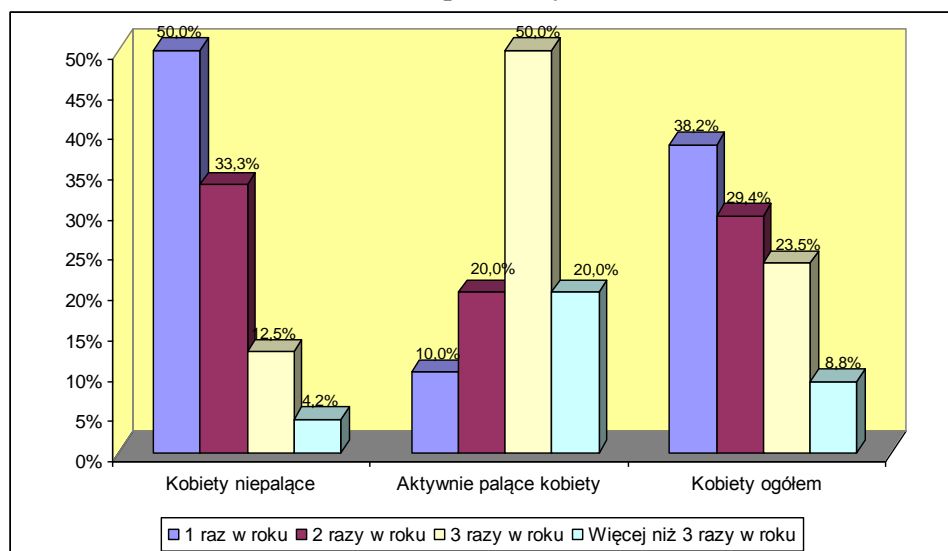
Tab. 11. Częstość występowania zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Grupa osób	1 raz w roku		2 razy w roku		3 razy w roku		Więcej niż 3 razy w roku		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cała badana zbiorowość										
Osoby niepalące	24	43,6%	21	38,2%	4	7,3%	6	10,9%	55	100,0%
Aktywnie palące osoby	3	6,1%	17	34,7%	22	44,9%	7	14,3%	49	100,0%
Razem	27	26,0%	38	36,5%	26	25,0%	13	12,5%	104	100,0%
Chi kwadrat	29,04336									
Kobiety										
Kobiety niepalące	12	50,0%	8	33,3%	3	12,5%	1	4,2%	24	100,0%
Aktywnie palące kobiety	1	10,0%	2	20,0%	5	50,0%	2	20,0%	10	100,0%
Razem	13	38,2%	10	29,4%	8	23,5%	3	8,8%	34	100,0%
Chi kwadrat	9,60482									
Mężczyźni										
Mężczyźni niepalący	12	38,7%	13	41,9%	1	3,2%	5	16,1%	31	100,0%
Aktywnie palący	2	5,1%	15	38,5%	17	43,6%	5	12,8%	39	100,0%

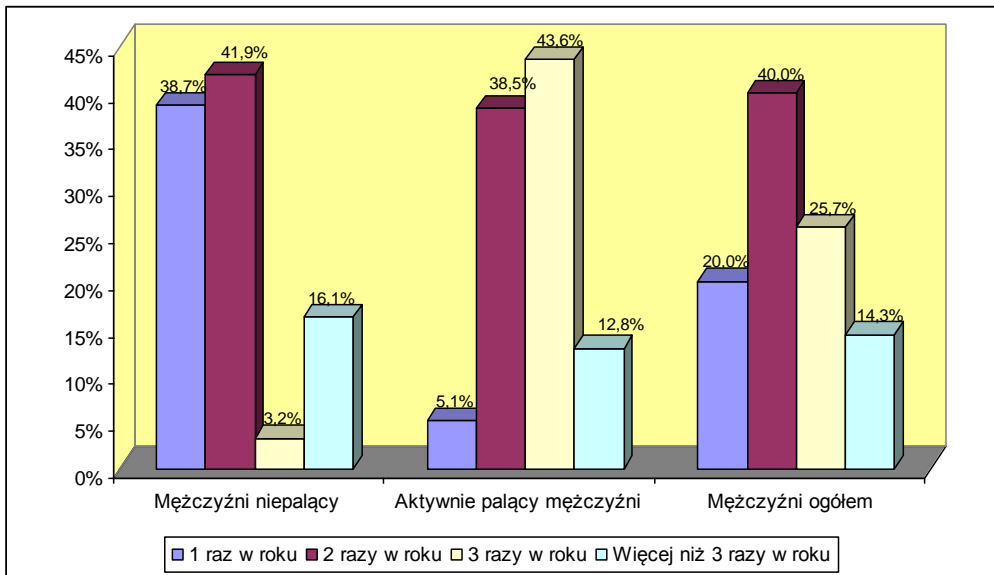
mężczyźni										
Razem	14	20,0%	28	40,0%	18	25,7%	10	14,3%	70	100,0%
Chi kwadrat	20,86619									



Wyk. 6. Częstość występowania zaostrzeń POChP w grupie ogółem w zależności od palenia tytoniu



Wyk. 7. Częstość występowania zaostrzeń POChP w grupie kobiet w zależności od palenia tytoniu



Wyk. 8. Częstość występowania zaostrzeń POChP w grupie mężczyzn w zależności od palenia tytoniu

Osoby aktywnie palące mają częstsze zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc niż osoby niepalące (wykres 6); zachodzi to dla $p < 0,001$. Jest to prawdziwe także w przypadku kobiet dla $p < 0,023$ (wykres 7). Dla $p < 0,001$ jest to również prawdziwe w odniesieniu do mężczyzn (wykres 8).

Ważnym zachowaniem prozdrowotnym w obliczu POChP jest przyjmowanie wszystkich zleconych leków. Badanie wykazało, że przyjmowanie wszystkich zleconych leków jest porównywalne u osób palących i u osób niepalących. Jest to prawdziwe także w odniesieniu do obu grup mężczyzn oraz obu grup kobiet (tabela 13).

Tab. 12. Przyjmowanie wszystkich zleconych leków

Grupa osób	Tak		Nie		razem	
	N	%	N	%	N	%
Cała badana zbiorowość						
Osoby niepalące	49	89,1%	6	10,9%	55	100,0%

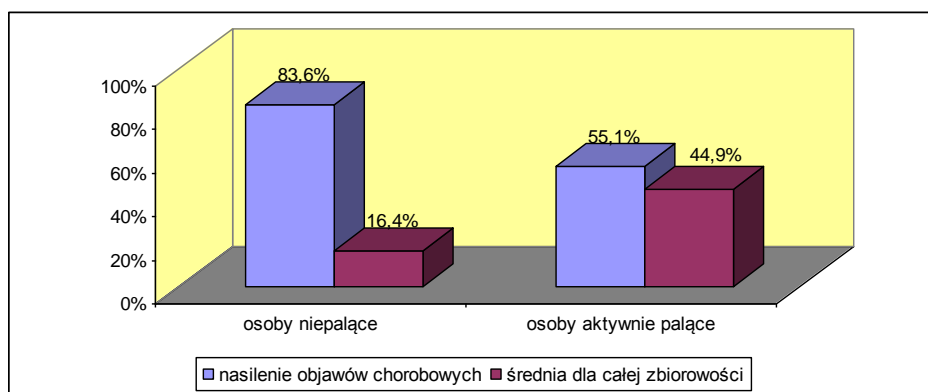
Osoby palące aktywnie	47	95,9%	2	4,1%	49	100,0%
Razem	96	92,3%	8	7,7%	104	100,0%
Chi kwadrat	1,70118					
Kobiety						
Kobiety niepalące	20	83,3%	4	16,7%	24	100,0%
aktywnie palące kobiety	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%
Razem	29	85,3%	5	14,7%	34	100,0%
Chi kwadrat	0,25011					
Mężczyźni						
Mężczyźni niepalący	29	93,6%	2	6,5%	31	100,0%
aktywnie palący mężczyźni	38	97,4%	1	2,6%	39	100,0%
Razem	67	95,7%	3	4,3%	70	100,0%
Chi kwadrat	0,63631					

Powody nieprzyjmowania zleconych leków są porównywalne we wszystkich badanych grupach: dla 53,85% badanych osób (56 osób) przyczyną jest brak dostępności do lekarza specjalisty, który przepisałby odpowiedni dla omawianego schorzenia lek, natomiast dla 32,69% badanych (34 osoby) taką przyczyną jest nadmierna cena leku.

Tab. 13. Nasilenie objawów chorobowych (duszność, kaszel) w przypadku nieprzyjmowania zleconych leków

Grupa osób	Tak		Nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Cała badana zbiorowość						
Osoby niepalące	46	83,6%	9	53,9%	55	100,0%

Aktywnie palące osoby	27	55,1%	22	53,9%	49	100,0%
Razem	73	70,2%	31	29,8%	104	100,0%
Chi kwadrat	10,08423					
Kobiety						
Kobiety niepalące	24	100,0%	0	0,00%	24	100,0%
aktywnie palące kobiety	23	100,0%	0	0,00%	23	100,0%
Razem	47	100,0%	0	0,00%	47	100,0%
Chi kwadrat	Nie oblicza się					
Mężczyźni						
Mężczyźni niepalący	22	71,0%	9	53,9%	31	100,0%
aktywnie palący mężczyźni	23	59,0%	16	53,9%	39	100,0%
Razem	45	64,3%	25	35,7%	70	100,0%
Chi kwadrat	1,08207					



Wyk. 9. Nasilenie objawów chorobowych w przypadku nieprzyjmowania wszystkich zleconych leków

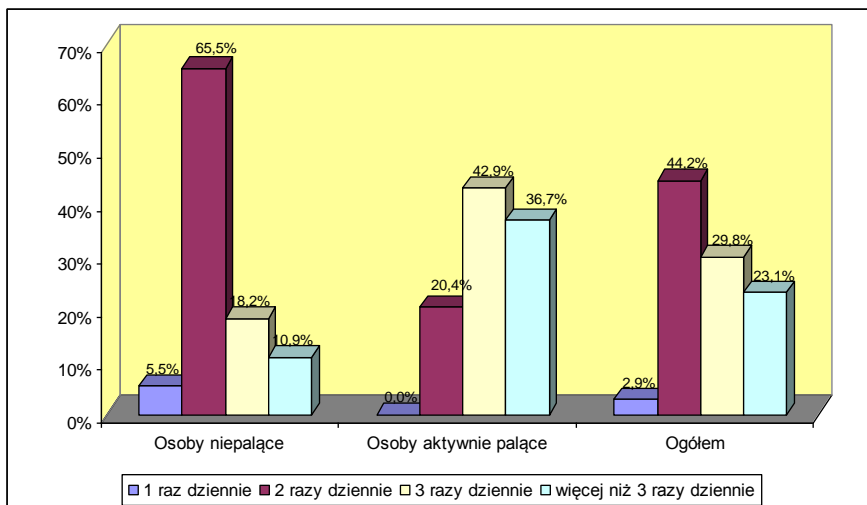
Nasilenie objawów chorobowych w postaci duszności czy kaszlu w przypadku nieprzyjmowania zleconych leków jest porównywalne w poszczególnych kategoriach kobiet oraz mężczyzn, natomiast w całej badanej zbiorowości wykazało znamienność statystyczną, przejawiającą się w tym, że u osób niepalących nasilenie objawów chorobowych w przypadku nieprzyjmowania wszystkich zleconych leków jest istotnie wyższe aniżeli w przypadku osób nadal palących (tabela 14, wykres 9).

W tabeli 15 przedstawiono wyniki badania częstości dziennego stosowania leków wziewnych w zależności od palenia bądź niepalenia tytoniu.

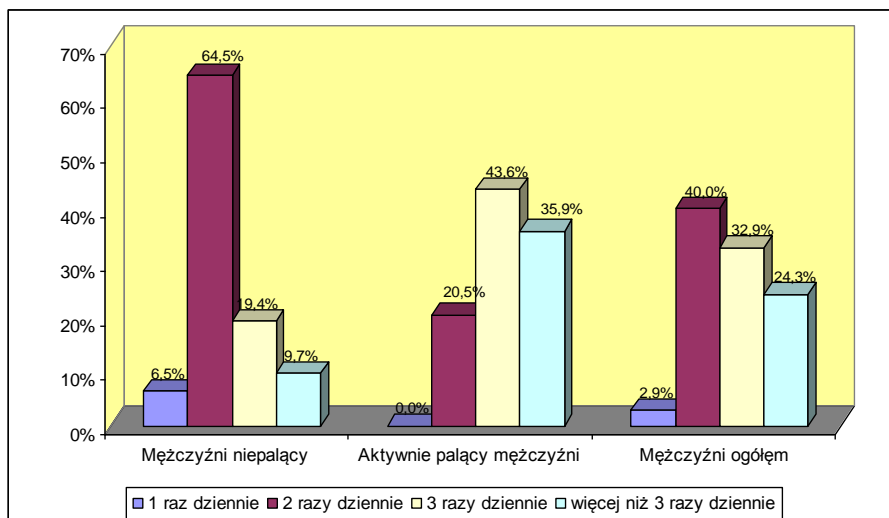
Tab. 14. Częstość dziennego stosowania leków wziewnych

Grupa osób	1 raz dziennie		2 razy dziennie		3 razy dziennie		więcej niż 3 razy dzien- nie		razem	
	Osoby niepalące	3	5,5%	36	65,5%	10	18,2%	6	18,2%	55
Osoby aktywnie palące	0	0,0%	10	20,4%	21	42,9%	18	36,7%	49	100,0%
Razem	3	2,9%	46	44,2%	31	29,8%	24	23,1%	104	100,0%
Chi kwadrat	27,34374									
Kobiety niepalące	1	4,2%	16	66,7%	4	16,7%	3	12,5%	24	100,0%
Kobiety aktyw- nie palące	0	0,0%	2	20,0%	4	40,0%	4	40,0%	10	100,0%
Razem	1	2,9%	18	52,9%	8	23,5%	7	20,6%	34	100,0%
Chi kwadrat	7,54656									
Mężczyźni nie- palący	2	6,5%	20	64,5%	6	19,4%	3	9,7%	31	100,0%
aktywnie palący mężczyźni	0	0,0%	8	20,5%	17	43,6%	14	35,9%	39	100,0%
Razem	2	2,9%	28	40,0%	23	32,9%	17	24,3%	70	100,0%
Chi kwadrat	18,85334									

Osoby aktywnie palące w ciągu dnia częściej stosują leki wziewne niż osoby niepalące; jest to prawdziwe dla $p < 0,01$ (wykres 10). Podobny wniosek jest prawdziwy dla $p < 0,05$ w przypadku kobiet, natomiast w przypadku obu grup mężczyzn jest słuszny dla $p < 0,01$ (wykres 11).



