

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

PL ISSN 1734-3402

Family Medicine & Primary Care Review

Quarterly

2009

October–December

Vol. 11, No. 4

WYDAWNICTWO
Continuo

Indexed in:
EMBASE/Excerpta Medica
Index Copernicus 5.72 pts
MNiSzW 4 pt

Komitet Naukowy

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

Komitet Redakcyjny

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

Adres Redakcji

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna we Wrocławiu,
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel. (071) 325-51-26, tel./fax (071) 325-43-41
e-mail: pmr@pmr.am.wroc.pl www.familymedreview.org
Osoba kontaktowa: dr n. med. Donata Kurpas
tel. (071) 326-68-75, e-mail: pmr@pmr.am.wroc.pl

Kwartalnik jest współfinansowany przez PTMR i SPMRiLR

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo

Biurowisko i prenumerata: ul. Lelewela 4, pok. 325, 53-505 Wrocław
tel./fax (071) 791-20-30, 0 601 77-47-33
e-mail: biuro@continuo.wroclaw.pl www.continuo.wroclaw.pl
Osoba kontaktowa: Jan Kuźma – Redaktor Wydawnictwa
tel. (071) 791-20-30, e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl

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

Projekt graficzny: Maciej Szłapka
Przygotowanie do druku: Pracownia Składu Komputerowego TYPO-GRAF
Druk: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.
Nakład: 1000 egz.

Spis treści

842 Słowo wstępne – Andrzej Steciwko

PRACE ORYGINALNE

- 851 Krzysztof Duskocz, Ryszard Kwieciński, Bartosz J. Sapilak, Andrzej Steciwko • Czy warto prywatyzować stacje dializ?
- 856 Grażyna Durska, Anna Sałacka • Częstość występowania atopii i chorób atopowych w grupie gimnazjalistów ze Szczecina
- 861 Agnieszka Górska, Maria K. Borszewska-Kornacka • Ocena jakości opieki nad noworodkiem urodzonym z masą ciała < 1000 g po wypisie z oddziału neonatologicznego
- 869 Małgorzata Kałwa, Juliusz Migasiewicz • Zmiana wydolności tlenowej dziewcząt w wieku wczesnoszkolnym trenujących gimnastykę artystyczną
- 875 Magdalena Kamińska, Ewa Baranowska, Jacek Brodowski, Oriana Dąbrowska, Marta Bażydło, Beata Karakiewicz • Ocena stopnia zagrożenia upadkiem pacjentów w wieku geriatrycznym objętych podstawową opieką zdrowotną
- 881 Magdalena Kamińska, Jacek Brodowski, Marta Bażydło, Oriana Dąbrowska • Postawy personelu medycznego a poczucie bezpieczeństwa pacjenta
- 886 Wojciech Kosiak, Marcin Goczewski, Mariusz Kujawa, Anna Bernad, Dominik Swieton • Obraz ultrasonograficzny gruczołu tarczowego a objawy podmiotowe niedoczynności tarczycy u osób po 65. roku życia (w jęz. ang.)
- 890 Agnieszka Mizerska, Róża Czabak-Garbacz, Joanna Sekita-Krzak, Małgorzata Charytanowicz, Janusz Stążka, Agnieszka Burghardt • Przyczyny hospitalizacji studentów (porównanie mężczyzn i kobiet) (w jęz. ang.)
- 895 Bożena Mroczek, Joanna Biczak, Beata Karakiewicz, Iwona Rotter, Joanna Wasilewska • Znaczenie wczesnego wykrywania wad słuchu dla rozwoju mowy dziecka (w jęz. ang.)
- 901 Aneta Nitsch-Osuch, Maria Borzymowska, Kazimierz A. Wardyn • Realizacja programu szczepień ochronnych u dzieci z wrodzonymi wadami serca
- 906 Krzysztof Piotrowski, Wojciech Halec, Krzysztof Mędrak, Jerzy Węgrzynowski, Anna Tesarek, Anna Opszała, Piotr Uzar, Zbigniew Celewicz, Stanisław Zajączek • Wpływ czynników regionalnych i środowiskowych na charakterystykę przesiewowych badań prenatalnych w grupie 2629 ciężarnych z Regionu Pomorza Zachodniego, diagnozowanych w latach 2004–2006 (w jęz. ang.)
- 911 Marcin Straburzyński, Iwona Rzymska-Grała, Katarzyna Życińska, Kazimierz A. Wardyn • Olfaktometria Elsberga-Levy'ego w praktyce klinicznej (w jęz. ang.)
- 915 Izabela Wróblewska, Andrzej Steciwko • Przemoc w rodzinie dotycząca osób starszych. Badania własne na przykładzie pacjentów Praktyki Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu
- 919 Renata Zubilewicz, Iwona Chmiel-Perzyńska, Marek Derkacz, Janusz Schabowski • Wiedza kobiet na temat przewlekłej choroby żyłnej (w jęz. ang.)

PRACE POGLĄDOWE

923 Aneta Kowal, Wojciech Barg • Pacjent atopowy – dlaczego i kiedy odczuwać?

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE

- 931** Andrzej Rajewski, Aleksandra Rajewska-Rager • Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie

SPRAWOZDANIA

- 939** Sprawozdanie z V Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Wyzwania pediatrii XXI wieku. Choroby przewlekłe u dzieci”, 1 czerwca 2009 r., Opole – Lucyna Sochocka, Donata Kurpas
- 941** Sprawozdanie z 17. Konferencji WONCA Regionu Azja-Pacyfik, 4–7 czerwca 2009 r., Hongkong – Donata Kurpas, Sylwia Kałucka
- 944** Sprawozdanie z VII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, 3–5 września 2009 r., Poznań – Wanda Horst-Sikorska

VARIA

- 947** Sprawozdanie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej za okres kadencji 2004–2009 przedstawione w dniu 5 września 2009 r.
- 952** Program „Dobry Rodzic–Dobry Start”: profilaktyka krzywdzenia małych dzieci

KOMUNIKATY

s. 850, 930

Contents

842 Preface – Andrzej Steciwko

ORIGINAL PAPERS

- 851 Krzysztof Duskocz, Ryszard Kwieciński, Bartosz J. Sapilak, Andrzej Steciwko • Will it pay off to privatise dialysis stations?
- 856 Grażyna Durska, Anna Sałacka • The incidence of atopy and atopic diseases in the group of middle school children from Szczecin
- 861 Agnieszka Górska, Maria K. Borszewska-Kornacka • Assessment of the quality of post-discharge low birth weight (< 1000 g) infant care
- 869 Małgorzata Kałwa, Juliusz Migasiewicz • Change in the oxygen efficiency in younger school-age girls training rhythmic gymnastics
- 875 Magdalena Kamińska, Ewa Baranowska, Jacek Brodowski, Oriana Dąbrowska, Marta Bażydło, Beata Karakiewicz • Assessing the risk of falling in elderly people in primary health care
- 881 Magdalena Kamińska, Jacek Brodowski, Marta Bażydło, Oriana Dąbrowska • The attitude of the medical personnel and patient's sense of security
- 886 Wojciech Kosiak, Marcin Goczewski, Mariusz Kujawa, Anna Bernad, Dominik Swieton • The ultrasound image of thyroid gland and subjective symptoms of hypothyroidism in patients older than 65 years
- 890 Agnieszka Mizerska, Róża Czabak-Garbac, Joanna Sekita-Krzak, Małgorzata Charytanowicz, Janusz Stążka, Agnieszka Burghardt • Causes of hospitalization of full-time university students (gender group comparison)
- 895 Bożena Mroczek, Joanna Biczak, Beata Karakiewicz, Iwona Rotter, Joanna Wasilewska • The importance of early detection of hearing impairments in the development of child's speech
- 901 Aneta Nitsch-Osuch, Maria Borzymowska, Kazimierz A. Wardyn • Realization of vaccination schedule among children with congenital heart defects
- 906 Krzysztof Piotrowski, Wojciech Halec, Krzysztof Mędrak, Jerzy Węgrzynowski, Anna Tesarek, Anna Opszała, Piotr Uzar, Zbigniew Celewicz, Stanisław Zajączek • Regional and environmental influence on prenatal screening in a group of 2629 gravidas from West Pomeranian Province of Poland, diagnosed between 2004–2006
- 911 Marcin Straburzyński, Iwona Rzymska-Grała, Katarzyna Życińska, Kazimierz A. Wardyn • Elsberg-Levy olfactometry in clinical practice
- 915 Izabela Wróblewska, Andrzej Steciwko • Violence against elderly family members. Patients from Wrocław Family Doctor Practice – own research
- 919 Renata Zubilewicz, Iwona Chmiel-Perzyńska, Marek Derkacz, Janusz Schabowski • The women's span of knowledge about chronic venous disease

REVIEWS

- 923 Aneta Kowal, Wojciech Barg • Hyposensitization in atopic patient – when and what for?

CME

- 931** Andrzej Rajewski, Aleksandra Rajewska-Rager • Eating disorders in primary care – diagnosis and treatment

REPORTS

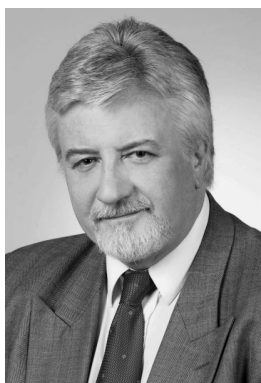
- 939** Report from 5th National Scientific Conference “The challenges of pediatry in XXI century. Chronic diseases in children”, 1 June 2009, Opole – Lucyna Sochocka, Donata Kurpas
- 941** The report on 17th Conference WONCA Asia-Pacific Regional Conference, 4–7 June 2009, Hong Kong – Donata Kurpas, Sylwia Kałucka
- 944** Report on the 7th Congress of the Polish Society of Family Medicine, 3–5 September 2009, Poznań – Wanda Horst-Sikorska

VARIA

- 947** Report of the Main Board of Polish Society of Family Medicine for 2004–2009 presented on 5 September 2009
- 952** The program “Good Parent – Good Start”: prevention of child abuse

ANNOUNCEMENTS

p. 850, 930



Słowo wstępne

Szanowni Państwo! Koleżanki, Koledzy!

Przekazujemy w Państwa ręce ostatni w tym roku zeszyt kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”, zamyka on jedenasty rok wydawania naszego naukowego periodyku.

Prezentujemy w nim zagadnienia wynikające z codziennej pracy lekarza rodzinnego oraz pracowników naukowo-dydaktycznych prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej. Są to m.in. problemy związane z częstością występowania atopii i chorób atopowych oraz ich diagnostyką, ocena jakości opieki nad noworodkiem, jak i pacjentami w wieku geriatrycznym, na uwagę zasługują także artykuły dotyczące przyczyn hospitalizacji studentów, znaczenia wczesnego wykrywania wad słuchu dla rozwoju mowy dziecka, czy określające wpływ czynników regionalnych i środowiskowych na charakterystykę przesiewowych badań prenatalnych.

Na łamach naszego kwartalnika kontynuujemy prezentację członków Komitetu Naukowego, a w przyszłości planujemy przybliżenie naszym Czytelnikom sylwetek członków Komitetu Redakcyjnego.

Jestem przekonany, że i ten zeszyt spełni Państwa oczekiwania, a zawarte w nim artykuły przyczynią się do uzupełnienia wiedzy tak niezbędnej w praktyce lekarza rodzinnego.

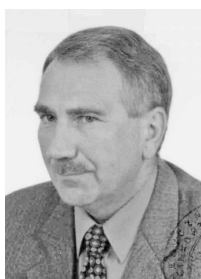
Jak co roku pragnę serdecznie podziękować członkom Komitetu Naukowego, współpracownikom Redakcji oraz wszystkim Recenzentom, za duży trud i wysiłek włożony w recenzowanie wszystkich artykułów, a Wydawnictwu za dbałość o poprawną formę językową i wysoki poziom wydawniczy publikowanych prac.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia oraz nadchodzącego Nowego Roku 2010 w imieniu Redakcji kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review” i swoim własnym pragnę złożyć Komitetowi Naukowemu i Wszystkim Czytelnikom jak najserdeczniejsze życzenia zdrowia i spełnienia marzeń oraz sukcesów w życiu osobistym i zawodowym.

Redaktor Naczelny
Prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

Komitet Redakcyjny „Family Medicine & Primary Care Review”, licząc na dalszą owocną współpracę, składa najserdeczniejsze podziękowania Recenzentom, którymi w roku 2009 byli:

Dr hab. Jean Bauwens (Bruksela, Belgia)
Prof. dr hab. Andrzej Boznański (Wrocław)
Prof. dr hab. Krzysztof Grabowski (Wrocław)
Prof. dr hab. Marian Gryboś (Wrocław)
Dr n. med. Wojciech Guzikowski (Opole)
Prof. Hans-Joachim Hannich (Greifswald, Niemcy)
Prof. dr hab. Wanda Horst-Sikorska (Poznań)
Dr hab. Beata Karakiewicz (Szczecin)
Dr hab. Przemysław Kardas (Łódź)
Prof. dr hab. Jan Kornafel (Wrocław)
Prof. dr hab. Jerzy Leszek (Wrocław)
Prof. dr hab. Jan Lubiński (Szczecin)
Prof. dr hab. Jerzy Łopatyński (Lublin)
Prof. dr hab. Walentyna Mazurek (Wrocław)
Prof. dr hab. Andrzej Milewicz (Wrocław)
Prof. dr hab. Zuzanna Morawska (Wrocław)
Dr hab. Andrzej Mysiak (Wrocław)
Dr n. med. Patricia Owens (Liverpool, Wielka Brytania)
Prof. dr hab. Leszek Paradowski (Wrocław)
Prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)
Prof. dr hab. Piotr Ponikowski (Wrocław)
Prof. dr hab. Andrzej Rajewski (Poznań)
Prof. dr hab. Stanisław Rogala (Opole)
Prof. dr hab. Zbigniew Rudkowski (Wrocław)
Dr hab. Joanna Rymaszewska (Wrocław)
Dr n. med. Hogne Sandvik (Bergen, Norwegia)
Prof. dr hab. Janusz Siebert (Wrocław)
Prof. dr hab. Piotr Szyber (Wrocław)
Prof. dr hab. Kazimierz A. Wardyn (Warszawa)
Prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław)
Prof. dr hab. Barbara Zdziarska (Szczecin)
Prof. dr hab. Irena Zimmermann-Górska (Poznań)



Prof. dr hab. Andrzej Rajewski

Urodził się 1 października 1944 r. w Nakle. Studia medyczne zakończył w 1971 r. w Poznaniu na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego, z którym związał swoją karierę naukową, uzyskując kolejno stopień doktora nauk medycznych (1979 r.), doktora habilitowanego (1988 r.), tytuł profesora (2000 r.) oraz tytuł profesora zwyczajnego (2006 r.). Jest specjalistą w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. Od 1990 r. pełni funkcję kierownika Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Od 1994 r. jest również kierownikiem Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jest zaangażowany w działalność w licznych organizacjach i towarzystwach naukowych w Polsce i za granicą.

W Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym (członek od 1971 r.) aktualnie pełni funkcje wiceprezesa, natomiast w latach 1989–1992 był sekretarzem Oddziału Wielkopolsko-Lubuskiego, a w latach 1982–1985 wiceprzewodniczącym. Od 2004 r. jest członkiem Prezydium ZG PTP. W sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (członek od 1979 r.) przez trzy kadencje pełnił funkcję przewodniczącego, a w latach 1986–1989 wiceprzewodniczącego. Od 1995 r. jest również członkiem European College of Neuropsychopharmacology (ECNP). Prof. dr hab. Andrzej Rajewski pełni również funkcję Przewodniczącego Komisji Akredytacyjnej do Spraw Specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży. Wypromował 13 doktorantów oraz był kierownikiem specjalizacji większości psychiatrów dzieci i młodzieży w województwie wielkopolskim.

Prof. dr hab. Andrzej Rajewski jest członkiem komitetów redakcyjnych licznych czasopism naukowych, uznanym autorem rozdziałów książek z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychofarmakologii wieku rozwojowego. Jego zainteresowania badawcze dotyczą przede wszystkim etiopatogenezy depresji, psychofarmakologii wieku rozwojowego, problemów zaburzeń odżywiania się (jadłowstręt psychiczny, bulimia), ADHD, psychozy wieku rozwojowego. Prof. dr hab. Andrzej Rajewski jest również autorem i współautorem przeszło 300 publikacji w krajowych i zagranicznych czasopismach naukowych.

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych
Studenckie Koło Naukowe Medycyny Rodzinnej

serdecznie zapraszają do wzięcia udziału w

XVIII Ogólnopolskim Zjeździe Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej z udziałem Lekarzy

Kudowa Zdrój, 15–17 kwietnia 2010 r.

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego
Prof. dr hab. Andrzej Steciwko

W programie Zjazdu znajdą Państwo liczne wykłady programowe, sesje plenarne oraz sesje plakatowe z zakresu nefrologii i medycyny rodzinnej, a także wystawę firm farmaceutycznych oraz ciekawy program imprez towarzyszących.

Opłata zjazdowa wynosi: uczestnik – 300 zł, osoba towarzysząca – 200 zł

W ramach opłaty zjazdowej zapewniamy 2 noclegi, pełne wyżywienie, udział w sesjach naukowych, materiały zjazdowe oraz udział w imprezach towarzyszących (grill, bankiet).

Termin nadsyłania streszczeń: 28 lutego 2010 r.

Termin nadsyłania zgłoszeń: 15 marca 2010 r.

Osoby zainteresowane udziałem w Zjeździe prosimy o kontakt:

Komitet Organizacyjny XVIII Ogólnopolskiego Zjazdu SKN
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
tel.: (71) 325-51-26, fax: (71) 325-43-41

Kontakt w sprawach organizacyjnych:

Andrzej Przyszlak

tel. 885 234 755

e-mail: zjazdkudowa2010@gmail.com

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Czy warto prywatyzować stacje dializ?

Will it pay off to privatise dialysis stations?

KRZYSZTOF DOSKOCZ^{1, A-G}, RYSZARD KWIECIŃSKI^{1, A-F}, BARTOSZ J. SAPILAK^{2, C-E, G},
ANDRZEJ STECIWKO^{2, G}

¹ NZOZ „DIAVERUM” Stacja Dializ w Nysie

Kierownik: lek. Krzysztof Dorskocz

² Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

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

Streszczenie **Wstęp.** Prywatyzacja służby zdrowia, co by nie oznaczała, jest zawsze przez ekipy rządzące przedstawiana w ponurych barwach z umierającymi na ulicach ludźmi z powodu braku pomocy ze strony służby zdrowia. Tymczasem prawda o niej może wyglądać zdecydowanie odmiennie.

Cel pracy. Poddanie analizie porównawczej uzyskanych wyników medycznych, komfortu leczenia oraz zmian organizacyjnych w procesie prywatyzacji Stacji Dializ w Nysie.

Materiał i metody. Analizie porównawczej poddano 28 chorych leczonych pierwotnie w publicznej placówce służby zdrowia, a następnie przekazanych do nowo powstałej Stacji Dializ „Gambro” w Nysie (obecnie „DIAVERUM”), oceniając adekwatność dializ, stężenia hemoglobiny, fosforu, wapnia, PTH oraz iloczynu wapniowo-fosforanowego. Dodatkowo omawianą grupę poddano ocenie porównawczej zadowolenia z leczenia w byłej – publicznej i obecnej – sprywatyzowanej placówce za pomocą samodzielnie stworzonej ankiety. Na koniec oceniono śmiertelność w okresie 5-letniego leczenia nerkozastępczego.

Wyniki. W nowo powstałej placówce medycznej uzyskano istotny przyrost wartości HGB 11,6 g/dl vs 10,7 g/dl ($p < 0,0001$) i URR % (urea removal rate – wskaźnik wydializowania mocznika) 71,0 vs 67,7% ($p < 0,001$) oraz nieistotne statystycznie zmiany stężeń fosforu 6,09 mg/dl vs 6,05 mg/dl i wapnia całkowitego 2,12 mmol/l vs 2,20 mmol/l. Ponadto zaobserwowano niekorzystną zmianę stężenia PTH 363,6 pg/ml vs 297,5 pg/ml, ale była to zmiana nieistotna statystycznie. Średnia roczna śmiertelność w badanej grupie wyniosła w okresie 5 lat obserwacji 8,6%.

Wnioski. W sprywatyzowanej Stacji Dializ wskaźniki laboratoryjne poprawiły się lub nie uległy zmianie, jedynie wzrosło stężenie parathormonu. W ocenie ankietowanych pacjentów „nowa” stacja dializ charakteryzuje się znacznie wyższym poziomem świadczonych usług medycznych i lepszym zapleczem socjalnym dla pacjentów. W naszej ocenie prywatyzacja stacji dializ w Nysie była korzystna.

Słowa kluczowe: nefrologia, leczenie nerkozastępcze, stacja dializ, prywatyzacja.

Summary **Background.** Privatization of medical care services is always presented by governing groups in gloomy tunes with people dying on the streets due to lack of assistance from health professionals. The truth, however, is quite different.

Objectives. The aim of the work was to carry out a comparative analysis of obtained medical results, treatment comfort and organisational changes in the process of “privatisation” of Dialysis Station in Nysa.

Material and methods. The analysis was carried out on 28 patients, aged 60.8 on average, previously treated in public medical centres, who were then transferred to a newly built dialysis centre in Nysa, formerly known as “Gambro”, now “DIAVERUM”. The analytical criteria concerned dialysis adequacy, concentrations of haemoglobin, phosphorus, calcium, PTH and calcium-phosphorus ratio. Additionally the patients were assessed from the point of view of satisfaction after treatment at former public centres, and at privatised one, by filling in a prepared questionnaire.

Results. In the new medical centre, the authors obtained significant increase in HGB (11.6 g/dl vs 10.7 g/dl) and URR % (urea removal rate) of 71 vs 68%, and negligible changes of concentration of phosphorus (6.09 mg/dl vs 6.05 mg/dl), calcium (2.12 mmol/l vs 2.20 mmol/l). The authors observed disadvantageous change of PTH concentration (363.6 pg/ml vs 297.5 pg/ml).

Conclusions. In the privatised dialysis station, laboratory indexes improved or did not change. Only the concentration of parathormone radically increased. The patients found the “new” dialysis station as offering high medical services and provision. In authors’ assessment the privatisation of dialysis station in Nysa was favorable.

Key words: nephrology, nephro-supplemental treatment, dialysis centers, privatisation.

Wstęp

Dzięki przemianom polityczno-ekonomicznym, jakie nastąpiły w Europie Środkowo-Wschodniej na początku lat 90. ubiegłego wieku, doszło do prywatyzacji wielu jednostek służby zdrowia. Prekursorami tych działań w Polsce byli lekarze rodzinni, a obecnie procesem tym objęte są również: specjalistyczna opieka ambulatoryjna i stacje dializ. Ponadto powstają prywatne oddziały szpitalne oraz całe szpitale i kliniki [1]. Rodzą się zatem pytania o zasadność tego procesu – czy jest on korzystny dla społeczeństwa, czy zmierza w dobrym kierunku i czy nie ulegnie obniżeniu jakości leczenia chorych wynikająca z chęci zysku przez prywatne jednostki służby zdrowia nastawione na działalność „for-profit”. Z kolei jednostki akademickie czy rozwojowo-badawcze nastawione na działalność „non-profit” zwykle są obwiniane za rozrzutność i poddawane presji struktur zarządzających celem obniżania kosztów leczenia.

Z danych za rok 2003 w USA, skąd często czerpiemy wzorce, wynika, że odsetek stacji dializ o charakterze „for-profit” wynosi 94%. Spośród krajów środkowoeuropejskich podobny odsetek notują Węgry. W pozostałych krajach byłego bloku wschodniego udziały te wyglądają następująco: Rosja – 0,9%, Bośnia – 4%, Chorwacja – 9,5%, Łotwa – 10%, Czechy – 19%, Litwa – 36%, Słowacja – 37% [1]. Polska w 2008 r. przekroczyła próg 50%.

Zastanawiając się nad słusznością procesu prywatyzacji i nad jego wpływem na sposób leczenia pacjenta, oceniliśmy porównawczo wyniki laboratoryjne, warunki socjalne oraz zaistniałe zmiany w strukturze zatrudnienia, urządzeniach medycznych i organizacji pracy w publicznej stacji dializ (PSD) przed procesem jej prywatyzacji i po, tzn. w niepublicznej stacji dializ (NSD).

Cel pracy

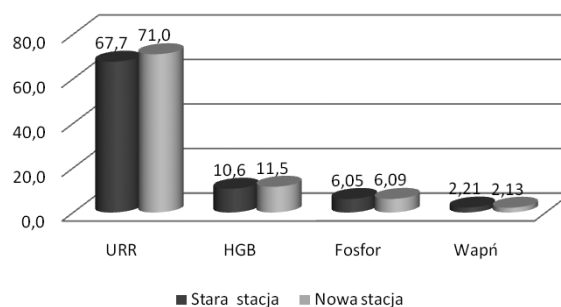
Celem pracy było poddanie analizie porównawczej uzyskanych wyników laboratoryjnych, komfortu leczenia ocenianego przez chorych oraz zmian organizacyjnych w procesie „prywatyzacji” Stacji Dializ w Nysie i odpowiedzenie na często dzisiaj stawiane pytanie o zasadność takich przemian w publicznych jednostkach służby zdrowia i celowość utrzymania takiego kierunku zmian. Dodatkowo oceniono średnią śmiertelność roczną w przekształconej placówce.

Praca ta w swoim zamyśle nie miała wykazać przewagi NSD nad PSD, na co mogłyby wskazywać uzyskane wyniki, lecz pokazać, że proces prywatyzacji stacji dializ, a także – jak sądzymy – innych jednostek służby zdrowia, przy dobrej

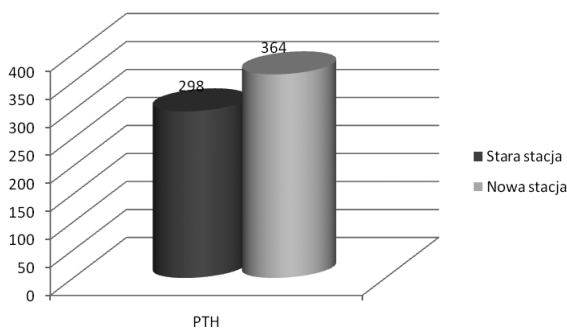
organizacji i odpowiednim nadzorze, nie zagraża jakości leczenia chorych, a wręcz przeciwnie – podnosi standard opieki medycznej w szerokim zakresie tego pojęcia.

Materiał i metody

Analizie porównawczej poddano 28 chorych (10 kobiet i 18 mężczyzn) leczonych pierwotnie w publicznej placówce służby zdrowia, a następnie przekazanych do dalszego leczenia w nowo powstałej Stacji Dializ „Gambro” (obecnie „DIAVERUM”) w Nysie, oceniając adekwatność dializ za pomocą najprostszego narzędzia URR [2], stężenia hemoglobiny, fosforu, wapnia, iloczynu wapniowo-fosforanowego oraz stężenia PTH (ryc. 1, 2). Średnia wieku chorych wynosiła 60,8 lat.



Rycina 1. Porównanie uśrednionych parametrów biochemicznych uzyskanych w PSD i NPS w badanej grupie pacjentów, $n = 28$



Rycina 2. Porównanie uśrednionych stężeń parathormonu uzyskanych w PSD i NPS w badanej grupie pacjentów, $n = 28$

Próbki krwi do badań w obu przypadkach były pobierane w sposób identyczny, tzn. przed zabiegiem z igły tętniczej i bezpośrednio po zabiegu, po wyłączeniu przepływu płynu dializacyjnego, zwolnieniu przepływu krwi 50–100 ml przez 15 sekund, dostosowaniu limitów ciśnień żylnych do aktualnie panujących i zatrzymaniu pompy krwi. Jedynym odstępstwem od tej zasady były

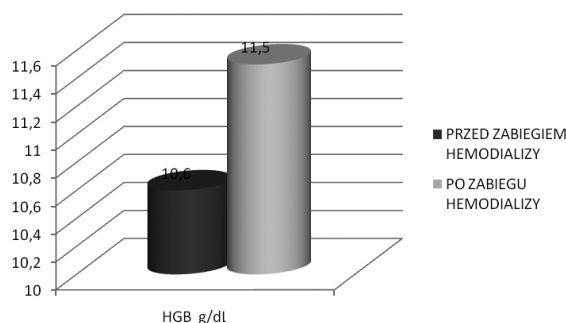
próbki krwi do oceny morfologii pobierane w PSD – nie przed zabiegiem, lecz bezpośrednio po zabiegu hemodializy, co daje wynik zawyżony w stosunku do wyniku uzyskanego w NSD. Badania wykonano jednakową metodą w tym samym laboratorium.

Za kryterium włączenia pacjentów do oceny przyjęto wcześniejszy minimum 6-miesięczny pobyt w PSD i poddano ocenie uśrednione wartości wyżej wymienionych parametrów za okres jednego roku, od września 2003 r. do sierpnia 2004 r. Następnie porównawczo oceniono analogiczne dane w tej samej grupie chorych uzyskane w okresie od grudnia 2004 r. do listopada 2005 r. w nowo powstałej NSD. Nie brano pod uwagę wyników 3-miesięcznego okresu adaptacyjnego – u pacjentów nowo przyjętych w „starej” stacji dializ i wyników uzyskanych w okresie IX–XI 2004 r. (okres pierwszych trzech miesięcy) w „nowej” stacji dializ ze względu na brak rejestracji w bazie danych uzyskanych wyników medycznych.

Ponadto, chcąc zobrazować jakość leczenia w NSD, poddano ocenie porównawczej powyższe uśrednione parametry u wszystkich leczonych pacjentów w stacji dializ uzyskane początkowo i po 18 miesiącach, tj. XII 2004 vs V 2006 r. (ryc. 3). Wyliczono również średnią roczną umieralność badanej grupy pacjentów. W okresie od IX 2004 r. do VIII 2009 r. wyniosła ona 8,6%.

Ze względu na wzrastające w ostatnich dwóch dziesięcioleciach zainteresowanie jakością życia pacjentów cierpiących z powodu schorzeń przewlekłych postanowiono przy tej okazji zebrać również w mikroskali dane w analizowanej grupie chorych (tab. 1 – zagadnienia od 8 do 11). Stworzone przez nas narzędzie badawcze zawiera 3 podstawowe elementy służące do oceny jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*HRQL – Health Related Quality of Life*), a mianowicie:

- stan fizyczny i sprawność ruchową,
- stan psychiczny,
- doznania somatyczne [1].



Rycina 3. Oznaczenie wartości HGB wykonane w nowej stacji dializ u tej samej wybranej grupy 28 pacjentów w trakcie jednego zabiegu hemodializy bezpośrednio przed zabiegiem i po zabiegu

Dodatkowo omawianą grupę 28 pacjentów poddano ocenie porównawczej zadowolenia z leczenia w byłej – publicznej i obecnej – prywatyzowanej, niepublicznej placówce medycznej. Do tego celu posłużono się samodzielnie skonstruowaną ankietą porównawczą (tab. 1 – zagadnienia od 1 do 7 oraz 12 i 13). Wynik ankiety przedstawiono jako sumaryczną liczbę punktów uzyskaną od wszystkich ankietowanych chorych. Przy ocenie każdego pytania ankiety dysponowali oni skalą ocen od 1 do 5 punktów (tab. 1).

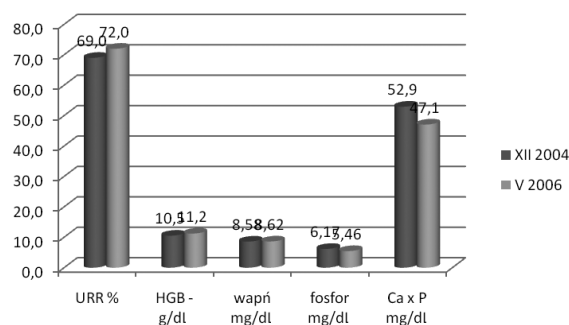
Wyniki

Po porównawczej analizie zebranych danych wykazano, że w nowo powstałej placówce medycznej uzyskano istotny przyrost wartości HGB 11,6 g/dl vs 10,7 g/dl ($p < 0,0001$) i URR 71,0 vs 67,7% ($p < 0,001$) oraz nieistotnie statystycznie zmiany stężeń fosforu 6,09 mg/dl vs 6,05 mg/dl i wapnia całkowitego 2,12 mmol/l vs 2,20 mmol/l (ryc. 1). Ponadto zaobserwowano niekorzystną zmianę stężenia PTH 363,6 pg/ml vs 297,5 pg/ml, ale była to zmiana nieistotna statystycznie (ryc. 2).

Odrębną analizę poddano poziom stężenia HGB po zabiegu hemodializy w PSD, zawyżoną w stosunku do wykonywanego badania według procedur w NSD. W związku z tym poddano ocenianą grupę 28 pacjentów badaniu stężenia HGB bezpośrednio przed zabiegiem hemodializy i bezpośrednio po zabiegu. Działanie to pozwoliło na wyliczenie średniej różnicy w tym parametrze wśród jednorodnej grupy chorych przed i po zabiegu, która wyniosła 0,9 g/dl (ryc. 3). W rezultacie średnia wartość HGB wykazana w PSD powinna być skorygowana o 0,9 g/dl, co da wynik 9,68 g/dl w PSD vs 11,58 g/dl w NSD, obiektywizując uzyskane wyniki i różnicę stężeń HGB o 1,9 g/dl na korzyść niepublicznej jednostki służby zdrowia.

Nad wartością HGB zatrzymujemy się w aspekcie opublikowanego w 2004 r. badania DOPPS, wykazującego znacznie większą śmiertelność i wyższą liczbę hospitalizacji w grupach chorych dializowanych z dużą niedokrwistością [3, 4]. Dobrze znane są również dane wskazujące na wzrost ryzyka zgonu chorych z przewlekłą niewydolnością nerek o współczynnik 1,84, w przypadku spadku wartości HGB – o 1 g/dl [5].

Nie był dla nas zaskoczeniem fakt wzrostu stężenia parathormonu ze względu na trwającą stale przewlekłą niewydolność nerek i progresję wtórnej nadczynności przytarczyc, co wymaga efektywnego leczenia zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej, a w skrajnych przypadkach – paratyreoidektomii, pomimo stałego efektywnego leczenia nerkozastępczego [2].



Rycina 4. Porównanie uśrednionych parametrów biochemicznych uzyskanych w NSD w okresie XII 2004 r. – V 2006 r. u wszystkich leczonych pacjentów, $n = 60$

Aby ocenić przebieg leczenia w NSD, analizowano zmianę parametrów biochemicznych w XII 2004 r. i V 2006 r. (ryc. 4).

Podkreślając fakt losowego doboru chorych, bez względu na wiek czy schorzenia współistniejące, korzystnym zaskoczeniem okazała się średnia roczna śmiertelność w okresie 5-letniego leczenia nerkozastępczego od IX 2004 r. do IX 2009 r. w badanej populacji chorych dializowanych na poziomie 8,6%.

24 chorych wypełniło ankietę oceniającą komfort leczenia i życia badanych. Jednak 5 ocen było niepełnych, 4 osoby nie oddały ankiety.

Analizie poddano jedynie ankiety wypełnione kompletnie, tj. od 19 chorych.

Wszyscy chorzy jednoznacznie wypowiedzieli się za chęcią kontynuacji procesu leczniczego w NSD (wypełnionych w tym punkcie również przez tych pacjentów) i nie wyrazili chęci powrotu do PSD, gdyby istniała. Wszyscy pacjenci oceniając NSD w każdym zagadnieniu dotyczącym warunków socjalnych i opieki medycznej oraz transportu przyznali notę równą lub wyższą niż dla PSD. Również w ocenie jakości życia, a szczególnie w kwestii poczucia bezpieczeństwa, prawie wszyscy chorzy przyznali oceny równe bądź wyższe dla nowo powstałej jednostki. Tylko 3 chorych w zagadnieniach dotyczących jakości życia przyznała NSD noty niższe w porównaniu z PSD, zaznaczając w uwagach związek tego stanu z zaawansowanym wiekiem i „zmęczeniem” chorobą.

Po zsumowaniu wydanych przez ankietowanych ocen w poszczególnych zagadnieniach okazało się, że niepubliczna stacja dializ uzyskała istotnie wyższe oceny, szczególnie w kategorii warunków socjalnych, co obrazuje tabela 1.

Pamiętać należy, że badanie jakości życia u chorych cierpiących na choroby przewlekłe ma charakter wielowymiarowy i zależy nie tylko od samego zdrowia czy też procesu leczniczego [6]. Definicja zdrowia sformułowana przez światową

Tabela 1. Ankieta oceniająca komfort leczenia i życia badanych z naniesionymi wynikami

Lp.	Pytanie – temat	PSD 2003/2004	NSD 2008/2009
1.	Warunki socjalne pobytu w stacji dializ (sale dializ, szatnie, toalety, natryski, meble i inne urządzenia pomocnicze)	56 pkt.	90 pkt.
2.	Czystość w stacji dializ	76 pkt.	93 pkt.
3.	Kontakt telefoniczny ze stacją dializ	78 pkt.	89 pkt.
4.	Transport pacjentów (bezpieczeństwo przejazdu, punktualność, stosunek kierowcy do pacjentów)	82 pkt.	89 pkt.
5.	Opieka lekarska (dostępność, zaangażowanie, niezmiennosc zatrudnienia)	82 pkt.	92 pkt.
6.	Opieka pielęgniarska (dostępność, zaangażowanie, dbałość o przebieg zabiegu, pomoc pacjentom)	84 pkt.	91 pkt.
7.	Atmosfera kontaktów międzyludzkich w stacji dializ (stosunek personelu do pacjentów)	86 pkt.	91 pkt.
8.	Ogólne samopoczucie fizyczne (aktywność fizyczna)	79 pkt.	83 pkt.
9.	Ogólne samopoczucie psychiczne (zadowolenie z życia, lęk, smutek, bezsenność, łatwość denerwowania się)	74 pkt.	80 pkt.
10.	Dolegliwości bólowe	61 pkt.	67 pkt.
11.	Poczucie bezpieczeństwa	78 pkt.	88 pkt.
12.	Chęć powrotu na starą stację dializ (gdyby istniała) (TAK lub NIE)	100% pacjentów odpowiedziało NIE	
13.	Chęć pozostania i kontynuacji leczenia w Stacji Dializ „GAMBRO” (TAK lub NIE)	100% pacjentów odpowiedziało TAK	

organizację Zdrowia (WHO) jako „*stan pełnego psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby*” rzuca światło na złożoność problemu i znamienne wpływy warunków ekonomiczno-społecznych, światopoglądu, religii i stanu duchowego, a także funkcji seksualnych na ten obszar doznań umysłu ludzkiego.

Oceniając fakt powstania nowej NSD na bazie PSD należy stwierdzić, że zwiększono liczbę stanowisk dializacyjnych z 8 do 17, tym samym ponad dwukrotnie powiększając pojemność stacji dializ z 48 do 102 pacjentów przy 3 zmianowym trybie pracy, co wydatnie zwiększa możliwości lecznicze, pokrywając prawie całkowicie zapotrzebowanie na leczenie nerkozastępcze na terenie trzech powiatów liczących 300 tys. mieszkańców. Ponadto fakt prywatyzacji stacji dializ korzystnie wpłynęła na odnowienie parku maszynowego, z czym nie poradziła sobie publiczna jednostka na przestrzeni 10 lat istnienia (aparaty do hemodializy, łóżka, reutilizator, kardiomonitor, defibrylator, EKG, ssak itp.). Poprawę warunków socjalnych pacjentów i personelu oraz strukturę zatrudnienia obrazuje tabela 2. Na uwagę w NSD zasługuje również fakt bezproblemowego zaopatrzenia w leki i artykuły medyczne w ilościach zabezpieczających sprawowanie opieki medycznej na dobrym poziomie, jak również wymiany zużytych urządzeń medycznych na całkowicie nowe i nie stwarzające problemów w obsłudze.

Sądzymy, iż istotne i konieczne jest istnienie publicznych (non-profit) jednostek służby zdrowia, szczególnie akademickich, czy też na szczeblach wojewódzkich jako przeciwwagi dla sektora prywatnego. Zdrowa konkurencja na rynku usług medycznych zapewne skutkować będzie podniesieniem standardów opieki medycznej, opracowywaniem nowych tendencji terapeutycznych

Tabela 2. Zmiany personalne i sprzętowe

	PSD 2003/2004	NSD 2008/2009
Liczba leczonych chorych	42	80
Lekarze	1,5 etatu + dyżury	2,5 etatu + dyżury
Pielęgniarki	12	17
Sekretarka	0	1
Technicy	2	1
Salowe	2	3
Aparaty do HD	12	22
Łóżka	8	17
Reutilizator	1	1

nych i procedur medycznych. Taka równoważnia wraz z nadzorem medycznym Konsultantów Wojewódzkich i płatnika usług, a także wewnętrznym nadzorem medycznym, który doskonale funkcjonuje w firmie „DIAVERUM”, powinna zabezpieczyć jakość leczenia w sprywatyzowanych stacjach dializ na odpowiednio wysokim poziomie.

Wnioski

1. W sprywatyzowanej Stacji Dializ firmy: „DIAVERUM”, typu „for-profit” oceniane istotne klinicznie wskaźniki laboratoryjne poprawiły się lub nie uległy zmianie.
2. W ocenie ankietowanych pacjentów „nowa” stacja dializ charakteryzuje się znamienne wyższym poziomem świadczonych usług medycznych, jak i zapleczem socjalnym dla pacjentów.
3. W naszej ocenie prywatyzacja stacji dializ w Nysie była korzystna.

Piśmiennictwo

1. Rutkowski B. *Dializoterapia w praktyce lekarskiej*. Gdańsk: Makmedia; 2004:679–683, 649; 27.
2. Książek A, Rutkowski B. *Nefrologia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004: 732, 747–748.
3. Locatelli F, Pisoni RL, Combe C et al: Anaemia in haemodialysis patients of five European countries: association with morbidity and mortality in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPSS). *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19(1): 121–132.
4. Pasiński T, Myśliwiec M, Imiela J. *Kardionefrologia*. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2006: 115.
5. Rutkowski B. *Erytropoetyna od odkrycia do zastosowań klinicznych*. Gdańsk: MAKmedia; 2004: 167.
6. Czapiński J. *Psychologia szczęścia*. Warszawa: PTP; 1992.

Adres do korespondencji:

Lek. Krzysztof Dorskoc z

NZO „DIAVERUM” Nysa Stacja Dializ

ul. Bohaterów Warszawy 34

48-300 Nysa

Tel.: (077) 408-79-16

E-mail: krzysztof.dorskoc z@diaverum.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 1.07.2009 r.

Po recenzji: 30.08.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Częstość występowania atopii i chorób atopowych w grupie gimnazjalistów ze Szczecina

The incidence of atopy and atopic diseases in the group of middle school children from Szczecin

GRAŻYNA DURSKA^{A-G}, ANNA SAŁACKA^{E, G}Zakład Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
p.o. Kierownik: dr n. med. Anna Sałacka**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy**Streszczenie** **Wstęp.** Badania epidemiologiczne prowadzone w ostatnich latach wskazują na wzrost częstości występowania chorób alergicznych.**Cel pracy.** Ocena częstości występowania atopii oraz chorób atopowych w grupie gimnazjalistów ze Szczecina.**Materiał i metody.** U 147 uczniów w wieku 14–16 lat ze Szczecina przeprowadzono badania ankietowe, spirometryczne oraz wykonano punktowe testy skórne z alergenami powietrzno-pochodnymi.**Wyniki.** Częstość atopii w badanej grupie wynosiła 23,8%. U 12,2% badanych rozpoznano chorobę alergiczną. Alergenami najczęściej wywołującymi uczulenie były alergeny roztoczy kurzu domowego oraz alergeny pyłków traw, brzozy i sierści kota.**Wnioski.** W badanej populacji choroby alergiczne występowały rzadziej niż u młodzieży z innych rejonów Polski.**Słowa kluczowe:** alergia, atopia, młodzież gimnazjalna.**Summary** **Background.** Epidemiological research carried out in recent years indicate an increasing incidence of allergic diseases, including atopic ones.**Objectives.** The aim of this study was to pre-assess the incidence of atopy and atopic diseases in the group of middle school children from Szczecin.**Material and methods.** The study involved 147 persons from Szczecin aged 14–16. They took part in a survey, spirometric examination and skin prick test performed with common inhalatory allergens.**Results.** The incidence of atopy in the group examined was 23.8%, and allergic diseases were diagnosed in 12.2% of the participants. The most common allergens were home dust mites, grass, birch pollen and cat fur.**Conclusions.** In the population examined, allergic diseases were less common than in teenagers from other parts of Poland.**Key words:** allergy, atopy, middle school children.

Wstęp

W ostatnim dwudziestolecu obserwuje się stały wzrost częstości występowania chorób alergicznych [1–3]. Szacuje się, że w 2020 r. na choroby alergiczne chorować będzie około 50% populacji [4]. Badania dotyczące częstości występowania tych chorób w poszczególnych krajach w sposób znaczący różnią się między sobą. W 2005 r. rozpoczęto ogólnopolskie, wielośrodkowe badania epidemiologiczne o akronimie ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) [4]. Badania te nie obejmowały terenu woj. zachodniopomorskiego. Od 2007 r. Zakład Medycyny Rodzinnej Pomorskiej Akademii Me-

dycznej w porozumieniu z poradnią alergologiczną rozpoczął badania dotyczące epidemiologii chorób alergicznych u młodzieży gimnazjalnej z terenu woj. zachodniopomorskiego [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania atopii oraz chorób alergicznych IgE-zależnych w grupie młodzieży 14–16-letniej ze Szczecina, ocena częstości uczulenia na wybrane alergeny oraz określenie wpływu czynników środowiskowych i rodzinnych na rozwój atopii.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 147 uczniów w wieku 14–16 lat uczęszczających do dwóch gimnazjów w centrum Szczecina, w tym 87 dziewcząt (59,18%) i 60 chłopców (40,81%). W badaniach zastosowano ankietę zawierającą pytania dotyczące warunków socjalnych rodziny uczniów, występowania chorób alergicznych u badanej młodzieży oraz w najbliższej rodzinie. Ankiety zostały rozdane rodzicom 490 uczniów, zwrotnie uzyskano 147 ankiet (30%). Następnie w tak wyodrębnionej grupie przeprowadzono badanie przedmiotowe oraz badania dodatkowe. Badania dodatkowe obejmowały: badania spirometryczne wykonane spirometrem Lungtest 500, punktowe testy skórne z alergenami: pyłków olchy, leszczyzny, brzozy, platanu, traw, bylicy, babki lancetowatej, ambrozji, alergenami: roztoczy kurzu domowego, zarodników grzybów *Alternaria*, *Cladosporium*, *Aspergillus fumigatus* oraz alergenami sierści psa i kota. Do badania użyto testów oraz jednorazowych standaryzowanych lancetów firmy Allergopharma. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę rodziców badanej młodzieży oraz Komisji Bioetycznej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem współczynnika rang τ -Kenadalla, przyjmując za poziom istotności statystycznej $p < 0,05$ oraz ocenę procentową.

Wyniki badań

Atopię rozpoznano na podstawie dodatnich testów punktowych u 35 osób (23,8% badanej grupy). U 16 osób (10,88% badanej grupy) było to uczulenie klinicznie nieme, tzn. dodatnim testom punktowym nie towarzyszyły objawy choroby alergicznej. U pozostałych 19 osób (12,92% badanej grupy) rozpoznano alergię (dodatnie testy punktowe i objawy choroby alergicznej).

Najczęściej występującą chorobą alergiczną w badanej grupie był alergiczny nieżyt nosa, który rozpoznano u 21 osób (14,28% całej badanej grupy) – w tym u 12 chłopców i 9 dziewcząt.

Do chorób alergicznych związanych z I typem nadwrażliwości według Gella i Coombsa (mechanizm IgE-zależny) zalicza się także astmę. W dniu wykonywania badań spirometrycznych u żadnego z badanych nie występowały zaburzenia wentylacji o charakterze obturacyjnym. Badaniem przedmiotowym nie stwierdzono nieprawidłowości w dolnych drogach oddechowych. Rozpoznanie astmy postawiono na podstawie danych zawartych w ankiecie, takich jak: występowanie nadreaktywności oskrzeli – u 19 badanych (12,92% badanej grupy,) whizingu (świszczący

oddech) – u 13 osób (8,84%), duszności astmatycznej – u 12 osób (8,1%). Z powodu zaostrzenia astmy hospitalizowanych było 6 osób z wymienionej grupy. W ankiecie zamieszczono również pytania dotyczące stosowanych leków i odpowiedzi klinicznej na leczenie.

Na podstawie badania ankietowego astmę rozpoznano u 11 osób (7,48% badanej grupy – u 8 chłopców i 3 dziewczynki). Alergiczne zapalenie spojówek rozpoznano u 9 osób (6,12%) – 6 dziewcząt i 3 chłopców.

W etiopatogenezie atopowego zapalenia skóry biorą udział mechanizmy nadwrażliwości natychmiastowej (I typ odpowiedzi wg Gella i Coombsa) oraz nadwrażliwości opóźnionej (IV typ odpowiedzi wg Gella i Coombsa). Uważa się, że reakcje alergiczne nie są główną przyczyną występowania objawów choroby. U części chorych nie wykrywa się swoistych dla danego antygeny przeciwciał klasy IgE [5].

Na podstawie ankiety i badania przedmiotowego atopowe zapalenie skóry (AZS) rozpoznano u 37 osób (25,17%) – u 23 dziewcząt i 14 chłopców. Objawy czynnej choroby stwierdzono u **7 osób (4,76%)**.

U 21 osób (14,28%) pierwsze objawy choroby wystąpiły w 1. roku życia, u 7 osób (4,76%) – w wieku przedszkolnym, u 9 osób (6,12%) choroba wystąpiła powyżej 8. roku życia.

Jako najczęstszą przyczynę zaostrzeń objawów choroby ankietowani podawali pokarmy – 22 osoby (59,46% osób z AZS), w tym mleko krowie, jajo kurze, cytrusy, u 6 osób (16,21% osób z AZS) zaostrzenia wiązało się z kosmetykami do higieny osobistej, a w 5 przypadkach (13,51%) zaostrzenia występowały po kontakcie ze zwierzętami domowymi. U kilku osób zaostrzenia związane były zarówno z pokarmami, jak i kosmetykami. U 9 osób (24,32%) przyczyny zaostrzeń nie były znane.

Dane dotyczące częstości występowania chorób alergicznych przedstawiono w tabeli 1.

W tabeli 2 przedstawiono alergeny najczęściej odpowiedzialne za występowanie objawów chorobowych.

U 1 badanego rozpoznano uczulenie na alergen pyłku platanu (w Szczecinie drzewa te są dość powszechne). U żadnej osoby nie wykazano uczulenia na alergeny zarodników grzybów z grupy *Aspergillus fumigatus* oraz pyłku ambrozji.

Obciążenie alergią ze strony najbliższej rodziny podało 58 osób (39,45% badanej grupy), w tym ze strony matki 31 osób (21,08%), ze strony ojca 11 osób (7,48%), a 6 osób (4,08%) zarówno ze strony ojca, jak i matki.

Nie wykryto istotnych statystycznie korelacji między warunkami socjoekonomicznymi rodziny a częstością występowania chorób alergicznych w analizowanej grupie.

Tabela 1. Częstość występowania chorób alergicznych w badanej populacji

Rodzaj choroby	Badana populacja		Chłopcy		Dziewczęta	
	Liczba osób	Udział procentowy (%)	Liczba osób	Udział procentowy (%)	Liczba osób	Udział procentowy (%)
Atopowe zapalenie skóry	7	4,76	2	1,36	5	3,4
Alergiczny nieżyt nosa	21	14,28	12	8,16	9	6,12
Astma	11	7,48	8	5,44	3	2,04
Alergiczne zapalenie spojówek	9	6,12	6	4,08	3	2,04

Tabela 2. Alergeny odpowiedzialne za występowanie chorób alergicznych w badanej populacji

Rodzaj alergenu	Liczba osób uczulonych	Udział (%)
Trawy	9	47,37
Roztocze <i>Der. farinae</i>	13	68,37
Roztocze <i>Der. pteronyssinus</i>	15	78,95
Brzoza	6	31,58
Platan	1	5,26
Leszczyna	5	26,32
<i>Alternaria tenuis</i>	4	21,05
Sierść kota	7	36,84
Sierść psa	1	5,26
Olcha	1	5,26
<i>Cladosporium</i>	1	5,26
Bylica	1	5,26
Babka lancetowata	1	5,26

W 98 rodzinach (66,66%) zawodowo pracowało oboje rodziców, w 44 rodzinach (29,93%) jeden rodzic, 5 rodzin (3,4%) utrzymywało się z zasiłków socjalnych (tab. 3).

Ankietowana młodzież mieszkała najczęściej w trudnych warunkach lokalowych. Dzielnica Szczecina, w której zlokalizowane są oba gimnazja, zabudowana jest starymi komunalnymi kamienicami, z reguły od lat nie remontowanymi. 24 osoby (16,32%) zgłaszały występowanie zgrzybienia ścian. 69 osób (46,93%) miało w domu psa, 25 osób (17%) chomika lub świnkę mor-

ską, 24 osoby (16,32%) kota. W 17 (11,56%) przypadkach w domu było kilka zwierząt. 92 dzieci (62,38%) było narażonych w środowiskach domowych na dym tytoniowy.

Dyskusja

Wzrost częstości występowania chorób alergicznych w świecie w ciągu ostatnich lat i związane z tym implikacje dla poszczególnych chorych, służby zdrowia i państwa są powodem podjęcia licznych wielośrodkowych międzynarodowych prac badawczych, celem których jest m.in. jak najdokładniejsze poznanie sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych państwach. Do najbardziej znanych należą badania dotyczące populacji dzieci i młodzieży o akronimie ISAAC, SCARPOL czy ostatnio zakończone badania ECAP prowadzone na terenie Polski [1, 2, 4]. Uzyskane w naszych badaniach dane dotyczące częstości występowania alergii w znaczący sposób różnią się między sobą. Na podstawie przeprowadzonych badań atopię rozpoznano

Tabela 3. Sytuacja materialna w rodzinach badanej młodzieży

Ocena sytuacji materialnej rodzin	Liczebność grupy	Ocena (%)
Bardzo zła	1	0,68
Zła	5	3,4
Przeciętna	105	71,43
Dobra	33	22,45
Bardzo dobra	3	2,04

u 23,8% badanej grupy – wynik był zbliżony do częstości rozpoznania atopii w takiej samej wiekowo grupie młodzieży z Nowogardu (słabo uprzemysłowiona miejscowość licząca około 16 700 mieszkańców z woj. zachodniopomorskiego) – 20,57% (wcześniejsze badania własne, praca wysłana do druku) i był niższy w grupie dzieci z Łodzi – 40,2%, z Krakowa – 29,7% i porównywalny z wynikiem badań z Sosnowca – 23,5% [6–9].

Alergiczny nieżyt nosa rozpoznano u 14,28% ankietowanych. Wynik ten jest porównywalny z częstością rozpoznania choroby u dzieci i młodzieży z Sosnowca – 14,3%, niższy niż wykazują badania ECAP – 26%, z czego w grupie młodzieży z Krakowa – 16,7% i Poznania – 19,1%. U dzieci i młodzieży z Nowego Sącza alergiczny nieżyt nosa rozpoznano u 8,3%, z Torunia – u 7,15%. We wcześniej wykonanych badaniach własnych u młodzieży z Nowogardu alergiczny nieżyt nosa wystąpił u 5,38% badanych [4, 8, 10, 11].

Astma w badanej przez nas grupie występowała u 7,48% młodzieży, rzadziej niż wykazano w badaniach z Krakowa – 14,5%, Łodzi – 9%. Częstość występowania choroby była porównywana z wynikami ECAP, ale wyższa niż w grupie z Sosnowca – 3,6%, Poznania – 2%, Torunia – 3,05% czy Nowogardu – 2,28% [4, 8, 11, 12].

Alergiczne zapalenia spojówek stwierdzono u 6,12% młodzieży ze Szczecina, częściej niż we wcześniejszych badaniach własnych z Nowogardu.

Atopowe zapalenie skóry rozpoznano u 4,76% młodzieży w wieku 14–16 lat. Wynik ten jest porównywalny z częstością choroby wykazanej w badaniach własnych u młodzieży gimnazjalnej z Nowogardu. Prace innych badaczy wykazały większą częstość atopowego zapalenia

skóry u dzieci i młodzieży z innych terenów Polski – od 11,75% u dzieci i młodzieży z Krakowa, do 9% wykazanych u młodzieży objętej badaniami ECAP [4, 9, 11–13].

W badanej przez nas grupie największa liczba przypadków rozpoznania AZS występowała w pierwszym roku życia – 14,28%. W kolejnych latach liczba osób z czynnym AZS stopniowo zmniejszała się, co jest zgodne z naturalnym przebiegiem choroby.

Alergenami najczęściej odpowiedzialnymi za występowanie choroby alergicznej w badanej grupie, jak i w badaniach własnych wykonanych wcześniej, były alergeny roztoczy kurzu domowego, pyłków traw, brzozy, sierści kota, co jest zbliżone z badaniami innych autorów [7, 8, 14].

Nie stwierdziliśmy istotnej statystycznie korelacji między częstością występowania atopii, chorób alergicznych a warunkami socjoekonomicznymi rodziny, co jest zgodne z wynikami Pisiewiczza i wsp. [10].

Wnioski

1. Częstość występowania atopii w badanej grupie gimnazjalistów ze Szczecina jest porównywalna do częstości jej występowania u młodzieży z innych rejonów Polski.
2. W badanej populacji choroby alergiczne występowały rzadziej niż u młodzieży z innych rejonów Polski.
3. Alergenami najczęściej wywołującymi objawy choroby alergicznej w badanej grupie były alergeny roztoczy kurzu domowego, pyłków traw, brzozy oraz sierści kota.
4. Najczęściej występującą chorobą alergiczną w badanej populacji był alergiczny nieżyt nosa.

Piśmiennictwo

1. Asher MI, Weiland SK. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISSAC). ISSAC Steering Committee. *Clin Exp Allergy* 1998; 5: 52–66.
2. Braun-Fahrlauder C, et al. Validation of a rhinitis symptom questionnaire (ISSAC scare questions) in a population of swiss school children visiting the school health services. SCARPOL – team. Swiss study on childhood Allergy and Respiratory Symptom with respect to Air Pollution and Climate. International study of Asthma and Allergies in Childhood. *Pediatr Allergy Immunology* 1997; 8: 75–82.
3. Szkliniarz P. Częstość występowania chorób alergicznych w populacji dzieci miejskich. *Med Środowisk* 2003; 6(1): 43–48.
4. Samoliński B. Epidemiologia alergii i astmy w Polsce – doniesienie wstępne, badania ECAP. *Terapia* 2008; XVI, 4(208): 127.
5. Mygind N, Dahl R, Pedersen S, Thestrup-Pedersen K. *Alergia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1998: 158–172.
6. Majkowska-Wojciechowska B, Laskowska B, Wojciechowski Z, i wsp. Występowanie alergii wśród dzieci łódzkich szkół podstawowych: związek z warunkami środowiska domowego i szkolnego. *Alergia Astma Immunologia* 2000; 5(2): 115–122.
7. Czarnobilska E, Klimaszewska-Rembiesz M, Gaweł B, i wsp. Występowanie chorób alergicznych u dzieci w szkołach podstawowych Krakowa i okolic – próba określenia głównych czynników ryzyka. *Prz Lek* 2002; 59, 6: 422–426.

8. Jaźwiec-Kanyon B, Szkliniarz P. Występowanie chorób alergicznych w populacji dziecięcej Sosnowca. *Wiad Lek* 2002; LV, Supl.1, 1: 164–169.
9. Stelmach I, Smejda K, Kaczmarek J, i wsp. Częstość występowania atopii i chorób atopowych u dzieci z łódzkich domów dziecka – badania pilotażowe. *Pol Merk Lek* 2006; 20, 119: 533–534.
10. Pisiewicz K, Doniec Z, Kurzawa R, i wsp. Występowanie chorób alergicznych u dzieci w rejonie nowosądeckim. *Acta Pneumonologica et Allergologica Pediatrica* 2002; 5, 1: 9–14.
11. Lis G, Bręborowicz A, Świątły A, i wsp. Występowanie chorób alergicznych u dzieci szkolnych w Krakowie i Poznaniu na podstawie badań epidemiologicznych ISAAC. *Pneumonol Alergol Pol* 1997; 65, 9–10: 621–627.
12. Wlazłowski J, Zbęk E, Stańczyk-Przyłuska A, i wsp. Analiza realizacji Programu Prewencji Chorób Alergicznych w Poradni Alergologicznej Kliniki Propedeutyki Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 1999–2002. *Alergia Astma Immunologia* 2006; 11(2): 103–108.
13. Czarnobilska E, Klimaszewska-Rembiesz M, i wsp. Występowanie chorób alergicznych u dzieci w szkołach podstawowych Krakowa i okolic – próba określenia głównych czynników ryzyka. *Prz Lek* 2002; 59, 6: 422–426.
14. Durska G, Sałacka A, Kozielec T. Wstępna ocena częstości występowania chorób atopowych wśród studentów Wydziału Stomatologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10, 1: 17–22.

Adres do korespondencji

Dr n. med. Grażyna Durska

Zakład Medycyny Rodzinnej PAM

ul. Podgórna 22/23

70-205 Szczecin

Tel. (091) 48-00-869

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

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.06.2009 r.

Po recenzji: 15.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Ocena jakości opieki nad noworodkiem urodzonym z masą ciała < 1000 g po wypisie z oddziału neonatologicznego

Assessment of the quality of post-discharge low birth weight (< 1000 g) infant care

AGNIESZKA GÓRALSKA^{B-E}, MARIA K. BORSZEWSKA-KORNACKA^{A, D-G}Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof dr hab. med. Maria K. Borszevska-Kornacka

Streszczenie **Wstęp.** Wcześnieactwo, czyli urodzenie dziecka między 22. a 37. tygodniem ciąży, jest problemem złożonym, wymagającym interwencji na wielu płaszczyznach medycyny i opieki społecznej. Po wypisie z oddziału neonatologicznego dzieci przedwcześnie urodzone wymagają szczególnej opieki lekarza rodzinnego.

Cel pracy. Analiza opieki nad noworodkiem ze skrajnie małą masą ciała ≤ 1000 g po wypisaniu z oddziału neonatologicznego dokonana na podstawie 15 pytań zawartych w ankiecie skierowanej do matek/rodziców tych dzieci.

Materiał i metody. Materiał stanowiło 30 rodzin dzieci z masą ciała ≤ 1000 g urodzonych i leczonych w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Rodzice tych dzieci poproszeni byli o odpowiedzi na 15 pytań dotyczących opieki nad noworodkiem po wypisie z oddziału. Ocena ta obejmowała przede wszystkim organizację opieki, dostosowanie jej do potrzeb dziecka i jego rodziny, a także dostępność placówek specjalistycznych oraz skoordynowanie wszystkich działań leczniczo-rehabilitacyjnych.

Wyniki. Proces opieki nad dzieckiem urodzonym z masą ciała < 1000 g jest wielodyscyplinarny, lecz jednocześnie chaotyczny i nieskoordynowany. Wizyta patronażowa nie odbyła się aż u ponad 43% analizowanych rodzin, a u około 60% odbyła się po 14. dniu pobytu w domu. Pod opieką psychologa jest jedynie 19,4% dzieci, logopedy 9,7%, a z opieki rehabilitanta korzysta tylko 38,7%. Aż 50% rodzin oczekiwało na wizytę specjalistyczną 3 miesiące lub dłużej.

Wnioski. Potrzebny jest system kompleksowej opieki nad wcześniakami, ze szczególnym uwzględnieniem wczesnych wizyt patronażowych i lepszej edukacji lekarzy rodzinnych w zakresie problemów wcześniactwa oraz powołanie koordynatora sprawującego nadzór nad wszystkimi działaniami wykonywanymi przez specjalistów zaangażowanych w proces leczenia i rehabilitacji dziecka.

Słowa kluczowe: noworodek z masą ciała ≤ 1000 g, opieka nad noworodkiem po wypisie, lekarz rodzinny, rola rodziców, opieka wyskospecjalistyczna.

Summary **Background.** Prematurity, i.e. delivery between 22 and 37 weeks of gestation, is a complex problem requiring intervention in many medical and social areas. These newborns after discharge from neonatal units need special attention of their family doctors.

Objectives. The aim of this study was the analysis of the quality of post-discharge care of low birth weight (≤ 1000 g) infants.

Material and methods. Material consisted of 55 families of the newborns treated in Neonatal and Intensive Care Unit of the Warsaw Medical University. The parents of these babies were asked to answer 15 questions regarding infant care after discharge from the unit. The assessment covered most of all the organization of care, its adaptation to the needs of infants and their families as well as availability of specialized centers and overall coordination of treatment and rehabilitation.

Results. The process of post-discharge care of low birth weight < 1000 g infants is multidisciplinary, yet at the same time chaotic and uncoordinated. Family doctor did not visit homes of 43% of the newborns. In 60% of the babies the doctors visited them 14 days or later from discharge. Only 19.4% families received psychological care, 9.7% speech therapy, and psychomotor rehabilitation program was provided for only 34% of the babies. In 50% of the cases the families of the babies waited for specialist medical care 3 months or longer.

Conclusions. It appears necessary to create a system of complex medical care for premature babies with emphasis on home visits soon after discharge, better education of family doctors regarding prematurity related problems. A specialized coordination position needs to be established for supervision of overall efforts by the various specialists involved in the care of the infants.

Key words: newborn post-discharge care, family doctor care, role of parents, specialist care.