Wyk. 10. Częstość dziennego stosowania leków wziewnych w grupie ogółem w zależności od palenia tytoniu



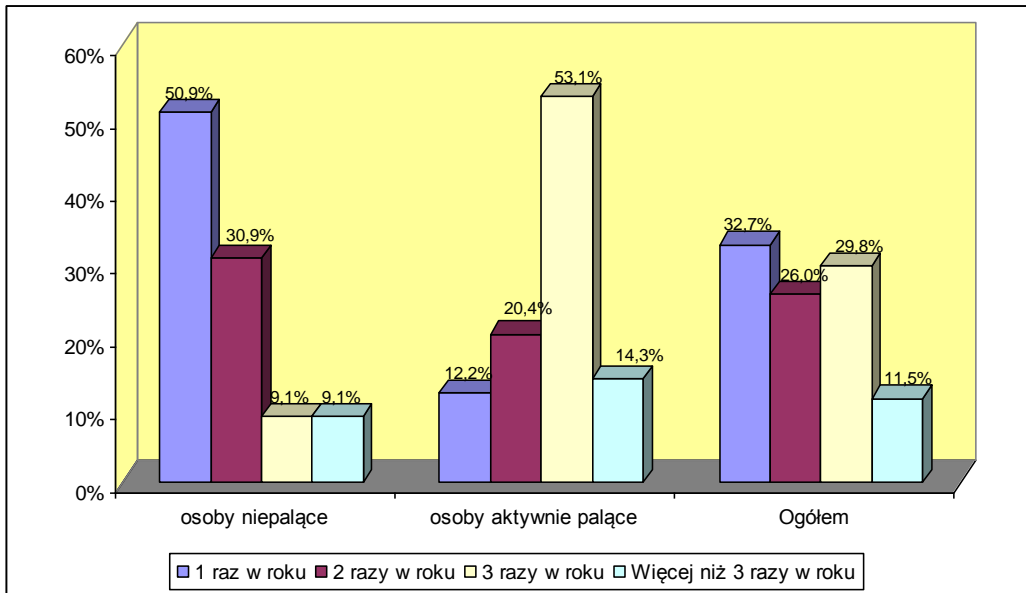
Wyk. 11. Częstość dziennego stosowania leków wziewnych w grupie mężczyzn w zależności od palenia tytoniu

W tabeli 16 przedstawiono wyniki badania częstości leczenia szpitalnego w zależności od stosunku do palenia papierosów.

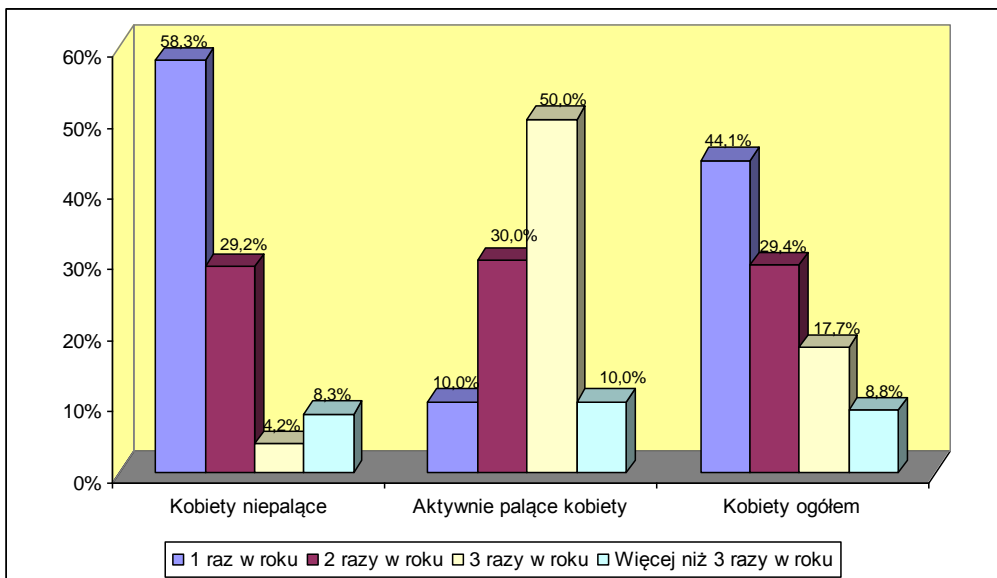
Tab. 15. Częstość leczenia szpitalnego

Grupa osób	1 raz w roku		2 razy w roku		3 razy w roku		Więcej niż 3 razy w roku		razem	
	Osoby niepalące	28	50,9%	17	30,9%	5	9,1%	5	9,1%	55
Osoby aktywnie palące	6	12,2%	10	20,4%	26	53,1%	7	14,3%	49	100,0%
Razem	34	32,7%	27	26,0%	31	29,8%	12	11,5%	104	100,0%
Chi kwadrat	30,36416									
Kobiety niepalące	14	58,3%	7	29,2%	1	4,2%	2	8,3%	24	100,0%
Kobiety aktywnie palące	1	10,0%	3	30,0%	5	50,0%	1	10,0%	10	100,0%
Razem	15	44,1%	10	29,4%	6	17,7%	3	8,8%	34	100,0%
Chi kwadrat	12,16444									
Mężczyźni niepalący	14	45,2%	10	32,3%	4	12,9%	3	9,7%	31	100,0%
aktywnie palący mężczyźni	5	12,8%	7	18,0%	21	53,9%	6	15,4%	39	100,0%
Razem	19	27,1%	17	24,3%	25	35,7%	9	12,9%	70	100,0%
Chi kwadrat	16,65583									

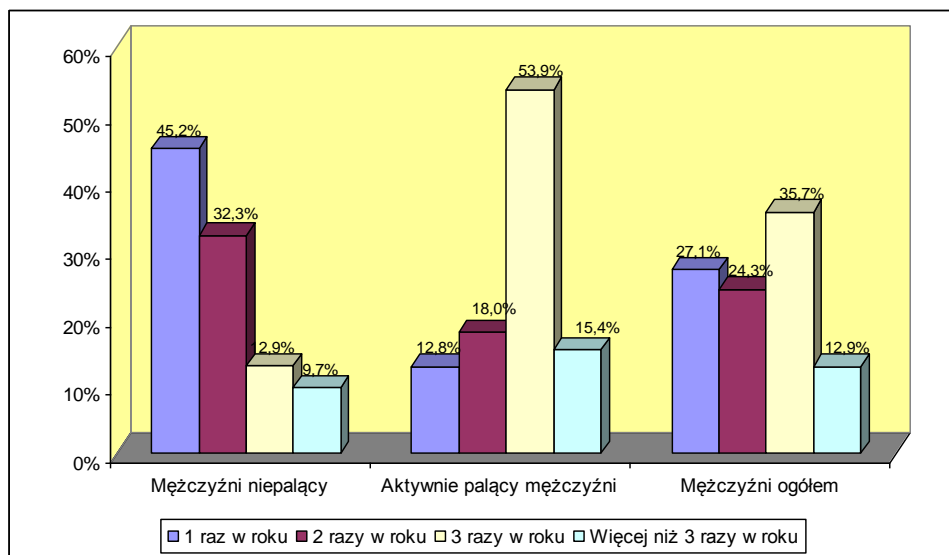
Osoby aktywnie palące częściej leczą się w szpitalu w porównaniu z osobami niepalącymi (wykres 12); jest to prawdziwe dla $p < 0,01$. Podobne spostrzeżenie jest sprawiedliwe dla kobiet przy $p < 0,05$ (wykres 13), a w przypadku mężczyzn przy $p < 0,01$ (wykres 14).



Wyk. 12. Częstość leczenia szpitalnego w grupie ogółem w zależności od palenia tytoniu



Wyk. 13. Częstość leczenia szpitalnego w grupie kobiet w zależności od palenia tytoniu



Wyk. 14. Częstość leczenia szpitalnego w grupie mężczyzn w zależności od palenia tytoniu

W tabeli 17 przedstawiono analizę wyników odpowiedzi na pytanie o sytuacje, w których następuje nasilenie objawów chorobowych.

Tab. 16. Sytuacje, w których następuje nasilenie objawów chorobowych

Grupa osób	Wysiłek fizyczny		Czynności pielęgnacyjne		Palenie papierosów		Spacer		Inne	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zbiorowość ogółem										
Osoby niepalące (n=55)	48	87,3%	19	34,6%	8	14,6%	14	25,5%	7	12,7%
Osoby aktywnie palące (n=49)	48	98,0%	29	59,2%	38	77,6%	19	38,8%	21	42,9%
Razem	96	92,3%	48	46,2%	46	44,2%	33	31,7%	28	26,9%
Chi kwadrat	4,16772		6,32968		41,70269		2,12271		11,95680	
Kobiety										

Kobiety niepalące	21	87,5%	10	41,7%	0	0,0%	3	12,5%	5	20,8%
aktywnie palące kobiety	10	100,0%	6	60,0%	9	90,0%	4	40,0%	5	50,0%
razem	36	91,2%	17	47,1%	10	26,5%	7	20,6%	10	29,4%
Chi kwadrat	1,37097		0,95231		29,37600		3,26508		2,89236	
Mężczyźni										
Mężczyźni niepalący	27	87,1%	9	29,0%	8	25,8%	11	35,5%	2	6,5%
aktywnie palący mężczyźni	38	97,4%	23	59,0%	29	74,4%	15	38,5%	16	41,0%
razem	106	92,9%	52	45,7%	46	52,9%	35	37,1%	29	25,7%
Chi kwadrat	2,78361		6,23958		16,33926		0,06559		10,80808	

U osób aktywnie palących częściej występuje nasilenie objawów chorobowych, przy czym we wszystkich wskazanych sytuacjach, za wyjątkiem spaceru, nasilenie to nosi cechy znamienności statystycznej: u osób kontynuujących palenie istotnie wyższy jest udział osób z nasileniem objawów chorobowych. W przypadku kobiet znamienność statystyczna występuje tylko w przypadku palenia papierosów, zaś w przypadku mężczyzn – przy czynnościach pielęgnacyjnych, paleniu papierosów oraz przy innych czynnościach. Wskazane wyniki są prawdziwe dla $p < 0,05$.

W tabeli 18 przedstawiono analizę, przeprowadzoną w kontekście palenia bądź niepalenia tytoniu, przyczyniania się duszności i dolegliwości ze strony klatki piersiowej do zaburzeń snu.

Tab. 17. Przyczynianie się duszności lub innych dolegliwości ze strony klatki piersiowej do zaburzeń snu

Grupa osób	Tak		Nie		razem	
Osoby niepalące	25	45,5%	30	54,6%	55	100,0%
Osoby aktywnie palące	46	93,9%	3	6,1%	49	100,0%
razem	71	68,3%	33	31,7%	104	100,0%

Chi kwadrat	28,04938					
Kobiety niepalące	7	29,2%	17	70,8%	24	100,0%
aktywnie palące kobiety	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
Razem	17	50,0%	17	50,0%	34	100,0%
Chi kwadrat	14,16667					
Mężczyźni niepalący	18	58,1%	13	41,9%	31	100,0%
aktywnie palący mężczyźni	36	92,3%	3	7,7%	39	100,0%
razem	54	77,1%	16	22,9%	70	100,0%
Chi kwadrat	11,48573					

Duszności lub inne dolegliwości ze strony klatki piersiowej mają istotny wpływ na zaburzenia snu wśród ankietowanych osób. Dla $p < 0,01$ objawy te są nieporównywalne w każdej z dwóch badanych grup osób: osoby palące mają istotnie częstsze nasilenie zaburzeń snu w przypadku wystąpienia duszności lub innych dolegliwości ze strony klatki piersiowej (tj. w przypadku wystąpienia objawów POChP).