Wstęp

Decyzja dotycząca wypisania noworodka przedwcześnie urodzonego, zwłaszcza z ekstremalnie małą masą ciała ≤ 1000 g do domu z oddziału neonatologicznego, czasem po kilkunastotygodniowej hospitalizacji, powinna być bardzo wyważona. Wybranie właściwego momentu to zawsze duże wyzwanie dla neonatologa. Ta tak ważna i odpowiedzialna decyzja powinna być podejmowana wspólnie przez zespół lekarsko-pielęgniarsko-fizjoterapeutyczny w porozumieniu z rodzicami, a zwłaszcza matką dziecka. Bezpiecznie można zwolnić do domu dziecko przybierające na masie ciała, którego równocześnie stan zdrowia nie wskazuje na konieczność częstych wizyt lekarskich spowodowanych tzw. ostrymi stanami lub konieczność ponownej hospitalizacji. Zwolnienie do domu to z jednej strony koniec często długotrwałej hospitalizacji, ale też początek zmagania rodziców z trudnymi problemami opieki nad noworodkiem z tzw. grupy ryzyka. W takiej sytuacji rodzice muszą znaleźć oparcie w zespole lekarza rodzinnego. Niestety w bardzo wielu przypadkach, które dotyczą dziecka urodzonego przedwcześnie, zwłaszcza tego z ekstremalnie małą masą ciała, lekarz rodzinny staje bezradny wobec codziennych problemów pielęgnacyjnych, diagnostycznych i leczniczych. Stąd konieczne jest rozszerzenie edukacji przeddyplomowej i podyplomowej lekarzy wybierających tą trudną, często niedocenianą, wielospecjalistyczną dziedzinę medycyny [1–4].

Cel pracy

Celem pracy była analiza opieki nad noworodkiem ze skrajnie małą masą ciała ≤ 1000 g po wypisaniu z oddziału neonatologicznego dokonana na podstawie 15 pytań zawartych w ankiecie skierowanej do matek/rodziców tych dzieci.

Materiał

Materiał stanowiło 30 rodzin dzieci z masą ciała ≤ 1000 g urodzonych w Szpitalu Klinicznym im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie i leczonych w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Rodzice tych dzieci poproszeni byli o odpowiedzi na 15 pytań dotyczących opieki nad noworodkiem po wypisie z oddziału, a także jakości informacji, jakie otrzymali od personelu medycznego podczas hospitalizacji. Najmłodsze dziecko, do którego rodziców wysłano ankietę badawczą, urodziło

się 5.12.2005 r., najstarsze zaś przyszło na świat na początku 2004 r. Badaniem objęto dzieci w wieku od około 11 miesięcy do około 2,5 roku (wieku korygowanego).

Metoda

Ankieta (w załączeniu) zawierała 15 szczegółowych pytań dotyczących m.in. sposobu informowania rodziców o stanie zdrowia dziecka oraz dalszego jego leczenia i rehabilitacji, potrzeby skorzystania z opieki psychologa i/lub grupy wsparcia podczas pobytu dziecka w szpitalu. Kilka punktów dotyczyło aktualnego leczenia i rehabilitacji dziecka. Pytania sformułowane zostały tak, aby dawały możliwość wyrażenia przez osoby badane własnych ocen aktualnego stanu opieki na dzieckiem przedwcześnie urodzonym oraz podzielenia się zastrzeżeniami co do skuteczności i sprawności obecnie działającego systemu. Zapytano m.in. o to, w jakim terminie odbyła się wizyta patronażowa i czy była pomocna w organizowaniu dalszego leczenia i rehabilitacji dziecka. Jedno z pytań dotyczyło zasadności powołania koordynatora, który zajmowałby się sprawami organizacyjnymi związanymi z kompleksową opieką nad dzieckiem. Ankieta w założeniu była anonimowa, wszyscy uczestnicy badań otrzymali też pisemne zapewnienie, że ich dane osobowe nie zostaną ujawnione i nie będą w jakikolwiek sposób wykorzystywane i przetwarzane. Rozsyłanie ankiet odbyło się w październiku i listopadzie 2006 r. Odpowiedzi nadchodziły w okresie styczeń–luty 2008 r.

Wyniki

W odpowiedzi na pytanie pierwsze, które brzmiało: „Czy sposób, w jaki byli Państwo informowani o stanie dziecka, był właściwy?“, aż 26 (86,7%) rodziców wyraziło pozytywną opinię. Cztery osoby (13,3% badanych) nie uznały sposobu informowania ich o stanie zdrowia dziecka za zgodny z ich oczekiwaniami.

Tylko 8 (26,7%) rodziców dzieci miało potrzebę skorzystania z pomocy psychologa podczas hospitalizacji dziecka, a 22 (73,3%) rodzin takiej konieczności nie wykazywało. Podobnie chęć uczestniczenia w zajęciach grup wsparcia deklarowało 7 (23,3%) rodzin, a 23 (76,7%) nie chciało nawiązywać kontaktów z innymi rodzicami posiadającymi dzieci urodzone z ekstremalnie małą masą ciała.

Na pytanie czwarte, które miało wykazać, czy informacje o dalszym leczeniu dziecka i jego rehabilitacji po wypisaniu ze szpitala były, zdaniem rodziców, wystarczające, 22 (73,3%) badanych

udzieliło odpowiedzi pozytywnej, 8 (26,7%) odpowiedziało negatywnie.

Największy odsetek (83,3%) dzieci po wypisaniu z oddziału pozostawał pod opieką lekarza rodzinnego – pediatry. Opiekę nad częścią dzieci (43,3%) sprawuje Poradnia Kliniki Neonatologii, a 53,3% dzieci korzysta z opieki kilku ośrodków specjalistycznych (tab. 1).

Tabela 1. Ośrodek, pod opieką którego znajduje się dziecko

Ośrodek	Liczebność (n)	Odsetek (%)
Poradnia Kliniki Neonatologii	13	43,3
Pediatra, lekarz rodzinny	25	83,3
Inne	16	53,3

Trzydzieści rodzin (43,2%) zostało po wypisie ze szpitala skierowanych przez lekarzy oddziału neonatologicznego do specjalistycznych ośrodków. Taki sam odsetek rodziców zmuszony był poszukiwać ich we własnym zakresie. 8 rodzin wskazało inne źródło informacji (przyjaciółka, znajomy lekarz) (tab. 2).

Tabela 2. Informacje uzyskane o specjalistycznych placówkach

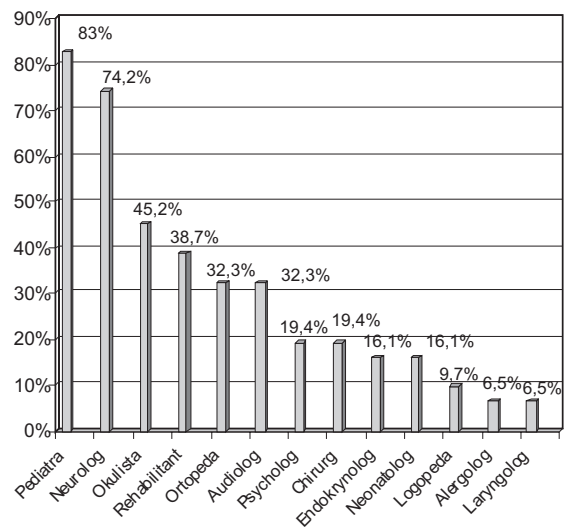
Sposób pozyskania informacji	Liczebność (n)	Odsetek (%)
Skierowanie z oddziału neonatologicznego	13	43,3%
Własne poszukiwania	13	43,3%
Inne	8	26,7%

Dwadzieścia osiem rodzin (93,3%) oświadczyło, iż w ośrodkach, pod których opieką znajduje się ich dziecko, jest dostęp do wszystkich lekarzy specjalistów. Tylko 2 osoby (6,7%) odpowiedziały negatywnie. W pytaniu tym rodzice wymienili również specjalistów, z których korzysta ich dziecko (ryc. 1).

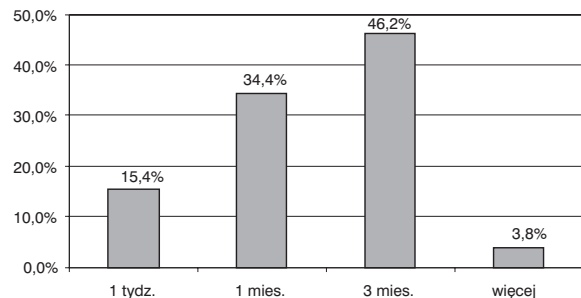
Czas oczekiwania na wizytę specjalistyczną wahał się od 1 tygodnia do 3 miesięcy i powyżej. Największy odsetek rodzin (42,6%) uzyskał konieczną poradę specjalistyczną po 3 miesiącach od wypisu ze szpitala (pytanie 9) (ryc. 2).

Rehabilitację prowadzono u 14 (46,7%) dzieci, a 16 (53,3%) nie było objętych programem stymulacji rozwoju i rehabilitacji (pytanie 10). Wizyta patronażowa odbyła się tylko u 17 dzieci z 30 dzieci (56,7%) (pytanie 11) (tab. 3).

Analiza grupy 17 badanych dzieci, które były



Rycina 1. Specjalista pod opieką, którego znajduje się dziecko



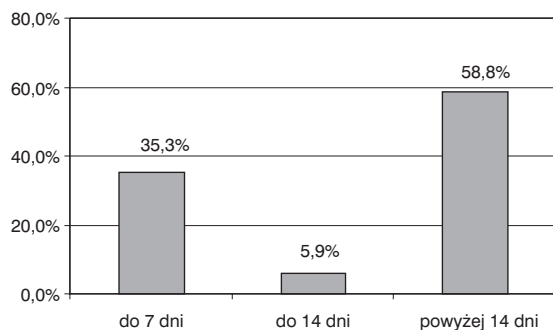
Rycina 2. Czas oczekiwania na specjalistyczną wizytę lekarską

objęte wizytą patronażową, wykazała, że u większości wizyta ta odbyła się po 14 dniach od powrotu dziecka do domu (ryc. 3).

W odpowiedzi na pytanie dwunaste: „Czy wizyta patronażowa była Państwu pomocna?” 35,3% badanych wyraziło zadowolenie. Na pytanie trzynaste 23 (76,7%) rodziców odpowiedziało, iż po wyjściu dziecka ze szpitala wiedzieli, co robić i gdzie się udać. Siedem rodzin (23,3%) odpowiedziało przeciwnie. Konieczność powołania koordynatora, który zajmowałby się sprawami organizacyjnymi związanymi z kompleksowym leczeniem dziecka, widziało 18 rodzin (60%), a 12 (40%) badanych rodzin uznało powołanie takiego koordynatora za niepotrzebne. Ci rodzice, którzy wskazywali na konieczność powołania

Tabela 3. Wizyta patronażowa

Wizyta patronażowa	Liczba (n)	Odsetek (%)
Nie odbyła się	13	43,3%
Odbyła się	17	56,7%



Rycina 3. Czas oczekiwania na wizytę patronażową

koordynatora, dodatkowo uzasadniali swoją opinię następującymi słowami: „Byłoby łatwiej rodzicom, którzy są bezradni i nie wiedzą, gdzie się mają udać”, albo: „Może zdezorientowani rodzice nie musieliby tak często, niekiedy bezskutecznie, dzwonić po różnych instytucjach (...)”.

Dwadzieścia dwie rodziny (73,3%) były zadowolone z opieki lekarskiej nad ich dzieckiem, ale 8 (26,7%) badanych rodzin wyraziło negatywne odczucia (pytanie 15).

Dyskusja

Dziecko urodzone z masą ciała ≤ 1000 g powinno przez wiele lat stanowić podmiot zainteresowania rodziny, lekarzy rodzinnych i specjalistów wielu dziedzin medycyny. Jego przeżycie i często kilkumiesięczna hospitalizacja w ośrodku neonatologicznym jest często pierwszym etapem licznych ponownych pobytów szpitalnych i długotrwałej domowej opieki lekarskiej. Nadesłane odpowiedzi, stanowiące przedmiot naszej analizy, zawierały wiele istotnych informacji dotyczących rzeczywistego stanu tej opieki nad dzieckiem oraz jego rodziną, ujawniły jej mankamenty, potrzeby i oczekiwania rodziców, a także stan ich wiedzy o możliwościach korzystania z różnych form pomocy. Z badania wynika, iż proces opieki nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym jest wielodyscyplinarny (średnio dziecko jest pod opieką 5 specjalistów), lecz jednocześnie chaotyczny i nieskoordynowany.

Wielu specjalistów, jak np. Vasta czy Kmita [5, 6], a także inni wskazują na społeczno-rodzinny problem, jakim jest wcześniactwo. Podkreślają oni fakt, iż dla prawidłowego rozwoju psychiki dziecka niezwykle istotna jest jakość wczesnych interakcji z matką. Za szczególnie ważną uznają dostępność fizyczną i psychiczną matki – „Relacje rodzinne mają także ogromny wpływ na rozwój społeczny dziecka”. Relacje te nabierają szczególnego znaczenia w sytuacji dziecka urodzonego przedwcześnie, zagrożonego zaburzeniami przyszłego rozwoju psychoruchowego.

Chociaż dzieci stosunkowo wcześnie zaczynają mieć kontakty społeczne z dalszą rodziną, przyjaciółmi, nauczycielami i in., to jednak społeczny świat małych dzieci w kulturze zachodniej składa się przeważnie z kilku znaczących jednostek, takich jak: matka, ojciec i rodzeństwo. Te początkowe relacje, mimo ich niewielkiej liczby, zdają się mieć większy i bardziej trwały wpływ na rozwój społeczny dziecka i na jego osobowość, a nawet na rozwój poznawczy, niż liczne relacje, które rozwijają się później” [5–8]. Rodzice w opiece nad dzieckiem z tzw. grupy ryzyka muszą znajdować oparcie w lekarzu rodzinnym, który powinien być koordynatorem wielospecjalistycznej opieki nad dzieckiem. Od lekarza rodzinnego i pielęgniarki czy położnej, wchodzących w skład zespołu lekarza rodzinnego, wymaga się kontrolnej wizyty w domu dziecka przedwcześnie urodzonego bezpośrednio po wypisie ze szpitala. Poza aspektem kliniczno-medycznym taka wizyta ma na celu ocenę środowiska, w jakie trafia dziecko wymagające specjalnej troski [9, 10, 12–14]. Nasze badania wykazały, że wizyta patronażowa nie odbyła się aż u ponad 43% analizowanych rodzin, a u około 60% odbyła się po 14. dniu pobytu w domu. Brak jest niestety rekomendacji towarzystw naukowych czy zarządzeń ministerialnych dotyczących czasu, w jakim pielęgniarka środowiskowa czy lekarz rodzinny powinien odwiedzić wcześniaka i jego rodzinę. Dla neonatologów jest oczywiste, że najkorzystniej dla dziecka byłoby, aby taka wizyta odbyła się po pierwszym dniu pobytu w domu. Niestety, dla wielu rodziców wizyta patronażowa jest w zasadzie bezużyteczna. Respondenci twierdzą bowiem, że pediatrzy z przychodni rejonowych nie byli w stanie udzielić ich dziecku fachowej pomocy. Fakt ten wynikał zapewne nie ze złej woli lekarzy, lecz z niewystarczającej wiedzy w tej wyspecjalizowanej dziedzinie. Odpowiedź na to pytanie rodzice uzasadniali następująco: „Wizyta patronażowa była nieprzydatna, ponieważ pani doktor (...) pierwszy raz spotkała się z dzieckiem z tak małą masą urodzeniową” lub: „nie uzyskaliśmy wskazówek co do dalszej rehabilitacji ruchowej dziecka – mieliśmy sami ocenić napięcie mięśniowe dziecka i zdecydować, czy jest potrzebna rehabilitacja”.

Inny poważny problem to zbyt długi czas oczekiwania na konsultacje u specjalistów. Opieka nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie powinna przebiegać co najmniej dwutorowo. Lekarz rodzinny powinien sprawować bieżącą opiekę medyczną i sterować koniecznymi wizytami u lekarzy takich specjalności, jak: okulista, audiolog, neurolog, ortopeda itp. Jak jednak wynika z badania, czas oczekiwania na wizyty specjalistyczne wynosi średnio od 1 do 3 miesięcy, a więc jest stanowczo za długi. Specjaliści przy-

mują w różnych, często bardzo oddalonych miejscach, nie kontaktują się ze sobą w celu wymiany informacji o stanie zdrowia i aktualnej sytuacji dziecka. Nasuwa się więc pytanie, czy ich działania są skoordynowane. Wartość współczynnika korelacji dotycząca wizyt u specjalistów jest mniejsza niż 0,5, co oznacza, że nie ma zależności między uczęszczaniem dziecka do jednego specjalisty względem uczęszczania do innego [15]. Sytuacja taka może znacznie zakłócać prawidłowy przebieg leczenia i sprawiać, że wykorzystana zostaje tylko część możliwości, jakie daje współczesna medycyna. Wpływ takich działań polega zarówno na przedłużającej się izolacji dziecka od matki w najwcześniejszym okresie jego życia, jak i na izolowaniu dziecka od rówieśników w okresie późniejszym. W jednej z ankiet, jeden z rodziców umieścił komentarz: „Pediatrzy w przychodniach są przeważnie wystraszeni”. Odzwierciedla to rzeczywisty stan opieki nad tzw. dzieckiem wysokiego ryzyka w poradniach lekarza rodzinnego i pediatry. Dowodzi to przede wszystkim niedostatecznej wiedzy lekarzy w poradniach lekarza rodzinnego i zmusza rodziców dzieci do częstych wizyt w izbach przyjęć szpitali pediatrycznych lub neonatologicznych.

Ze względu na duże ryzyko wystąpienia zaburzeń psychoruchowych w systemie kompleksowej opieki nad wcześniakiem szczególnie ważną wydaje się rola psychologów i fizjoterapeutów, których zadaniem jest wczesne, systematyczne i wieloprofilowe usprawnianie psychoruchowe dziecka. Jak wielokrotnie podkreślono, dzieci urodzone przedwcześnie, a szczególnie te z ekstremalnie małą lub bardzo małą urodzeniową masą ciała, są grupą ryzyka występowania dysharmonii i deficytów w zakresie różnych funkcji poznawczych i motorycznych oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Wskazuje to na konieczność wczesnego rozpoznania trudności rozwojowych i równie wczesnego włączenia działań profilaktycznych oraz terapeutycznych [16–20]. Powodzenie wspomnianych działań w znacznym stopniu zależy od dobrej współpracy między rodzicami a zespołem terapeutycznym sprawującym opiekę nad dzieckiem. Z analizy otrzymanych odpowiedzi wynikało, iż jedynie 26,7% rodziców miało potrzebę uzyskania pomocy i wsparcia psychologa. Nasuwa się zatem pytanie, czy rodzice są rzeczywiście w tak dobrej kondycji psychicznej, czy też – co wydaje się bardziej prawdopodobne – nie zdają sobie sprawy ze skutków przeżytej traumy oraz z jej wpływu na relacje z dzieckiem, a tym samym na jego rozwój. W jednej z ankiet czytamy: „Trzy miesiące niepewności, czy dziecko przeżyje, a później czy będzie zdrowe, czy będzie chodzić”. Wzajemne powiązania między procesami radzenia sobie rodziców z traumą przedwczesnych naro-

dzin a wybranymi aspektami rozwoju dziecka to, zdaniem specjalistów, szczególnie ważne w przypadku dzieci z grupy ryzyka zaburzeń rozwoju. Zdolność środowiska bowiem, a szczególnie rodziców w zrozumieniu potrzeb dziecka i wspieraniu jego rozwoju w sposób najbardziej odpowiadający jego indywidualnym potrzebom, znacznie zwiększa szansę na wczesną kompensację tych zaburzeń [5]. To samo dotyczy grup wsparcia. Ta forma pomocy, sprawdzająca się w wielu krajach na świecie, nie jest jeszcze w Polsce dostatecznie znana i nie docenia się korzyści, jakie przynosi ona w różnych życiowych sytuacjach.

W przebadanej grupie nikt nie korzystał także z opieki ośrodków wczesnej interwencji, co świadczyć może o niedostatecznym informowaniu rodziców o takiej możliwości albo o niedocenianiu tej formy pomocy przez rodziców.

W przypadku przedwczesnych narodzin istotne są nie tylko pierwsze tygodnie życia dziecka, kiedy przebywa ono w szpitalu – „Dalsza opieka nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie to niezwykle ważne zagadnienie medyczno-organizacyjne, od którego w znacznym stopniu zależy jego przyszły stan zdrowia, a niekiedy i rozwój” [6] – „Paradoksem jest to, że pomoc dla wcześniaków i ich rodzin ma w Polsce głównie wymiar medyczny. Rzadkością jest psycholog współpracujący z oddziałem neonatologicznym czy z oddziałem intensywnej terapii noworodkowej. Również po wypisie ze szpitala w większości ośrodków rodzicom nie proponuje się standardowo kontroli psychologicznych rozwoju dziecka czy innych form psychologicznego wsparcia rodziny [7, 16, 17]. Po przeanalizowaniu badania, nasuwa się pytanie o jakość opieki, jaką oferujemy dziecku przedwcześnie urodzonemu oraz jego rodzicom.

Coraz bardziej oczywisty staje się fakt, iż dziecko przedwcześnie urodzone po wyjściu ze szpitala wymaga wieloprofilowej opieki, której celem jest wszechstronne zapobieganie skutkom wcześniactwa. Jaka jest więc droga do osiągnięcia najlepszych wyników w leczeniu i rehabilitacji dziecka, a tym samym zapobiegnięcie nadmiernym skutkom wcześniactwa?

Oprócz wczesnej diagnozy ewentualnych zaburzeń kwestią niezwykle ważną jest efektywność opieki nad wcześniakami. Podstawowe warunki gwarantujące tę efektywność to zespołowa opieka nad dzieckiem i dobra współpraca zespołu specjalistów z rodzicami dziecka. Tworzą go m.in. pediatra, neurolog, psycholog, fizjoterapeuta i logopeda [18–24]. Wyniki naszych badań wykazały, że znaczny odsetek dzieci znajduje się pod opieką pediatry i neurologa. Jednak już pod opieką psychologa znajduje się jedynie 19,4% dzieci, a logopedy – 9,7%. Z opieki rehabilitanta

korzysta 38,7% dzieci. Dodatkowo, o czym już wspomniano, analiza współczynnika korelacji wykazała, iż nie ma zależności między uczęszczaniem do jednego lekarza a uczęszczaniem do innego. Powyższe dane wskazują na istnienie błędu, którego efektem jest brak skoordynowania działań i działanie niepełne, polegające na objęciu dziecka opieką tylko niektórych specjalistów (głównie pediatry i neurologa). Błąd ten skutkuje być może niewystarczającym działaniem leczniczym w stosunku do dziecka, co może obniżyć przyszłą jakość jego życia. Jednak badanie to wykazało, oprócz pewnych niedoskonałości służby zdrowia, również jej dobre strony – co jest również ważne. W Polsce istnieje sprawnie działający system przychodni rejonowych. Wyniki badań własnych pokazują, że 83,3% dzieci przedwcześnie urodzonych pozostaje pod stałą opieką pediatry/lekarza rodzinnego. Takie rozwiązanie wydaje się oczywiste, gdyż najwygodniej jest korzystać z porad lekarza w swoim miejscu zamieszkania, co eliminuje uciążliwe dojazdy i pozwala oszczędzać czas. Oznacza to jednak, że na tych właśnie lekarzach spoczywa bardzo duża odpowiedzialność. Wydaje się, że to oni właśnie powinni sprawować pieczę nad całym procesem leczenia i rehabilitacji wcześniaka, być koordynatorem wszelkich podejmowanych działań. Za powołaniem takiego koordynatora opowiedziało się 60% badanych, uzasadniając: „Byłoby łatwiej rodzicom, którzy momentami naprawdę nie wiedzą, gdzie się mają udać...”, czy też: „Może zdezorientowany rodzic nie musiałby tyle dzwonić po różnych instytucjach”. Problem wcześniactwa dotyczy w naszym kraju około 6,2% urodzeń. W 2008 roku według Głównego Urzędu Statystycznego ogółem urodziło się 1501 dzieci z masą urodzeniową poniżej 1000 g. To właśnie ta grupa ze względu na stan po urodzeniu oraz nieprawidłowy przebieg okresu noworodkowego wymaga szczególnej opieki i obserwacji. Ze względu na taką liczbę dzieci nie wydaje się konieczne przeszkolenie wszystkich lekarzy zajmujących się dziećmi w danej placówce. Wydaje się, iż dobrym rozwiązaniem mogłoby być przeszkolenie tylko części pediatrów, którzy pod swoją opieką mieliby dany rejon miasta czy gminy (zależnie od liczby mieszkańców). Pediatrzy tacy zostaliby przeszkoleni przez specjalistów z kilku dziedzin (m.in. neonatologów, neurologów, rehabilitantów), na co dzień pracujących z dziećmi przedwcześnie urodzonymi, w przeprowadzaniu podstawowych badań. Przeniesienie części obo-

wiązków na lekarzy rodzinnych spowoduje, iż rodzice uzyskają dostęp do kwalifikowanej pomocy medycznej w miejscu swojego zamieszkania. Dodatkowo za takim rozwiązaniem przemawia to, iż nie wszystkie dzieci urodzone przedwcześnie potrzebują wysokospecjalistycznej opieki w późniejszym rozwoju.

Wzorcem takiego rozwiązania mogłoby być „System Nauczania Kierowanego” [5] – spójny i uporządkowany zespół elementów obejmujących:

- dzieci,
- wszystkich członków zespołu terapeutycznego i rodziców,
- treści nauczania i rehabilitacji,
- przyjazne środowisko rehabilitacyjne, tzn. dostępne, bez barier (fizycznych, psychologicznych, prawnych itd.), oferujący alternatywy rozwoju, które oddziałując na siebie wzajemnie, mają za zadanie realizację założonych celów i zadań.

Jednym z elementów tego systemu powinna być Poradnia Wczesnej Oceny Rozwoju Dziecka. Celem takiej poradni byłyby m.in. konsultacje dla rodziców dzieci z nieprawidłowym rozwojem oraz rozwianie wątpliwości rodziców dzieci, których rozwój przebiega prawidłowo. Przede wszystkim jednak celem powinna być kompleksowa ocena dziecka przez różnych specjalistów, m.in. neonatologów, neurologów, logopedów.

Wnioski

1. Istnieje pilna potrzeba opracowania systemu szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie opieki nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym z ekstremalnie małą masą ciała.
2. W Polsce konieczna jest lepsza organizacja i opieka nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie wypisywanymi z oddziałów intensywnej opieki neonatologicznej oraz pomoc, przede wszystkim w zakresie dostępu do informacji dla rodziców.
3. Konieczny jest system kompleksowej opieki nad wcześniakami, ze szczególnym uwzględnieniem wczesnych wizyt patronażowych.
4. Niezbędne jest powołanie koordynatora (pediatry, neonatologa, lekarza rodzinnego) sprawującego nadzór nad wszystkimi działaniami wykonywanymi przez specjalistów zaangażowanych w proces leczenia i rehabilitacji dziecka.

Piśmiennictwo

1. Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics* 2008; 122: 1119–1126.
2. NICU Discharge of High-Risk Infants: Care doesn't end here... *J Watch Pediatrics Adolescent Med* 2009; 28(128): 2.

3. Cargill Y, Martel MJ. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Postpartum maternal and newborn discharge. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29: 357–359.
4. Braveman P, Egerter S, Pearl M et al. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: A critical review of the literature. *Pediatrics* 1995; 96: 716–726.
5. Vasta R, Haith MM, Miller SA. *Psychologia dziecka*. Warszawa: WSiP; 2004: 172–174.
6. Kmita G. *Trauma przedwczesnych narodzin: procesy radzenia sobie rodziców a rozwój dziecka*. Warszawa 2002.
7. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1–10.
8. Sullivan RM. Developing a sense of safety: The neurobiology of neonatal attachment. *Ann NY Acad Sci* 2003; 1008: 123–131.
9. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. *BMJ* 2009; 14: 338–342.
10. Stern NB. Management of clinical problems and emotional care: Early Emotional Care for Mothers and Infants. *Pediatrics* 1998; 102: 1278–1281.
11. Waters E, Cromwell J, Elliott M et al. Bowlby's secure theory and the social/personality psychology of attachment styles: works in progress. *Attach Hum Dev* 2002; 4: 230–242.
12. Bachmeier K. Individualized planning is crucial in care of high-risk neonates facing hospital. *AAP News* 2008; 29: 22.
13. Waldenström U. Early discharge with domiciliary visits and hospital care: Parents's experiences of two modes of post-partum care. *Scand J Caring Sci* 1987; 1: 51–58.
14. McCall Jones P. Patient satisfaction with home care after early postpartum hospital discharge. *Home Care Provider* References and further reading may be available for this article. To view references and further reading you must purchase this article. 1997; 2: 235–241.
15. Cohen D, Guirguis-Blake J, Jack B et al. Family physicians are an important source of newborn care: The case of the state of maine. *Am Family Phys* 2003; 68(4): 593.
16. Rutkowska M. *Ocena rozwoju dzieci urodzonych przedwcześnie. Dwuletnie prospektywne badanie kohortowe*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 2003.
17. Moore J, Brindle A, Goraya P et al. A personal child health for children with a disability. *Ambulatory Child Health* 2000; 6: 261–267.
18. Helwich E. *Wcześnieśnik*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002: 10–15.
19. Ligenza I, Chlebna-Sokół D, Olszowiec M. Rozwój somatyczny i stan zdrowia dzieci w wieku 4–7 lat urodzonych przedwcześnie. *Prz Pediatr* 2005; 35(2): 66–70.
20. Kornacka M.K. *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003: 15–30.
21. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M. Neurologic and developmental disability at six year of age after extremely preterm birth. *N Engl J Med* 2005; 352: 9–19.
22. Wood NS, Marlow N, Costel K. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *N Engl J Med* 2000; 343: 378–384.
23. Baldelli M, Boiardi R, Ferari P. The results for the psychomotor rehabilitation programs during stay in the subacute care nursing home. *Arch Gerontol Geriatrics* 2004; 38: 33–37.
24. Harrison H. The principles for family – Centered Neonatal Care. *Pediatrics* 1993; 92: 643–650.
25. Król M. *System Nauczania Kierowanego. Zintegrowanie działań rehabilitacyjno-edukacyjno-społecznych wobec dzieci z wczesnym uszkodzeniem mózgu i ich rodzin*. Zamość: Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym w Zamościu; 2004.

Adres do korespondencji:

Mgr Agnieszka Górska

Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Karowa 2

00-315 Warszawa

Tel. (022) 59-66-155

E-mail: agagorska@o2.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.08.2009 r.

Po recenzji: 15.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

ANKIETA

1. Czy sposób, w jaki byli Państwo informowani o stanie dziecka, był Państwa zdaniem właściwy?
 - A. Tak
 - B. Nie – dlaczego?
2. Czy w czasie, kiedy dziecko przebywało w szpitalu, czuli Państwo konieczność skorzystania z pomocy psychologa?
 - A. Tak – dlaczego?
 - B. Nie
3. Czy w czasie, kiedy dziecko przebywało w szpitalu, czuli Państwo potrzebę skorzystania z grupy wsparcia?
 - A. Tak – dlaczego?
 - B. Nie
4. Czy informacje, jakie uzyskali Państwo na temat dalszego leczenia, rehabilitacji dziecka przy wypisywaniu ze szpitala były:
 - A. Wystarczające
 - B. Niewystarczające – dlaczego?
5. Czy dziecko jest obecnie pod opieką?
 - A. Ambulatorium Neonatologicznego Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej
 - B. Pediatrii w przychodni rejonowej
 - C. Ośrodka Wczesnej Interwencji na ul. Pilickiej
 - D. Stowarzyszenia „Tęcza”
 - E. Inne. Proszę wymienić wszystkie placówki.
6. Czy zostali Państwo skierowani do tych ośrodków przez Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej?
 - A. Tak
 - B. Nie
7. Jak dowiedzieli się Państwo o tych ośrodkach?
 - A. Skierowanie ze Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej?
 - B. Sami szukaliśmy
 - C. Inne – proszę powiedzieć jak?
8. Czy w ośrodkach, pod którego opieką znajduje dziecko, jest dostęp do wszystkich potrzebnych dziecku specjalistów?
 - A. Tak – jakich?
 - B. Nie – jakich brak?
9. Jak długi jest czas oczekiwania na wizytę u specjalisty?
 - A. Około tygodnia
 - B. Około miesiąca
 - C. Około 3 miesięcy
 - D. Dłuższy
10. Czy dziecko jest obecnie poddawane rehabilitacji?
 - A. Tak – gdzie?
 - B. Nie
11. W jakim okresie po wypisaniu dziecka ze szpitala odbyła się wizyta patronażowa?
12. Czy wizyta patronażowa była Państwu pomocna?
 - A. Tak – dlaczego?
 - B. Nie – dlaczego?
13. Czy po wyjściu dziecka ze szpitala wiedzieli Państwo „co dalej robić?”. „Gdzie się udać?”
 - A. Tak
 - B. Nie
14. Czy zasadne według Państwa byłoby powołanie koordynatora, który zajmowałby się sprawami organizacyjnymi związanymi z leczeniem dziecka?
 - A. Tak – dlaczego?
 - B. Nie – dlaczego?
15. Czy są Państwo zadowoleni z opieki nad dzieckiem?
 - A. Tak – dlaczego?
 - B. Nie – dlaczego?

UWAGI

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Zmiana wydolności tlenowej dziewcząt w wieku wczesnoszkolnym trenujących gimnastykę artystyczną

Change in the oxygen efficiency in younger school-age girls training rhythmic gymnastics

MAŁGORZATA KAŁWA^{A-F}, JULIUSZ MIGASIEWICZ^{D, G}Katedra Dydaktyki Sportu Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Juliusz Migasiewicz**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** W półtoraminutowym układzie gimnastycznym występuje wiele indywidualnych technik dynamicznych i statycznych oraz ich kombinacji o różnym stopniu trudności, gdzie zawodniczka dodatkowo posługuje się przyborami. Aby wziąć udział w zawodach, dziewczęta muszą wykazać się doskonałym przygotowaniem kondycyjnym, koordynacyjnym, a także zręcznościowym. Metodyka treningu na tym etapie jest zgodna z naturalnym tempem działań dzieci w młodszym wieku szkolnym, w którym dominują wielokrotnie powtarzane wysiłki intensywne krótkotrwałe.

Cel pracy. Ocena wielkości i kierunku zmian wybranych parametrów fizjologicznych odpowiedzialnych za ocenę wydolności tlenowej dziewcząt w wieku 7–13 lat dokonujących się pod wpływem treningu gimnastyki artystycznej. Biorąc pod uwagę specyfikę reakcji fizjologicznych dzieci na takie obciążenia, można przypuszczać, że trening ten będzie pogłębiał wydolność tlenową ponad stan uwarunkowany rozwojem biologicznym.

Materiał i metody. W badaniach wzięły udział wszystkie zawodniczki gimnastyki artystycznej z Wrocławia ($n = 23$) oraz adekwatna grupa kontrolna dziewcząt z wrocławskiej szkoły podstawowej. Oceny zmiany wydolności tlenowej dokonano w obserwacji rocznej za pomocą testu progresywnego, w którym wzięto pod uwagę: maksymalną wentylację minutową VE_{max} [l/min], maksymalny pobór tlenu VO_{2max} [ml/kg] i [l/min] oraz maksymalne wydalenie dwutlenku węgla VCO_{2max} [l/min], a także maksymalną wartość częstości skurczów serca HR_{max} [n/min] i współczynnika oddechowego RQ wraz z czasem jego uzyskania. Dokonano także oceny wytrzymałości w próbie biegu na 600 metrów.

Wyniki i wnioski. Z przeprowadzonych badań wynika, że mechanizm wymiany gazowej wydaje się sprawniejszy w grupach dziewcząt trenujących. Dynamika zmian jest bardziej widoczna w młodszym wieku szkolnym, jednak nie wpływa na poziom wydolności tlenowej w późniejszym okresie rozwoju.

Słowa kluczowe: wydolność tlenowa, gimnastyka artystyczna.

Summary **Background.** Several different dynamic and static techniques and their combinations of varying difficulty, including additional equipment use, are observed during the one-and-a-half-minute acrobatic show. To take part in competition girls have to demonstrate their excellent endurance and agility training background. The training methodology on this stage is in line with natural pace of younger school-age children' activities, in case of which frequently repeated, intense, short-term activities dominate.

Objectives. The aim of the study was to evaluate the range and direction of changes – caused by the rhythmic gymnastics training – in chosen physiological parameters related to the oxygen efficiency in 7 to 13-year-old girls. Taking into account the uniqueness of children' physical reactions to above loads, one can assume that the training would increase the oxygen efficiency above the level characteristic for the biological development stage.

Material and methods. All girl gymnasts from Wrocław ($n = 23$) and adequate control group of girls from a primary school from Wrocław took part in the study. The evaluation of the oxygen effectiveness change was carried out during one-year period on the basis of the progressive test, when the minute breathing VE_{max} [l/min], oxygen consumption VO_{2max} [ml/kg] and [l/min], maximum carbon-dioxide expelling VCO_{2max} [l/min], maximum heart rate HR_{max} [n/min] and maximum respiratory coefficient RQ with the time of RQ increase were determined. Also an endurance test was carried out in a 600-meter run.

Results and conclusions. Carried out tests showed that gas-exchange mechanisms seemed more effective in the trained girls. The dynamics of changes was more significant in case of younger school-age children, but it did not influence the oxygen efficiency level on next developmental phases.

Key words: oxygen efficiency, rhythmic gymnastics.

Wstęp

Gimnastyka artystyczna jest dyscypliną asymetryczną, acykliczną, w której z punktu widzenia fizjologii pracy dominują wysiłki o charakterze beztlenowym. Wiodącym elementem treningu jest wielokrotne powtarzanie czynności wymagającej maksymalnej mocy. Dlatego w ocenie adaptacji wysiłkowej gimnastyczek artystycznych należy uwzględnić obciążenia treningowe, które metodycznie można zakwalifikować do IV i III strefy przemian energetycznych. Obciążenia te będą zróżnicowane pod względem rodzaju i proporcji środków treningowych w zależności od okresu przygotowań. Charakter pracy gimnastyczki na treningu jest zgodny z naturalnym tempem działań dzieci w młodszym wieku szkolnym. Działania w tych strefach wysiłkowych są zarazem najmniej poznane u dzieci przed okresem pokwitania. Istnieją dane tłumaczące odmienność wykorzystywanych źródeł energii w wysiłkach intensywnych krótkotrwałych przez dzieci, nie jest jednak do końca poznany mechanizm tego procesu [1, 2].

Cel pracy

Celem pracy była analiza zmian wybranych parametrów fizjologicznych określających poziom wydolności tlenowej dziewcząt w wieku 7–13 lat trenujących gimnastykę artystyczną. Założono, że kierunek i wielkość zmian tych parametrów jest podobny, porównując grupę gimnastyczek i grupę kontrolną, o tendencjach progresywnych, a dynamika występujących zmian zależy od wieku zawodniczek.

Materiał i metody

W badaniach wzięły udział wszystkie zawodniczki gimnastyki artystycznej z Wrocławia, przed okresem dojrzałości płciowej (stwierdzonym w wywiadzie) ($n = 23$), które regularnie startują w zawodach oraz adekwatna grupa kontrolna dzieci z wrocławskiej szkoły podstawowej. Analizę porównawczą oraz statystyczną przeprowadzono według podziału na grupy wieku ze względu na wiek kalendarzowy, tj. grupa eksperymentalna w wieku 7–9 lat, grupa eksperymentalna w wieku 10–13 lat oraz zbliżone dwie grupy kontrolne. Wszystkie dziewczęta zostały poddane badaniom w tym samym czasie. Okres obserwacji obejmował 12 miesięcy. Oceny fizjologicznych parametrów zdolności do wysiłku o charakterze tlenowym przeprowadzono na początku i końcu okresu badawczego. Posłużono się testem progresywnym na bieżni elektrycznej,

gdzie prędkość przesuwu taśmy zmieniała się co 3 minuty o 2 km/h z prędkością początkową 4 km/h. Do testu dziewczęta przystępowały bez rozgrzewki. W czasie testu rejestrowano wybrane parametry od fazy początkowej (trwającej 2 minuty), po której dziewczęta wykonywały maksymalną próbę wysiłkową. Rejestracja funkcji wentylacyjnych oraz częstości skurczów serca trwała do 5 minut po zakończeniu wysiłku. Analizy zmian zdolności wysiłkowej dokonano z powietrza wydychanego metodą on-line na podstawie następujących parametrów: maksymalna wentylacja minutowa VE_{max} [l/min], maksymalny pobór tlenu VO_{2max} [ml/kg] i [l/min] oraz wydalanie dwutlenku węgla VCO_{2max} [l/min]. Oceniano także stosunek wydychanego CO_2 i pobieranego O_2 (RQ). Dodatkowo rejestrowano maksymalną częstość skurczów serca HR_{max} [n/min] metodą elektrokardiograficzną z doprowadzeń przedsercowych. Badanie składu mieszanki oddechowej zostało przeprowadzone za pomocą aparatu Jeager Ergo-Oxyscreen. W analizie wyników testu wzięto pod uwagę czas próby [min], poziom obciążenia utrzymany przez 3 min w teście [km/h] oraz czas osiągnięcia i utrzymania $RQ \geq 1$. Badania wykonano w pracowni badań wysiłkowych Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu (certyfikat ISO 9001:2001) za zgodą Komisji Etyki Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Ponadto dokonano pomiaru czasu w biegu na 600 metrów (próba wytrzymałości z Międzynarodowego Testu Sprawności Fizycznej) [3]. Po wstępnej analizie statystycznej za pomocą testu Shapiro-Wilka i oceny rozkładu danych dokonano pełnej analizy wszystkich parametrów, wykorzystując do oceny istotności różnic testy nieparametryczne odpowiednio dla zmiennych powiązanych (test Wilcoxon) i niepowiązanych (test U Manna-Whitneya) według podziału na grupy młodsze i starsze. Analizę przeprowadzono za pomocą programu Statistica 7.1.

Wyniki badań

Wyniki badań wskazują na poprawę wydolności tlenowej we wszystkich grupach. Jednak analizując wyniki badań testu progresywnego, można dodatkowo stwierdzić, że na wielkość i kierunek tych zmian ma wpływ trening gimnastyki artystycznej. Obserwacja ta dotyczy szczególnie dziewcząt młodszych. W badanym okresie stwierdzono zmiany prawie we wszystkich analizowanych wskaźnikach wydolności tlenowej. Wyjątek stanowi jedynie maksymalna częstość skurczów serca (HR_{max}). Biorąc pod uwagę zmiany obciążenia o 2 km/h w każdej 3. minucie wysiłku, gimnastyczki młodsze po rocznym okresie obserwacji poprawiły czas próby o 1'30" ($p <$

Tabela 1. Liczba dziewcząt, które utrzymały pracę przez 3 minuty przy określonych prędkościach. Podkreślono liczbę dziewcząt, które przy odpowiednich obciążeniach kontynuowały pracę w stanie zadłużenia tlenowego ($RQ > 1$)

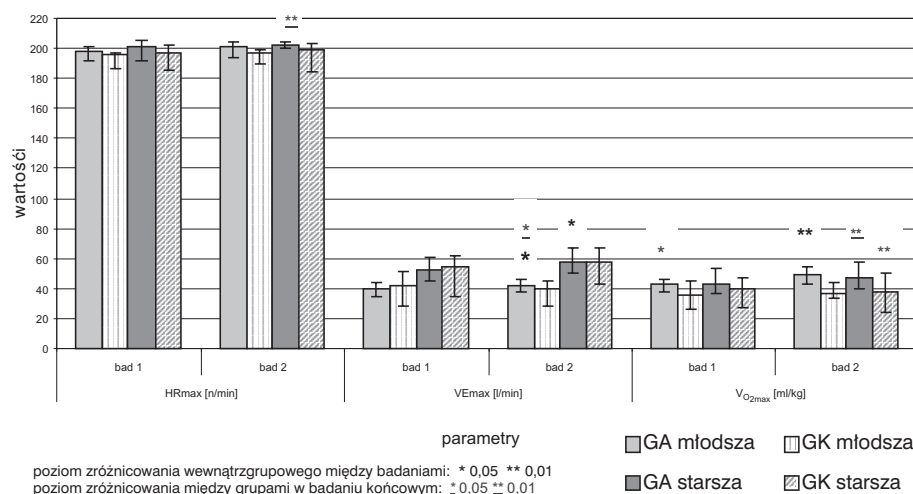
Grupa	Badanie początkowe		Badanie końcowe	
	obciążenie – N/ $N_{RQ > 1}$	średni t $RQ > 1$	obciążenie – N/ $N_{RQ > 1}$	średni t $RQ > 1$
Gimnastyka artystyczna 7–9 lat	8 km/h – 11/ <u>3</u> 10 km/h – 9/ <u>6</u> 12 km/h – 1/ <u>1</u>	– x 10:19:00 σ 2:27:00	8 km/h – 11/ <u>6</u> 10 km/h – 10/ <u>10</u> 12 km/h – 7/ <u>6</u>	– x 10:55:00 σ 3:06:25
Grupa kontrolna 7–9 lat	8 km/h – 12/ <u>4</u> 10 km/h – 6/ <u>2</u> 12 km/h – 1/ <u>1</u>	– x 8:59:00 σ 1:22:50	8 km/h – 12/ <u>8</u> 10 km/h – 8/ <u>2</u> 12 km/h – 3/ <u>2</u>	– x 8:49:00 σ 1:30:90
Gimnastyka artystyczna 10–13 lat	8 km/h – 12/ <u>3</u> 10 km/h – 11/ <u>8</u> 12 km/h – 5/ <u>2</u>	– x 9:47:60 σ 1:45:02	8 km/h – 12/ <u>3</u> 10 km/h – 10/ <u>4</u> 12 km/h – 8/ <u>2</u>	– x 12:57:20 σ 2:13:48
Grupa kontrolna 10–13 lat	8 km/h – 12/ <u>2</u> 10 km/h – 9/ <u>8</u> 12 km/h – 7/ <u>5</u>	– x 10:19:00 σ 2:55:40	8 km/h – 12/ <u>8</u> 10 km/h – 12/ <u>11</u> 12 km/h – 8/ <u>8</u>	– x 9:50:20 σ 2:08:90

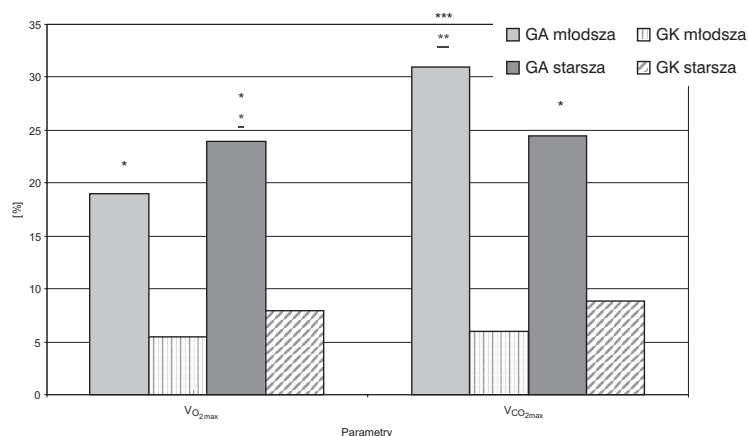
0,05). W badaniu końcowym, w większości, pracę zakończyły utrzymując przez 3' bieg z prędkością 12 km/h w porównaniu z badaniem wyjściowym ($p < 0,05$) (tab.1).

Maksymalna wentylacja minutowa (VE_{max}) poprawiła się 1,8 l/min ($p < 0,05$) (ryc. 1), natomiast maksymalny pobór tlenu po rocznym okresie treningu zwiększył się około 19% ($p < 0,0001$), przy czym maksymalne wydalanie dwutlenku węgla wzrosło około 30% ($p < 0,0001$) (ryc. 2). Takich zmian nie odnotowano w młodszej grupie kontrolnej (ryc. 1, 2). Oznacza to, że trening gimnastyczek przyczynia się na tym etapie rozwoju do kształtowania przede wszystkim wydolności tlenowej. Potwierdza to także późniejszy czas uzyskania $RQ > 1$ (VCO_2/VO_2) w drugiej próbie, który wskazuje na fakt wydłużenia pracy w warunkach dyskomfortu tlenowego prawie dwukrotnie ($p < 0,05$) (tab. 1).

Ponieważ takiej różnicy u dziewcząt z grupy kontrolnej nie stwierdzono, istnieje przypuszczenie, że na tym etapie rozwoju na skutek systematycznego powtarzania bodźców anaerobowych wzrasta zdolność do wysiłków tlenowych. Na podstawie oceny różnic międzygrupowych można stwierdzić, że zmiany pogłębiły się na poziomie także innych wskaźników. Istotnej zmianie uległ czas próby wysiłkowej, który był dłuższy w grupie eksperymentalnej młodszej o 2:30:70 ($p < 0,05$), a w związku z tym osiągnęły także istotnie wyższe obciążenie końcowe ($p < 0,05$).

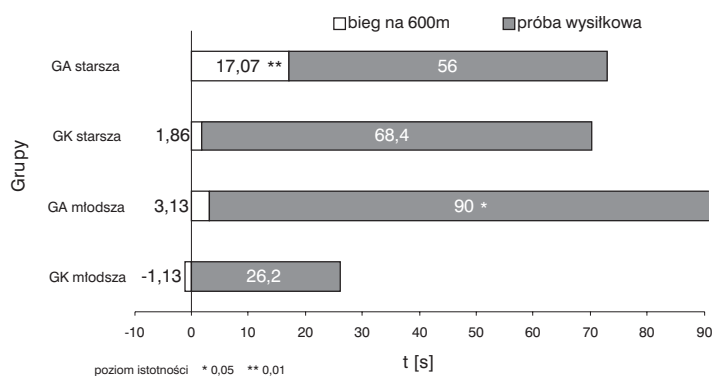
Znacznie sprawniejszy w badaniu końcowym okazał się mechanizm wymiany gazowej, zarówno w wartościach poboru tlenu ($p < 0,05$), jak również wydalanego dwutlenku węgla około 25% ($p < 0,01$). Poprawę tę potwierdza skrócenie czasu biegu w próbie motorycznej – bieg na 600 m,





poziom istotności: *0,05 **0,01 ***0,001
poziom zróżnicowania między grupami w badaniu końcowym: *0,05 **0,01

Rycina 2. Przyrost VO_{2max} i VCO_{2max} u badanych dziewcząt w okresie jednego roku (%)



poziom istotności * 0,05 ** 0,01

Rycina 3. Różnica czasów w próbach wysiłkowych (test progresywny i bieg na 600 m) stwierdzonych po badaniu końcowym we wszystkich badanych grupach. Wielkość i kierunek słupka wskazuje odpowiednio na poprawę lub pogorszenie wyniku. Na rycinie oznaczono także poziom istotności zaistniałej zmiany

która także poprawiła się u młodszych gimnastyczek w stosunku do grupy kontrolnej (ryc. 3).

W grupie dziewcząt starszych zmiany wydolności tlenowej nie były tak dynamiczne. Obie grupy, zarówno w badaniu 1, jak i 2, osiągnęły podobny czas pracy i podobne obciążenie końcowe. Analiza parametrów fizjologicznych oceny wydolności tlenowej nasuwa sugestię, że jednym ze skutków rocznego treningu gimnastyki artystycznej był wzrost maksymalnego poboru tlenu o ponad 20% ($p < 0,05$) oraz o tyle samo maksymalne wydalenie dwutlenku węgla ($p < 0,05$) (ryc. 2). Zmianie uległ także czas osiągnięcia progu przemian beztlenowych, który o 3:10:60 stwierdzono później w badaniu końcowym w odniesieniu do badania początkowego. W grupie kontrolnej między badaniem 1:2 zmianie uległ jedynie parametr RQ_{max} ($p < 0,01$). W badaniu początkowym korzystniejsze wyniki uzyskały dziewczęta nietreningujące (tab 1). Po rocznym okresie obserwacji parametry te wyrównały się i nie stwierdzono istotnych różnic w wyżej wymienionych wskaźnikach. Poprawił się jedynie parametr maksymalnego poboru tlenu w przeliczeniu na kilogram masy ciała, który był wyższy w grupie dziewcząt trenujących o ponad 24% ($p < 0,05$). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że do gimnastyki artystycznej wybierane są dziewczęta o budowie leptosomatycznej, a trening gim-

nastyki artystycznej tylko pogłębia tę cechę budowy. Badane gimnastyczki były jednostkowo i średnio lżejsze od swoich nietreningujących rówieśniczek o około 10 kg ($p < 0,0001$). Ponadto w badaniu końcowym odnotowano wyższą wartość wskaźnika RQ o 10% w grupie eksperymentalnej starszej ($p < 0,01$) w istotnie dłuższej pracy (o 3:07 min) niż w grupie kontrolnej. Czas osiągnięcia $RQ = 1$ w grupie kontrolnej w badaniu końcowym skrócił się nawet w stosunku do badania nr 1. Jednak biorąc pod uwagę czas testu progresywnego, który był w obu grupach podobny, należy zauważyć, że wysiłek w dyskomforcie tlenowym dziewcząt grupy kontrolnej trwał prawie 2 razy dłużej w badaniu końcowym, co wskazuje na rozpoczynający się rozwój biologicznych mechanizmów beztlenowych. Można przypuszczać, że trening pogłębia ten rozwój, na co wskazuje m.in. wyższa o 7 uderzeń wartość HR_{max} [n/min] w badaniu końcowym ($p < 0,01$). Ponadto u badanych dziewcząt między 10. a 13. r.ż., po rocznym okresie obserwacji, stwierdzono poprawę wyników w biegu na 600 m, jednak statystycznie wyniki tej próby nie różnicują grupy trenującej i nietreningującej. Trudno zatem wskazać udział treningu gimnastycznego na rozwój wydolności tlenowej ponad stan uwarunkowany rozwojem biologicznym.

Dyskusja

W treningu gimnastyki artystycznej dominują wysiłki o charakterze szybkościowo-siłowym przejawiające się w różnego typu ewolucjach statycznych i dynamicznych, jak np.: pozycje równoważne, skoki czy też ich kombinacje. Zasadniczym elementem oceny na zawodach jest dokładność wykonania tych ewolucji, a zatem zdolności koordynacyjne oraz zręczność posługiwania się przyborami (skakanka, wstążka, maczugi, piłka i obręcz) przy zmiennym tempie pracy. Osobnym działem treningu jest kształtowanie gibkości, która pozwala na wykonanie technik najwyższej oceny. Poza odstępstwami (np. trening gibkości), wysiłki te można zakwalifikować do IV i III strefy przemian energetycznych (przemiany beztlenowe) w zależności od celu i metody treningowej. Z uzyskanych wyników można wywnioskować, że w badanej grupie trening ten, pomimo dominacji środków treningowych metodycznie kwalifikujących się do ćwiczeń o charakterze pracy beztlenowej sprzyja kształtowaniu zdolności do wysiłku tlenowego, szczególnie u dziewcząt w wieku 7–9 lat. Tym samym potwierdzają się wnioski innych autorów [1, 4–6], którzy zgodnie wskazują, że rozwój zdolności do wysiłku o charakterze tlenowym u dzieci przed 10. rokiem życia (ponad zmiany uwarunkowane rozwojem biologicznym) może być wynikiem różnych działań motorycznych. W grupie dziewcząt starszych, przed okresem pokwitania, nie stwierdzono istotnych różnic wydolności tlenowej ponad stan poddyktowany rozwojem biologicznym. Pojawia się tu wątpliwość, czy wiek biologiczny badanych dziewcząt odpowiadał wiekowi kalendarzowemu. Przyjmując ten podział, maksymalny pobór tlenu i wydalenie dwutlenku węgla oraz wartość i czas współczynnika oddechowego wskazują, że mechanizm wymiany gazowej wydaje się być sprawniejszy w obu grupach dziewcząt uprawiających sport. Jednak w grupie dziewcząt w wieku 10–13 lat różnice były tak niewielkie, że analiza statystyczna nie uprawnia do stwierdzenia istotnych różnic składu badanej mieszanki wydychanego powietrza gimnastyczek i grupy kontrolnej. Być może obserwacja ta jest wynikiem opóźnień rozwojowych? Burdukiewicz [4] przedstawia duże dysproporcje w zakresie rozwoju wydolności tlenowej u dziewcząt po 10. roku życia. Szczególnie zwraca uwagę na istnienie związku między poprawą wydolności tlenowej z przyrostem masy tłuszczu. Z analizy wyników niniejszej pracy wynika, że istniejąca duża różnica masy ciała między badanymi starszymi gimnastyczkami a grupą kontrolną pogłębiła się w okresie roku. Potwier-

dzenie przypuszczenia o odmiennym tempie dojrzewania gimnastyczek artystycznych można znaleźć we wcześniejszych pracach autorów [7], a także w pracach Georgopoulos i wsp. [8] oraz Daly i wsp. [9], którzy oceniali m.in. dynamikę zmiany wysokości ciała gimnastyczek artystycznych i rytmicznych. Autorzy odnotowali m.in. opóźnienie wzrostu ciała na wysokość, podkreślając, że owe opóźnienie jest wynikiem „uśpienia” dojrzewania, a nie jego zahamowania. Wskazano m.in., że gimnastyczki do 3 lat później ukończyły proces wzrastania, jednak we wszystkich przypadkach „przerosły” swoich rodziców. Autorzy badań wskazują tu główną determinantę procesu wzrastania – czynnik genetyczny. Doniesienia te potwierdzają wcześniejsze doniesienia Raczką [5], który przedstawia ogromne zróżnicowanie motoryczne w grupie dzieci, szczególnie tuż przed okresem dojrzewania, a w związku z tym niemożność przewidywania dynamiki zmian rozwojowych i motorycznych. Być może podobne tymczasowe opóźnienie poprawy wydolności tlenowej dotyczy także dzieci uprawiających sporty gimnastyczne? Odpowiedź na to pytanie mogłaby być szczególnie przydatna trenerom, którzy zajmują się sportem dzieci i młodzieży na etapie wstępnym i selekcionują zawodników do konkretnych dyscyplin i konkurencji sportowych. Suchanowski [10, 11], oceniając wielkość VO_{2max} w stosunku do progu przemian anaerobowych na gimnastyczkach artystycznych (juniorkach) stwierdził, że trening spowodował wzrost wartości VO_{2max} u wszystkich zawodniczek. Jednak nie wzrosła wartość pracy maksymalnej. Oznacza to, że zawodniczki przez trening zaadaptowały się do wykorzystywania w większym stopniu metabolizmu tlenowego do produkcji energii, w tym wysiłku [6, 10]. Można zatem przypuszczać, że trening gimnastyki artystycznej sprzyja rozwojowi możliwości tlenowych, jednak ich nie warunkuje z przyczyn metodycznych. Rozwój wydolności tlenowej jest tu możliwy tylko przez objętość powtarzanych pojedynczych technik lub całego układu. Być może dlatego nie stwierdzono istotnej różnicy w próbie wytrzymałości biegowej na 600 m, która jest próbą cykliczną – sporadyczną w treningu gimnastyczek artystycznych. Dalsza obserwacja gimnastyczek, znacznie poprawiająca stan wiedzy na temat energetyki pracy i możliwości pracy trenujących dziewcząt w wieku wczesnoszkolnym, mogłaby dotyczyć pomiaru czasu restytucji rAT , określającego poziom wytrenowania lub ewentualnych stanów przeciążeń. Równoległe badania mogłyby także dotyczyć obserwacji dynamiki i kierunku zmiany wydolności tlenowej zawodniczek preselekcjonowanych, które podjęły inną pracę treningową lub całkowicie zakończyły karierę sportową.

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że trening gimnastyki artystycznej pogłębia rozwój zdolności do wysiłków tlenowych.

Proces ten jest bardziej dynamiczny w młodszym wieku szkolnym. Jednak ta wczesna dynamika nie wpływa na wielkość zmian wydolności tlenowej trenujących gimnastyczek w późniejszym okresie rozwoju.

Piśmiennictwo

1. Cempla J. *Dynamika rozwojowych zmian wydolności aerobowej, maksymalnej mocy anaerobowej oraz wybranych reakcji fizjologicznych podczas wysiłków o różnej intensywności u dziewcząt i chłopców w wieku 8 do 15 lat*. Kraków: AWF; 1990.
2. Nazar K, Kaciuba-Uściśło H. *Fizjologiczne podstawy wydolności i sprawności fizycznej dzieci i młodzieży*. Interdyscyplinarna Krajowa Konferencja – Aktualne problemy sportu dzieci. Materiały Naukowe, Warszawa: AWF; 1995: 17–27.
3. Pilicz R, Przewęda R, Trzeźniowski R. *Skale punktowe do oceny sprawności fizycznej polskiej młodzieży*. Międzynarodowy Test Sprawności Fizycznej. Studia i Monografie. Warszawa: AWF; 1993.
4. Burdukiewicz A. *Rozwój biologiczny dzieci i młodzieży wrocławskiej w wieku 7–14 lat*. Studia i Monografie 74, Wrocław: AWF; 2005: 19–39.
5. Raczek J. Rozwój – podstawowy cel i wyznacznik szkolenia sportowego dzieci i młodzieży (wybrane aspekty). *Sport Wyczynowy* 2001; 9–10: 39–61.
6. Zatoń M. *Przebieg procesów adaptacyjnych i współczesny trening dzieci i młodzieży*. Fizjologiczne podstawy wydolności i sprawności fizycznej dzieci i młodzieży. Interdyscyplinarna Krajowa Konferencja – Aktualne problemy sportu dzieci. Materiały Naukowe, Warszawa: AWF; 1995: 91–96.
7. Kałwa M, Sobera M. Zmiana zdolności do wysiłków beztlenowych dziewcząt w wieku szkolnym trenujących gimnastykę artystyczną. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sect D Med* 2007; 62, Supl. 18 (3): 247–251.
8. Georgopoulos NA, et al. Growth retardation in artistic compared with rhythmic elite female gymnasts. *J Clin Endocrin Metab* 2002; 87(7): 3169–3173.
9. Daly RM, et al. Growth of highly versus moderately trained competitive female artistic gymnasts. *Med Sci Sport Exerc* 2005 Jun; 37(6): 1053–1060.
10. Suchanowski A. Powysiłkowy czas osiągnięcia rAT i przydatność monitorowania powysiłkowej wymiany gazowej w celu określenia specyfiki wytrenowania. *Med Sport* 2000; 16(104): 17–20.
11. Suchanowski A, i wsp. Zmiany wartości VO_{2max} , AT i rAT (reversed AT) u młodych zawodniczek gimnastyki artystycznej wywołane 12-tygodniowym treningiem. *Med Sport* 2000; 7(108): 19–22.

Adres do korespondencji:

Dr n. o k.f. Małgorzata Kałwa

Katedra Dydaktyki Sportu AWF

Al. Paderewskiego 35

51-612 Wrocław

Tel.: (071) 347-33-79

E-mail: malgorzata.kalwa@awf.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.09.2009 r.

Po recenzji: 22.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Ocena stopnia zagrożenia upadkiem pacjentów w wieku geriatrycznym objętych podstawową opieką zdrowotną

Assessing the risk of falling in elderly people in primary health care

MAGDALENA KAMIŃSKA^{1, A-F}, EWA BARANOWSKA^{1, B, D}, JACEK BRODOWSKI^{1, C, D, G},
ORIANA DĄBROWSKA^{3, A, B, F}, MARTA BAŻYDŁO^{3, A, E}, BEATA KARAKIEWICZ^{2, G}

¹ Samodzielna Pracownia Podstawowej Opieki Zdrowotnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Kierownik: dr n. med. Jacek Brodowski

² Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. PAM

³ Członkowie Studenckiego Koła Naukowego przy Samodzielnej Pracowni Podstawowej Opieki Zdrowotnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Opiekun Koła: mgr Magdalena Kamińska

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

Streszczenie **Wstęp.** Upadki są główną przyczyną urazów osób w podeszłym wieku i związanej z nimi niepełnosprawności, chorobowości i śmiertelności. Prowadzą do stopniowego ograniczenia samodzielności, przez co w zdecydowany sposób skracają długość życia i obniżają jego jakość. Stanowią poważny problem natury medycznej, psychospołecznej i ekonomicznej. Wobec ich poważnych następstw istotną kwestią stają się działania prewencyjne z wykorzystaniem badań przesiewowych.

Cel pracy. Ocena stopnia zagrożenia upadkiem pacjentów w wieku geriatrycznym, a także ocena wpływu upadku na podejmowaną aktywność fizyczną.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 120 pacjentów wybranego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych. Średnia wieku badanych wyniosła 74,3 lata. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przeprowadzony na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety, a także test Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) służący do oceny równowagi i chodu.

Wyniki. Wynikiem badań była ocena stopnia zagrożenia upadkiem pacjentów w wieku geriatrycznym oraz stwierdzenie zależności korelacyjnych między narażeniem na upadki a wiekiem i płcią respondentów, a także ocena wpływu upadku na podejmowaną aktywność fizyczną.

Wnioski. 1. Występowanie upadków stanowi istotny problem zdrowotny wśród pacjentów POZ. 2. Nie zaobserwowano różnic międzypłciowych w kontekście ryzyka upadku, natomiast wzrasta ono wraz z wiekiem i przebytych upadkami. 3. Przebyty upadek przyczynia się do ograniczenia aktywności fizycznej i wiąże się z ograniczeniem ogólnej sprawności, zwiększając ryzyko kolejnego upadku.

Słowa kluczowe: upadki, wiek podeszły, podstawowa opieka zdrowotna.

Summary **Background.** Falls are the main reason for injuries for elderly people and associated disabilities, illnesses and mortalities. They lead to stepwise independence restrictions, through which they shorten life and lower the quality of life. They constitute a serious medical, psychosocial and economic problem. Due to their serious outcomes, important measures are taken, such as actions of prevention using screening research.

Objectives. The assessment of the risk of falls in geriatric patients and evaluation of collapse impact on physical activity.

Material and methods. The research group included 120 patients of a chosen health care department giving health service in outpatient clinics. The mean age was 74.3 years. The chosen method for research was a diagnostic survey-based author questionnaire and also the Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) test used for determining and assessing the balance and walk.

Results. The result of the research was the assessment of the degree of risk of fall for geriatric patients and certify the correlation between risk of falls and the age and sex of the respondents as well as the assessment of influence of the fall on the further physical activity.