Dyskusja

Z przedstawionych badań wynika, że podzielenie chorych z POChP na osoby aktywnie palące oraz osoby, które zaprzestały palenia tytoniu, umożliwiło wykazanie istotnego zróżnicowania zachowań zdrowotnych badanych osób, co przejawia się zróżnicowaniem zaostrzeń obrazu klinicznego, częstości hospitalizacji, częstości stosowania leków podawanych wziewnie działających rozkurczowo na drzewo oskrzelowe.

U chorych palących obserwowano większą częstość występowania zaostrzeń POChP niż u osób, które zaprzestały palenia. Takiego zróżnicowania w przebiegu choroby można było oczekiwać ze względu na ciągłość działania czynnika sprawczego, jakim niewątpliwie było palenie papierosów, niemniej może to także wynikać z różnego postrzegania częstości i nasilenia objawów choroby przez osoby palące i osoby niepalące. Można przyjąć, że przebieg choroby u osób niepalących był przez tych chorych odczuwany subiektywnie jako łagodniejszy z racji porzucenia tego nałogu, u osób zaś palących – jako subiektywnie poważniejszy (bo są osobami palącymi). Należy także zauważyć, że zaostrzenie

POChP może przebiegać z objawami chorób współistniejących, np. przeziębienia lub grypy. Nie zawsze więc rzeczywiste zaostrzenie POChP jest przez chorych łączone z tą właśnie chorobą, może być natomiast wiązane przez nich z inną chorobą.

Okazało się, że osoby, które zaprzestały palenia, chorujące na POChP częściej odbywały wizyty u lekarza niż chorujący czynni palacze. Można to tłumaczyć tym, że osoby niepalące prawdopodobnie trudniej godzą się z chorobą niż osoby palące, stąd częściej korzystają z wizyt lekarskich, wykazując w ten sposób silniejszą chęć zahamowania postępów POChP, niż osoby palące. Może to także wynikać z tego, że osoby palące nie zawsze są do końca przekonane o tym, że palenie tytoniu wpływa na pogorszenie stanu ich zdrowia, podczas gdy osoby, które porzuciły palenie są bardziej skłonne do takiej właśnie refleksji, dlatego też częściej korzystają z pomocy lekarza i – ogólnie – podejmują inne zachowania prozdrowotne.

Z badań własnych wynika, że kobiety i mężczyźni niepalący najczęściej nie więcej niż dwa razy w roku przebywali w szpitalu, przy czym udział niepalących kobiet przekraczał pod tym względem udział niepalących mężczyzn, kobiety i mężczyźni palący natomiast najczęściej przebywali trzy i więcej razy w szpitalu, przy czym udział palących mężczyzn przekraczał udział palących kobiet.

Uzyskane wyniki dotyczące stosowania leków wziewnych u chorych na POChP świadczą o tym, że dzienna częstotliwość stosowania leków wziewnych była istotnie większa wśród osób palących niż wśród osób niepalących.

Jak wynika z naszych badań, u chorych palących zaburzenia snu występowały istotnie częściej niż u chorych będących byłymi palaczami. Brown wykazał, że zaburzenia oddychania w trakcie snu są bardzo powszechne. Nasilają się one jeszcze bardziej w przypadku współistniejących z POChP zaburzeń funkcji serca, układu krążenia, a więc w przypadku bardziej ciężkich stanów POChP [10]. Collop wskazuje, że zaburzenia snu mogą wynikać ze stosowanych leków, towarzyszących chorobie lękom i depresji, ze spowolnienia funkcji płuc w czasie snu, z obniżenia poziomu saturacji w czasie snu [11]. Z kolei Sharafkhaneh i wsp. stwierdzili, że POChP często łączy się z zaburzeniami snu, zaburzeniami oddychania i zespołem niespokojnych nóg. Zaburzenia te mogą stanowić skutek uboczny farmakoterapii choroby podstawowej i popełnianych przy tym błędów. Niewłaściwe stosowanie leków może prowadzić do depresji oddechowej i związanych z nią powikłań [12].

Wnioski

1. Zachowania zdrowotne osób chorujących na POChP w kontekście podjęcia decyzji co do kontynuacji lub zaprzestania palenia tytoniu mają znamienny wpływ na przebieg choroby. Kontynuowanie palenia z reguły powoduje pogorszenie przebiegu choroby, tym niemniej osoby kontynuujące palenie w istotnie mniejszym stopniu niż osoby niepalące stosują się do zaleceń lekarskich.
2. U chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc czynne palenie papierosów, w porównaniu do byłych palaczy, wywiera niekorzystny wpływ na przebieg choroby w postaci częściej występujących zaostrzeń, częstszych hospitalizacji i zaburzeń snu.
3. Chorzy na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc czynnie palący papierosy, w porównaniu do byłych palaczy, częściej wymagają stosowania wziewnych leków rozszerzających oskrzela.
4. Odrębnym problemem jest nieprzyjmowanie wszystkich zleconych leków (nieraz wynika to ze względów ekonomicznych, ale generalnie można je uznać za nieprzestrzeganie wymaganych zachowań zdrowotnych). W takich przypadkach nasilenie objawów chorobowych częściej występuje u osób, które zaprzestały palenia. Jest to swego rodzaju paradoks, ale może on być wytłumaczony tym, iż osoby, które zaprzestały palenia tytoniu, mogą być przekonane, że w leczeniu POChP jest to już wystarczające dla polepszenia stanu zdrowia w tej chorobie. Jest to, oczywiście, przekonanie błędne.

Piśmiennictwo

1. Halbert R.J., Natoli J.L., Gano A. et al. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur. Respir. J.* 2006; 28:523-532.
2. Zieliński J.: POChP – choroba zbyt rzadko rozpoznawana nie tylko we wczesnym okresie. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007; 75: 2-4.
3. Iwanicka-Michałowicz M., Grzelewska-Rzymowska I.: Czynniki ryzyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc u pacjentów leczonych szpitalnie (*Risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in hospitalized patients*). *Pediatr. Med. Rodz.* 2009. s. 27-32.
4. Antczak A. (red.): *Pulmonologia. Cz. II.* Warszawa: Wyd. Medical Tribune, 2010.

5. Gajewski P., Padjas A., Strzeszyński Ł.: Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Medycyna Praktyczna* 6/2009. s. 7-99.
6. Batura-Gabryel H.: Zmiany ogólnoustrojowe u chorych na POChP. *Pneumonologia i alergologia Polska* 2010; s. 180-185.
7. Biskupska M., Wysocki J.: Rozpowszechnienie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) i innych chorób układu oddechowego wśród uczestników programu wczesnego wykrywania i zapobiegania POChP, *Prz. Lek.* 2004. s. 18-19.
8. Zygulska A., Kowalczyk.: Palenie tytoniu jako problem medyczny i prawny – wybrane zagadnienia, *Zdr. Publ.* 2008. s. 341-347.
9. Kuna P. (red.): *Astma i POCHP w pytaniach i odpowiedziach.* Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2008. s. 87-253.
10. Brown LK. Sleep-related disorders and chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Care Clinics of North America* 1998; 4(3): 493-512. (PMID: 97700263).
11. Collop N. Sleep and sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration: International Review of Thoracic Diseases* 2010; 80(1): 78-86. (DOI: 10.1159/000258676).
12. Sharafkhaneh A, Jayaraman G, Kaleekal T, Sharafkhaneh H, Hirshkowitz M. Sleep disorders and their management in patients with COPD. *Therapeutic Advances in Respiratory Diseases* 2009; 3(6): 309-318. (DOI: 10.1177/1753465809352198).

Adres do korespondencji:

Wiktor Piotrowski

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

ul. Powstańców Śląskich 3

59-220 Legnica

e-mail: wiktorp@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 01-09-2016 r.

**Poczucie bezpieczeństwa oraz różnego rodzaju wsparcia
wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie
jako kluczowe zadanie państwa**

**The feeling of safety and great variety of kind of support
to intellectually disabled people as the most important aim of the state**

dr n. hum. Celina Witkowska

Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości
z siedzibą w Wałbrzychu

Streszczenie

W działaniu na rzecz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych intelektualnie, ogromne znaczenie ma ich bezpieczeństwo, komfort psychiczny oraz dobre samopoczucie w środowisku w którym funkcjonują.

Dlatego niebagatelną rolę w tym zakresie spełnia państwo. Chroniąc interesy wszystkich obywateli, musi chronić także interesy osób niepełnosprawnych. Państwo bowiem musi być gwarantem poczucia bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych, ich przynależności społecznej poprzez tworzenie określonych instytucji oraz wspomaganie działalności innych organizacji pomocowych.

Niniejszy artykuł ma na celu wskazanie najistotniejszych czynników składających się na poczucie bezpieczeństwa tych osób oraz określenie podstawowych zadań leżących po stronie państwa. Artykuł jest jednocześnie próbą odpowiedzi, czy faktycznie aktualne kierunki i zadania realizowane przez Polskę są zadawalające.

Słowa kluczowe: Niepełnosprawność intelektualna, osoba niepełnosprawna, bezpieczeństwo, wsparcie

Abstract

In order to improve the quality of life of intellectually disabled people, their safety, mental comfort and well-being where they live is very important.

The state has a very important impact in this case to protect the interest of all citizens including those of disabled people. The state should be able to guarantee the feeling of safety for disabled people and their social affiliation by creating suitable institutions and supporting activities of other, similar institutions.

The main aim of this article is to show the most important component of safety of this people and to highlight the basic function of the state. This article at the same time provides an answer to the question if actual directions and activities realized by Poland are really effective.

Keywords: Intellectual disability, disabled person, safety, support.

Wprowadzenie

Wiedza na temat problematyki związanej z poczuciem bezpieczeństwa u osoby będącej jednocześnie niepełnosprawnym intelektualnie, jest bardzo szeroka. Pomimo tego faktu, wzbudza dalsze zainteresowanie badaczy z różnych dziedzin oraz dyscyplin naukowych. W ostatnich latach, powstało na ten temat wiele publikacji.

Pomimo wzrostu świadomości społecznej w w/w zakresie, w obrębie postaw w stosunku do jednostek niepełnosprawnych, nadal zauważa się pewną gradację ze strony osób zdrowych. Zwłaszcza gdy chodzi o niepełnosprawność znaczą lub głęboką. Ludziom sprawnym, zdrowym łatwiej jest przyjąć postawę akceptującą wobec osoby chorej somatycznie (np. z zaburzeniami krążenia czy narządów wewnętrznych), gdyż nie powodują one widocznych zmian w wyglądzie zewnętrznym. Niestety, niepełnosprawność intelektualna, wiąże się bardzo często z deformacjami, czy chorobami sprzężonymi. Osoby te więc odbiegają w zdecydowany sposób od przyjętej w określonym środowisku normy pod względem wyglądu, sposobu zachowania czy funkcjonowania społecznego. Niejednokrotnie też dochodzi do ich izolacji społecznej. Dotyczy to głównie osób zamieszkałych w bardzo małych miejscowościach lub na terenach wiejskich.

Właśnie w takich sytuacjach, nieodzowna jest pomoc państwa. Dysponując wielorakimi instrumentami oraz środkami finansowymi, jego priorytetowym zadaniem powinno być wdrażanie jak największej ilości systemów wsparcia, w celu zapewnienia poczucia bezpieczeństwa oraz stabilizacji życiowych osób niepełnosprawnych.

Wybrane ujęcia niepełnosprawności intelektualnej oraz modele funkcjonujące w Polsce

Pojęcie niepełnosprawności intelektualnej nie jest zjawiskiem nowym. We wszystkich społeczeństwach zawsze były obecne osoby związane z tym deficytem. W trakcie ostatnich kilkunastu lat zauważamy wzrost zainteresowania związanego z problemem rozwoju, rehabilitacji oraz edukacji osób niepełnosprawnych. Także ze strony państwa. Cieszy taki stan rzeczy. Integracja osób niepełnosprawnych intelektualnie z osobami pełnosprawnymi ma wielu zwolenników ale i przeciwników. Mimo to w Polsce obserwuje się daleko idące zmiany w tym zakresie. Polepsza się jakość życia tych osób w różnych aspektach funkcjonowania społecznego, psychicznego oraz zawodowego. Dlatego bardzo ważna jest dalsza działalność związana z badaniem potrzeb, defektów i zdolności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Obecnie nie mamy nadal 100 procentowej wiedzy na tematy związane z diagnozą, nie posiadamy w pełni zadawalających rezultatów terapeutycznych, zwłaszcza jeśli dotyczy to osób najciężej upośledzonych.

Same pojęcia niepełnosprawności intelektualnej są bardzo szerokie. Obejmują one zaburzenia zachowania, sprawności motorycznej, emocjonalności, motywacji oraz dysfunkcji. W specjalistycznej literaturze pedagogicznej występuje mnogość tych definicji. Oprócz określenia <upośledzenie umysłowe> stosuje się zamiennie terminy takie jak:

- osłabienie sprawności psychicznej,
- niedorozwój umysłowy,
- opóźnienie rozwoju umysłowego.

Zofia Pakuła w swych badaniach nad w/w problematyką zauważa: Obecnie istnieje tendencja do używania terminu „niepełnosprawność intelektualna” ze względu na pejoratywne konotacje związane z nazwą upośledzenie umysłowe [1]. Nieco inaczej definicja niepełnosprawności została ujęta została w **Ustawie o pomocy społecznej**: Wg niej niepełnosprawność oznacza stan fizyczny, psychiczny, umysłowy powodujący trwałe, okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie egzystencji [2]. Sprecyzowanie tego terminu w tym dokumencie prawnym potwierdza fakt, że niepełnosprawność intelektualna jest niezmiernie ważnym pojęciem w pedagogice specjalnej.