Conclusions. 1. The occurrence of falls is a significant health problem among the primary health care patients. 2. No differences between the sexes in the context of the risk of falls were found, however the risk of fall increased with age and incidence of a fall in history. 3. A fall in medical history leads to a restricted physical activity and is related to restricted overall coping, increasing the risk of another fall.

Key words: falls, elderly, primary health care.

Wstęp

Podstawowym zadaniem dla zespołu pracowników Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), wobec całej populacji pacjentów ambulatoryjnych w starszym wieku jest określenie jej stanu zdrowia. W ramach POZ wykonywane jest wiele badań o charakterze przesiewowym, ukierunkowanych na wykrywanie czynników ryzyka. Umożliwia zdiagnozowanie istniejących schorzeń lub chorób, określenie czynnościowej wydolności pacjenta oraz zdefiniowanie jego ograniczeń i potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych. Upadki są główną przyczyną urazów osób w podeszłym wieku i związanej z nimi niepełnosprawności, chorobowości i śmiertelności. Prowadzą do stopniowego ograniczenia samodzielności, przez co w zdecydowany sposób obniżają jakość życia [1]. Skutkami upadków są także odległe konsekwencje zdrowotne w postaci tzw. zespołu poupadkowego. Lęk przed kolejnym upadkiem może powodować stopniowe ograniczenie samodzielności i zaniechanie wykonywania czynności dnia codziennego [2]. Ze względu na wieloprzyczynowy charakter upadków trudno jednoznacznie określić ich przyczynę. Do najistotniejszych przyczyn upadków, spełniających kryteria medycyny opartej na faktach, zaliczyć można zaburzenia chodu i równowagi, osłabienie siły mięśniowej, zapalenia stawów, stosowanie urządzeń wspomagających chód, zaburzenia widzenia i pamięci, depresję i wiek wynoszący co najmniej 80 lat [1, 3]. Niezależnie od swojej przyczyny upadki stanowią poważny problem natury medycznej, psychospołecznej i ekonomicznej. Wobec ich poważnych następstw istotną kwestią stają się działania prewencyjne z wykorzystaniem badań przesiewowych. Literatura przedmiotu wskazuje na szeroką gamę testów funkcjonalnych, stosowanych w ocenie ryzyka upadków u osób w podeszłym wieku. Mają one zastosowanie także w warunkach ambulatoryjnych, ze względu na ich dostępność, krótki czas ich przeprowadzenia oraz możliwość zastosowania w każdych warunkach. Do najpopularniejszych zaliczyć można następujące testy: Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA), Berg Balance Scale, Stops Walking When Talking, One Leg Standing Test, Dynamic Gait Index, Timed Up & Go Test [1].

Cel pracy

Celem pracy była ocena stopnia zagrożenia upadkiem pacjentów w wieku geriatrycznym, a także ocena wpływu upadku na podejmowaną aktywność fizyczną.

Materiał i metody

Badaniami objęto 120 pacjentów wybranego zakładu opieki zdrowotnej, udzielającego świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych. Wśród badanych było 50% mężczyzn i 50% kobiet. Średnia wieku badanych wyniosła $74,3 \pm 5,9$ lat. Zdecydowana większość pacjentów (58%) była w przedziale wiekowym 70–79 lat, badani w wieku 60–69 lat stanowili 22%, natomiast seniorzy w wieku 80–89 lat – 20% badanej grupy. Wśród badanych 41,6% osób posługiwało się urządzeniami wspomagającymi chód.

Wybraną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przeprowadzony na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety, obejmujący zagadnienia związane z upadkiem i aktywnością ruchową, a także test POMA, służący do oceny równowagi i chodu. Test ten umożliwia wyodrębnienie 3 grup pacjentów w zależności od stopnia zagrożenia upadkiem. W grupie o największym ryzyku (A) pacjent uzyskiwał najmniejszą liczbę punktów (≤ 18). Osoby znajdujące się w przedziale 19–25 punktów, co sygnalizowało możliwość wystąpienia upadku, scharakteryzowano jako grupę o ryzyku umiarkowanym (B), natomiast grupę o minimalnym ryzyku (C) stanowili pacjenci z wynikiem końcowym wynoszącym 26–28 punktów [4].

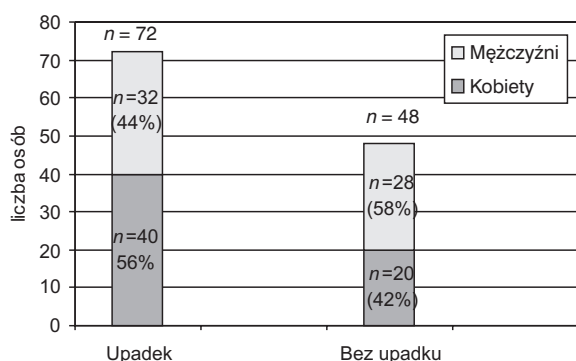
Obliczenia statystyczne przeprowadzono za pomocą programu Statistica for Windows PL. Do oceny istotności różnic między zmiennymi ilościowymi zastosowano nieparametryczny test Manna-Whitneya, a istnienie związku między zmiennymi jakościowymi oceniono testem niezależności χ^2 . Za znamiennej statystycznie przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki badań

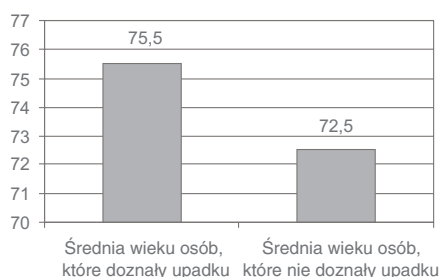
W całej badanej grupie upadku doznały 72 osoby (60%), w tym 40 kobiet i 32 mężczyzn (ryc. 1). Analizie statystycznej poddano wystąpienie upadku w zależności od takich parametrów socjodemograficznych, jak wiek i płeć.

Średnia wieku osób, które doznały upadku, była istotnie wyższa niż respondentów, którzy go nie doświadczyli ($75,5 \pm 6,3$ vs $72,5 \pm 5,3$; test Manna-Whitneya; $p < 0,001$), co ilustruje rycina 2. Nie wykazano, by płeć determinowała wystąpienie upadku (test χ^2 ; $p > 0,05$).

Zgodnie z testem POMA, wyodrębniono 3 grupy pacjentów. Grupę A stanowiło 13,3% ($n = 16$) respondentów, w tym 43% mężczyzn i 57% kobiet. Średnia wieku w tej grupie wyniosła $78,9 \pm 6,3$. Grupę B stanowiło 52,5% ($n = 63$) badanych, w tym 29 mężczyzn i 34 kobiety. Średnia



Rycina 1. Liczba osób, które doznały upadku z uwzględnieniem płci badanych

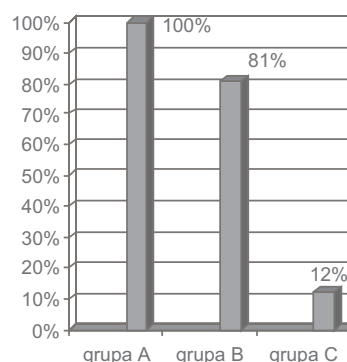


Rycina 2. Średnia wieku badanych a fakt wystąpienia upadku

wieku w tej grupie wyniosła $74,5 \pm 5,3$. Grupę C stanowiło natomiast 34,2% ($n = 41$) ankietowanych, w tym 24 mężczyzn i 17 kobiet. Średnia wieku w tej grupie wyniosła $72,12 \pm 5,1$. Wykazano znamiennej różnicę w średnim wieku pacjentów w poszczególnych grupach. Nie znaleziono natomiast związku między płcią a przynależnością do grupy ryzyka (test χ^2 ; $p > 0,05$).

Analizie statystycznej poddano także występowanie upadku w poszczególnych grupach ze szczególnym uwzględnieniem płci i wieku seniorów. Pacjentów zapytano o występowanie upadku w roku poprzedzającym badanie. 100% seniorów zakwalifikowanych do grupy A zadeklarowało, że doznało upadku. W grupie B natomiast upadku doświadczyło 51 osób na 63, czyli 81% (w tym 21 mężczyzn i 30 kobiet). W grupie C tylko 5 osób na 41, czyli 12% (w tym 4 mężczyzn i 1 kobieta), doznało upadku w ciągu ostatnich 12 miesięcy (ryc. 3). Wykazano znamiennej różną liczbę osób, które doznały upadku w poszczególnych grupach (test χ^2 ; $p < 0,05$).

Przeanalizowano, czy w poszczególnych grupach wiek lub płeć determinuje fakt wystąpienia upadku. W grupie B średnia wieku osób, które doznały upadku, nie różniła się istotnie względem osób, które go nie doświadczyły ($74,5 \pm 5,8$ vs $74,6 \pm 5,4$; test Manna-Whitneya; $p > 0,05$). W grupie C średnia wieku badanych, którzy doświadczyli upadku, była istotnie wyższa od osób,



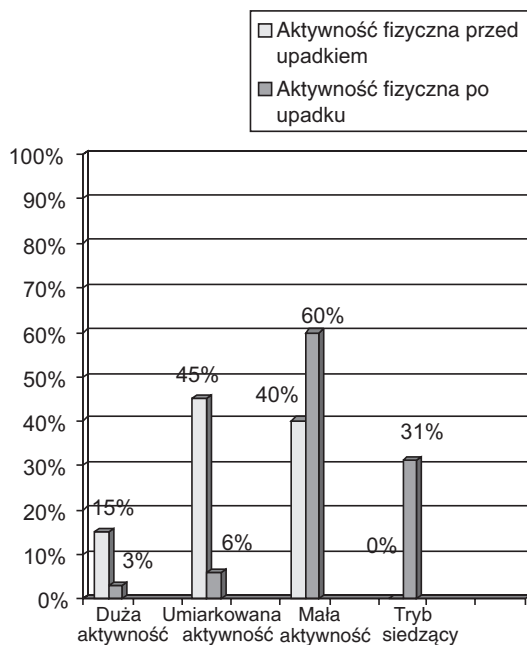
Rycina 3. Częstość występowania upadków w poszczególnych grupach ryzyka według testu POMA

które go nie doświadczyły ($74 \pm 5,7$ vs $71,8 \pm 5,2$; test Manna-Whitneya; $p < 0,05$). Nie znaleziono związku między płcią a liczbą upadków w poszczególnych grupach (test χ^2 ; $p > 0,05$).

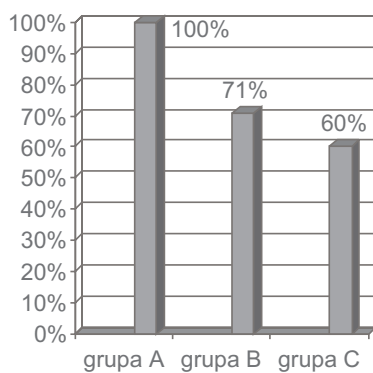
Przedmiotem niniejszego opracowania była także ocena występowania tzw. zespołu poupadkowego. Na podstawie zebranego materiału badawczego stwierdzono, że 38% badanych respondentów, którzy doświadczyli upadku, odczuwa lęk przed kolejnym upadkiem. Następnie analizie poddano występowanie lęku po upadku w poszczególnych grupach, ze szczególnym uwzględnieniem płci i wieku seniorów.

Lęk przed wystąpieniem kolejnego upadku odczuwało 68% badanych w grupie A, w grupie B z 51 osób, które doznały upadku, 49% deklaroowało odczuwanie lęku, natomiast w grupie C z 5 osób, które doznały upadku, 20% doświadcza objawów „zespołu poupadkowego”. Nie wykazano związku między obecnością lęku a przynależnością do grupy, nie znaleziono także związku między płcią a występowaniem lęku w poszczególnych grupach (test χ^2 ; $p > 0,05$).

Przedmiotem badań była także ocena wpływu przebytego upadku na podejmowaną aktywność fizyczną. Respondentów poproszono o subiektywną ocenę swojej aktywności fizycznej przed upadkiem i po nim. Zaproponowano czterostopniową skalę aktywności fizycznej: aktywność duża, umiarkowana, mała oraz tryb siedzący. Duża aktywność ruchowa rozumiana była jako wykonywanie regularnych ćwiczeń fizycznych bądź uprawianie sportu. Spędzanie większości dnia w ruchu określono mianem umiarkowanej aktywności fizycznej. Mała aktywność ruchowa rozumiana była jako całkowita wydolność w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Funkcjonowanie w obrębie własnego mieszkania zdefiniowano jako tryb siedzący. Przed upadkiem około 15% badanych określiło swoją aktywność fizyczną jako dużą, 45% zgłosiło umiarkowane natężenie podejmowanej aktywności ruchowej, a 40% zadeklarowało małą aktywność. Żaden pacjent w całej badanej grupie nie prowadził przed upad-



Rycina 4. Wpływ wystąpienia upadku na podejmowaną aktywność fizyczną badanych osób



Rycina 5. Ograniczenie aktywności fizycznej badanych po upadku w poszczególnych grupach ryzyka według testu POMA

kiem siedzącego trybu życia. Doświadczenie upadku istotnie wpłynęło na aktywność fizyczną. Po upadku odsetek osób deklarujących dużą aktywność fizyczną zmniejszył się do 3%. Zaledwie 6% badanych oceniło swoją aktywność jako średnią. Przebyty upadek w zdecydowanym stopniu zwiększył z kolei odsetek badanych prowadzących małą aktywność fizyczną (z 40 do 60%) oraz siedzący tryb życia (z 0 do 31%) (ryc. 4).

Szczegółowej analizie statystycznej poddano występowanie ograniczenia aktywności fizycznej po upadku w grupach, ze szczególnym uwzględnieniem płci i wieku seniorów. Jak wynika z ryciny 5, w grupie A 100% badanych ograniczyło swoją aktywność fizyczną po doświadczeniu upadku. W grupie B z 51 osób, które doznały upadku, 36 osób (71%) ograniczyło aktywność, w tym 13 mężczyzn i 23 kobiety. W grupie C z 5

osób, które doznały upadku, 3 ograniczyły swoją aktywność ruchową. Analiza statystyczna wykazała silny związek między przynależnością do grupy a ograniczeniem aktywności fizycznej (test χ^2 ; $p < 0,01$). Nie znaleziono natomiast związku między płcią a ograniczeniem aktywności ruchowej w poszczególnych grupach (test χ^2 ; $p > 0,05$).

Przyczynami ograniczenia aktywności fizycznej w opinii respondentów były: przebyte urazy fizyczne – 36% (przy czym 43% seniorów, którzy doświadczyli upadku, w jego wyniku doznało złamania) oraz lęk przed kolejnym upadkiem – 64%.

Dyskusja

Dynamiczny proces starzenia się społeczeństw, wywołany szybkim wzrostem liczebności osób w podeszłym wieku, stanowi poważne wyzwanie dla pracowników POZ. W populacji osób w późnej starości zaobserwować można bowiem rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych, do których należą także upadki. Ze względu na swą wieloprzyczynowość i nawracający charakter wiążą się one z upośledzeniem wydolności funkcjonalnej i jakości życia [5, 6].

Przedmiotem niniejszego opracowania była ocena stopnia zagrożenia upadkiem pacjentów w wieku geriatrycznym, a także ocena wpływu upadku na podejmowaną aktywność fizyczną oraz stwierdzenie zależności korelacyjnych między narażeniem na upadki a wiekiem i płcią respondentów.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że im człowiek starszy, tym większa predyspozycja do upadku. Doniesienia naukowe innych autorów w pełni potwierdzają tę zależność. O tym, że częstość upadków zdecydowanie wzrasta z każdą dekadą życia świadczą doniesienia Delbaere i wsp. [7] oraz Skalskiej i wsp., z których wynika, że osoby mające co najmniej 75 lat stanowiły 56,5% grupy z upadkami [8]. Podobną tendencję potwierdziła na podstawie swoich badań Cegła i wsp., wykazując zależność korelacyjną między wiekiem badanych a narażeniem na upadki [5]. Żak i wsp. w swych badaniach zaobserwowali, że największe ryzyko upadków występuje wśród osób w podeszłym wieku w czasie wykonywania prostych czynności, takich jak: rozpoczęcie chodu, wstawanie z miejsca i siadanie [9]. Tinetti zaobserwowała natomiast, że większość upadków ma zazwyczaj miejsce podczas czynności związanych z nieznacznym przemieszczeniem środka ciężkości [10, 11].

Przedmiotem niniejszego opracowania była ocena występowania upadku w całej badanej grupie w zależności od płci. Doniesienia naukowe wskazują, że czynnikiem zwiększającym ry-

zyko upadku jest płeć osób w późnej starości. W piśmiennictwie wskazuje się płeć żeńską, jako najbardziej predysponującą do upadku [5]. Jednocześnie O'Neill podkreśla, że płeć decyduje o rodzaju i jakości upadków [12]. W badaniach własnych nie znaleziono jednak związku między płcią a liczbą upadków w poszczególnych podgrupach. Zależności między zwiększonym narażeniem na upadki a płcią badanych nie zauważa także w swym opracowaniu Cegła i wsp. [5].

Analizie poddano także ocenę wpływu upadku na podejmowaną aktywność ruchową. Regularna aktywność fizyczna pomaga seniorom w utrzymaniu niezależności i zdolności prawidłowego funkcjonowania dzięki wytrzymałości, utrzymaniu siły mięśniowej i stabilności postawy. Rezultaty niniejszych badań wskazują, że przebyty upadek w zdecydowanym stopniu wpływa na ograniczenie aktywności fizycznej pacjentów w starości. Powyższe zagadnienia znajdują potwierdzenie w badaniach van Bommel i wsp., wskazujących powiązanie między częstością upadków a niesprawnością ruchową [13], a także w badaniach Chana i wsp., z których wynika, że obniżona sprawność fizyczna, wysoka aktywność fizyczna oraz wykonywanie prac domowych zwiększają ryzyko upadku [14]. Przebyty upadek przyczynia się zatem do ograniczenia aktywności fizycznej i wiąże się z upośledzeniem mobilności oraz skłonnością do kolejnych upadków. Pogorszenie sprawności ruchowej natomiast, według opracowania Biercewicz i wsp., ma ścisły związek z pogłębiającą się depresją [15]. Zespół Biercewicz wykazał ponadto, że wraz ze zwiększającym się ryzykiem wystąpienia upadku pogorszeniu ulega wydolność czynnościowa w zakresie podstawowych czynności życia codziennego [15].

Powyższe rozważania skłaniają ostatecznie do stwierdzenia, że upadki są istotnym zagadnieniem zdrowia publicznego, mającym znaczenie także dla POZ. Mimo to wciąż jeszcze niewielu członków zespołu POZ uwzględnia to zagadnienie w swoim postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym. Tymczasem ważne miejsce w prewencji upadków stanowi stosowanie testów funkcjonalnych, takich jak np. wykorzystany w niniejszej pracy test POMA. Mogłyby one stanowić wstęp do opracowania szeroko pojętych programów rehabilitacyjnych [2]. Wyodrębnienie osób narażonych na upadki, a także propozycje interwencji ułatwiają algorytmy postępowania opracowane przez Tinetti [11] oraz Skalską i wsp. [3]. Obok testów przesiewowych ważnym elementem profilaktyki upadków i skutków z nimi związanych jest edukacja zdrowotna. Ponieważ znaczenie upadków rośnie w kontekście późniejszych ewentualnych poważnych konsekwencji zdrowotnych, ocena ryzyka upadków i zapobieganie im powinno być składową kompleksowej oceny geriatrycznej.

Wnioski

1. Występowanie upadków stanowi istotny problem zdrowotny wśród pacjentów POZ.
2. Nie zaobserwowano różnic międzypłciowych w kontekście ryzyka upadku, natomiast wzrasta ono wraz z wiekiem i przebyłym upadkiem.
3. Przebyty upadek przyczynia się do ograniczenia aktywności fizycznej i wiąże się z ograniczeniem ogólnej sprawności, zwiększając ryzyko kolejnego upadku.

Piśmiennictwo

1. Szot P, Golec J, Szczygieł E. Przegląd wybranych testów funkcjonalnych, stosowanych w ocenie ryzyka upadków u osób starszych. *Gerontol Pol* 2008; 16: 12–17.
2. Żak M. Ocena ryzyka upadków u osób starszych i możliwości prewencji. *Gerontol Pol* 2008; 8(3): 18–21.
3. Skalska A, Żak M. Upadki – ocena ryzyka, postępowanie prewencyjne. *Standardy Med* 2007; 4: 156–163.
4. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1988; 34: 119–126.
5. Cegła B, Faleńczyk K, Ślusarz R. Ocena ryzyka wystąpienia upadków u osób w starszym wieku. *Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk* 2006; 11(1): 67–73.
6. Jakrzewska-Sawińska A, Rajska-Neumann A, Sawiński K, Wieczorowska-Tobis K. Występowanie wybranych wielkich zespołów geriatrycznych u pacjentów w starszym wieku leczonych w Hospicjum Domowym. *Gerontol Pol* 2004; 12(2): 84–88.
7. Delbaere K, Close JCT, Menz HB, et al. Development and validation of fall risk screening tools for use in residential aged care facilities. *MJA* 2008; 189: 193–196.
8. Skalska A, Walczewska J, Ocetkiewicz T. Wiek, płeć i aktywność fizyczna osób zgłaszających upadki oraz okoliczności ich występowania. *Rehabil Med* 2003; 7(3): 49–53.
9. Żak M, Skalska A, Ocetkiewicz T. Upadki osób w starszym wieku – ocena zmiany ryzyka dokonywana po roku od upadku. *Rehabil Med* 2004; 8(3): 19–22.
10. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Falls risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986; 80: 429–434.

11. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003; 348: 42–49.
12. O'Neill TW, Varlow J, Silman AJ, et al. Age and sex influences on fall characteristics. *Ann Rheum Dis* 1994; 53(11): 773–775.
13. Van Bommel T, Vandenbroucke JP, Westendorp RG, Gussekloo J. In an observational study elderly patients had an increased risk of falling due to home hazards. *J Clin Epidemiol* 2005; 58(1): 63–67.
14. Chan BKS, Marshall LM, Winters KM, et al. Incident fall risk and physical activity and physical performance among older men. *Am J Epidemiol* 2007; 165(6): 696–703.
15. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R, Beuth W. Czynności życia codziennego a występowanie depresji i upadków u osób w podeszłym wieku. *Nowiny Lek* 2005; 74(2): 272–276.

Adres do korespondencji:

Mgr Magdalena Sylwia Kamińska
Samodzielna Pracownia Podstawowej Opieki Zdrowotnej PAM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel. (091) 48-00-972
E-mail: kaminska.magdalena@onet.eu

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.08.2009 r.

Po recenzji: 15.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Postawy personelu medycznego a poczucie bezpieczeństwa pacjenta

The attitude of the medical personnel and patient's sense of security

MAGDALENA KAMIŃSKA^{1, A-F}, JACEK BRODOWSKI^{1, C, D, G}, MARTA BAŻYDŁO^{2, A-F},
ORIANA DĄBROWSKA^{2, A-F}

¹ Samodzielna Pracownia Podstawowej Opieki Zdrowotnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Kierownik: dr n. med. Jacek Brodowski

² Członkowie Studenckiego Koła Naukowego przy Samodzielnej Pracowni Podstawowej Opieki Zdrowotnej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Opiekun Koła: mgr Magdalena Kamińska

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

Streszczenie Wstęp. Poczucie bezpieczeństwa jest jednym z wyznaczników satysfakcji, ta natomiast określa jakość opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę fakt, że Komitet Europejski WHO przyjął poprawę jakości opieki zdrowotnej jako jeden z priorytetów w obszarze działań zdrowia publicznego, a normy ISO 9001 zobowiązują menedżerów ZOZ-ów do starań o zwiększenie zadowolenia pacjentów, warto rozważyć, jakie postawy personelu medycznego kształtują poczucie bezpieczeństwa pacjentów.

Materiał i metody. Badaniami objęto 102 pacjentów oddziału internistycznego losowo wybranej kliniki w województwie zachodniopomorskim. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przeprowadzony na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety. W opracowaniu statystycznym posłużono się testem χ^2 Pearsona.

Wyniki. Uzyskane wyniki badań wykazały, że 65% badanych czuło się całkowicie bezpiecznie, 25% częściowo, a 9% w ogóle nie doświadcza poczucia bezpieczeństwa. Pacjenci czujący się bezpiecznie byli w 75% zadowoleni z leczenia. Wykazano, że zaufanie do personelu medycznego bardzo wpływa na poczucie bezpieczeństwa. Około 81% chorych, którzy znali nazwisko lekarza prowadzącego, stwierdziło, że ma z nim dobry kontakt, a 71%, że czuło się bezpiecznie. Rozmowy o sposobie leczenia i pielęgnacji bardzo wpływają na poczucie bezpieczeństwa pacjentów. Około 77% ankietowanych, którzy krótko oczekiwali na spełnienie prośby, czuło się bezpiecznie. Sposób leczenia znany był całkowicie 69% respondentów. Pacjenci, których zapoznano ze sposobem leczenia, wskazywali wyższe poczucie bezpieczeństwa. Wśród osób znających prawa pacjenta bezpiecznie czuło się 58%. Wśród pacjentów nieznających swoich praw bezpiecznie czuło się 38%.

Wnioski. 1. Wykazano wysoce istotne statystycznie zależności między poszczególnymi postawami personelu medycznego a poczuciem bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego. 2. Pacjenci, którzy pozytywnie ocenili swoje relacje z personelem medycznym, wykazywali wyższe poczucie bezpieczeństwa. 3. Profesjonalna opieka medyczna to czynnik warunkujący poczucie bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, pacjent, personel medyczny.

Summary Background. The sense of security of the patient is one of the indicators of satisfaction. Satisfaction on the other hand is the indicator of the quality of health care. Taking under consideration that the European Committee WHO admitted the change of health care quality as one of the priorities in public health care, and the ISO norms 9001 oblige the ZOZ managers to endeavor an increase in the patients' satisfaction, it is worth to know what attitudes of the medical personnel make the patients' sense of security.

Material and methods. The study included 102 patients of major age, from internist wards chosen by lot in clinics in the western Pomeranian region. Study method was a diagnostic survey based on a questionnaire. The Pearson's χ^2 test was used in the statistical calculations.

Results. The acquired results showed that 65% of the respondents felt quite safe, 25% felt partially safe and 9% did not feel safe at all. Patients who felt safe were up to 75% satisfied of the treatment. The study showed that the trust towards the medical personnel had a great influence of the sense of security. Around 81% of the hospitalized who knew the name of their doctor, said that they had a good contact with him, and 71% that they felt safe. Conversations about the treatment and nursing had a major influence on the sense of security in the patients. Around 77% of the respondents who had short waiting time for fulfillment of their wishes felt safe. The treatment was fully known to 69% of the responding patients. Patients, who were introduced to the treatment, showed a higher sense of security. Amongst persons who knew the rights of the patient 58% felt safe. Amongst patients who did not know their rights – 38% felt completely safe.

Conclusions. 1. Highly relevant statistical dependences were shown between specific attitudes of the medical personnel and the sense of security of the hospitalized patient. 2. Patients who gave a positive grade on their relations with the medical personnel, were shown to have a higher sense of security. 3. Professional medical health care is a factor conditioning the sense of security of a hospitalized patient.

Key words: safety, patient, medical staff.

Wstęp

Satysfakcja pacjenta jest bardzo ważnym wskaźnikiem jakości opieki zdrowotnej oraz czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych [1–3]. Spełnienie wymagań klienta stanowi jeden z podstawowych elementów działań projakościowych każdego ZOZ-u. [4]. Określenie poziomu satysfakcji i samopoczucia jest trudnym zagadnieniem ze względu na wielowymiarowość i subiektywność tych pojęć oraz fakt, że nawet w ISO 9001 nie zawarto wymogu określającego, która metoda uzyskiwania informacji o zadowoleniu pacjenta jest najwłaściwsza [1, 5]. Mimo to wyniki badań zadowolenia pacjenta mogą być źródłem informacji na temat: planowania prac rozwojowych ZOZ-u, przyszłych zmian organizacyjnych, motywacji personelu, doskonalenia systemu zarządzania jakością [4]. W piramidzie Abrahama Masłowa bezpieczeństwo zajmuje drugie miejsce, tuż po potrzebach fizjologicznych [6]. Poczucie bezpieczeństwa pacjenta jest, obok dobrego samopoczucia, zadowolenia i poczucia komfortu, jednym z wyznaczników satysfakcji [7].

Biorąc pod uwagę fakt, że Komitet Europejski Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjął poprawę jakości opieki zdrowotnej jako jeden z priorytetów w obszarze działań zdrowia publicznego, a normy ISO 9001 zobowiązują menedżerów ZOZ-ów do starań o zwiększenie zadowolenia pacjentów, warto rozważyć, jakie postawy personelu medycznego kształtują poczucie bezpieczeństwa pacjentów [1].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie wpływu postaw personelu medycznego na poczucie bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego.

Materiał i metody

Badaniami objęto 102 pełnoletnich pacjentów z oddziału internistycznego losowo wybranej kliniki w województwie zachodniopomorskim. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny prze-

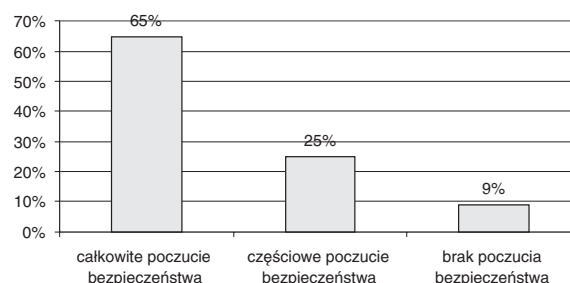
prowadzony na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety. Analizę statystyczną otrzymanych danych przeprowadzono, stosując test niezależności χ^2 . Zależności korelacyjne badanych parametrów weryfikowano na poziomie istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki

Czynniki wpływające na stan bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego można rozpatrywać w kontekście obszarów psychospołecznych, fizycznych i środowiskowych.

Badanie miało wykazać, czy istnieje związek między poczuciem bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego a postawami personelu medycznego, mającymi ścisły związek z przestrzeganiem określonych praw pacjenta, wynikających z Karty Praw Pacjenta. Szczególną uwagę poświęcono relacji lekarz–pacjent/pielęgniarka–pacjent.

Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że całkowicie bezpiecznie czuło się 65% hospitalizowanych respondentów, częściowo – 25%, natomiast brak poczucia bezpieczeństwa deklarowało 9% (ryc. 1). Pacjenci, czujący się bezpiecznie, byli w 75% zadowoleni z leczenia.

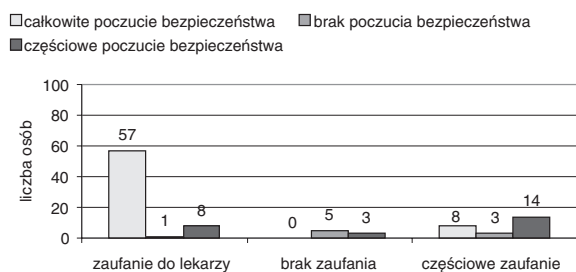


Rycina 1. Poczucie bezpieczeństwa wśród pacjentów

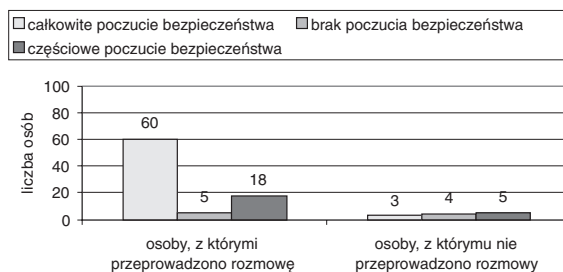
Zaufanie a poczucie bezpieczeństwa

Lekarze cieszyli się pełnym zaufaniem wśród 65% pytaných, a pielęgniarki wśród 59% (ryc. 2 i 3). Wykazano, że zaufanie do personelu medycznego wysoce istotnie statystycznie wpływa na poczucie bezpieczeństwa (test χ^2 ; $p < 0,05$).

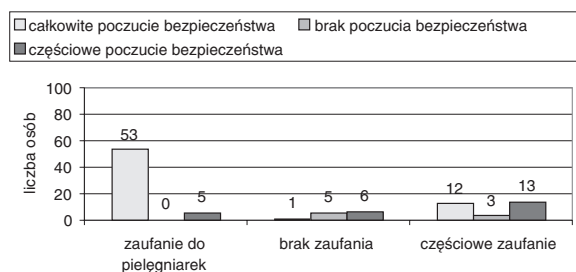
Poszukiwano związku między znajomością



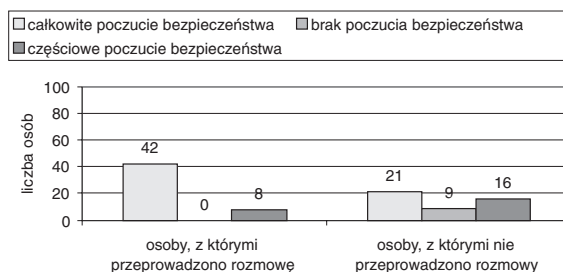
Rycina 2. Zaufanie do lekarzy a poczucie bezpieczeństwa pacjentów



Rycina 4. Odbycie rozmowy na temat leczenia a poczucie bezpieczeństwa pacjentów



Rycina 3. Zaufanie do pielęgniarek a poczucie bezpieczeństwa pacjentów



Rycina 5. Odbycie rozmowy na temat pielęgnacji a poczucie bezpieczeństwa pacjentów

nazwiska lekarza prowadzącego/pielęgniarki sprawującej opiekę a poczuciem bezpieczeństwa. Nazwisko lekarza znało trzy czwarte respondentów, a pielęgniarki – niecała połowa pytanym. Wśród osób, które deklarowały dobry kontakt z lekarzem, aż 81% znało jego nazwisko. W grupie chorych, którzy nie mieli dobrego kontaktu z lekarzem, znało je 20%. Wśród chorych, którzy znali nazwisko lekarza prowadzącego, 71% czuło się bezpiecznie, a wśród chorych niezających tego nazwiska – 52%. Nie wykazano, by znajomość nazwiska pielęgniarki sprawującej opiekę wpływała istotnie statystycznie na poczucie bezpieczeństwa pacjentów (test χ^2 ; $p > 0,05$).