Natomiast **Światowa Organizacja Zdrowia** pojęcie niepełnosprawności określa jako -wszystkie ograniczenia lub brak (wywodzący się z ułomności i uszkodzeń) umiejętności do spełniania zadań w zakresie lub w sposób,

który uznaje się za normalny dla jednostki ludzkiej. Jeszcze innym określeniem upośledzenia umysłowego jest definicja wg Józefa Kostrzewskiego. Wg autora - jest to istotnie niższy od przeciętnego ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, występujący łącznie z upośledzeniem w zakresie przystosowania się, wiążący się ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym. [3]

Niepełnosprawność intelektualna ujmowana jest również z punktu widzenia przyswajania wiadomości, o czym pisze Aleksandra Tomkiewicz-Bętkowska: należy definiować upośledzenie umysłowe jako stan obniżonej sprawności umysłowej w stosunku do stanu normalnego, charakteryzujący się niedorozwojem lub zaburzeniami procesów percepcyjnych, uwagi, pamięci i myślenia w wyniku procesów patologicznych [4]. Powyższe określenia niepełnosprawności różnią się między sobą sposobem ujęcia terminu. Jednak wszystkie starają się zdefiniować funkcjonowanie osób, o takim samym lub podobnym deficycie intelektualnym.

Bardzo pomocne w klasyfikacji niepełnosprawności intelektualnej jest używanie skal. W diagnostyce psychologicznej określa się za ich pomocą stopień funkcjonowania intelektualnego opierając się na wynikach badań testowych. Zawierają one zestaw pytań oraz zadań, dzięki którym specjalista ocenia stopień rozwoju intelektualnego danej osoby.

Obecnie w Polsce często wykorzystywanymi skalami są **skale Terman-Merill** oraz **Wechsler**. Poniższa tabela prezentuje stopnie rozwoju umysłowego.

Tab. 1
Stopnie rozwoju umysłowego wg. Wechslera i Termana - Merrila

<i>Odchylenie standardowe</i>	<i>Stopień rozwoju umysłowego</i>	<i>I.I. w skalach</i>	
		<i>Wechslera</i>	<i>Termana - Merril</i>
<1 lub=1	Rozwój przeciętny	85-110	84-100
od -1 do -2	Rozwój niższy niż przeciętny	70-84	69-83
od -2 do -3	Niedorozwój umysłowy lekki	55-69	52-68
od -3 do -4	Niedorozwój umysłowy umiarkowany	40-54	36-51
od -4 do -5	Niedorozwój umysłowy znaczny	25-39	20-35
ponad -5	Niedorozwój umysłowy głęboki	0-24	0-19

Źródło: Klasyfikacja upośledzenia umysłowego według IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów Światowej Organizacji Zdrowi[1]

W niniejszym artykule chciałabym zwrócić szczególną uwagę czytelnika na osoby niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym i znacznym. One bowiem narażone są na szczególny brak poczucia bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu w którym na co dzień egzystują. Ich bełkotliwa mowa, ubogie słownictwo zdecydowanie różnią się od pozostałych ludzi. Agnieszka Tomkiewicz-Bętkowska podkreśla że także ich myślenie ma charakter konkretno-obrazowy i sytuacyjny, który polega na kojarzeniu wyobrażeń konkretnych.[5] Dodatkowo utrudnia to więc w sposób komunikacji, tworząc barierę interpersonalną. Zauważalne są również cechy charakterystyczne związane z emocjonalnością tj. słaba kontrola nad popędami widoczne potrzeby psy-

chiczne, intuicyjne uczucia moralne. Doktor Renata Szczepanik z Uniwersytetu Łódzkiego, wskazuje istotne deficyty w tym zakresie: Wąski zakres, spowolnienie, trudności różnicowania dotyczą wszystkich zmysłów, szczególnie zaś wzroku, słuchu i kinestezji. To z kolei negatywnie wpływa na rozwój wyższych procesów psychicznych.[6] Nie zapominajmy przy tym, że w/w osoby uwidaczniają też swoje potrzeby psychiczne, swoją wrażliwość, intuicyjne uczucia moralne, częste zaburzenia zachowania, oznaki przywiązania do rzeczy, osób. Janina Wyczesany w sposób szczególny podkreśla tą kwestię, pisząc, że osoby upośledzone umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym odczuwają potrzebę bezpieczeństwa, miłości i potrafi w sposób żywy ujawniać sympatię i potrzebę kontaktów społecznych [7].

W celu usprawnienia społecznego funkcjonowania, a także zwiększenia poczucia bezpieczeństwa u opisywanych jednostek, wśród specjalistów z różnych dziedzin oraz dyscyplin naukowych, trwają intensywne prace w wypracowywaniu coraz to nowszych modeli niepełnosprawności. Do najpopularniejszych zaliczamy:

- **model medyczny** – wiąże się z okresową, doraźną lub też całodobową opieką medyczną nad tymi właśnie osobami. Jest to model zakładający zapewnienie komfortu psychicznego, wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa zarówno fizycznego jak i psychicznego. u pacjenta/pensjonariusza niepełnosprawnego, który przebywa w placówkach o charakterze leczniczo-opiekuńczym. Państwo w tym modelu spełnia kluczową rolę.
- **model charytatywnej opieki** – jest to w ostatnim okresie bardzo modna działalność związana z wolontariatem. Największą popularnością cieszy się u ludzi młodych, studentów, ludzi wrażliwych na potrzeby społeczne. Skupia się ona w pracach jako asystenckich osobom niepełnosprawnym, starszym, osobom ze sprzężonymi upośledzeniami. Niejednokrotnie jest to praca opiekuńcza pozostająca spore obciążenia psychiczne (praca w hospicjum, na oddziałach paliatywnych, w domach pomocy społecznej).
- **model społeczny** – zakłada, że problematyka niepełnosprawności nie jest indywidualnym problemem danej osoby. Jest to zadanie przed którym stoi całe nasze społeczeństwo, instytucje kulturalne, oświatowe, sportowe, pozarządowe. Jest to ważne wyzwanie dla niwelowania różnych barier architektonicz-

nych. Dzięki uczestnictwu w pracach, wytworach życia społecznego, podnosi się samoocena osób niepełnosprawnych. Buduje poczucie bezpieczeństwa i przynależności. Stają się oni pełnoprawnymi uczestnikami, widzami czy członkami danych społeczności lokalnych.

- **model moralny** – dotyczy niezmiernie ważnej sfery naszego życia duchowego, moralnego. Za jego pomocą podnosimy system wartości osób niepełnosprawnych, wzrasta ich samoocena. Czują się potrzebni i społecznie akceptowani. Ważną rolę odgrywają tutaj instytucje kościelne oraz pozarządowe.

Oczywiście żeby otrzymać pożądany efekt, wszystkie modele muszą ze sobą współpracować oraz wzajemnie się uzupełniać. Osoby niepełnosprawne wymagają jednak indywidualnego sposobu pracy oraz dobrania metod. Dlatego wszystkie prace/przedsięwzięcia winny być starannie dopasowane do określonego typu zadania. Wymagają przy tym nawiązywania emocjonalnego kontaktu z terapeutą, nauczycielem, psychologiem czy innym specjalistą. Efekty jednak są możliwe po ciężkiej, wyłożonej pracy, której skutkiem jest osiągnięcie obranego celu.

Polskie instytucje wspierające osoby niepełnosprawne intelektualnie. Ich zadania statutowe oraz kierunki działania.

Niezwykle istotną rolę w procesie stabilizacji i rozwijaniu poczucia bezpieczeństwa wobec osób niepełnosprawnych, odgrywają same instytucje. Ich działalność winna być połączona z wspólnymi wysiłkami ze strony rodziny takiej osoby. Niestety nie zawsze jest to możliwe. Istnieje szereg nieprawidłowości oraz zastrzeżeń ze strony Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej co do opieki sprawowanej przez rodziny. Często występują w nich różnorakie patologie społeczne, bieda, zagrożenie wykluczeniem, niski poziom wykształcenia czy też deficyty moralne.

W takiej sytuacji instytucje zajmujące się osobami niepełnosprawnymi mają utrudnione zadanie. Efekty też bywają gorsze. Jednak na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w ostatnich latach w Polsce prężnie rozwija się działalność instytucji pozarządowych. Często prowadzone są one przez rodziny dotknięte problemem niepełnosprawności intelektualnej bądź ruchowej. Wg badacza tej problematyki - Sławomira Cudaka spełniają one bardzo ważną misję społeczną zajmując się rehabilitacją osób niepełnosprawnych, zatrudniają je, zapewniają im

pomoc materialną oraz prowadzą działalność kulturalną, oświatową, sportową [8]. Dalej autor podkreśla, że celem organizacji pozarządowych jest między innymi:

- racjonalne zagospodarowanie wyznaczonego obszaru społecznego,
- realizacja wyznaczonych interesów grupy,
- budowanie sieci bezpieczeństwa z przeznaczeniem dla osób słabszych, niepełnosprawnych, potrzebujących wsparcia.

Ponadto placówki prowadzące terapię i diagnozę osób potrzebujących tego typu wsparcia, wspierają jego rodzinę, a przez to odgrywają ogromną rolę w wyznaczaniu rehabilitacji w dalszym okresie życia. Autor zdecydowanie podkreśla, że zadania organizacji stanowią dla jednostek samorządowych bazę informacji o skali występowania zaburzeń rozwojowych u małego dziecka, co pozwala przewidzieć i zaplanować działania zapewniające realizację potrzeb osoby z niepełnosprawnością w kolejnym etapie jej życia [9].

Jednak działalność organizacji pozarządowych nie byłaby możliwa na takim poziomie gdyby nie pomoc państwa. Wg Janiny Wyczesany: Rozwój placówek dla upośledzonych umysłowo w stopniu głębszym był możliwy dzięki pracy resortów oświaty, zdrowia i opieki społecznej [10]. To dzięki m.in. środkom pochodzącym z PFRON oraz z Urzędów Marszałkowskich, które dofinansowują roboty budowlane związane z obiektami służącymi rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz środkom pochodzącym z różnego rodzaju konkursów, wiele przedsięwzięć na rzecz tych osób – dorosłych i dzieci- możliwa jest do realizacji.

Dlatego też kluczową rolę w finansowaniu tego typu działalności spełnia państwo. Dbanie o rozwój i edukację czy różnego typu rehabilitację, należy do jego podstawowych zadań nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie. Poniżej przedstawiam zestawienie instytucji wspierających tego typu działalność. Oczywiście nie są to wszystkie placówki, jednak na potrzeby tego artykułu, chciałabym zarekomendować poniżej wybrane.

Tab. 2 Najważniejsze instytucje świadczące pomoc osobom niepełnosprawnym intelektualnie

<i>INSTYTUCJE PAŃSTWOWE</i>	<i>PLACÓWKI CAŁODOBOWEGO POBYTU</i>	<i>PLACÓWKI DZIENNEGO POBYTU</i>
Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Domy Pomocy Społecznej	Środowiskowe Domy Samopomocy

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej	Mieszkania chronione	Poradnie psychologiczno-pedagogiczne – dla dzieci i młodzieży
Narodowy Fundusz Zdrowia	-----	Zakład Aktywności Zawodowej – dla dorosłych
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych	-----	poradnie psychologiczno-pedagogiczne
-----	-----	Warsztaty Terapii Zajęciowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Piekut–Brodzka D. „Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych” Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych w działalności na rzecz osób niepełnosprawnych intelektualnie określa w szczególności zadania:

- udzielanie pomocy w formie renty socjalnej.
- działania w zakresie prewencji wypadkowej i rentowej,
- kompleksowa usługa klientów niepełnosprawnych.

Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej - są instytucjami samorządowymi, miejscem pierwszego kontaktu z pomocą społeczną. Zobligowane są następującymi zadaniami dot. osób niepełnosprawnych:

- kompletowanie dokumentacji niezbędnej do umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej,
- dofinansowanie do uczestnictwa osób upośledzonych umysłowo oraz ich opiekunów w wyjazdach rehabilitacyjnych,
- zwrot kosztu wyposażenia stanowisk pracy osób niepełnosprawnych.
- dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych i technicznych
- kierowanie do mieszkań chronionych i ośrodków wsparcia,
- sprawowanie kontroli nad działalnością Środowiskowym Domem Samopomocy, Dziennego Domu Pomocy Społecznej,

- dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych,

Narodowy Fundusz Zdrowia działając na rzecz osób niepełnosprawnych intelektualnie oferuje głównie:

- dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego.
- dofinansowanie do wybranych refundowanych lekarstw.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest instytucją wspierającą rehabilitację społeczną oraz zawodową osób niepełnosprawnych. Głównym celem PFRON jest aktywizacja, pobudzenie osób niepełnosprawnych. Działa między innymi poprzez:

- dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- działania na rzecz usuwania barier pomiędzy osobami niepełnosprawnymi a pełnosprawnymi.
- dofinansowanie do zakupu pojazdów niezbędnych do transportu osób niepełnosprawnych,

Wybrany z przykładów placówek całodobowych są **Domy Pomocy Społecznej**. Mają one różny charakter działalności. Są one placówkami określony zakres:

- potrzeby opiekuńcze,
- bytowe,
- wspomagający,
- świadczenia zdrowotne,
- potrzeby edukacyjne dzieci niepełnosprawnych

Innym przykładem placówki działającej na rzecz osób upośledzonych umysłowo jest **Środowiskowe Domy Samopomocy**. Wg Lidii Wrocińska-Sławska: Środowiskowe domy samopomocy są nowatorskimi placówkami funkcjonującymi w systemie pomocy społecznej [11]. Domy te mogą spełniać różnorakie formy organizacyjne. Jednak do ich priorytetowych zadań statutowych należą:

- prawidłowy rozwój osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz z zaburzeniami psychicznymi,
- umożliwienie nabycia umiejętności w zakresie spełniania podstawowych działań życia codziennego,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa socjalnego jak i społecznego

- zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych osób korzystających z tej formy pomocy,

Następnym przykładem działalności zorganizowanych na rzecz osób niepełnosprawnych intelektualnie w różnym stopniu są **mieszkania chronione**. Głównymi ich zadaniami są:

- zgodny z normą społeczną rytm dnia, tygodnia oraz roku.
- przebywanie w niewielkiej grupie począwszy od samodzielnego mieszkania przez mieszkanie wspólnie z jedną lub dwiema osobami, mieszkanie grupowe mieszczące do ośmiu osób, po hostele mieszczące od ośmiu do dwudziestu pięciu osób
- całkowita podmiotowość (m.in. wpływ na swoje życie w aspekcie codziennym oraz w dłuższej perspektywie, pozytywny kontakt z innymi osobnikami, atmosfera domowa),
- praktyka zgodnie z przyjętymi normami zadań domowych (między innymi dbanie o własne przedmioty, przygotowywanie posiłków, itp.),
- całkowite wykorzystywanie dostępnych zasobów społecznych w spełnianiu potrzeb mieszkańców
- różne rodzaje mieszkań mogą zostać objęte systemowymi zależnościami organizacyjnymi,

Placówką odgrywającą niezmiernie ważną rolę w pomocy dzieciom niepełnosprawnym intelektualnie są również **poradnie psychologiczno-pedagogiczne**. Świadczą one usługi specjalistyczne:

- psychologiczno-logopedyczne–pedagogiczne,
- wczesnej interwencji,
- prewencji,
- próby rozwiązywania problemów osób młodych w skali potrzeb edukacyjnych,
- rozwojowych,
- przygotowywania do okresu dorosłości,
- pracy prewencyjnej,
- terapeutycznej wraz z rodziną,
- pracy w otoczeniu lokalnym,
- orzekania i opiniowania dzieci niepełnosprawnych intelektualnie.

Zofia Pakuła podkreśla, że wszystkie te placówki pełnią funkcje opiekuńcze, wychowawcze i rehabilitacyjne w stosunku do młodzieży i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie [12]. Adresatami poradni mogą być dzieci i młodzież niepełnosprawna, dzieci i młodzież wywodzących się ze środowisk nieudolnych wychowawczo, osoby młode uzależnione od alkoholu, dzieci oraz młodzież z problemami wychowawczymi, problemami w nauce, emocjonalnymi oraz problemami okresu dorastania.

Następną – niezwykle ważną formą pomocy i rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych intelektualnie są **zakłady aktywności zawodowej** finansowane przez PFRON oraz Urzędy Marszałkowskie. Obecnie na terenie województwa Dolnośląskiego funkcjonuje ich pięć, a w roku 2016 powstanie następny. Jest to „najmłodsze” zadanie, które (częściowo) należy do zadań finansowania ze strony budżetu państwa. Małgorzata Radziszewska precyzyjnie ujmuje wymogi związane z utworzeniem zakładów aktywności zawodowej: Zgodnie z wymogami prawnymi (w tym ostatnimi zmianami ustawie o rehabilitacji), uzyskanie statusu zakładu aktywności zawodowej warunkuje m. in.: zatrudnienie co najmniej 70% wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w ogóle zatrudnionych, w szczególności osób skierowanych przez powiatowe urzędy pracy.[13] W ramach zatrudniania w tego typu placówce, niepełnosprawni podejmują pracę, która pozwoli im w przyszłości nabyć określone umiejętności potrzebne u innego pracodawcy na wolnym rynku.

Ostatnią placówką wspomagającą rozwój oraz terapię osób niepełnosprawnych są **Warsztaty Terapii Zajęciowej**. W swojej działalności realizują całonocne programy pomocne w przybliżeniu i rozwiązywaniu konkretnych problemów, jak i rozwoju zasobów oraz umiejętności uczestników. Ich działanie umożliwia podstawa prawna: Działania na rzecz rehabilitacji osób niepełnosprawnych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej w Polsce oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 ze zm.) [14].

Warsztaty Terapii Zajęciowej prócz wymienionych zadań przygotowują osoby młode do podjęcia zatrudnienia. Zastosowanie terapii pedagogicznej jest niezbędne zawsze gdy zadanie oraz oczekiwanie postawione dziecku, nie może być przez nie niezależnie wykonane, gdy niezbędna jest pomoc, współpraca z osobą, rozumiejącą jego trudności oraz związane z nimi emocje, zdoła pokierować aktywnością dziecka w odpowiedni sposób, by umiejętnie pobudzić jego rozwój. Monika Konarska podkreśla zadania terapii: Na płaszczyźnie

zycia jednostki terapia kreatywna umożliwia bycie człowiekiem w sposób doskonalszy, rozwija u dziecka to, co jedynie niepowtarzalne [15]. **Celami działalności Warsztatów Terapii Zajęciowej** są według Moniki Konarskiej:

- tworzenie osobom upośledzonym w stopniu umiarkowanym i znacznym niezdolnym do samodzielnego podjęcia zatrudnienia możliwości oraz rehabilitacji społecznej jak i zawodowej w aspekcie pozyskiwania czy też przywracania zdolności niezbędnych do podjęcia czasowego lub stałego zatrudnienia.
- aktywne wspieranie przebiegu rehabilitacji zawodowej oraz społecznej osób z niepełnosprawnością umiarkowaną,

Tab. 3. Najbardziej popularne metody oraz rodzaje terapii zajęciowej

<i>Ergoterapia</i>	<i>Socjoterapia</i>	<i>Arteterapia</i>
Hafciarstwo	Ludoterapia	Rysunek
Krawiectwo	Trening umiejętności społecznych	Grafika
Metaloplastyka	Terapia ruchem	Sztuki użytkowe
Ogrodnictwo	Rekreacja	Muzykoterapia
Garncarstwo i ceramika	-----	Filmoterapia
Dziewiarstwo	-----	Choreoterapia
Tkactwo	-----	Malarstwo
Stolarstwo	-----	Rzeźba
Wikliniarstwo	-----	Zdobnictwo i dekoratorstwo

Kaletnictwo	-----	Teatroterapia
-----	-----	Sztuki użytkowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Szczepanik R. „Elementy pedagogiki specjalnej” Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej, Łódź 2007.

Powyżej zostały zaprezentowane różne rodzaje oraz formy działalności, które w większym lub mniejszym procencie finansuje państwo. Pomimo jednak różnorodności tych palcówek, środki przeznaczane na powyższą działalność od lat pozostają na tym samym poziomie. Np. wysokość świadczeń na jedną osobę pracującą w zakładzie aktywności zawodowej, od kilku lat wynosi 18 500 na osobę niepełnosprawną (w skali roku). Przy tego typu działalności, nie uwzględnia się rosnących kosztów utrzymania budynków, energii elektrycznej czy mediów. Dokładnie podobny problem mają warsztaty terapii zajęciowej, które w naszym kraju cieszą się ogromnym zainteresowaniem. Jednak jest ich zbyt mało w stosunku do realnych potrzeb.

Potrzeba integracji osób niepełnosprawnych intelektualnie z osobami pełnosprawnymi jako element poczucia bezpieczeństwa oraz wzmacniania samooceny.

W dzisiejszej dobie wykluczenie społeczne sięga najgłębiej upośledzonych osób spośród ogółu osób niepełnosprawnych, dlatego są one szczególnie narażone na wszelaką dyskryminację. Przez lata zakorzenione i rozpowszechnione uprzedzenia prowadzą do naruszeń praw człowieka. W Polsce mimo walki z nietolerancją i stygmatyzacją osób niepełnosprawnych intelektualnie, nadal jest bardzo ograniczona wiedza w dot. osób niepełnosprawnych. Dlatego polityka społeczna państwa, musi być nastawiona na eliminację tychże zachowań. Dużą pomocą w tym zakresie, mogą wykazać się szkoły, ośrodki edukacyjno-kulturalne, media oraz różnego rodzaju stowarzyszenia i fundacje zarówno świeckie, jak też kościelne. Jan Szczepański określa bardzo szeroko pojęcie integracji uznając ją jako: Proces społeczny polegający na naturalnym wytwarzaniu wspólnych celów, wzorców i wartości działania.(16) Dlatego też dotychczas istniejące różnice pomiędzy osobami pełnosprawnymi a niepełnosprawnymi intelektualnie, nie muszą być ugruntowaniem podziałów.

Sam proces integracji może być powolnym włączeniem określonej osoby niepełnosprawnej do grupy czy lokalnej społeczności, pomimo istniejących różnic w wyglądzie czy funkcjonowaniu społecznym.

Ponadto dla samego procesu integracji charakterystyczne jest wzajemne przystosowanie jednostek, zharmonizowanie ich dążeń, złączenie więzi stosunków nieantagonistycznych oraz umiejętność spełniania określonych zadań. Proces ten ma na celu naturalne wytwarzanie wspólnych wartości, celów, interesów, wzorów czy poglądów. Jednak integracja nie musi oznaczać eliminacji różnic. Pomimo ich istnienia, zspala, łączy, usuwa konflikty oraz bariery. Należy też podkreślić, że procesem integracji nie jest jedynie umieszczenie osoby niepełnosprawnej w grupie społecznej, ale przede wszystkim stworzenie jej możliwości optymalnego rozwoju, odporności psychicznej czy też indywidualnych możliwości jednostki. Każda osoba jest inna, różni się wieloma cechami, dlatego niezbędne jest dążenie do identyfikacji z grupą poprzez wzajemne poznawanie się oraz odrzucanie uprzedzeń.

Jan Turowski sprowadza integrację do dwóch aspektów:

- **Integrację funkcjonalną** – obejmującą aspekty integracji funkcjonalnej oraz komunikacyjnej. w/w połączenie jest oczywiste, ponieważ integracja funkcjonalna implikuje obecność odpowiedniego systemu komunikacji oraz łączności. Odwołując się do struktury każdej z grup można określić powyższą integrację jako stan oraz stopień spójności ról społecznych pełniących przez jednostki w grupie wraz z zadaniami i funkcjami wykonywanych przez instytucje grupowe wraz z funkcjami i rolami im przypisanymi.
- **Integrację normatywną** - ujmuje w/w integrację normatywną oraz kulturalną, tzn. sfery wartości, norm i kultury. Ukazuje stopień oraz stan systemów wartości akceptowanych przez członków grupy, jak i czy zachowania zgodne są ze systemem wartości, który obowiązuje w określonej grupie społecznej.

Podstawą integracji społecznej osób niepełnosprawnych intelektualnie i osób pełnosprawnych jest komunikacja, czyli łączność/informacja pomiędzy jednostkami w grupie oraz instytucjami a władzą grupową. Izolacją jest brak informacji i łączności.

Dużym sprzymierzeńcem dla samego procesu integracji, jest systemem **wsparcia społecznego**. Określane jest ono jako szczególny sposób oraz rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom niepełnosprawnym. Jego głównym celem jest mobilizacja sił potrzebującej osoby, wzmocnienie jej

potencjału i zasobów, aby mogła poradzić sobie z powstałymi problemami. W zależności od udzielanego wsparcia, dzielimy je na:

- **Wsparcie informacyjne** - polega na dostarczaniu osobie z ograniczoną sprawnością albo jego rodzinie informacji: o fakcie zaistnienia niepełnej sprawności. Poucza o możliwościach jej ograniczenia, kompensowania, możliwościach i sposobach leczenia i rehabilitacji. Uczy możliwości dalszego życia z tym problemem. Informuje o ewentualnych uprawnieniach, o instytucjach, w których może uzyskać pewne formy pomocy dotyczące problemów osoby niepełnosprawnej oraz jej rodziny.
- **Wsparcie emocjonalne** - Jest to niezmiernie ważny rodzaj wsparcia niezbędnego osobie niepełnosprawnej oraz jej rodzinie. Wynika ono z bardzo silnych przeżyć emocjonalnych, załamania lub nawet rozpacz, jakie mogą towarzyszyć utracie sprawności lub urodzeniu niepełnosprawnego dziecka. Osoba niepełnosprawna lub członkowie rodziny przeżywają kryzys psychiczny. Nie są więc w stanie sobie z nimi poradzić sami. Wymagają działania podtrzymującego, obecności osób trzecich, życzliwego zrozumienia i wysłuchania.
- **Wsparcie materialne** (rzeczowe, finansowe), wsparcie przez świadczenie usług - oparte jest na tradycyjnych formach udzielanej pomocy. Są to najczęściej środki finansowe, dofinansowanie rehabilitacji, pokrywanie kosztów podróży. Mogą to być również różnego rodzaju środki pozafinansowe (odzież, opał, wyposażenie mieszkania i sprzęt gospodarczy) ułatwiających codzienną aktywność osoby z ograniczoną sprawnością, jak również dary w formie sprzętu ortopedycznego, wózki inwalidzkie, sprzęt rehabilitacyjny.
- **Wsparcie rozwoju** - jest to wsparcie bezpośrednio ukierunkowane na rozwój osoby niepełnosprawnej np. - wyrównanie szans związanych np. z nauką, wypoczynkiem, aktywnością ruchową (wspólne wakacje integracyjne). Świadczy je państwo oraz fundacje i stowarzyszenia.