Informacje na temat leczenia/ pielęgnacji a poczucie bezpieczeństwa

Lekarz zobowiązany jest do udzielenia pacjentowi informacji o rozpoznaniu, stanie zdrowia i rokowaniu, a pielęgniarka – o stanie zdrowia związanym ze sprawowaną pielęgnacją.

Według danych, lekarze częściej rozmawiają z chorymi o leczeniu niż pielęgniarki o pielęgnacji. Większość hospitalizowanych (83%) odpowiedziała, że lekarz przeprowadził z nimi rozmowę na temat leczenia, a połowa pacjentów przyznała, że pielęgniarki rozmawiały z nimi o pielęgnacji. Rozmowy o sposobie leczenia i pielęgnacji wysoce istotnie statystycznie wpływają na poczucie bezpieczeństwa pacjentów (test χ^2 ; $p < 0,05$). Około 72% pacjentów, z którymi przeprowadzono rozmowę na temat leczenia,

czuło się bezpiecznie. Około 84% pytanym, z którymi przeprowadzono rozmowę na temat pielęgnacji, czuło się bezpiecznie. Wśród osób, z którymi nie przeprowadzono rozmowy na temat leczenia/pielęgnacji, bezpiecznie czuło się odpowiednio 25 i 46% pytanym (ryc. 4 i 5). Wśród osób, które odbyły rozmowę na temat odczuć związanych z chorobą, 68% czuło zainteresowanie swoją osobą, a wśród osób, które takiej rozmowy nie odbyły – 20%.

W przeprowadzonych badaniach pacjenci zostali zapytani, czy wyjaśniono im sposób leczenia oraz wykonywania zabiegów. Sposób leczenia znany był 69% pacjentów całkowicie, 16% – częściowo. Około 9% badanych wykazywało się nieznaną sposobu leczenia. Istnieje wysoce istotna statystycznie zależność między poczuciem bezpieczeństwa a znajomością sposobu leczenia (test χ^2 ; $p < 0,05$). Bezpieczniej czuli się pacjenci, których informowano o celu i przebiegu wykonywanych zabiegów oraz o sposobie leczenia. Okazuje się, że spośród pacjentów, których zapoznano ze sposobem leczenia, aż 76% czuło się bezpiecznie. Chorzy, którzy tego sposobu nie znali, czuli się bezpiecznie tylko w 22%. Wśród osób, które zapoznano z celem i sposobem wykonania zabiegu, bezpiecznie czuło się 72%.

Krótkie oczekiwanie na spełnienie prośby a poczucie bezpieczeństwa

Pacjent ma prawo do proszenia o przysługę oraz do wyrażania życzeń. Ważny jest zarówno

sposób, w jaki personel medyczny spełnia prośby pacjentów, jak i czas ich spełnienia. Niecałe 70% pytanym przyznało, że personel odpowiednio często pojawiał się w sali. Jednocześnie czas oczekiwania na spełnienie prośby 37% badanych uważało za krótki, 43% – za umiarkowany, 15% – za długi. Spośród osób, zdaniem których personel odpowiednio często pojawiał się w sali, zdecydowana większość deklarowała, że czuła się bezpiecznie. Wśród osób, które czuły się bezpiecznie, zaledwie 7% długo oczekiwało na spełnienie próśb przez personel. Około 77% ankietowanych, którzy krótko oczekiwali na spełnienie próśb, czuło się bezpiecznie.

Postawy personelu medycznego a poczucie bezpieczeństwa

Personel medyczny jest moralnie zobowiązany do troski i czulej opieki nad chorymi, ponieważ pacjenci podczas pobytu w szpitalu są uzależnieni od jego pomocy. Zdaniem 60% pacjentów personel medyczny był uprzejmy i cierpliwy. Tylko 7% respondentów stwierdziło, że personel nie był uprzejmy ani cierpliwy, 3% że nie był taktowny i kulturalny, 15% że nie był wrażliwy na potrzeby pacjentów. Nie było pacjenta, który uznałby personel za nieuprzejmy i był zadowolony z leczenia.

Informacja o prawach pacjenta a poczucie bezpieczeństwa

Obowiązkiem personelu medycznego jest informowanie o prawach pacjenta. Niepokojący jest fakt, że z prawami pacjenta zapoznano 44% badanych hospitalizowanych. Wśród osób znających prawa pacjenta bezpiecznie czuło się 58%. Wśród pacjentów nieznających swoich praw – bezpiecznie czuło się już tylko 38% pytanym.

Dyskusja

Bezpieczeństwo jest ważną potrzebą każdego człowieka. Jego brak wywołuje poczucie niepokoju i zagrożenia. Bycie bezpiecznym oznacza brak lęków, obaw czy czynników zagrażających życiu lub zdrowiu.

Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa zajmuje ważne miejsce w programie działań państw członkowskich Unii Europejskiej (UE). W ramach Grupy Wysokiego Szczebla ds. Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej powołano grupę roboczą, za pośrednictwem której Komisja Europejska wspiera państwa członkowskie UE w realizacji wyznaczonych celów. W powyższych działaniach uczestniczą także: WHO, Rada Europy, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz europejskie zrzeszenia pacjen-

tów, lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, dentyistów oraz szpitali [8].

W 2004 r. Zgromadzenie WHO poparło stworzenie międzynarodowego sojuszu na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów – „World Alliance on Patient Safety”. Celem Światowego Sojuszu na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów WHO jest promowanie bezpieczeństwa pacjentów na całym świecie. Nawołuje do otwartości, uczciwości i wspólnej pracy na rzecz bezpieczeństwa pacjentów. Za kwestie priorytetowe uznano przygotowywanie raportów zdarzeń niepożądanych oraz prowadzenie badań naukowych w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów oraz budowanie baz danych o sposobach rozwiązywania problemów bezpieczeństwa pacjentów i szybkiego przekazywania informacji dotyczących tych działań na całym świecie. Sojusz wskazuje na potrzebę partnerstwa pracowników służby zdrowia, ustawodawców i społeczności pacjentów, nadawaniu praw pacjentom i pracownikom ochrony zdrowia, a także zmniejszania szkód spowodowanych błędami w sztuce lekarskiej, m.in. dzięki organizowaniu warsztatów doskonalących umiejętności komunikacyjne w relacji personel medyczny–pacjent. Dzięki Sojuszowi możliwa jest współpraca z szeroką rzeszą pacjentów oraz organizacjami działającymi na rzecz pacjentów i konsumentów opieki medycznej [9, 10].

Poczucie bezpieczeństwa w sytuacji hospitalizacji pacjenta może i powinno być zapewnione przede wszystkim przez tworzenie przez personel medyczny bezpiecznego środowiska, wdrożenie postępowania nie powodującego powikłań zdrowotnych i zagrożeń życia pacjenta, ale także przez umiejętność efektywnego, terapeutycznego komunikowania się oraz harmonijne przestrzeganie norm współżycia społecznego i norm prawnych [11, 12].

Zachowanie prawidłowych relacji międzyludzkich w zespole terapeutycznym, jak również tworzenie przez cały zespół terapeutyczny atmosfery zaufania, akceptacji i szacunku dla drugiego człowieka, jest warunkiem powodzenia uzyskania u pacjenta stanu poczucia bezpieczeństwa [11, 12].

Wnioski

1. Wykazano wysoce istotne statystycznie zależności między poszczególnymi postawami personelu medycznego a poczuciem bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego.
2. Pacjenci, którzy pozytywnie ocenili swoje relacje z personelem medycznym, wykazywali wyższe poczucie bezpieczeństwa.
3. Profesjonalna opieka medyczna to czynnik warunkujący poczucie bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego.

Piśmiennictwo

1. Kurpas D, Sapilak B, Steciwko A. Ocena satysfakcji pacjenta dializowanego jako wykładnik jakości opieki długoterminowej świadczonej w praktyce lekarza rodzinnego. *Probl Lek* 2006; 45(3): 99–100.
2. Kanecki K, Tyszko P. Definiowanie jakości w opiece zdrowotnej. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10(1): 50–54.
3. Kurpas D, Steciwko A. Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. *Adv Clin Exp Med* 2005; 14, 3: 603–608.
4. Mączyński A. Badanie satysfakcji pacjenta. *Ogólnopol Prz Med* 2006; 9/10: 70–71.
5. Małecka B, Marcinkowski JT. Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 88(1): 17–19.
6. Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of Needs: a Framework for Achieving Human Potential In Hospice. *J Palliat Med* 2006; 9(5): 1120–1127.
7. Unia Europejska: Europejski Fundusz Społeczny. *Zarządzanie satysfakcją klienta. Europejski poradnik praktyka*. Warszawa 2008.
8. Zdrowie-UE. Portal zdrowia publicznego Unii Europejskiej [serial online] 2009 [cyt. 11.08.2009]. Dostępny na URL: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_pl.htm
9. WHO Patient Safety [serial online] 2009 [cyt. 11.08.2009]. Dostępny na URL: <http://www.who.int/patientsafety/en/>
10. Fundacja Bezpieczeństwo Dla Pacjentów. Światowy Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów [serial online] 2009 [cyt. 6.08.2009]. Dostępny na URL: http://www.patientsafety.org.pl/p,217,PACJENCI_NA_RZECZ_BEZPIECZENSTWA_PACJENTOW.html
11. Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
12. Dobek-Ostrowska B. *Podstawy komunikowania społecznego*. Wyd. 2. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM; 2004.

Adres do korespondencji:

Mgr Magdalena Sylwia Kamińska
Samodzielna Pracownia Podstawowej Opieki Zdrowotnej PAM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel. (091) 480-09-72
E-mail: kaminska.magdalena@onet.eu

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.09.2009 r.

Po recenzji: 24.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

The ultrasound image of thyroid gland and subjective symptoms of hypothyroidism in patients older than 65 years

Obraz ultrasonograficzny gruczołu tarczowego a objawy podmiotowe niedoczynności tarczycy u osób po 65. roku życia

WOJCIECH KOSIAK^{1, A, B, D-F}, MARCIN GOCZEWSKI^{2, A, B, D-F}, MARIUSZ KUJAWA^{2, A-F}, ANNA BERNAD^{2, B, D, E}, DOMINIK SWIETON^{1, B, D, E}

¹ Department of Pediatric & Adolescent Nephrology & Hypertension, Medical University of Gdansk, Poland

Head: Prof. Aleksandra Żurowska MD, PhD

² Students Scientific Ultrasonography Group, Department of Pediatric & Adolescent Nephrology & Hypertension, Medical University of Gdansk, Poland

Head: Prof. Aleksandra Żurowska MD, PhD

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

Summary Background. Patients of advanced age constitute a special group of patients in the general practitioner's practice. Many of them present with the symptoms attributed to hypothyroidism. Thyroid ultrasound assessment has been found useful in the diagnosis and follow-up of this condition.

Objectives. The analysis of the frequency of subjective symptoms and ultrasound changes of hypothyroidism in patients older than 65 years.

Material and methods. The examined group constituted of 201 individuals older than 65 years old (154 women and 47 men) with a negative history of thyroid disease. All patients included had an ultrasound examination performed and filled in a questionnaire concerning 5 major symptoms attributed to hypothyroidism.

Results. Abnormalities in the ultrasound examination of the thyroid gland were found in 149 individuals (74%). The number of subjective symptoms of hypothyroidism was similar in patients with ultrasound features of autoimmune thyroiditis, patients with focal changes of the gland and those with a normal thyroid. The frequency of the separate subjective symptoms was also similar for all examined groups.

Conclusions. Hypothyroidism symptoms are frequent in subjects > 65 years of age and are not helpful in diagnosing hypothyroidism. Taking into consideration the frequency of the subjective hypothyroidism symptoms, the number of possible complications and their huge impact on the quality of life, ultrasound examination should be considered a screening method in diagnosing hypothyroidism in the described age group.

Key words: thyroid, ultrasonography, hypothyroidism, manifestation.

Streszczenie Wstęp. Pacjenci w podeszłym wieku stanowią szczególną grupę w praktyce lekarza rodzinnego. Znaczna część z nich manifestuje liczne objawy sugerujące niedoczynność tarczycy. Badanie ultrasonograficzne może być bardzo przydatne w diagnostyce tego schorzenia.

Cel pracy. Analiza częstości występowania objawów podmiotowych niedoczynności tarczycy w porównaniu z obrazem ultrasonograficznym gruczołu tarczowego u pacjentów po 65. roku życia.

Materiał i metody. Badana grupa składała się z 201 osób po 65. roku życia (154 kobiety, 47 mężczyzn). Kryterium włączenia do grupy był ujemny wywiad w kierunku przebytych chorób tarczycy. Przeprowadzono ankietę zawierającą 5 pytań dotyczących głównych objawów niedoczynności tarczycy. U wszystkich ankietowanych wykonano badanie ultrasonograficzne. Porównano wyniki badań ultrasonograficznych gruczołu tarczowego z danymi z ankiet.

Wyniki. U 149 pacjentów (74%) stwierdzono odchylenia od normy w badaniu USG tarczycy. Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności między liczbą objawów podmiotowych niedoczynności tarczycy a obecnością cech ultrasonograficznych zapalenia autoimmunologicznego oraz obecnością zmian ogniskowych. Analizując występowanie poszczególnych objawów podmiotowych zawartych w ankiecie, nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy częstości ich występowania w zależności od wyniku badania ultrasonograficznego.

Wnioski. Objawy niedoczynności gruczołu tarczowego są częste u osób powyżej 65. roku życia i mają ograniczoną przydatność w diagnostyce niedoczynności tarczycy w tej grupie wiekowej. Biorąc pod uwagę częstość występowania, istotny wpływ na jakość życia oraz małą swoistość objawów podmiotowych niedoczynności gruczołu tarczowego, powinno rozważyć się zastosowanie badania ultrasonograficznego tarczycy jako badania przesiewowego u osób powyżej 65. roku życia.

Słowa kluczowe: tarczyca, ultrasonografia, niedoczynność, objawy.

Introduction

Thyroid diseases are relatively common in people of advanced age. Hypothyroidism is estimated to be present in 2–7.4% of the over 60 years age group [1]. Due to their frequency and the possibility of many serious complications (deterioration of the atherosclerotic process, heart failure, arrhythmia, neurological disorders, depression and decompensation of diabetes) they constitute a serious problem in the GP's everyday practice [2–7]. Ultrasonography (US) is a useful method of diagnosing pathology of the thyroid gland. The sensitivity of ultrasound examination in diagnosing hypothyroidism is high and is estimated at 81% [8].

Material and methods

The studied group constituted of 201 individuals older than 65 years old who were residents of Pomeranian region. These were 154 women (77%), mean age 72 years and 47 men (23%), mean age 74.2 years. The patients reported for the examination voluntarily. A history of thyroid disease was used as an exclusion criteria. The patients filled in a questionnaire containing 5 queries concerning symptoms of hypothyroidism: fatigue, constipation, cold intolerance, dry skin, hair loss. All respondents had an ultrasound examination performed according to the protocol of Polish Ultrasound Society [9]. Diagnostic criterion for autoimmune thyroiditis (AT) was a decreased echogenicity of the gland compared to the neck muscles and a heterogeneous echo structure. Examination was performed using GE Logiq 3 expert, GE, Milwaukee, USA apparatus with a linear probe 8–12 MHz and convex 2–5 MHz. The results from the ultrasound examination were compared to the data obtained from the questionnaire. All examinations were performed with the consent of The Independent Bioethical Committee for The Scientific Researches of the Medical University in Gdansk.

Results

Abnormalities in the ultrasound examination of the thyroid were found in 149 individuals (74%).

The ultrasound image of thyroid gland and subjective symptoms of hypothyroidism in patients older than 65 years.

One patient presented with the average of 2.35 out of the listed 5 (47%) symptoms of hypothyroidism. There was no statistically significant

Table 1. Abnormalities in the ultrasound examination of the thyroid

Abnormalities	All patients (n = 201)	%
Focal changes	128	64
Autoimmune thyroiditis	21	10.5

Table 2. The frequency of subjective symptoms related to thyroid function in patients > 65 years age

Symptoms	All patients (n = 201)	%
Tiredness	144	72
Constipation	94	47
Cold intolerance	87	43
Dry skin	77	38
Hair loss	71	35

Table 3. The frequency of symptoms related to thyroid function disturbances in patients with and without the ultrasound features characteristic of AT

Symptoms	AT (n = 21)	%	non AT (n = 52)	%	p
Fatigue	15	71	39	75	0.47
Constipation	9	43	22	42	0.67
Cold intolerance	10	48	23	44	0.63
Dry skin	8	38	18	34	0.5
Hair loss	7	33	20	38	0.97

p value < 0.05 was considered statistically significant.

Table 4. The frequency of symptoms related to thyroid function disturbances in patients with and without focal changes (FC) of thyroid

Symptoms	FC (n = 142)	%	Without FC (n = 52)	%	p
Fatigue	99	70	39	75	0.59
Constipation	68	48	22	42	0.54
Cold intolerance	62	44	23	44	0.95
Dry skin	54	38	18	34	0.57
Hair loss	48	34	20	38	0.6

p value < 0.05 was considered statistically significant.

difference between the number of subjective symptoms of hypothyroidism and the presence of the ultrasound features of autoimmune thyroiditis ($p = 0.9$) and the focal changes ($p = 0.6$). Analysing the occurrence of the separate subjective symptoms included in the questionnaire, there was no statistically significant difference in their frequency depending on the result of the ultrasound examination.

Discussion

5 million of the population in Poland are adults over the age of 65 [10]. Analysing the epidemiological data, it can be assumed that several hundred thousand of them present with hypothyroidism. This seems a significant problem in the GP's practice. Thyroid gland disease in this age group tends to have an unusual course and symptoms notified by patients can be easily mistaken for a natural ageing process [1, 2]. Body weight increase or cold intolerance that are typical for young patients, in older individuals are uncommon. Some other symptoms of hypothyroidism are not significant and may not be present at all [11]. Furthermore, symptoms that can be related to thyroid disorders are common in this age group. The examined patients presented with an average of 2.35 out of 5 symptoms listed in the questionnaire. The following differences may be the reason for lack of conformity between the subjective symptoms of hypothyroidism and the ultrasound examination in the described project. The most common disturbance of thyroid gland function at this age is hypothyroidism resulting from the autoimmune thyroiditis (Hashimoto). In the examined group of patients, 10.5% of subjects met the ultrasound criteria for autoimmune thyroiditis, what is in accordance with the literature [12]. Hashimoto disease may be connected with many previously mentioned complications which can significantly impair the quality of life, especially in this age group. It can be successfully pre-

vented due to an early diagnosis and implementing an effective treatment. High sensitivity, fast diagnosis and lack of side effects make the ultrasound examination an extremely useful diagnostic device in the GP's practice, especially if the subjective symptoms are of a low significance when diagnosing hypothyroidism. It is worth noticing that even comparing thyroid echogenicity with the echogenicity of neck muscles and submandibular glands, which takes just a few seconds, allows the examiner to diagnosis hypothyroidism with a sensitivity of 81% [8]. This is an easy way to determine the group of patients to be subjected to further diagnosis. In summary, the process of diagnosing in the GP's office should be based on objective examination, performed by ultrasound image or laboratory investigations and not on the presence of subjective symptoms.

Conclusions

Hypothyroidism symptoms are frequent in subjects > 65 years of age and are not helpful in diagnosing hypothyroidism.

Taking into consideration the frequency of the hypothyroidism symptoms, the number of possible complications and their huge impact on the quality of life, ultrasound examination should be considered the screening method in diagnosing hypothyroidism in the described age group.

References

1. Hassani S, Hershman JM. *Thyroid diseases*. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, et al. editors. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1999: 973–989.
2. Hershman JM, Sawin CT. Prevalence of thyroid disease and abnormal thyroid tests in older hospitalized and Livingston EH, Yoshikawa TT. *J Am Geriatrics Society* 1987 Feb; 35(2): 109–114.
3. Jayme JJ, Landenson PW. Subclinical thyroid dysfunction in the elderly. *Trends Endocrinol Metab* 1994; 5: 79.
4. Landenson PW. *Cardiovascular consequences of clinical and subclinical hypothyroidism*. Heart and Thyroid Braverman LE, Eber O, Lang-Stegar W. Blackwell-MZV; 1994: 136.
5. Haggerty JJ, Prange AJ. Borderline hypothyroidism and depression. *Ann Rev Med* 1995; 46: 136.
6. Misiunas A, Niepomniszcze H, Ravera B, et al. Peripheral neuropathy in subclinical hypothyroidism. *Thyroid* 1995; 5: 283.
7. Monzani F, Del Guerra P, Carraccio N, et al. Subclinical hypothyroidism: neurobehavioral features and beneficial effects of L-thyroxine treatment. *Clin Invest* 1993; 71: 367.
8. Raber W, Gessl A, Nowotny P, Vierhapper H. Thyroid ultrasound versus antithyroid peroxidase antibody determination: a cohort study of four hundred fifty-one subjects. *Thyroid* 2002; 12(8): 725–731.
9. Jakubowski W. *Standardy badań ultrasonograficznych Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego*. Wyd. 2. Warszawa–Zamość; 2003.
10. Oleński J. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa: GUS; 2007. Dostępny na URL: <http://www.stat.gov.pl>
11. Doucet J, Trivalle C, Chassagne P, et al. Does age play a role in clinical presentation of hypothyroidism? *J Am Geriatr Soc* 1994; 42(9): 984–986.
12. Mohandas R, Gupta KL. Managing thyroid dysfunction in the elderly. Answers to seven common questions. *Postgrad Med* 2003; 113(5): 54.

The study was financed from the authors' resources.

Address for correspondence:

Dr n. med. Wojciech Kosiak

Klinika Chorób Nerek i Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży ACK UM

ul. Dębinki 7

80-211 Gdańsk

Tel.: (058) 349-28-84; 0501 777-482

E-mail: kwojtek@amg.gda.pl

Received: 5.05.2009

Revised: 2.09.2009

Accepted: 29.09.2009

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Causes of hospitalization of full-time university students
(gender group comparison)

Przyczyny hospitalizacji studentów (porównanie mężczyzn i kobiet)

AGNIESZKA MIZERSKA^{1, D, E, G}, RÓŻA CZABAK-GARBACZ^{2, A, D, F, H, I}, JOANNA SEKITA-KRZAK^{3, E, G},
MAŁGORZATA CHARYTANOWICZ^{4, B, C}, JANUSZ STĄŻKA^{5, A, F, H, I}, AGNIESZKA BURGHARDT^{2, B, C}¹ Department of Internal Diseases ZOZMNSW

Head: Jacek Grzywnowicz MD, PhD

² Department of Human Physiology of Medical University in Lublin, Poland

Head: Krystyna Lupa MD, PhD

³ Department of Histology and Embryology of Medical University in Lublin, Poland

Head: Barbara Jędrych MD, PhD

⁴ Department of Numerical Analysis and Programming, The John Paul II Catholic University of Lublin, Poland

Head: Ryszard Smarzewski, PhD

⁵ Department of Cardiac Surgery of Medical University in Lublin, Poland

Head: Janusz Stążka, MD, PhD

Summary Background. Full-time university students run a risk of many detrimental factors connected with their study which contribute to serious acute and chronic illnesses. They may be treated in outpatient polyclinics by primary care physicians and other specialists or hospitals in necessary situations. To date there has been a research conducted on the problem of students' morbidity, but to our knowledge no other study has yet evaluated the influence of gender of full-time university students on the causes of their hospital admissions and length of hospitalization.

Material and methods. Data from 1000 students' (481 male and 519 female) hospital admission records in six main hospitals in Lublin was obtained from one calendar year and analyzed.

Results. Several illnesses caused the hospitalization of both genders with similar frequency. Women were found to be hospitalized significantly more often due to diseases of digestive, musculoskeletal, endocrine, and nervous systems, as well as nutritional and metabolic diseases. Men, on the other hand, were hospitalized because of injuries, poisoning, and certain external consequences and diseases of the circulatory system.

Conclusions. Gender of full-time university students considerably influences their health and causes of hospitalization.

Key words: students, hospital admission, cause of hospitalization, hospitalization time, primary care physician.

Streszczenie Wstęp. Studenci narażeni są na działanie wielu niekorzystnych czynników związanych z tokiem studiów, co przyczynia się do powstania poważnych schorzeń o charakterze ostrym lub przewlekłym. W przypadku zachorowań leczeni są w przychodniach przez lekarzy rodzinnych lub innych specjalistów, a w niezbędnych sytuacjach również w szpitalach. W opublikowanych dotychczas badaniach zajmowano się już problemami związanymi z zachorowalnością studiującej młodzieży, ale według naszej wiedzy nie określono jeszcze wpływu płci na przyczyny i czasokres hospitalizacji studentów.

Materiał i metody. Analizie poddano wpisy do ksiąg przyjęć 6 szpitali miasta Lublin, dotyczące hospitalizacji 1000 studentów (481 mężczyzn i 519 kobiet), dokonane w ciągu jednego roku kalendarzowego.

Wyniki. Wiele schorzeń w jednakowym stopniu stanowiło przyczynę hospitalizacji studentów, niezależnie od płci. Zauważono jednak, iż studiujące kobiety były leczone znacznie częściej z powodu chorób przewodu pokarmowego, układu ruchu, wewnątrzwydzielniczego i nerwowego, jak również problemów metabolicznych, natomiast mężczyźni w związku z następstwami wypadków, zatruciami i działaniem czynników zewnętrznych oraz schorzeniami układu krążenia.

Wnioski. Płeć studentów ma istotny wpływ na ich zdrowie i przyczyny hospitalizacji.

Słowa kluczowe: studenci, przyjęcia do szpitala, przyczyny hospitalizacji, czas hospitalizacji, lekarz rodzinny.

Introduction

In the present Polish health care system, every patient regardless of age, sex, education, or job could be admitted to hospital after ambulatory intervention or after receiving a referral letter from doctors working in posts of public health service. Young people typically become clients of hospitals or outpatients polyclinics due to short-lasting but acute diseases while elderly people are hospitalized because of chronic long-term illnesses [1] such as diseases of circulatory system [2–4], stroke [1], osteoporosis [5, 6], dementia [7] or neoplasms [1].

Among young patients who ask for medical help and can be referred to hospitals are students. In Poland, full-time university students are usually people at the age of 18–30. They are not treated as a separate professional group and do not pay national insurance which is usually paid for by their parents. Many students live in student housing in multiple occupancy rooms and use kitchens, bathrooms, and toilets intended for many people and eat in student canteens. Intellectual work, often lasting a dozen or so hours a day, makes them less active physically and takes time away from time which could be devoted to relaxation. Irregular nutrition resulting from specific study timetable (often from morning to evening without long breaks, leaving no time for a complete meal during the day) and stress accompanying credits and exams are typical for studying people.

Students, similarly to their non-studying counterparts at the same age, try to be in vogue which may cause them to wear improper (too short and too thin) clothing and have dangerous habits, especially in the cold season like taking a shower early morning and going outside with wet hair and body. Additionally, many of them smoke [8] which contributes to serious diseases of respiratory system [9, 10]. Such illnesses occur more frequently in the winter [11] when most credits and examinations for the first autumn-winter term take place. Therefore students have to study very intensively to be able to continue education in the second spring-summer term.

In case of disease, Polish full-time university students look for doctors' help in specialized academic outpatient clinics during the academic year whereas during seasonal holidays or intra-term breaks in their living areas where they are mainly patients of family doctors. Therefore primary care physicians are involved with the management of consulting patients, providing a strong cornerstone for their therapy revolving around complication surveillance, diseases prevention, and motivation towards making healthy lifestyle choices, which often leads to reduction in frequency and

time of illness. In case of diseases requiring hospitalization, students receive referral letters to hospitals. To date there have not been sufficient studies on the problem of influence of studying and gender of full-time university students on the causative factors of their hospitalization. Therefore, the chosen target seems fully worth studying.

Material and methods

The research was carried out using retrospective hospital documentation analysis – main registers from six Lublin hospitals, including four whole-profile and two specialist hospitals (neuro-psychiatric and oncological). The research did not take into account extramural students for which study was secondary to other occupation, and thus were insured and registered in hospital documentation as working people. The study also did not include data for children's wards and maternity and gynaecological or high-risk pregnancy wards, where usually only women are hospitalized. The study was performed according to the Polish Law of Protection of Personal Data.

Data from patients between ages 18–30 admitted to hospital during one calendar year and discharged at a point during that year and/or the following year was analysed. Hospitalisation causes were classified according to the International Statistical Classification of Diseases and Health Problems (ICD-10) [12]. Statistical calculations were done using *Chi* square independence test.

Results

The subjects comprised 1000 hospitalized full-time university students – 519 women (52%) and 481 men (48%). The most frequent causes of their admissions to Lublin hospitals (Table 1) were injury, poisoning and other consequences of external causes, mental and behavioral disorders, and diseases of digestive, respiratory, and genitourinary systems. The main reasons of hospitalizations of studying men were injury, poisoning and other consequences of external causes, mental and behavioral disorders, and diseases of digestive, respiratory, and genitourinary systems. For studying women, diseases of digestive and respiratory systems, injury, poisoning and other consequences of external causes, behavioral and mental were main reasons for hospitalization.

Both gender groups were hospitalized in similar percentage because of diseases of respiratory system, mental and behavioral disorders, diseases of genitourinary system, diseases of the blood and blood-forming organs, certain infectious and parasitic diseases, neoplasm, disorders of the eye

Table 1. Comparison of causes of hospital admission of female and male full-time university students.
W – women ($n = 519$), M – men ($n = 481$), A – all students ($n = 1000$), NS – no significance

Cause of hospital admission	% of W	% of M	<i>p</i>	% of A
Certain infectious and parasitic diseases (A00–B99)	6	5	NS	6
Neoplasms (C00–D48)	8	7	NS	7
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism (D50–D89)	4	4	NS	4
Endocrine, nutritional, and metabolic diseases (E00–E90)	4	1	< 0.001	2
Mental and behavioral disorders (F00–F99)	9	8	NS	8
Diseases of the nervous system (G00–G99)	5	2	< 0.05	4
Disorders of the eye and adnexia (H00–H59)	3	5	NS	4
Diseases of the ear and mastoid process (H60–H95)	1	1	NS	1
Diseases of the circulatory system (I00–I99)	2	5	< 0.01	4
Diseases of the respiratory system (J00–J99)	9	10	NS	10
Diseases of the digestive system (K00–K99)	17	11	< 0.05	14
Diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00–L99)	5	3	NS	4
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (M00–M99)	6	2	< 0.01	4
Diseases of the genitourinary system (N00–N99)	8	8	NS	8
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00–Q99)	1	1	NS	1
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00–R99)	1	1	NS	1
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00–T98)	11	24	< 0.001	17
External causes of morbidity (V00–Y98)	0	0	NS	0
Factors influencing health status and contact with health service (Z00–Z99)	0	0	NS	0

and adnexia, diseases of the skin and subcutaneous tissue, diseases of the ear and mastoid process and congenital malformations, deformations, and chromosomal abnormalities.

Significantly more frequent causes of admissions to hospitals of studying women were diseases of the digestive system ($p < 0.05$), endocrine, nutritional, and metabolic diseases ($p < 0.001$), mental and behavioral disorders ($p < 0.05$) and diseases of the musculoskeletal system and connective tissue ($p < 0.01$), whereas of their counterparts diseases of the circulatory system ($p < 0.01$) and injury, poisoning and other consequences of external causes ($p < 0.001$).

Average time of hospitalization for both genders was similar (female – 11.2 days, male – 10.8 days) but maximum time of hospitalization was twice longer for men (219 days) than women (150 days).

Discussion

The most frequent cause of hospitalization of all investigated full-time university students were

injuries, poisoning, and certain other consequences of external causes. It is highly possible that those hospital admissions were consequences of accidents (road or other forms) and brawls, which often ended with injuries requiring shorter or longer stays in the hospital [13]. The percentage of such hospitalizations occurred twice as frequently in men than in women. This disparity could probably be explained by differences in brain structure, and thus in male and female mind. Men have a bigger propensity for risky behaviors, and make daring and dangerous decisions.