Osoby niepełnosprawne już od samego początku powstania lub ujawnienia się niepełnosprawności, powinny być objęte kompleksową opieką. Im wcześniej tym lepiej - w zależności od deficytu oraz przyczyn powstania niepełnosprawności. Pamiętajmy jednak, że zaniedbania - głównie rodzinne - mogą poważnie zahamować proces rehabilitacji nawet w takiej sytuacji, gdy

jest ona prowadzona kompleksowo przez wyspecjalizowaną kadre. Czas odgrywa tutaj kluczową rolę. Dlatego też najważniejsza jest wczesna diagnoza określonej dysfunkcji. Niestety biorąc pod uwagę różnorodne środowiska, w których przebywają osoby niepełnosprawne, wielokrotnie dochodzi od zaniedbań w tym obszarze.

NOTY REKAPITULUJĄCE

- W Polsce istnieje szeroki system wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Jednak biorąc pod uwagę przeznaczane środki w tym zakresie, budzą one wątpliwości. Ze względu na ich wysokość (brak bieżącej rewaloryzacji), nie dają pełnego poczucia bezpieczeństwa gł. bytowego dla niepełnosprawnych oraz ich rodzin.
- Istnieje szereg nieprawidłowości oraz zastrzeżeń zgłaszanych ze strony Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej co do opieki sprawowanej przez rodziny nad niepełnosprawnymi (zwłaszcza osobami leżącymi). Często występują w nich różnorakie patologie społeczne, bieda, zagrożenie wykluczeniem, niski poziom wykształcenia czy też deficyty moralne.
- W ostatnich latach w naszym kraju prężnie rozwijają się organizacje pozarządowe świadczące usługi na rzecz osób niepełnosprawnych. Ich działalność jest wspierana przez państwo w różnorodnych formach pomocowych (dofinansowywania do obiektów służących rehabilitacji, działalność konkursowa na rzecz edukacji, sportu i kultury).
- Cieszy również fakt, że widoczne jest zainteresowanie młodych ludzi wolontariatem na rzecz osób niepełnosprawnych. Dużym zainteresowaniem odznaczają się usługi asystenckie.
- Jednak bez względu na efekty działań prowadzone przez politykę państwa, należy jednak poszukiwać dalszych, alternatywnych form wsparcia dla tych osób. Dzisiaj w dobie rozwijanej technologii informacyjnej, łatwiej jest dotrzeć do małych miejscowości w celu przekazania czy wymiany informacji.

Literatura

1. Pakuła Z. Upośledzenie umysłowe [w:] K. Donabiolowicz „Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi” Wyd. Naukowe „Śląsk”, Katowice 2002: s.40
2. Ustawa o pomocy społecznej 29 listopad 1990 art. 2a 1 Dz. U. Nr 64 poz. 414 [w:] Kalinowski M., Ja- Człowiek. Wzrastanie w Godności, Miłości i Miłosierdziu” Wyd. KUL 2004 r. s. 210
3. Kostrzewski J. Systemy wczesnej diagnozy potrzeb dzieci z odchyleniami od normy [w:] Kott T. „Zajęcia pozalekcyjne i terapia zajęciowa z osobami o obniżonej sprawności umysłowej” Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2002, s. 54
4. Sowa J. Pedagogika specjalna w zarysie, Fosze, Rzeszów 1997 [w:] Tomkiewicz-Bętkowska: 46
5. Piekut – Brodzka M. Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004, s. 35
6. Szczepanik R. Elementy pedagogiki specjalnej Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej, Łódź 2007, s. 47-48
7. Wyczęsany J. Pedagogika upośledzonych umysłowo Wyd. Impuls, Kraków 2005, s. 34
8. Cudak S. Wychowawcze i emocjonalne funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. Wyd. WSHE w Łodzi 2007, s. 42.
9. Piekut–Brodzka D. Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004, s. 74
10. Wyczęsany J. Pedagogika upośledzonych umysłowo Wyd. Impuls, Kraków 2004, s.101
11. Wrocińska – Sławska L. Środowiskowe domy samopomocy w województwie wielkopolski [w:] Praca socjalna red. Staręga – Piasek J., Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2006, s. 57
12. Pakuła Z. Upośledzenie umysłowe [w:] Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi Donabiałowicz K., Wyd. Śląsk, Katowice 2002, s. 52
13. Radziszewska M. Informator. Przewodnik osoby niepełnosprawnej Wyd. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2007, s. 15

14. Praktyczny przewodnik po projekcie. Założenia, organizacja, rezultaty. Wyd. Instytut Audycji i Ewaluacji, Warszawa 2007, s. 3
15. Rottermund J. Wybrane aspekty pracy z niepełnosprawnymi, Wyd. Impuls, Kraków 2008, s. 130
16. Chodkowska M. Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi. Wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa 2004, s. 13.

Adres do korespondencji:

Celina Witkowska

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

ul. Powstańców Śląskich 3

59-220 Legnica

e-mail: celinawitkowska@wp.pl

Zaakceptowano do druku: 01-09-2016 r.

Zdrowie psychiczne skazanych odbywających karę pozbawienia wolności. Konsekwencje długotrwałego odosobnienia

Sanity of convicted. The consequences of prolonged isolation

dr n. hum. Celina Witkowska
Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości
z siedzibą w Wałbrzychu

Streszczenie

Przymusowa izolacja osób odbywających karę pozbawienia wolności, powoduje poważne zaburzenia w ich funkcjonowaniu. Objawia się to już w trakcie pobytu na terenie zakładu karnego. Niestety stosowane formy i metody pracy resocjalizacyjnej, nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Im dłużej osadzony przebywa w odosobnieniu, tym jego zdrowie psychiczne wydaje się być bardziej zagrożone.

Nieprawidłowości w tym zakresie, widoczne są również po odbyciu wyroku. Ma to swój wydzźwięk w funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym i bardzo często zawodowym - o ile dana jednostka podejmuje decyzję o chęci ewentualnego zatrudnienia.

Słowa kluczowe: Zdrowie psychiczne, osadzony, długotrwałe odosobnienie, bezpieczeństwo, wsparcie, alkoholizm, autoagresja, agresja, stres

Abstract

Isolation of people in prisons cause important defects in their behavior. It manifests while in the prison. Unfortunately, use of various resocialization techniques is not giving expected results. The longer the inmate is in the prison, the worse is his/her physical condition.

Defects could be seen after punishment. Prisoners have problems with their families, society and work if eventually they find employment in their profession.

Keywords: Sanity, inmate, prolonged isolation, security, support, alcoholism, aggression, auto-aggression, safety, stress

Wprowadzenie

W Polsce ponad 6 milionów ludzi, (czyli 20% populacji) cierpi na różnego rodzaju problemy związane ze zdrowiem psychicznym. W kontekście populacji więziennej, statystyki te wyglądają zdecydowanie gorzej. Zwłaszcza gdy osadzeni przebywają w odosobnieniu przez długie lata. Często jest to recydywa.

Taka przymusowa izolacja jest dla człowieka bardzo trudna. Powoduje poważne zaburzenia w zaspokajaniu własnych potrzeb. Osadzeni podlegają przymusom i różnorodnym naciskom. Często czynności wykonywane przez nich naruszają godność osobistą człowieka. Literatura przedmiotu więzienną izolację określa się jako ograniczenie, wskutek istniejących fizycznych lub społecznych granic, możliwości komunikacji i recepcji zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich informacji od członków grupy poza izolowanego środowiska.[1]

Ograniczenie osadzonemu kontaktu z rodziną i pozbawienie wsparcia ze strony osób najbliższych, stanowi przyczynę przeżywania napięć psychicznych i odbija się ona niekorzystnie na funkcjonowanie w warunkach izolacji więziennej.

Niekorzystne skutki powodują głównie:

- brak możliwości w realizacji swoich potrzeb w zakresie zainteresowań,
- zagrożenie utraty zdrowia i życia,
- doświadczenie krzywd psychicznych min. upokorzenia, ośmieszania. Powodują one naruszenie poczucia bezpieczeństwa, obniżają samoocenę oraz powodują agresję wśród innych osadzonych,
- niezaspokajanie potrzeb akceptacji wśród osób odsiadujących karę pozbawienia wolności.

B. Waligóra analizując realną sytuację więźniów, zwraca uwagę na istotne - negatywne skutki tej formy odosobnienia. Jeśli nie są zaspokajane potrzeby - a na drodze do nich występują przeszkody - (które są niemożliwe do pokonania) są one nazywane deprywacją. Autor diagnozuje deprywację jako stan, w którym podmiot pozbawiony jest czegoś, co jest potrzebne do normalnego życia czy funkcjonowania. Taka sytuacja występuje wówczas, kiedy jednostka nie może zaspokoić swych zamierzonych celów.

Wg badacza obejmuje ona różne rodzaje wartości:

- biologiczne,
- sensoryczno-informacyjne
- jak i emocjonalne.

Deprywacja biologiczna polega na ograniczeniu możliwości poruszania się generalnie swobody ruchu. Deprywacja sensoryczno–informacyjna polega na zmniejszeniu podniet wzrokowych warunkujących bogactwo wrażeń i spostrzeżeń [2]. Proces jałowienia tej funkcji psychicznej jest wzmacniany sporym ograniczeniem własnej aktywności oraz własnej inicjatywy skazanych. Deprywacja emocjonalna polega na przerwaniu czy utrudnieniu kontaktów uczuciowych z osobami bliskimi, co prowadzi do niemożności zaspokojenia wielu priorytetowych potrzeb uczuciowych. U osadzonych zauważa się również często poczucie niepewności, nieufności jak też duże uczucie zagrożenia. Ostatecznie prowadzi do nasilonych oraz długotrwałych stanów lękowych. Sytuacja długotrwałej izolacji sprzyja więc utrwalaniu i kształtowaniu mechanizmów obronnych.

Przykrości jakie wynikają z materialnych warunków bytowych, zamknięty kontakt relacji z innymi osadzonymi, dotkliwa kontrola, sprawowana przez funkcjonariuszy więziennych jak i także osób pozbawionych wolności, powodują stałe poczucie zagrożenia, stałe napięcie odczuwane jako przykre i bardzo trudne do zniesienia. Likwidacja tego stanu jest możliwa przez zaspokajanie deprawowanej czy frustrowanej potrzeby.

Nie wszystkie jednak da zastąpić innymi potrzebami. Pozbawienie wolności to przecież:

- sytuacja trudna,
- radykalne odcięcie od rodziny,
- pracy dającej bezpieczeństwo finansowe,
- środowiska,
- społeczeństwa w którym skazany dotychczas funkcjonował,
- pozbawienie autonomii,
- pozbawienie dóbr materialnych,
- ubrań, pieniędzy,
- możliwości decydowania o sobie podporządkowanie personelowi,
- spędzanie czasu według narzuconych norm,
- pozbawienie poczucia bezpieczeństwa(ogólnie) w każdym aspekcie,
- przestrzeganie nakazów i zakazów;
- niepewność swoich losów,
- konieczność przebywania z osobami agresywnymi,
- transport osadzonego,
- przeniesienie do innego zakładu,
- lęk przed tym, co się zastanie na wolności.

- zmiana układów w grupie nieformalnej,
- deprywacja wywołuje negatywne dla zdrowia psychicznego odruchy warunkowe, powoduje odchylenie w dziedzinie uczuć, pamięci, myślenia.

Badania przeprowadzone przez J. Sikorę wysuwają wnioski stwierdzające fakt, że izolacja więzienna jest czynnikiem bezpośrednio wpływającym na powstanie stanów nerwicowych, utrudniających wychowawcze oddziaływanie na więźniów i zmniejszającym siłę przystosowania skazanego do życia w środowisku otwartym[3]. Deprywacji podlegają różne potrzeby min: godności osobistej, kontaktu emocjonalnego, intymności, niezależności. Brak ich zaspokojenia powoduje wzrost napięcia emocjonalnego, skłonności do zachowań agresywnych, stany depresji. Warunki życia jakie panują w zakładach karnych, prowadzą do zagrożeń, nacisków, które są trudniejsze niż w normalnym życiu wśród społeczności w warunkach wolnościowych. Zmiany psychiczne zachodzące w trakcie trwania izolacji tworzą różnorodne zespoły objawów, które określane są psychozą więzienną. Osoby dotknięte objawami wykazują symptomy odchylenia psychicznych. Stan psychiczny, który dotyczy wszystkich więźniów, którzy już jakiś czas przebywają w więzieniu, można nazwać chorobą więzienną[4]. Objawy dysfunkcji u każdego z osadzonego jest inny i zależy on od jego poziomu intelektualnego, czasu przebywania w odosobnieniu i zajęć.