On the second place among causes of students hospitalizations were diseases of the digestive system. Generally every seventh person was hospitalized for this reason, but women more often probably due to their higher sensitivity to stress. Illnesses of the digestive system may be the consequences of a nervous and stressful student life [14, 15] caused by studying and also often irregular meals with inadequate nourishment. Additionally, accordingly to reports, women's distress often causes disturbances in regulation of appetite drive [16] and gastrointestinal motility [14, 17].

The third most frequent cause of hospitalization of all students was diseases of the respiratory system which were similarly frequent among women and men. Undoubtedly a big influence on the spread of these illnesses is smoking which is widespread in Poland, where 39% adult men and 19% adult women smoke regularly and most smokers are between the ages of 20–49 [18]. Such a situation is caused partially due to low prices of cigarettes and partially because of weak effectiveness of preventative actions – i.e. lack of prohibition of smoking in public places like in the USA.

Hospital admissions relating to diseases of endocrine, nutritional, and metabolic diseases were four fold more frequent in females than in males possibly because women are more prone to hormonal imbalances e.g. diseases of thyroid gland [19]. Similarly, studying women experienced more frequent causes of hospitalization due to musculoskeletal system, connective tissue, and nervous system diseases which could probably be explained by their susceptibility to disorders connected with stress – rheumatoid arthritis or neuroses and mental disorders [20].

The average time of hospitalization was similar for both gender groups; for women 11.2 days

while for men 10.8 days, but the maximum time of hospitalization differed and was longer for males (even 219 days) than females (150 days). These differences may be attributed to longer hospitalization of men in orthopedic wards and secondly in rehabilitation wards in which patients were hospitalized for longer time.

Conclusions

1. Many causes of hospitalization of Polish full-time university students were often similarly frequent and connected with their age and specificity of the study
2. The discovered differences in frequency of hospitalization caused by diseases of circulatory, digestive, musculoskeletal, endocrine and nervous systems, nutritional and metabolic diseases as well as injuries, poisoning, certain consequences of external causes indicated that the gender can considerably influence student health and causes of hospital admissions.
3. The average hospitalization time was similar for both gender groups, but the maximum time of treatment in hospitals depended on gender and was longer for male students.

References

1. Panaszek B, Machaj Z, Bogacka E, Lindner K. Chronic disease in the elderly. A vital rationale for the revival of internal medicine. *Pol Arch Med Wewn* 2009; 119: 248–253.
2. Montagnana M, Lippi G, Salvagno GL, et al. Role of biochemical risk factor and markers in the atherosclerosis process. *Recenti Prog Med* 2008; 99: 215–222.
3. Kostis JB. Antihypertensive Therapy with CCB/ARB Combination in Older Individuals: Focus on Amlodipine/Valsartan Combination. *Am J Ther* 2009 (in press).
4. Ministry of Health, Welfare and Labor, Statistics and Information Department. *Comprehensive survey of living conditions of the people on health and welfare 2004*. Tokyo: Health and Welfare Statistics Association; 2006.
5. Iwamoto J, Sato Y, Takeda T, Matsumoto H. Hip fracture protection by alendronate treatment in postmenopausal women with osteoporosis: a review of the literature. *Clin Interv Aging* 2008; 3: 483–489.
6. Ettinger MP. Aging bone and osteoporosis. Strategies for preventing fractures in the elderly. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2237–2246.
7. Strydom A, Hassiotis A, King M, Livingstone G. The relationship of dementia prevalence in older adults with intellectual disability (ID) to age and severity of ID. *Psychol Med* 2009; 39: 13–21.
8. Woloshin S, Schwartz LM, Welch HG. The risk of death by age, sex, and smoking status in the United States: putting health risks in context. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 845–853.
9. Omair A, Kazmi T, Alam S. Smoking prevalence and awareness about tobacco related diseases among medical students of Ziauddin Medical University. *J Pakistan Med Assoc* 2002; 52: 389–392.
10. Steptoe A, Wardle J, Cui W, et al. An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction* 2002; 97(12): 1561–1571.
11. Rosenthal BS, Wilson WC. Impact of exposure to community violence and psychological symptoms on college performance among students of color. *Adolescence* 2003; 38: 239–249.
12. Vesalius. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*. Kraków: Vesalius; 2006.
13. Bostrom I, Wladis A, Nilsson B. Injured moped riders who required admission to hospital in Sweden from 1987 to 1994. *Eur J Sur* 2002; 168: 360–365.
14. Alonso C, Guilarte M, Vicario M, et al. Maladaptive Intestinal Epithelial Responses to Life Stress May Predispose Healthy Women to Gut Mucosal Inflammation. *Gastroenterology* 2008; 135: 163–172.
15. Knowles SR, Nelson EA, Palombo EA. Investigating the role of perceived stress on bacterial flora activity and salivary cortisol secretion: A possible mechanism underlying susceptibility to illness. *Biol Psychol* 2008; 77: 132–137.
16. Epel E, Lapidus R, McEwen B, Brownell K. Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26: 37–49.

17. Dickhaus B, Mayer EA, Firooz N, et al. Irritable bowel syndrome patients show enhanced modulation of visceral perception by auditory stress. *Am J Gastroenterology* 2003; 98(1): 135–143.
18. Latański M, red. *Zdrowie publiczne*. Akademia Medyczna w Lublinie; 1999: 106.
19. Strieder TG, Prummel MF, Tijssen JG, et al. Risk factors for prevalence of thyroid disorders in a cross-sectional study among healthy female relatives of patients with autoimmune thyroid disease. *Clin Endocrinol* 2003; 59: 396–400.
20. Reijneveld SA, Crone MR, Verloove-Vanhorick SP. The effect of a severe disaster on the mental health of adolescents: a controlled study. *Lancet* 2003; 362: 691–696.

Address for correspondence:

Dr n. med. Agnieszka Mizerska

Oddział Wewnętrzny Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

ul. Grenadierów 3

20-331 Lublin

Tel.: (081) 728-55-79

E-mail: askibniewska@wp.pl

Received: 15.06.2009

Revised: 10.09.2009

Accepted: 29.09.2009

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

The importance of early detection of hearing impairments in the development of child's speech

Znaczenie wczesnego wykrywania wad słuchu dla rozwoju mowy dziecka

BOŻENA MROCZEK^{1, A-E}, JOANNA BICZAK^{2, B-D}, BEATA KARAKIEWICZ^{1, F, G},
IWONA ROTTER^{1, D, F}, JOANNA WASILEWSKA^{3, B}

¹ Zakład Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. PAM

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Opiekun Koła: dr n. hum. Bożena Mroczek

³ Centrum Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży oraz Osób Dorosłych z Uszkodzonym Słuchem w Szczecinie

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

Summary Background. Language communication is the most developed way of providing information. Exchange may be impaired by hearing defects. It is possible to restore efficiency of hearing in children with defects diagnosed in the infancy period and rehabilitation started between the third and sixth month of life.

Objectives. The aim of the study was to demonstrate the impact of early diagnosis and early rehabilitation on the child's speech development.

Material and methods. Diagnostic poll method realised with an interview, documentation analysis and Styczek I speech test was used. The sample was 110 children – participants of rehabilitation classes and 110 caretakers of these children, including 15 children with positive audioemission results as stated by infant screening, confirmed in the II^o diagnostic centre. Additionally the degree of hearing defect, the frequency of use of hearing apparatus and the time of commencement of rehabilitation was taken into account.

Results. Hearing defects were of acquired character in 79% of patients, inherited in 9%; in 12% of cases aetiology is unknown. Significant hearing damage was found in 36% of children, 27% – heavy, 14% – slight. Rehabilitation was commenced in 53% of children upon diagnosis. 49% of children fully understood the speech, including 80% with slight hearing damage and 43% with heavy. Active speech was fully used by 43% of children, including 80% with slight and 23% with heavy hearing damage. Low level was found in 21% of patients. Children not using hearing apparatus (8% patients) reached low level of active and passive speech.

Conclusions. The highest degree of active and passive speech development was found in children with hearing defects detected in the first quarter of life and rehabilitation commenced after confirming the defect in the II^o diagnostic centre.

Key words: hearing impairment, rehabilitation, speech development in a child.

Streszczenie Wstęp. Komunikacja językowa jest najbardziej rozwiniętym sposobem przekazywania informacji, a przeszkodą w wymianie jest uszkodzenie zmysłu słuchu. Istnieje możliwość przywrócenia sprawności narządu słuchu u dzieci, u których zdiagnozowano wadę w okresie noworodkowym i podjęto rehabilitację między trzecim a szóstym miesiącem życia.

Cel badań. Celem badań było wykazanie wpływu wczesnej diagnozy i wczesnej rehabilitacji na rozwój mowy dziecka.

Materiał i metody. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego realizowaną technikami: wywiadu, analizy dokumentacji, testu badania mowy Styczek I. Badaniami objęto 110 dzieci uczestników zajęć rehabilitacyjnych oraz 110 opiekunów tych dzieci, w tym 15 dzieci z dodatnim wynikiem audioemisji stwierdzonym badaniem przesiewowym w okresie noworodkowym, potwierdzonym w ośrodku diagnostycznym II^o. Dodatkowo uwzględniono stopień ubytku słuchu, częstość korzystania z aparatu słuchowego i czas podjęcia rehabilitacji.

Wyniki. Upośledzenie słuchu ma charakter nabyty u 79% badanych, dziedziczny – 9%, w 12% etiologia jest nieznana. Znaczny stopień uszkodzenia słuchu stwierdzono u 36% dzieci, u 27% – ciężki, u 14% – lekki. Rehabilitację podjęto u 53% dzieci z chwilą postawienia diagnozy. 49% dzieci wykazało się pełnym rozumieniem mowy, w tym 80% z lekkim stopniem uszkodzenia słuchu i 43% z ciężkim. Mowę czynną 43% dzieci opanowało

w pełni, w tym 80% z lekkim stopniem i 23% z ciężkim stopniem uszkodzenia słuchu. Niski poziom stwierdzono u 21% badanych. Dzieci, które nie korzystały z aparatów słuchowych (8% badanych), osiągnęły niski poziom mowy czynnej i biernej.

Wnioski. Najwyższy poziom rozwoju mowy biernej i czynnej uzyskały dzieci, u których wada słuchu została wykryta w pierwszym kwartale życia, a rehabilitacja podjęta w chwili potwierdzenia wady w ośrodku diagnostycznym II°.

Słowa kluczowe: wada słuchu, rehabilitacja, rozwój i kształcenie mowy dziecka.

Introduction

The process of linguistic communication is characteristic of human beings. F. de Saussure defined language (*langue*) as a system of signs, which serves for speaking, while speech (*langage*) was the name that he gave to human ability to use language [1]. Speech is not merely an effective means of communication – it is also how people perceive and organise the surrounding world in their minds. Speech is realised simultaneously on the three levels: biological, social and mental. In the biological aspect, a condition of efficient speech is that both hearing and speech organs function properly [2]. The social level defines the range of competence in using speech, and the mental sphere, as the French physician PhD Alfred Tomatis holds, indicates to the close relationship between a voice and the human psyche. As one of the more complex forms of the higher mental functions, speech is closely related to other mental activities e.g. cognitive processes and the emotional-volitional sphere [3]. A. Tomatis and T. Galkowski claim that analysis of hearing impairments always reveals their psychological causes. According to these authors some hearing disorders are caused by emotional problems. If children at an early stage of their life experience frustration during their first contacts with mothers, if they come into a bitter conflict with them and this situation continues, and if the signals which mothers send to them are extremely unpleasant, then children tend to reject such signals. On the other hand, hearing impairments have considerable effect on children's mental development, because they hinder verbal language acquisition. As a consequence, they reduce the amount of information that children receive and impede their social interaction. A success in using speech depends on the family and educational environment of a child as well as the social group that he/she belongs to. A deaf child communicates using different channels, among them lip-reading, sign-language and the oral-aural channel. Early diagnosis and rehabilitation, as well as modern hearing aids and prostheses are of great importance for verbal speech development. Amplifying acoustic signals, they facilitate reception of auditory impressions, and thus improve possibilities of speech development [3].

Hearing damage in the pre-linguistic period

makes it difficult or even impossible for a child to develop speaking skills [4, 5]. The hearing organ may be damaged as early as during intrauterine life. The first three months of pregnancy are characterised by particular foetal sensitivity to all kinds of external factors. Especially TORCH infections should be mentioned here. Babies in danger of hearing loss are those born before the 33rd week of pregnancy, neonates with low birth weight, developmental anomalies of the facial skeleton and all other kinds of congenital defects, also babies incubated for more than 10 days (the noise may be an injuring factor), infants with intracranial bleeding and those in need of a respirator-aided breath, and babies with pathological jaundice or hydrocephalus [5, 6]. Hypoacusis may be of the hereditary character (genetic defect). A factor causing hearing impairments, both in foetal life and after childbirth, is ototoxic drugs. Older children may become deaf as a result of severe bacterial infections (cerebrospinal meningitis, septicemia) and viral infections such as mumps [5].

In Poland, about 10–20 out of 10 000 of newborn babies have profound congenital hearing impediments. As many as 90% of the permanent, sensorineural hearing damage found in the 0–5-year-old children is either congenital or acquired in the neonatal period, while 10% is acquired in the later life. Statistics show beyond all doubt that hearing screening tests should be done in the whole neonatal population. These days in Poland, 95.5–98.8% of infants born alive undergo screening tests [7, 8]. In screening, the two types of tests are used: OAE (otoacoustic emissions) recording and ABR (auditory brainstem response) [9]. Following assumptions of the Programme, a child with the suspicion of bilateral hypoacusis should be diagnosed up to the 3rd month of life, because early detection of the defect combined with the selection of the right hearing aid and rehabilitation, based on the plasticity of the central nervous system and commenced between the 3rd and the 6th month of life, are the factors which make speech development possible [6].

Objectives

The aim of the study was to demonstrate an influence of early diagnosis and rehabilitation on

speech development in children with hearing defects.

Material and methods

The first stage of the study was realised with the diagnostic survey which involved documentation analysis and questionnaire completion. The second stage was based on the test for the measurement of child's speech development, whose results were used to prepare an individual rehabilitation programme.

The documentation of the hearing screening tests performed in Clinic of Pathological Obstetrics and Delivery and Clinic of Neonatal Pathology, the Pomeranian Medical University in the years 2003–2007, and also the documentation coming from The Diagnosis and Rehabilitation Centre of the Polish Association of the Deaf were analysed.

The tests were to determine the level of passive and active speech and the mastery of the language structure; auditory reception was supported by hearing aids and lip-reading simultaneously. Speech development was assessed with the test constructed by Irena Styczek, after its adaptation to particular age-dependent study groups [10]. Individual examinations based on a speech development test were performed in the presence of children's legal guardians (mothers or fathers). Both children and their parents were informed about the aim and the course of examinations. The children answered questions, asked by the testing person, indicating pictures and giving them names. The chosen words were known by the children and adjusted to their age, orders directed to the children were not repeated. Particular elements of speech were tested in the same order each time: passive speech, active speech, and language structure. All answers and executed orders were scored in the Logopedic Examination Card in accordance with a uniform scoring rules, each child could gain the same score for particular elements of speech, following a standard adjusted to his/her age. Each child could gain maximum 30 points. It was assumed that the score of 0–9 indicated a low level of speech development, the score of 10–20 – a middle level of speech development, and the score of 21–30 – a high level of speech development.

The survey addressed to the parents was based on the questionnaire prepared by B. Sawa [11]. The questions concerned the degree of and the reasons for hearing loss, the age at which the children lost hearing, started rehabilitation and received hearing aids, as well as the data about the rehabilitation process. The parents answered the questionnaire questions in the presence of the testing person.

Based on the documentation of the hearing screening tests performed in Clinic of Pathological Obstetrics and Delivery and Clinic of Neonatal Pathology, the Pomeranian Medical University in the years 2003–2007, positive results were noted in 922 newborn babies, out of whom 433 children were referred to the follow-up examination in the centre with the second reference level [12].

During the second examination performed in the clinics, 489 children had negative results.

The study based on the speech development test involved 110 children aged 1 to 7 years – participants of rehabilitation classes, including 15 with positive audio-emission results diagnosed in the screening tests performed in the neonatal period and confirmed in the diagnostic centre II°. Except for the children, their 110 caretakers also took part in the examination. The girls constituted 45% of the children examined, and the boys – 55%. The children came from a big city (Szczecin) – 80%, and from villages situated up to 100 km of Szczecin – 20%. In 90%, the children lived in the two-parent families, while 10% was brought up by mothers only.

Results and discussion

The relation between the degree of hearing loss, the use of hearing aids, the moment of rehabilitation commencement and the development of passive and active speech in deaf children was examined.

In the population analysed, acquired hearing impairments were observed in 79.3%, in 12% of cases aetiology was unknown, and 3% was genetically determined (children of deaf parents). The causes for hearing impediments included foeto-maternal incompatibility, infection with the rubella virus, premature labour, twin labour, prematurity, and respiratory disorders in the neonatal period. Additionally, the following babyhood diseases were found among the reasons for hearing defects: cerebrospinal meningitis, mumps, chronic ear inflammation and treatment with aminoglycosides (Fig. 1).

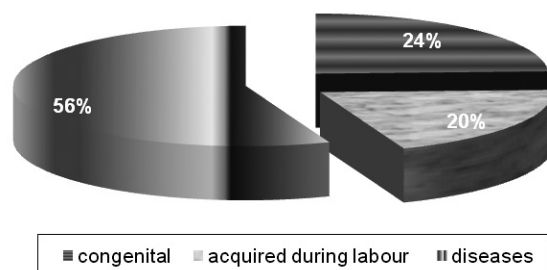


Figure 1. Reasons for hearing impairments

Based on the documentation analysis, the group of children (17.2%) was selected, who suffered not only from hearing loss but also disorders of psycho-physical development; additionally, the level of children's mental development was determined. The following co-existing defects were noted: anatomical defects of the speech organs – cleft palate (2), occlusion defects (1), psycho-motor hyperactivity (5), organic heart diseases (6), epilepsy (2), refraction errors (1), infantile cerebral palsy (1) and faulty posture (1). Developmental disorders undoubtedly contribute to a lower ability to learn and master passive and active speech.

The vast majority (90.1%) of the children examined were within the norms of intellectual development (II 100–120 of the Wechsler Scale), in 5.4% of cases, psychological examination revealed intellectual development above the accepted norms, and in 3.6% – below average II 80–100 of the Wechsler Scale (Tab. 1).

Hearing defects were diagnosed between the 7th and the 12th month of life in 46.4% of the children (Tab. 2). In 19% of cases, defects were confirmed between the 1st and the 6th month of life, and in 7%, the diagnosis was made when the children did not demonstrate speaking skills appropriate for their chronological and developmental age (the 2nd–3rd year of life). A high degree of hearing loss prevailed in the children examined (35.4%); the least numerous group was the one

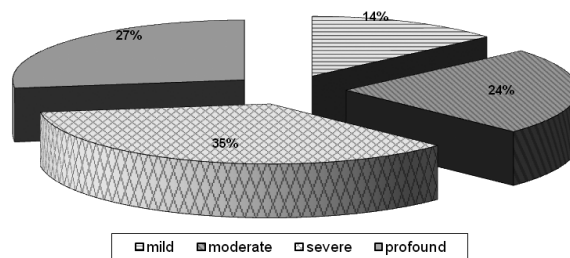


Figure 2. The degree of hearing loss

consisting of the hearing-impaired children with a low degree of hearing loss – 13.6% (Fig. 2).

The pattern of hearing aid usage was defined in terms of: permanent and systematic use, unsystematic use, non-use. As many as 72.2% of the children used hearing aids systematically, 19.1% – unsystematically, 8.1% did not accept hearing aids and prostheses (Tab. 3).

Rehabilitation was undertaken at the time of diagnosis by 52.7% of children, and by almost 11% – thirteen months later (Tab. 4).

The highest level of passive and active speech comprehension supported by lip-reading, was achieved by the children with a low degree of hearing loss, namely 25–40 dB. In the group of children with a low degree of hearing loss, an average result of the test for speech comprehension was 25.73, and an average result of the test measuring the ability to speak – 21.5. The group

Table 1. Children's mental development

The child's age at the moment of hearing defect diagnosis	Total		Mental development level					
			II < 120		II 100–120		II 80–100	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 st –6 th month of life	20	18.18	1	5.0	18	90.0	1	0.0
7 th –12 th month of life	51	46.36	4	7.8	45	88.2	2	3.9
13 th –24 th month of life	32	29.09	1	3.1	30	93.0	1	3.1
25 th –36 th month of life	7	6.36	–	–	7	100.0	–	–
Total	110	100	6	5.45	100	90.91	4	3.64

Table 2. The moment of diagnosis vs the degree of hearing loss

The child's age at the moment of hearing defect diagnosis	Total		Mild hearing loss 25–40 dB		Moderate hearing loss 40–55 dB		Severe hearing loss 55–70 dB		Profound hearing loss 70 dB or more	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 st –6 th month of life	20	18.18	3	15	5	25	6	30	6	30
7 th –12 th month of life	51	46.36	4	7.9	5	9.8	23	45	19	37.3
13 th –24 th month of life	32	29.09	7	21.8	12	37.5	8	25	5	15.7
25 th –36 th month of life	7	6.36	1	14.3	4	57.1	2	28.6	–	–
Total	110	100	15	13.6	24	23.6	39	35.4	30	27.2

Table 3. The use of hearing aids

The child's age at the moment of hearing defect diagnosis	Total		The use of hearing aids					
			systematically		unsystematically		non-use of hearing aids	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 st –6 th month of life	20	18.18	15	75.0	4	20.0	1	5
7 th –12 th month of life	51	46.36	38	74.0	8	15.8	5	9.8
13 th –24 th month of life	32	29.09	26	81.2	3	9.4	3	9.4
25 th –36 th month of life	7	6.36	1	14.2	6	85.8	–	–
Total	110	100	80	72.7	21	19.1	9	8.1

Table 4. The moment of hearing defect diagnosis and the date of commencement of rehabilitation

The child's age at the moment of hearing defect diagnosis	Total		The date of commencement of rehabilitation					
			immediately after the diagnosis		1–12 months after the diagnosis		13 months after the diagnosis	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 st –6 th month of life	20	18.18	11	55	8	40	1	5
7 th –12 th month of life	51	46.36	24	47	22	43.1	5	9.8
13 th –24 th month of life	32	29.09	22	68.7	7	21.8	3	9.3
25 th –36 th month of life	7	6.36	1	14.4	3	42.8	3	42.8
Total	110	100	58	52.7	40	36.6	12	10.9

of children with severe hearing loss attained an average score of 19.36 in speech comprehension supported by lip-reading, and 14.10 in speech usage. The high level of speech comprehension was achieved by 40% of children with mild and 43% with severe hearing loss. The results obtained are statistically significant ($p < 0.05$; $t = 3.05$). The differences in speech comprehension and speech usage observed in both groups were conditioned by the remaining hearing ability and not the chance factor. Good results were the consequence of early diagnosis (between the 7th and the 12th month of life), systematic rehabilitation and emotional support provided for children by their parents.

Development of speech comprehension, as well as the ability to differentiate between inflected forms and to use speech with correct articulation are greatly affected in deaf children by the frequency of using a hearing aid. Electroacoustic apparatus should be treated as a supporting device for rehabilitation of the deaf, because hearing prostheses amplify acoustic signals which facilitate reception of auditory impressions. The children using hearing aids systematically obtained an average score of 23.4 (63% of the highest possible score) in the test for speech comprehension and usage, while the group not using hearing aids – 12.5 (24% of the highest possible score).

The dependence of speech usage and comprehension on using hearing aids is statistically significant ($p < 0.05$; $t = 6.7$). The less frequently children apply hearing aids, the lower level of speech comprehension they achieve and the less correct articulation they use [13]. The group of children who attained the lowest score in the test included Karolina and Angelika, whose parents did not accept hearing aids, so the girls did not use them. The factor which has a favourable effect on using speech is an appropriate environmental impact and systematic rehabilitation of children by their parents as well as contacts with the Centre.

It was analysed how the moment of rehabilitation commencement affects speech comprehension, the ability to speak with correct articulation and to discriminate between inflected forms. The children who started auditory rehabilitation immediately after the diagnosis, but not later than before their 1st birthday, in 64.7% achieved a high level of speech comprehension, and in 42.7% demonstrated a well-developed ability to speak with correct articulation and to discriminate between inflected forms. An average score in speech comprehension was $X = 24.3$, and speech usage $X = 20.8$. A high level of competence in using speech was achieved in this group by early rehabilitation combined with systematic work at home. The parents were instructed how to work

with their children. The initial training with the children involved exercises with percussion instruments, observation how the children responded to sound signals and differentiated between speech and music and between musical instruments and animal sounds. The children whose rehabilitation started after two or more years from the time of diagnosis achieved 9.4 points of the highest possible score in two important areas, namely speech comprehension and speech usage.

Conclusions

1. The highest level of passive and active speech and the mastery of the language structure was achieved by those children, whose hearing de-

fects were detected and diagnosed between the 1st and the 6th month of life.

2. The degree of hearing loss is essential for the development of human speech.
3. Rehabilitation and hearing aids enable deaf children to communicate with their environment using oral speech supported by speech reading. However, the moment of starting rehabilitation and the manner of using a hearing aid are crucial.
4. Proper rehabilitation involves such elements as systematic work at home, where parents help children to understand passive and active speech and the structure of a language, systematic work in the rehabilitation centre and the right hearing aid, selected individually immediately after a defect was detected.

References

1. Saussure F. *Kurs językoznawstwa ogólnego*. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002: 7–12.
2. Klusek T. *Mowa dzieci klas IV–V z Publicznej Szkoły Podstawowej w Paszczynie*. [online]. Lublin; 2000 [cyt. 28.08.2008]. Dostępny w Internecie: <http://www.ppt.lap.pl/tk//download/mowa>.
3. Steinbach I. *Klangetherapie – Transformation durch heilende*. Sudergellersen: Klange Verlag Bruno Martin; 1990: 22–28.
4. Czajkowska-Kisil M. Język migowy jako przedmiot nauczania. *Audiologia* 2000; 6: 135–143.
5. Młynarska M, Smereka T. *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*. Warszawa: WSiP; 2000: 33–48.
6. Milewska-Bobula B, Świercz E, Radziszewska-Konopka M, et al. Znaczenie realizacji Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków dla wczesnego wykrywania niedosłuchu u niemowląt na podstawie wyników badań prowadzonych w Klinice Niemowlęcej Instytutu-Pomnika „Centrum Zdrowia Dziecka” w latach 1996–1999 i 2002–2006. *Post Neonatol* 2007; 2(12): 69–78.
7. Kamianowska M, Szczepański M, Janowicz J. Hałas w Oddziale Intensywnej Opieki Neonatologicznej jako czynnik ryzyka uszkodzenia słuchu oraz zaburzeń homeostazy noworodka. *Post Neonatol* 2008; 2(10): 120–126.
8. Skarżyński H, Mueller-Malesińska M, Kochanek K. 12 lat polskich doświadczeń w realizacji programu badań przesiewowych słuchu u noworodków i niemowląt. *Post Neonatol* 2003; 1: 59–64.
9. Gajewska E, Lachowski M, Szafrńska A, Mazur M. Czynniki ryzyka uszkodzenia słuchu u płodu i noworodka. *Klin Pediatr* 2000; 8: 345–349.
10. Obrębowski A. Niedosłuch a zaburzenia mowy u dzieci. *Otolaryngologia* 2004; 3(2): 51–54.
11. Minczakiewicz EM. *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*. Kraków: WSP; 1996.
12. Karasek-Sajbor B. *Diagnoza logopedyczna – studium przypadku*. [cyt. 4.04.2008]. Dostępny w Internecie: www.logopedia.pl
13. Achrem-Waszkinel D, Rudnicki J, Chilarska E, i wsp. Analiza powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków w Klinice Patologii Noworodka PAM. *Post Neonatol* 2007; 2(12): 72–78.
14. Kazon A., Klanek M. Wyniki wychowania słuchowego. *Świat Ciszy* 1999; 3: 9–10.
15. Panasiuk M. *Rozwój myślenia dzieci głuchych*. Warszawa: WSiP; 1990.

Address for correspondence:

Dr n. hum. Bożena Mroczek
Zakład Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu PAM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel.: (091) 480-09-20
E-mail: b_mroczek@data.pl

Received: 15.03.2009

Revised: 5.06.2009

Accepted: 29.09.2009

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Realizacja programu szczepień ochronnych u dzieci z wrodzonymi wadami serca**Realization of vaccination schedule among children with congenital heart defects**ANETA NITSCH-OSUCH^{1, 2, A-E}, MARIA BORZYMOWSKA^{2, A}, KAZIMIERZ A. WARDYN^{1, A-E}¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. med. Kazimierz A. Wardyn

² Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Wydział Zamiejscowy Pielęgniarstwa w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. Sławomir Jędrzejczyk

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

Streszczenie **Wstęp.** Wrodzone wady serca występują u około 1% noworodków i nie są przeciwwskazaniem do szczepień ochronnych, jednak często Program Szczepień Ochronnych (PSO) u tych dzieci realizowany jest nieprawidłowo.

Cel pracy. Ustalenie stopnia realizacji PSO w wybranej grupie dzieci z wrodzonymi wadami serca, ze szczególnym uwzględnieniem stosowania szczepionek zalecanych.

Materiał i metoda. Przeanalizowano dokumentację medyczną 60 dzieci w wieku 0–8 lat z wrodzonymi wadami serca. Ponadto przeprowadzono wśród rodziców dzieci ankietę zawierającą pytania dotyczące ich wiedzy na temat szczepień.

Wyniki. PSO został zrealizowany u 87% badanych dzieci, a u 40% stwierdzane były opóźnienia w jego realizacji. Najczęstszymi przyczynami opóźnień były: zabieg kardiochirurgiczny (31%), przedłużająca się hospitalizacja (33%), ostra infekcja (32%). 52% dzieci miało podane jedynie szczepionki obowiązkowe, 37% – zalecane skojarzone, a 10% – zalecane monowalentne. Spośród szczepionek monowalentnych najczęściej wybierane były: przeciw *Haemophilus influenzae* (42%), MMR (32%) i *Streptococcus pneumoniae* (13%). Większość rodziców wiedziała, że wada serca nie jest przeciwwskazaniem do szczepień, a głównym źródłem wiedzy dla nich był lekarz pediatra (dla 50%), lekarz rodzinny – tylko dla 12%.

Wnioski. PSO u dzieci z wrodzonymi wadami serca w większości przypadków realizowany jest prawidłowo, ale konieczne jest większe rozpowszechnienie stosowania szczepień zalecanych. Lekarz rodzinny powinien być bardziej zaangażowany w promowanie szczepień u dzieci z wrodzonymi wadami serca.

Słowa kluczowe: szczepienia, dzieci, wrodzona wada serca.

Summary **Background.** Congenital heart defects (CHD) occur in 1% of newborns. Heart defect is not a contraindication for vaccination but children with CHD have often difficulties with a realization of vaccination schedule.

Objectives. The aim of the study was to estimate realization of vaccination schedule among children with CHD.

Material and methods. The authors analyzed medical documentation of 60 children with CHD aged 0–8 years. They also asked their parents to fulfill the survey with questions concerning their knowledge about vaccinations.

Results. The authors found that the vaccination schedule was properly realized in 87% of children, but in 40% there were observed delays. According to medical documentation the reasons of delays were: cardiosurgery procedures (31%), prolonged hospitalizations (33%) and acute infections (32%). 52% of children had only obligatory vaccinations, 37% – recommended combined vaccinations. Only 10% of children with CHD had monovalent recommended vaccinations. Most of them chose vaccinations against *Haemophilus influenzae* (42%), MMR (32%) and *Streptococcus pneumoniae* (13%). Most of parents knew that congenital heart defects are not contraindications for vaccinations (80%). The main source of knowledge about vaccinations for parents was a pediatrician (50%) only for 12% of them – a general practitioner.

Conclusions. Realization of a vaccination schedule among children with diagnosis of CHD is on a high level but recommended vaccines should be more popular and chosen. Parents' knowledge about vaccinations is enough but they require more information concerning recommended monovalent vaccines. General practitioners should be more active in education of parents of children with CHD concerning vaccination schedule.

Key words: vaccinations, children, congenital heart defect.

Wstęp

W Polsce rocznie rodzi się około 0,8–1,2% dzieci z wrodzonymi wadami serca [1]. Dzieci z nieprawidłowym układem krążenia należą do grupy zwiększonego ryzyka zachorowań na infekcje, m.in. nawracające zakażenia dróg oddechowych [1, 2]. Dzieci z wrodzonymi wadami serca są w trudnej sytuacji, bo z jednej strony wymagają szczególnej troski i zapobiegania chorobom, w tym zakaźnym, co jest możliwe m.in. dzięki Programowi Szczepień Ochronnych (PSO), a jednocześnie realizacja PSO jest u nich utrudniona. Najczęstsze przyczyny nieprawidłowej, zwykle opóźnionej realizacji PSO u dzieci z wrodzonymi wadami serca to: hospitalizacja z powodu ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej, zwłaszcza w przebiegu wad przeciekowych, nawracające zapalenie płuc i inne infekcje dróg oddechowych, długotrwały pobyt w szpitalu i oczekiwanie na zabieg kardiologiczny, podaż preparatów krwipochodnych zawierających przeciwciała, tzw. ACP (*antibody containing products*), przedłużająca się hospitalizacja z powodu powikłań pooperacyjnych [1–3]. Wrodzona wada serca nie jest przeciwwskazaniem do szczepień ochronnych, niemniej jednak szczepić można tylko dzieci wydolne krążeniowo i oddechowo [2].