Wraz z upływem lat u osadzonych pojawiają się zachowania autoagresyjne czy frustracja. Ponadto powoli wkradają się zaburzenia zachowania, które stanowią specyficzną formę adaptacji do warunków panujących w więzieniu lub są ich sposobem obrony przed trudnymi warunkami. Zaburzenia zachowania przez osadzonych w warunkach więziennych są szkodliwe (destrukcyjne). Osadzeni, którzy opuszczają zakład penitencjarny mają poczucie wyobcowania ze społeczeństwa, nie potrafią odnaleźć się na zewnątrz. Przeżywają stres pourazowy nie są w stanie normalnie dalej funkcjonować bez pomocy i wsparcia ze strony osób bliskich (rodziny) oraz terapeuty, psychologa. Dlatego też, niezmiernie ważna jest pomoc osadzonemu, który znalazł się w sytuacji traumatycznej, może dokonać aktu autodestrukcji. Taka jednostka narażona jest na wiele zagrożeń jakie niesie ze sobą izolacja.(brak wsparcia psychicznego, odcięcie od rodziny). Dlatego ważne jest aby personel zakładu penitencjarnego dążył do podmiotowego traktowania osób aresztowanych, nie pełnił tylko roli dozoru nad skazanymi.

Niniejszy artykuł poświęcony jest problemowi długotrwałej izolacji więziennej. Jej najczęstszymi skutkami, które w konsekwencji generują dla społeczeń-

czeństwa dalsze koszty związane z funkcjonowaniem zaburzonych jednostek w warunkach wolnościowych.

Długofalowe skutki oraz zagrożenia wynikające ze stresu wśród osadzonych

Wieloletni stres towarzyszący więziom skazanym prawomocnym wyrokiem osłabia/wyniszcza ich mechanizmy obronne odpowiedzialne za panowanie nad nim. W skutek czego zaczynają się u tych osobników pojawiać objawy wyczerpania psychicznego.

Z literatury przedmiotu jasno wynika, że **chroniczny stres**, czyli stres doświadczany permanentnie lub często, może radykalnie zwiększyć podatność organizmu na zachorowanie, przyczynić się do powstawania różnorodnych chorób/schorzeń oraz wpłynąć na ich przebieg oraz czas trwania. Stres określany jest jako szczególny, poważny typ zaburzenia, który może wymagać specjalistycznej pomocy u wielu specjalistów (od terapeutów do lekarzy włącznie). Jest stałą częścią życia jednostki, która na nią cierpi. Często osoba jest już tak przyzwyczajona do tego rodzaju stresu, że nawet nie rozpoznaje jego ewidentnych symptomów. Ten typ zaburzenia, w najpoważniejszych przypadkach, może nawet prowadzić do autoagresji (samobójstwa), aktów przemocy lub śmierci na skutek wylewu, czy ataku serca [5].

Długotrwały stres jest przyczyną licznych przewlekłych problemów zdrowotnych. W renomowanych pozycjach resocjalizacyjnych do najczęstszych z nich zalicza się [6]:

- *obniżenie odporności* - stres za pomocą zmian hormonalnych oddziałuje na procesy immunologiczne w organizmie. Psychoneuroimmunologia to gałąź nauki definiowana jako nauka o wzajemnym wpływie na siebie ośrodkowego układu nerwowego i układu immunologicznego. Dowodzi, że stres obniża odporność organizmu, a to z kolei osłabia barierę immunologiczną, chroniącą przed infekcjami i chorobami,
- *choroby układu krwionośnego* - nadciśnienie, miażdżycy, udar mózgu, zaburzenie rytmu serca, zawał,
- *różnorodne choroby nowotworowe* – stres jest **główną przyczyną ich powstawania**. Nawet jeśli istnieje pewna dziedziczna genetycznie skłonność zachorowalności niektórych osób, to dopiero jednak występowanie **stresu aktywuje**(dochodzi do promocji zainicjowanego procesu) tę dziedziczną cechę,

- *wrzody żołądka i dwunastnicy* - skurcz naczyń krwionośnych w ścianie żołądka powoduje miejscowe niedokrwienie błony śluzowej, która staje się wtedy mniej odporna na wzmożone - na skutek stresu - wydzielanie kwaśnych soków trawiennych i zamiast trawić jedzenie, kwasy trawią błonę śluzową, powodując stopniowo jej owrzodzenie,
- *cukrzyca,*
- ***bóle pleców, stawów, głowy (napięciowe i migrenowe),***
- ***zaparcia i biegunki,***
- *astma i alergie,*
- *zaburzenia odżywiania, nadwaga* (tzw. zająkanie stresu prowadzące często do bulimii lub całkowity brak łaknienia, a w efekcie anoreksja nerwowa),
- *schorzenia skóry* (np. pokrzywka, opryszczka, egzema, łuszczyca). Nauką badającą zależność układu nerwowego i skóry stwierdzającą liczne powiązania anatomiczne i funkcjonalne jest psychodermatologia, która to łączy w sobie elementy psychiatrii oraz dermatologii,
- *zaburzenia popędu płciowego u mężczyzn* spowodowany spadkiem poziomu męskiego hormonu płciowego – testosteronu u ludzi żyjących w ciągłym napięciu,
- *zaburzenia menstruacyjne u kobiet* (np. niesystematyczne miesiączki, zanik miesiączkowania),
- *nerwice i depresje* - nerwica, określana najczęściej jako zaburzenia czynnościowe powstające na skutek urazów psychicznych związanych ze skrajnie trudnymi sytuacjami. „Ważne znaczenie dla powstania i rozwoju choroby mają długotrwałe albo powtarzające się elementy z życia psychicznego (wspomnienia, pragnienia, lęki, obawy, fantazje, popędy), które są wzajemnie ze sobą powiązane i zakorzenione z okresu wczesnego dzieciństwa [7].

Depresja z kolei może mieć postać łagodną lub ciężką, ostrą lub chroniczną, okresową (z regularnymi fazami nasilenia i odpływu) lub sporadyczną. W/w choroba jest zawsze podstępna i zabójcza. Rozwija się bardzo sukcesywnie i powoli. Może całkowicie zniszczyć zdolność osobnika do funkcjonowania i ograni-

czyć go nawet z namiastek szczęścia. W wielu przypadkach prowadzi nawet do samobójstwa [8].

Uznając, zgodnie ze współczesnymi poglądami, zdrowie (i chorobę) za fenomen psychofizyczny, zauważmy, że nie w sposób analizować fizjologicznych skutków stresu w oderwaniu od spustoszenia, jakie stan ten może wywołać w duszy człowieka. Przejawia się on obniżeniem skuteczności działania i często drastycznym spadkiem jakości życia. Osadzeni żyjące w ciągłym stresie, często zaczynają postępować nieracjonalnie, tracąc kontrolę nad otoczeniem i samym sobą. Powtarzające się niepowodzenia stają się źródłem wtórnych reakcji stresowych, prowadzą do podejmowania dalszych nieefektywnych działań, obniżenia samooceny, coraz bardziej niechętnego zastawienia do otoczenia. Następuje niebezpieczny objaw – eskalacja reakcji stresowej, której rozwój może przybrać charakter błędnego koła: wysiłki resocjalizacyjne podejmowane w intencji niwelowania skutków przeciążenia powodują wzrost negatywnych objawów psychicznych[9].

Agresja jako reakcja na frustrację:

Akty przemocy i agresji wśród osadzonych mogą wynikać z wielu rozmaitych motywów. Jedni używają przemocy dla zaspokojenia swoich potrzeb, drudzy w obronie swojego statusu społecznego a jeszcze inni dla rozładowania nadmiaru frustracji.

Wśród badaczy jeszcze do niedawna istniały dwie hipotezy frustracji: pierwsza hipoteza frustracji-agresji to teoria, zgodnie z którą agresja jest automatyczną reakcją na pojawienie się przeszkód uniemożliwiających osiągnięcie celu(10). Jednakże wzbudzała ona spore kontrowersje wśród psychologów. Uważali oni, że niektóre zachowania agresywne, zwłaszcza takie, które przybierają charakter instrumentalny, wcale nie muszą wynikać z frustracji. W odpowiedzi na te zastrzeżenia, Leonard Berkowitz stwierdził, że nie można całkowicie obalić hipotezy frustracji-agresji. Wystarczy tylko ją trochę przekształcić i w tym przypadku zaproponował przeformułowaną hipotezę frustracji-agresji głoszącą, że „teoria, zgodnie z którą każda nieprzyjemna sytuacja prowadzi do agresji emocjonalnej, jeżeli wywołuje przykre uczucia [11].

Na podstawie tej teorii uznaje się, że frustracja w warunkach izolacji więziennej nie łączy się z agresją instrumentalną, lecz jedynie z agresją emocjonalną. Negatywne uczucia osadzonych, takie jak złość oraz rozdrażnienie przyczyniają się do rozwoju agresji, lecz te nieprzyjemne uczucia nie zawsze muszą

wynikać z frustracji. Nie ma agresji wtedy, gdy występują tzw. reakcje zastępcze, za pomocą którym dana osoba osiąga cel nieidentyczny, ale podobny do pierwotnie zamierzonego. Jeśli reakcja zastępcza jest podobna do tej właściwej, to napięcie frustracyjne może ulec obniżeniu.

Leonard Berkowitz uważa, że moderatorami agresji są sygnały wywołujące bądź hamujące reakcje agresywną. Według niego frustracja wywołuje zawsze słabszy lub silniejszy gniew i gdy emocja ta przeważy nad innymi, dochodzi wówczas do zachowań agresywnych [12]. To właśnie gniew jest głównym czynnikiem prowokującym wywołanie agresji.

Psychologowie tacy jak: Dollard, Miller, Mower i Sears również poparli teorię, iż agresja wynika z frustracji. Twierdzili oni, że zawsze można być pewnym istnienia frustracji człowieka, który wyraża zachowanie agresywne. Teoria frustracji odbiega od pozostałych teorii biologicznych, twierdzących, że zachowanie agresywne występuje tylko dla rozładowania spiętrzonej agresji. Dollard twierdzi, że natężenie reakcji agresywnej wynika z siły popędu zablokowanej potrzeby oraz wielkości blokady i liczby kolejnych frustracji. Według niego zachowania agresywne mogą mieć różny kierunek. Bardzo często są skierowane na osobę czy rzecz będącą przyczyną frustracji. Dzięki takiemu działaniu przyczyna może zostać zniwelowana, uniemożliwiając osiągnięcie celu. Jednakże bardzo często dochodzi do przeniesienia zachowania agresywnego na całkiem inny przedmiot, osobę lub na samego siebie. Z licznych doniesień wynika, że taka właśnie sytuacja ma miejsce w zakładach karnych. Długotrwałe odosobnienie, sprzyja kumulacji agresji osadzonego. Z biegiem czasu dochodzi do jej wybuchu.

Nawiązując do tej koncepcji Dollard sformułował pewne prawa występowania agresji:

1. Siła pobudzenia do agresji zależy od stopnia frustracji.
2. Akty agresji mogą ulec zahamowaniu pod wpływem kary.
3. Akty agresji mogą ulec przeniesieniu.
4. Akty otwartej agresji szybciej i skuteczniej niż akty agresji ukrytej zmniejszają napięcie frustracyjne [13].

Zachowanie agresywne jako odpowiedź reakcji na frustrację ma podstawy fizjologiczne, ponieważ różne rodzaje reakcji, zarówno agresywnych jak i lękowych muszą mieć swoje odpowiedzi fizykochemiczne. Reakcje fizjologiczne zachodzące w organizmie człowieka są wynikiem każdej sytuacji wywołującej frustrację.

Istnieją trzy możliwe rodzaje reakcji obronnych wśród skazanych:

1. Reakcja syntoksyczna, kiedy ignoruje się przeciwnika i toleruje się go nie próbując atakować.
2. Reakcja katatoksyczna, której konsekwencją stanowi walka.
3. Unik/ucieczka - próba umknienia przed przeciwnikiem[14].

Wybór strategii obronnej uzależniony jest przede wszystkim od doświadczeń osobniczych oraz wpływów środowiska do którego skazany powraca.

Alkohol jako problem powstawania mechanizm nałogowego regulowania emocji przez osoby opuszczające zakłady karne, po wieloletnim odosobnieniu.

Stan emocjonalny jest wewnętrzną reakcją jednostki na to, co się dzieje w realnym świecie, a także na to, co jednostka ta robi, myśli, przypomina sobie lub wyobraża. Fakty te są rejestrowane przez system nerwowy, a sygnały docierające do mózgowych ośrodków regulujących procesy emocjonalne doświadczane są jako lęk, gniew, smutek itp. Wszystkie sytuacje życiowe (a zwłaszcza te najtrudniejsze, związane z pobytem w zakładzie karnym) są kolejnym źródłem emocji, które mogą być odbierane jako bardzo przykre dla skazanego - zwłaszcza jeśli odsiadyuje on długoletni wyrok. Ich czas trwania oraz intensywność różnią się od siebie w zależności od indywidualnych predyspozycji jednostki. Intencją osadzonych jest dążenie do częstszego przeżywania emocji pozytywnych niż negatywnych, stąd też istnieje dążenie do poszukiwania takich sytuacji, które dostarczą pożądanych bodźców. Z drugiej natomiast strony osoba stara się unikać sytuacji prowadzących do powstawania emocji negatywnych. Zazwyczaj stany emocjonalne odzwierciedlają więc fakty życiowe skazanych oraz pozostają z nimi w ścisłym związku. Stwarza to poczucie tożsamości i realności egzystencji jednostki. Stany emocjonalne są sygnałami potwierdzającymi znaczenie działań danej jednostki oraz subiektywnego poczucia wartości życiowych wydarzeń i sytuacji. W przypadku dojrzałej osobowości oraz prawidłowego rozwoju indywidualnego, reakcje emocjonalne są adekwatne do zaistniałych okoliczności, co stanowi podstawę zdrowia psychicznego. Zarówno pozytywne jak i negatywne emocje są istotne dla rozwoju i funkcjonowania człowieka, stanowią wskazówkę co do skuteczności jego postępowania a także mogą dostarczać energii do wprowadzania zmian, aby poprawić niesatysfakcjonujące aspekty życia. Należy jednak w tym miejscu podkreślić, że w przypadku długotrwałego odosobnienia, dominują emocje negatywne.

Od zarania dziejów istnieje tendencja do poprawiania w sposób sztuczny

stanów psychicznych, poprzez używanie różnego rodzaju środków psychoaktywnych, na przykład alkoholu, w późniejszych czasach również narkotyków lub leków. Większość jednak osób spożywających alkohol, jest w stanie robić to w sposób bezpieczny, nie wpływając w sposób drastyczny na codzienne funkcjonowanie swojego organizmu. Niestety dla części osób (zwłaszcza po długoletnich wyrokach), staje się on podstawowym źródłem emocji, zastępując realny kontakt ze światem wewnętrznym, jak i z wewnętrznym człowiekiem. To bardzo częste zjawisko nawet w sytuacji, gdy skazany zostaje zwolniony warunkowo. Niestety takie zaburzenie regulacji emocjonalnej, dotyczy treści przeżyć emocjonalnych, a także podstawowych funkcji spełnianych przez emocje. Ponieważ alkohol należy do grupy depresantów, jego podstawowe działanie polega na hamowaniu, tłumieniu i uśmierzaniu. Do psychologicznych efektów jego spożywania można zaliczyć ożywienie, rozweselenie, co łączy się z tłumieniem innych form aktywności. Jednak nadużywanie w/w substancji lub przyjmowanie dużych dawek powoduje tłumienie i uśmierzanie. Kiedy ośrodek przyjemności w mózgu zostaje przytłumiany, uruchamia się w nim proces opozycyjny w stosunku do jego podstawowej funkcji, dlatego też zamiast uczucia przyjemności pojawiają się doznania przykrości. Upośledzone zostają zdolności odpowiedzialne za odczuwanie przyjemności. Zaburzona zostaje także praca zmysłów, innych doznań, wartości ulegają degradacji.

Biorąc pod uwagę fakt, że większość przestępstw zostaje popełniona pod wpływem alkoholu, zauważa się zjawisko błędnego koła. Nawet jeśli skazany odbył całą karę pozbawienia wolności, to w krótkim czasie (będąc pod jego wpływem) dokonuje następnego przestępstwa i wraca do zakładu karnego.

Wnioski:

- Readaptacja społeczna osób długotrwale osadzonych, nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Już w trakcie pobytu w zakładzie, mają one różnorakie problemy psychiczne, z którymi wychodzą na wolność. W wielu przypadkach, następuje proces recydywy. W ten sposób koszty utrzymania po stronie państwa ciągle wzrastają. Niezbędni są zatem kolejni specjaliści – lekarze, terapeuci, psychologowie, duchowni, policja, którzy generują dodatkowe koszty długotrwałego odosobnienia skazanych.
- W niedostatecznej ilości proponuje się skazanym prace na terenie zakładu karnego. Pod wpływem kumulowania frustracji, wzrasta poziom ich agresywności. Wraz z upływem lat, zanika zatem potrzeba podjęcia pracy za-

robowej po odbyciu kary, a co za tym idzie - start zawodowy po opuszczeniu zakładu jest utrudniony lub całkowicie niezauważalny.

- W ramach długotrwałego odosobnienia pojawia się wśród osadzonych problem wyuczonej bezradności. Mało tego- w wypadkach wieloletniej recydywy, pojawia się chęć szybkiego powrotu do zakładu jako miejsca utożsamianego z poczuciem bezpieczeństwa i pewnej stabilizacji. Takie przypadki nagminnie pojawiają się w miesiącach zimowych.

Bibliografia

1. Hołyst. B , Ambroziak. W, Stępiak. P, Więziennictwo – nowe wyzwania, Warszawa- Poznań -Kalisz: Wyd. Foliał 2001, . 441
2. Red. Świtka. J, Kuć. M, Niewiadomska. I, osobowość przestępcy a proces resocjalizacji, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL 2005, s. 112.
3. Sikora. J, Obraz emocjonalności więźniów w świetle badań psychologicznych, biologicznych i fizjologiczno- lekarskich, Wrocław: PWN 1983, s. 157.
4. Garmada. L, Samouszkodzenia w więziennictwie, Dom Wydawniczy REBIS Warszawa 1980, s. 54
5. Davidosn J., *Pokonać stres – praktyczny poradnik dla tych, którzy nie lubią tracić czasu*, Wydawnictwo Liber, Warszawa 2001, str. 3 – 4
6. Kamińska M., Siewierski B., Skwara A., Szostak A., *Panowanie nad stresem*, Wydawnictwo HELION, Gliwice 2003, str. 21 oraz Kosslyn S. M., Rosenberg R. S., op. cit., str. 595 – 597
7. Oniszczenko W. *Ster i jego skutki* Wyd. WSiP Warszawa 2012 str. 64
8. Rubin T. I., *Księga gniewu*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 1999, str. 41
9. Kamińska M., Siewierski B., Skwara A., Szostak A., op. cit., str. 23
10. Cialdini R.B., Kenrick D.T., Neuberg S.L., *Psychologia społeczna*, GWP, Gdańsk 2002, s. 496.
11. Cialdini R.B., Kenrick D.T., Neuberg S.L., op. cit., str. 496
12. Borecka-Biernat D., *Zachowanie agresywne i nieśmiałe młodzieży w sytuacji ekspozycji społecznej*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1998, s. 14.
13. Danilewska J., *Agresja u dzieci*, WSiP, Warszawa 2002, s. 17.
14. Grochulska J., *Agresja*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993, s. 19.

Adres do korespondencji:
Celina Witkowska
Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
ul. Powstańców Śląskich 3
59-220 Legnica
e-mail: celinawitkowska@wp.pl

Zaakceptowano do druku: 01-09-2016 r.

Regulamin publikowania prac

ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS zamieszcza recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły pogładowe z zakresu nauk medycznych, pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego i zdrowia publicznego. Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education, wydanych przez New York Academy of Sciences Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję etyczną z macierzystej instytucji.

Zasady recenzowania prac

Redakcja przyjmuje prace oryginalne oraz pogładowe. Każda praca podlega recenzji przez niezależnych recenzentów. Kolegium redakcyjne kwalifikuje pracę do druku po uzyskaniu pozytywnej recenzji. Autor otrzymuje artykuł do korekty autorskiej. Wydrukowany artykuł staje się własnością Wydawcy, którym jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy.

Pozwolenie na druk

Do przygotowanego materiału autor/rzy pracy zobowiązani są do dołączenia oświadczenia, że nie był on wcześniej publikowany ani nie jest złożony w redakcji innego czasopisma. Jeżeli materiał był już wcześniej opublikowany, należy do niego dołączyć pisemną zgodę na ponowne wydanie zarówno od poprzedniego wydawcy, jak i autorów oryginalnej pracy.

Przygotowanie edycyjne maszynopisu

Strona tytułowa. Na stronie tytułowej należy podać: tytuł pracy (polski i angielski), nazwiska i imiona autorów, afiliację i dokładny adres każdego z autorów oraz nazwisko, imię, telefon, faks, adres e-mail autora odpowiedzialnego za korespondencję. Zaleca się ponadto podanie tzw. □krótkiego tytułu□ składającego się z około 45 znaków.

Streszczenie. Do artykułu należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych musi składać się z następujących wyodrębnionych części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski. Streszczenie w języku angielskim nie powinno przekraczać 400 słów, a w ję-

zyku polskim 300. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione w artykule. Streszczenia prac poglądowych powinny zawierać od 150 do 250 słów. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż 5 słów kluczowych w języku polskim i angielskim, rekomendowanych przez Index Medical Subject Headings □ MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Maszynopis. Prace poglądowe nie powinny zawierać więcej niż 6000 słów, oryginalne 5000. Praca oryginalna powinna składać się z następujących części: Wprowadzenie, Materiał i metody, Wyniki, Omówienie, Piśmiennictwo. Artykuły należy pisać na papierze formatu A4 (21 × 30 cm lub 22 × 28 cm) z zachowaniem podwójnej interlinii (dotyczy to również wykazu literatury, podpisów do rycin i tabel). Każdą część pracy należy pisać na oddzielnej stronie. Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką. Odniesienia do literatury, rycin i tabel należy umieszczać zgodnie z kolejnością cytowania w tekście. W tekście nie można stosować żadnych wyróżnień. Wskazane jest, aby podawać międzynarodowe nazwy leków, a nie preparatów fabrycznych. Wyniki badań biochemicznych i innych powinny być podane w jednostkach zgodnych z układem SI. Należy ujawnić wszelką pomoc finansową i materialną.

Piśmiennictwo. Autorzy ponoszą odpowiedzialność za poprawność cytowanej literatury. Cytowanie prac należy ograniczyć tylko do pozycji najnowszych i łączących się bezpośrednio z przedstawionym tekstem. Liczba pozycji cytowanego piśmiennictwa w artykułach poglądowych nie może przekraczać 40, w pracach oryginalnych 30 pozycji. Wykaz i numeracja piśmiennictwa powinny być zgodne z kolejnością cytowania w tekście, tabelach i rycinach. Spis piśmiennictwa musi zawierać: nazwiska i inicjały imion wszystkich autorów, tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (według Index Medicus), rok wydania, numer tomu, numer strony początkowej i końcowej, zgodnie z ustaleniami podanymi w □ Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals □ (Am. Intern. Med. 1997, 126, 36□47). Przykłady cytowanego piśmiennictwa:

Artykuł w czasopiśmie: 1. Gianrossi R., Detrano R., Mulvihill D., Lehmann K., Dubach P., Colombo A., Ross A.: Exercise-induced ST depression in the diagnosis of coronary artery disease: a metaanalysis. *Circulation* 1989, 80, 87□98. 2. Duffy M.J.: Tumor Markers □ Which Ones Are Clinically Useful? *Adv. Clin. Exp. Med.* 2003, 12, 555□559. Rozdział z wydań książkowych: Nazwiska i inicjały imion autorów, tytuł cytowanego rozdziału, tytuł książki, nazwiska i inicjały imion redaktorów wydania, nazwa i siedziba wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału, np.: Rossati M.L., Smith R., Krovis B.L.K.: Congestive Heart Failure. In: *Heart Disease in Infants, Children,*

and Adolescents. Eds.: Moss A.J., Adams F., Williams & Wilkins, Baltimore 1983, 2nd ed., 169-179.

Książki: Nazwisko i inicjał(y) imienia autorów, tytuł, nazwa i siedziba wydawnictwa, rok wydania, edycja, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego fragmentu, np.: Roobak A.B.: Textbook of Internal Medicine. Saunders, New York 1887, 24th ed., 123-127.

Ryciny i tabele: Profesjonalnie przygotowane wykresy, rysunki i fotografie w trzech egzemplarzach należy numerować jako ryciny i dołączyć do pracy oddzielnie, poza tekstem, w wersji elektronicznej oraz wydrukowane na papierze. Wszystkie oznaczenia i symbole na rycinach muszą być czytelne. Podpisy do rycin w języku polskim i angielskim należy dołączyć oddzielnie. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi w kolejności, w jakiej ukazują się w tekście. Tabele należy zamieścić na oddzielnych stronach i numerować cyframi arabskimi zgodnie z cytowaniem w tekście. Podpisy do tabel muszą być napisane w języku polskim i angielskim. Wszystkie skróty powinny być wyjaśnione w przypisie.

Nadsyłanie maszynopisów

Oryginał i dwie kopie maszynopisu zawierające wszystkie ilustracje i tabele powinny być nadsyłane pod poniższy adres: Sekretarz Redakcji - Czesław Kowalak ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS ul. Powstańców Śląskich 3 59-220 Legnica, Polska tel.: +48 76 854 99 35 e-mail: rektorat@wsmlegnica.pl

Prace przygotowane na nośnikach elektronicznych

Redakcja przyjmuje prace na CD-ROM-ach lub przesłane e-mailem. Teksty należy przekazywać w formacie Word. Materiał ilustracyjny należy przygotować: w formacie TIFF □ dla skanów, CorelDRAW lub Adobe Illustrator dla grafiki wektorowej, Microsoft Excel □ dla wykresów i diagramów. Każdy dysk musi być opisany: nazwisko autora, tytuł pracy, nazwa pliku, program i numer wersji. Tekst i materiał ilustracyjny muszą być w oddzielnych plikach. Tekst na dysku musi być zgodny z wydrukiem.

Korekta autorska

Korektę autorską należy zwrócić do Redakcji w ciągu 7 dni. W przeciwnym wypadku artykuł zostanie wycofany z danego zeszytu. Zmiany w korekcie autorskiej inne niż błędy składu drukarskiego są wprowadzane na odpowiedzialność autora.