Cel pracy

Celem pracy była ocena realizacji PSO u dzieci z wrodzonymi wadami serca. Podjęto się próby określenia stopnia zaszczepienia dzieci zarówno szczepionkami obowiązkowymi, jak i zalecanymi. Celem było też określenie najczęstszych przyczyn opóźnień w realizacji PSO u dzieci z wrodzonymi wadami serca.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono od początku lipca do końca września 2008 r. w oddziale kardiologii dziecięcej w Warszawie. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę ordynatora oddziału. Metodą badawczą był autorski kwestionariusz badawczy, wypełniany dobrowolnie i anonimowo przez rodziców hospitalizowanych dzieci. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły sposobu realizacji PSO (szczepienia obowiązkowe, zalecane), najczęstszych przyczyn opóźnień szczepień i źródeł wiedzy rodziców na temat szczepień dzieci z wrodzonymi wadami serca. Przygotowano i rozdano do wypełnienia 60 ankiet, zwrótnie otrzymano 100%, które poddano dalszej analizie. 96% respondentów stanowiły matki (97%). Więk-

szość ankietowanych (88%) była w wieku 20 do 40 lat, z wykształceniem średnim (65%) lub wyższym (30%), mieszkających na wsi (40%) lub w mieście z liczbą mieszkańców < 100 000 (38%).

Podjęto próbę porównania wyników uzyskanych odpowiedzi od ankietowanych z analizą dokumentacji medycznej: książeczką zdrowia dziecka i historią choroby. Poddano analizie dokumentację 60 dzieci w wieku 0–8 lat, z których 53% to dziewczynki, a 47% chłopcy. Większość dzieci (52%) miało w przeszłości wykonywany naprawczy zabieg kardiologiczny.

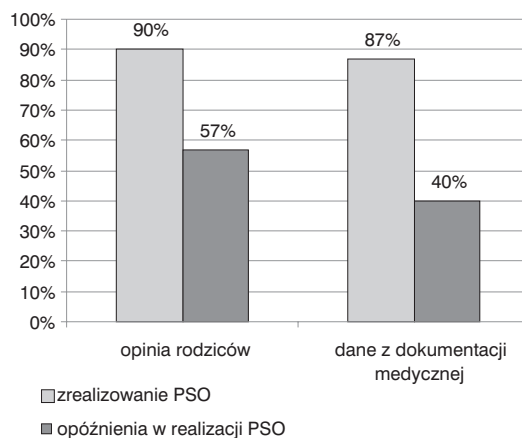
Wyniki

Z analizy książeczek zdrowia wynikało, że PSO został w pełni zrealizowany u 87% dzieci z wrodzonymi wadami serca, u 40% były stwierdzone opóźnienia w jego realizacji. Badani rodzice uważali, że PSO u ich dzieci został zrealizowany prawidłowo (90% respondentów) i planowo (57% badanych) (ryc. 1).

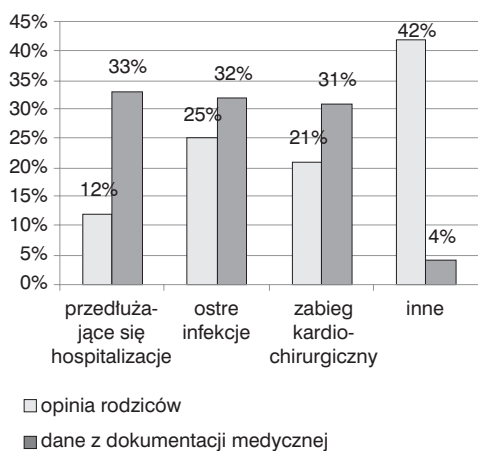
Zdaniem ankietowanych rodziców najczęstszymi konkretnymi przyczynami odroczeń szczepień były: ostra infekcja (25%), planowany lub przebyty zabieg kardiologiczny (21%). 42% ankietowanych rodziców nie potrafiło sprecyzować przyczyny opóźnienia w realizacji PSO. Na podstawie analizy historii chorób ustalono, że przyczynami opóźnień w realizacji PSO były: zabieg kardiologiczny (31%), przedłużająca się hospitalizacja (33%) lub ostra infekcja (32%) (ryc. 2).

Z analizy książeczek zdrowia wynikało także, że 52% dzieci było szczepionych tylko szczepionkami obowiązkowymi, 37% – zalecanymi skojarzonymi, 10% – zalecanymi monowalentnymi.

Spośród szczepionek zalecanych monowalentnych najczęściej wybierane były: przeciw *Haemophilus influenzae* (42%), odrze, śwince,



Rycina 1. Realizacja PSO w badanej grupie – opinie rodziców w porównaniu z danymi z dokumentacji medycznej



Rycina 2. Przyczyny opóźnień w realizacji PSO – opinie rodziców w porównaniu z danymi z dokumentacji medycznej

różyczce (32%), zakażeniom wywołanym przez *Streptococcus pneumoniae* (13%), *Neisseria meningitidis* (5%) i grypie (5%) (ryc. 3).

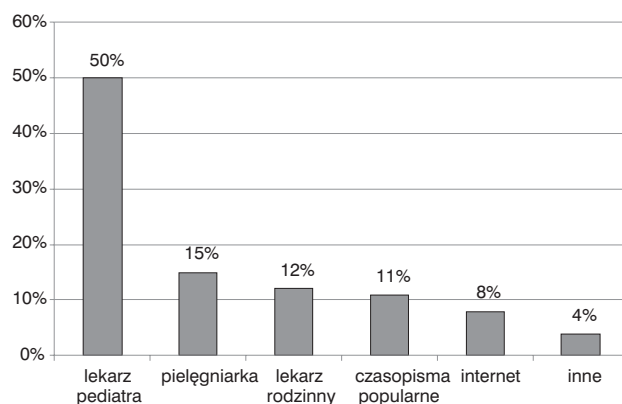
Większość rodziców oceniło stan swojej wiedzy na temat szczepień u dzieci z wadą wrodzoną serca jako dobry lub bardzo dobry (73%). Głównym źródłem wiedzy rodziców na temat szczepień u dzieci z wrodzoną wadą serca był lekarz pediatra (50%), w mniejszym stopniu pielęgniarka (15%) czy lekarz rodzinny (12%) (ryc. 4).

Dyskusja

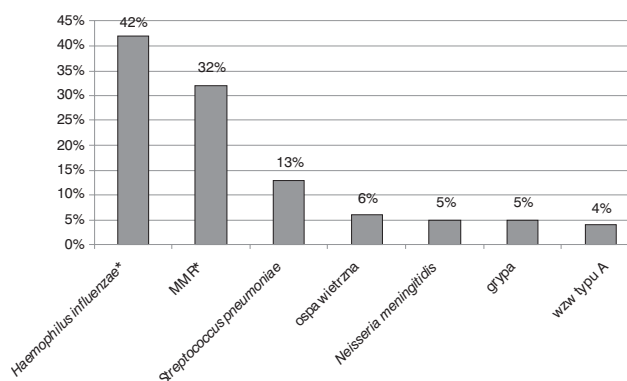
Celem pracy była ocena realizacji PSO u dzieci z wrodzonymi wadami serca. Zamierzony cel zrealizowano, określając stopień zaszczepienia wybranej populacji, ustalono ponadto główne przyczyny opóźnień realizacji szczepień u dzieci ze schorzeniami kardiologicznymi oraz zakres stosowania szczepień zalecanych.

Ze względu na to, że organizm dziecka jest obciążony wrodzoną wadą serca dzieci te szczególnie wymagają ochrony przed zachorowaniami na choroby, którym można zapobiegać za pomocą szczepionek [2, 3]. Dzieci z wrodzonymi wadami serca mogą być szczepione w okresie pełnej wydolności krążenia [2]. Szczepienia ochronne powinny być wykonane skrupulatnie, zgodnie z programem szczepień [2, 3].

Analiza książeczek zdrowia dowiodła, że większość dzieci z wrodzoną wadą serca (87%) miało zrealizowany PSO, choć w 40% obserwowano opóźnienia w jego realizacji. Podobne dane uzyskano, analizując wypowiedzi rodziców (odpowiednio 90 i 43%). Świadczy to o właściwym nadzorze nad realizacją PSO u dzieci z wrodzonymi wadami serca w badanej grupie oraz dobrej orientacji rodziców w problematyce szczepień u ich dzieci. Być może na ten dobry wynik miał



Rycina 3. Zalecane szczepienia monowalentne wykonane u dzieci z wrodzonymi wadami serca – dane z dokumentacji medycznej. * Przed wprowadzeniem do obowiązkowego programu szczepień ochronnych.



Rycina 4. Źródła wiedzy rodziców z wrodzonymi wadami serca o szczepieniach ochronnych

wpływ fakt, iż większość rodziców deklaruje posiadanie co najmniej średniego wykształcenia.

Spośród najczęściej wymienianych przez rodziców przyczyn opóźnień realizacji PSO były: ostra infekcja, zabieg kardiologiczny, długa hospitalizacja i było to w większości wypadków zgodne z danymi uzyskanymi na podstawie analizy dokumentacji medycznej. Uzyskane wyniki ponownie wskazują na prawidłowe podejście do realizacji PSO u dzieci z wrodzonymi wadami serca – opisywane przyczyny rzeczywiście mogą stanowić przejściowe przeciwwskazanie do szczepień ochronnych [1–3].

W wyniku analizy zapisów w książeczkach zdrowia stwierdzono, że wyłącznie szczepieniami obowiązkowymi (opłacanymi ze środków budżetowych) było szczepionych 52% dzieci, a szczepionkami zalecanymi skojarzonymi – 37%. Spośród tych ostatnich, preparatami najczęściej wymienianymi przez rodziców były typu „pięć w jednym” (skojarzona szczepionka przeciwko tężcowi, błonicy, krztuścowi, *poliomyelitis* i *Haemophilus influenzae*) lub „sześć w jednym” (skojarzona szcze-

ponka przeciwko tężcowi, błonicy, krztuścowi, *poliomyelitis*, *Haemophilus influenzae* i wzv typu B). Są to szczepionki płatne, a ich wybór przez ponad jedną trzecią rodziców może oznaczać, że posiadają oni właściwą informację na temat szczepień zalecanych skojarzonych, których podanie zmniejsza liczbę iniekcji, a więc redukuje liczbę wizyt u lekarza, zmniejsza stres i ból u dziecka.

Jedynie 10% dzieci z badanej grupy zostało zaszczepionych szczepionkami zalecanymi monowalentnymi, których zastosowanie pozwala na rozszerzenie PSO i zabezpieczenie dziecka przed dodatkowymi chorobami zakaźnymi, takimi jak te wywołane przez *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, rotawirusy, ospa wietrzna, wirusowe zapalenie wątroby typu A czy grypa.

Z przedstawionego zestawienia wynika, że około połowy dzieci zostało zaszczepionych przeciw zakażeniom Hib (42%), a jedna trzecia – skojarzoną szczepionką przeciw odrze, śwince, różyczce (MMR) – jako szczepionkami zalecanymi przed wprowadzeniem ich do obowiązkowego kalendarza szczepień. Jedynie 13% dzieci otrzymało szczepionkę przeciw pneumokokom, 6% przeciw ospie wietrznej, a przeciwko grypie, meningokokom, wzv typu A – od 4 do 5% dzieci. Stosowanie u dzieci z wrodzonymi wadami serca szczepionek zalecanych monowalentnych należy uznać więc za niewystarczające.

Najwięcej dzieci miało podanych szczepionkę przeciwko *Haemophilus influenzae* typu B, przy czym zaznaczyć należy, że od 2007 r. jest to szczepionka ujęta w obowiązkowym kalendarzu szczepień, a więc wszystkie dzieci chronione są przed tym poważnym zakażeniem. Podobna sytuacja występuje w przypadku skojarzonej szczepionki przeciw odrze, śwince, różyczce (MMR) – od 2004 r. jest to szczepienie ujęte w programie szczepień obowiązkowych (zastąpiło szczepionkę monowalentną przeciwko odrze).

Zdecydowanie zbyt mało dzieci uzyskało uodpornienie przeciwko pneumokokom (13%), podczas gdy choroby układu krążenia stanowią oczywiste wskazanie do tych szczepień [3–5].

Podobna sytuacja dotyczy szczepień przeciwko meningokokom – tylko 5% badanych dzieci z wrodzonymi wadami serca otrzymało takie szczepienie, a przecież większość z nich stanowiły dzieci w wieku < 5 roku życia, co plasuje je

w grupie ryzyka zachorowania, chociażby ze względu na czynniki epidemiologiczne [3, 6, 7].

Bardzo niski jest też odsetek dzieci szczepionych przeciw grypie (5%), podczas gdy zgodnie zaleceniami ACIP, dzieci z wrodzonymi wadami serca powinny być szczepione przeciw grypie co rok od 6. miesiąca życia, podobnie zresztą jak ich opiekunowie [8–10].

W badaniach własnych wykazano, że większość respondentów – rodziców dzieci z wrodzonymi wadami serca – ocenia swój poziom wiedzy na temat szczepień ochronnych na poziomie bardzo dobrym (38%) i dobrym (35%), co na pewno gwarantuje prawidłową realizację PSO u dzieci z wadami serca.

Stanowisko ankietowanych rodziców jest w większości zdecydowane – wrodzona wada serca nie stanowi przeciwwskazania do realizacji szczepień ochronnych (twierdziło tak 80% badanych).

Zadowolające jest to, że większość rodziców na pytanie o źródło informacji o szczepieniach wymieniła lekarza jako najbardziej kompetentne źródło informacji, ale dla połowy ankietowanych był to lekarz pediatra. Lekarz rodzinny jako źródło informacji o szczepieniach jest wymieniany z częstością taką samą, jak czasopisma popularne (12%), co jest sygnałem bardzo alarmującym i zjawiskiem niekorzystnym.

Rola lekarza rodzinnego w edukacji rodziców dzieci z wrodzonymi wadami serca powinna być większa, tym bardziej że zdobywa on wymaganą wiedzę wakcynologiczną w trakcie kształcenia przed- i podspecjalizacyjnego.

Wnioski

1. Program szczepień ochronnych w zakresie szczepień obowiązkowych był u większości dzieci z wrodzonymi wadami serca w badanej grupie realizowany prawidłowo.
2. Konieczne jest szersze zastosowanie u dzieci z wrodzonymi wadami serca szczepień zalecanych, zwłaszcza monowalentnych.
3. Konieczne jest większe zaangażowanie lekarza rodzinnego w promowanie szczepień ochronnych w grupie dzieci z wrodzonymi wadami serca.

Piśmiennictwo

1. Czajka H. Immunizacja bierna i czynna w opiece pediatrycznej u dzieci z wrodzonymi wadami serca. *Stand Med* 2008; 3: 299–304.
2. Kubicka K, Kawalec W. *Kardiologia dziecięca*. Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003: 21–56.
3. Wysocki J, Czajka H. *Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach*. Wyd. 1. Kraków: Wydawnictwo Help-Med; 2007: 18.
4. Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A. *Wakcynologia*. Wyd. 2. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Alfa-Medica Press; 2003: 124–139.

5. Preventing pneumococcal disease among infants and young children. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 2000; RR009: 1–38.
6. Talarek E, Duszczyk E. Immunoprofilaktyka zakażeń meningokokowych. *Zakażenia* 2008; 8(1): 90–94.
7. Prevention and control of meningococcal diseases. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 2005; 54(RR07): 1–21.
8. Brydak LB. *Grypa. Pandemia grypy mit czy realne zagrożenie?* Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Rytm; 2008.
9. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACVIP), 2008. *MMWR* 2008; 57(RR07): 1–60.
10. Sułat-Syncerek D, Borowska-Rybuś B, Woźniakowska-Gęsicka T. Grypa u dzieci. *Klin Pediatr* 2008; 16(1): 63–68.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Aneta Nitsch-Osuch

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a, blok F

02-097 Warszawa

Tel. (022) 599-21-90

E-mail: anitsch@amwaw.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.03.2009 r.

Po recenzji: 15.05.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Regional and environmental influence on prenatal screening in a group of 2629 gravidas from West Pomeranian Province of Poland, diagnosed between 2004–2006

Wpływ czynników regionalnych i środowiskowych na charakterystykę przesiewowych badań prenatalnych w grupie 2629 ciężarnych z Regionu Pomorza Zachodniego, diagnozowanych w latach 2004–2006

KRZYSZTOF PIOTROWSKI^{1, A, B, D-G}, WOJCIECH HALEC^{1, B}, KRZYSZTOF MĘDREK^{1, B}, ANNA TESAREK^{1, C, E}, ANNA OPSZAŁA^{3, C, E}, PIOTR UZAR^{2, B}, ZBIGNIEW CELEWICZ^{2, B}, STANISŁAW ZAJĄCZEK^{1, A, D, E, G}

¹ Unit of Cytogenetics, Department of Pathology, Pomeranian Medical University, Szczecin
Head: Stanisław Zajączek MD, PhD

² Feto-Maternal Medicine Clinic, Pomeranian Medical University, Szczecin
Head: Prof. Elżbieta Ronin-Walknowska MD, PhD

³ Regional Blood Donation and Health Care Centre, Szczecin
Head: Dorota Stępień MSc

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

Summary Objectives. Assessment of the impact of environmental and regional factors on parameters of screening, non-invasive prenatal tests.

Material and methods. In the years 2004–2006 2639 pregnancies from the Region of Western Pomerania were assessed in whom non-invasive prenatal screening tests were performed. Genetic risk assessment was based on a certified clinical ultrasound and biochemical tests of pregnancy-associated plasma protein PAPP-A and free subunit of β HCG in maternal blood in the “double test”, then the data were entered into a special spreadsheet application. In selected pregnant women at genetic risk, amniocentesis was carried out with determination, inter alia, fetal karyotype.

Results. Some biochemical parameters in maternal blood, such as β HCG, showed regional differences: in patients living directly at the seaside they were significantly higher than in patients from other areas of the region. A similar increase in the level of free β HCG occurred in patients treated with gestagens during pregnancy.

Conclusions. These changes may affect the false-positive values of calculated genetic risk, and thus interfere with a further qualification to amniocentesis. Standardization and audit of screening tests and appropriate certification of doctors enabled achieving a high accuracy of amniocentesis decisions (42.5% positive results).

Key words: regional differences, prenatal diagnosis, pregnancy outcome.

Streszczenie Cel pracy. Ocena wpływu czynników środowiskowych i regionalnych na parametry przesiewowych, nieinwazyjnych badań prenatalnych.

Materiał i metody. Oceniono 2639 ciąż z Regionu Pomorza Zachodniego z lat 2004–2006 poddanych nieinwazyjnym przesiewowym badaniom prenatalnym. Ocena ryzyka genetycznego oparta była na certyfikowanych badaniach USG i badaniach biochemicznych białka ciążowego PAPP-A oraz wolnej podjednostki β HCG we krwi matki w „teście podwójnym”, a następnie wprowadzeniu uzyskanych parametrów do specjalnych programów kalkulacyjnych. Na podstawie wyliczonego podwyższonego ryzyka genetycznego u wybranych ciężarnych przeprowadzano amniopunkcję z określeniem m.in. kariotypu płodu.

Wyniki. Niektóre parametry biochemiczne badania przesiewowego we krwi matki, jak β HCG, wykazywały różnice regionalne: u pacjentek zamieszkałych bezpośrednio nad morzem są znamienne wyższe niż u pacjentek z innych okolic regionu. Podobne podwyższenie poziomu wolnej β HCG występuje u pacjentek leczonych w ciąży gestagenami.

Wnioski. Zmiany powyższe mogą wpływać na fałszywie dodatnie wartości ostatecznie wyliczonego ryzyka genetycznego, a zatem i dalszą kwalifikację do amniopunkcji. Standaryzacja i audyt testów przesiewowych, jak i odpowiednia certyfikacja lekarzy, pozwoliła osiągnąć wysoką trafność decyzji o amniopunkcji (42,5% wyników dodatnich).

Słowa kluczowe: różnice regionalne, diagnostyka prenatalna, wyniki ciąż.

Introduction

Prenatal screening test help identify high genetic risk pregnancies that will subsequently undergo further invasive procedures. Typically, they comprise ultrasound examination of the fetus as well as the assessment of maternal serum PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) and free β HCG levels, together with their median control MoM value deviation [1–3]. Numerous factors influence those biochemical parameters, chief among them: age, weight, diet, drugs, tobacco, caffeine and alcohol consumption, as well as local variations such as ethnicity [4–7].

Objectives

The aim of the study was to assess the differences – including the regional ones – that might have influence on the prenatal screening diagnostic process. The study/analysis was based on the results of prenatal screening tests performed between 2004 and 2006 on 2629 pregnant women from West Pomeranian Province.

Material and methods

Between 2004 and 2006 non-invasive prenatal screening tests were performed on 2629 women from West Pomeranian Province in the Unit of Cytogenetics at the Department of Genetics and Pathology, Pomeranian Medical University. There was a negligible number of single cases where patients from the province had been tested in other centres. In the course of time in question, there were 48 237 deliveries. The study included 5.45% of all pregnancies resulting in a delivery. 992 patients (37.7%) over 35 years of age (with elevated *a priori* risk) have been included in the study group. The mean age was 31.2 years.

Medical history including age, weight, familial data pedigrees up to third degree relatives, accompanying diseases, drugs, tobacco, caffeine and alcohol consumption, gestational complications in the current pregnancy, as well as type, dosage and period of any drugs intake, was obtain-

ed. Retrospective analysis of the place of residence was also performed.

Biochemical risk markers – PAPP-A protein and free β HCG subunit – were assessed in the maternal serum that was obtained simultaneously with the ultrasound assessment. Electrochemiluminescence method was used for the biochemical analyses, Elecsys 2100 (Boehringer-Mannheim) in 2004 and Immulite (DPC) between January 2005 and December 2006. In accordance with the current protocols, medians of the examined parameters were updated as the subsequent tests in West Pomeranian Province population were being done. The final trisomy risk assessment was done with the use of PRISCA software with the cut-off risk value established at the level of 1:250. Patients with such result were offered the opportunity to have amniocentesis performed.

The accuracy of the test was verified by means of amniocentesis (80) and, in case of the remaining patients, by means of a follow-up (personal or phone interview both in hospitals and directly with the patients).

Results

In total, 2629 non-invasive prenatal screening tests were performed. Elevated risk, calculated on the basis of a complex non-invasive test (age, ultrasound examination and biochemical parameters), was diagnosed in 210 cases (7.9%) from the study group. The risk proved to be higher mainly due to anomalous biochemical markers in 194 cases (7.4%). In 14 pregnant women (0.53%) the only risk-elevating parameter was the ultrasound examination. Normal ultrasound allowed us to lower the ultimate risk to regular values in 99 pregnant patients and, consequently, high risk was diagnosed in 112 patients (4.2%): 65 over 35 years old (6.6% > 35 y) and 47 under 35 years old (2.8% < 35 y). 80 patients from the high-risk group (71.4%) underwent amniocentesis. Abnormal fetal karyotype was detected in 34 pregnancies. The abnormal fetal karyotype incidence was confirmed during an invasive procedure in 42.5% of the cases. 32 patients, however, did not consent to an invasive test even despite the high-risk pregnancy diagnosis obtained after the complex

Table 1. Levels of free β HCG in studied groups

Gravidas groups	N	Mean level of β HCG	p	SD	MoM of β HCG	p
Controls	964	1.26	reference group	0.7	1.1	reference group
Gestagens oral intake	58	2.58	$p < 0.001$	0.73	2.43	$p < 0.001$
Seaside inhabitants	30	3.87	$p < 0.001$	1.83	3.83	$p < 0.001$

test. In 18 cases no chromosomal aberrations was discovered in the newborns after the delivery and only those results were treated as false positive. Altogether we concluded that 54 results (48.2%) were false positive.

In case of the remaining 2581 patients in which the risk *a priori* was reduced, 4 false negative results were found: 3 children with the Down syndrome and 1 child with the Edwards' syndrome were born. In 2 cases children with false negative result of the prenatal screening were born with translocation trisomy.

Retrospective analysis, based on the data collected since 2005, revealed that 58 patients who took gestagens orally had 2.43 MoM value for free β HCG, in comparison to 1.3 mean MoM value for free β HCG in 1065 patients from the control group who did not take any medication. The difference proved to be statistically significant ($p < 0.05$). The members of the study group had taken dydrogesterone (derivative of a natural progesterone that is produced by ovaries and is essential for the proper development of an early pregnancy) orally, approximately 10 mg twice a day between 8th and 10th week of gestation, for 4 consecutive weeks. Dydrogesterone had been administered either due to bleedings in the early pregnancy, after assisted fertilization or in the event of threatening miscarriage.

We have also observed statistically significant difference ($p < 0.05$) in the levels of free β HCG (3.83 MoM) in 30 patients who lived directly at the seaside (Świnoujście, Międzyzdroje, Kołobrzeg, Mielno, Dziwnów, Darłowo), when compared to 1007 controls without any gestagens treatment, living in other regions of the country. The level of other tested protein, PAPP-A did not differ significantly between the groups.

Discussion

Non-invasive prenatal screening tests are supposed to single out pregnancies with an actual, age-independent higher risk of the three most common trisomies occurrence, namely Down syndrome, Edwards syndrome and Patau syndrome. Typically of any screening test, there may be false positive as well as false negative results. Each of the test elements may contribute to either result, which may lead to dangerous, expensive and emotionally burdening amniocentesis.

In the material described above, it was the results of the biochemical tests (194) rather than ultrasound screening (14), chief among them free β HCG subunit values, that pointed to elevated risk. In 99 cases the normal ultrasound assessment result did not correlate with the elevated biochemical analysis parameters, what had re-

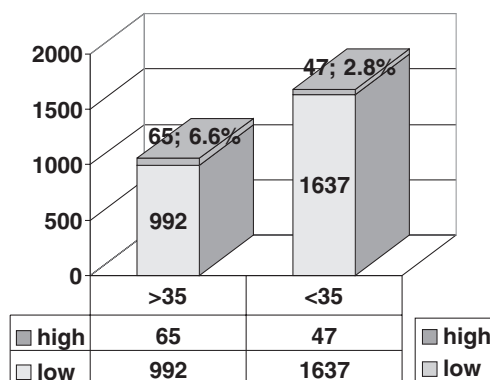


Figure 1. The proportions of high and low risk in prenatal screening

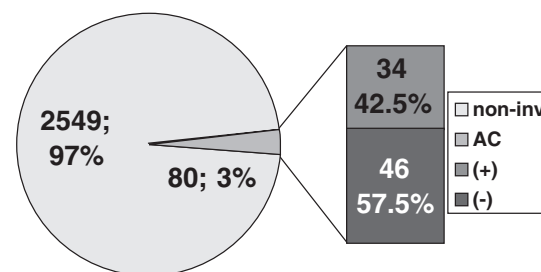


Figure 2. Results of invasive diagnostic

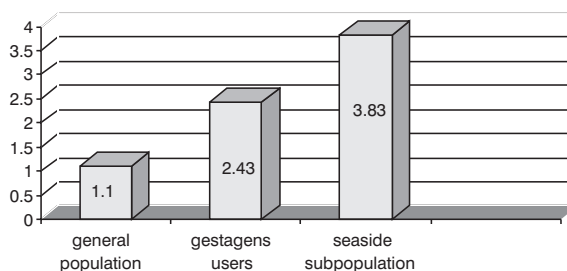


Figure 3. Observed differences in biochemical results

duced the primarily high risk. However, it has been proven beyond doubt that it is the application of all methods combined that guarantees optimal results [1, 2, 8].

In our centre we have based our analysis on verified ultrasound screening and biochemical tests and we have managed to achieve a high predictive indicator (42.5%) with a negative predictive value of 99.9%. Every second amniocentesis confirmed fetal aberration. A tendency to limit the number of expensive amniocentesis procedures has become a worldwide trend [9–11]. Nevertheless, a considerable number of false positive results, mostly due to high MoM value for free β HCG, remains a hindrance.

The influence of many different conditions on both, maternal serum markers levels and MoM corrections in calculation programs has been re-

ported repeatedly. Differences in HCG and free β HCG levels, dependent on ethnicity, weight, diet and tobacco consumption, have been reported/ascertained [5, 7]. Our observation that a symptomatic elevated level of β HCG occurs in women treated with dydrogesterone, has not yet been described. The mechanism of this influence remains unknown; possibly it is not only trophoblast cells which produce β HCG but also mononuclear cells (MNC) of the immune system that may secrete significant amounts of this protein. It is a well-known fact that the HCG from mononuclear cells stimulates the production of progesterone, which is essential in the early stages of a pregnancy, but the mechanism of the stimulation may in fact be bidirectional. The mechanisms in question have been described in detail only for the early development of the embryo [12–14].

Another one of our observations, concerning significantly elevated β HCG in patients living directly at the seaside, seems to be equally thought-provoking. HCG rise may have its origin in the mechanisms connected with physiological thyroid hormone dependent regulations in the early pregnancy and iodine concentration oversupply at the seaside areas [15]. It is a commonly known fact that in the course of a physiological pregnancy there occur typical of a pregnancy interactions between the supply of iodine, TSH and HCG activity what had been confirmed particularly in case of iodine deficiency [16–18]. The phenomenon of an oversupply has been relatively modestly investigated. Furthermore, it is possible that iodine coming from three different sources: supplements commonly taken during pregnancy, table salt and present at the seaside environment, may in fact accumulate in the body. Physiological thyrotoxicosis, present until 11th week of gestation, has been reported but the issue whether or not it occurs longer in patients from the coastal areas is unsolved. After all, high physiological thyrotoxicosis incidence has been reported in select parts of the world [19, 20]. There is no conclusive evidence that for example thyroxine-binding pro-

teins and certain receptors have a connection with HCG and its receptors but the question whether or not iodine itself is able to stimulate HCG remains to be answered.

Numerous research and data analyses were performed in large population groups, both continent-wise and in large ethnic groups, proving beyond doubt the existence of differences in HCG levels, which turned out to be significantly lower in Asians and Africans when compared to Caucasians. Levels of HCG also proved to be slightly lower in the Hispanic population for example, however, no such comparative analysis had been made among smaller subpopulations [5] although large ethnic groups are taken into consideration in many risk calculation programmes. These corrections are undoubtedly crucial for the assessment of the real risk, since overestimated MoM levels are the major reason for false positive results. Based on our results, it is safe to state that, similarly to large populations, there might also be differences among small subpopulations dependant on environmental factors.

Significant reduction of the necessity to perform invasive tests, owing to screening tests implementation, is both possible and desirable. Apart from proper procedures and repeatability, interfering factors such as natural biological as well as iatrogenic ones that may influence individual biochemical parameters, ought to be taken into consideration.

Conclusions

1. Oral gestagens intake and place of residence may influence free β HCG levels in the first trimester of a pregnancy.
2. Proper performance of non-invasive prenatal screening tests is a highly effective diagnostic method, on condition each result is interpreted and treated individually.

References

1. Cicero S, Bindra R, Rombouscoa G, et al. Integrated Ultrasound and biochemical screening for trisomy 21 using fetal NT, absent fetal NB, free β HCG and PAPP-A at 11 to 14 weeks. *Prenat Diagn* 2003; 23: 306–310.
2. Nicolaides KH. Screening for chromosomal defects. *Obstet Gynecol* 2003; 21: 313–321.
3. Toyama JM, Brizot ML, Liano AW, et al. Ductus venosus blood flow assessment at 11 to 14 weeks of gestation and fetal outcome ultrasound. *Obstet Gynecol* 2004; 23: 341–345.
4. O'Brien JE, Dvorin E, Drugan A, et al. Race-ethnicity-specific variation in multiple-marker biochemical screening: AFP, HCG, and Estriol. *Obstet Gynecol* 1997; 89(3): 355–358.
5. Muller F, Bussieres L. Maternal serum markers for fetal trisomy 21 screening. *Eur Jour Obstet Gynecol Reproduct Biology* 1996; (65): 3–6.
6. Cheng P, Chu D, Chueh H, et al. Elevated maternal midtrimester serum free β -human chorionic gonadotropin levels in vegetarian pregnancies that cause increased false-positive Down syndrome screening results. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 442–447.

7. Maymon R, Cuckle H, Sehmi IK, et al. Maternal serum human chorionic gonadotropin levels in systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Prenat Diagn* 2001; 21: 143–145.
8. Nicolaidis KH, Snijders RJ, Cuckle HS, et al. Correct estimation of parameters for ultrasound nuchal translucency screening. *Prenatal Diag* 1998; 18: 511–523.
9. Piotrowski K, Studniak E, Halec W, et al. The results of non-invasive and invasive prenatal examination in 2364 pregnancies diagnosed in two Different Centers. *Pol J Environmental Stud* 2006; 15(6B): 314–322.
10. Harris RA, Washington AE, Nease RF, et al. Cost utility of prenatal diagnosis and the risk-based threshold. *Lancet* 2004; 363: 276–282.
11. Fuchs KM, Peipert JF. First trimester Down Syndrome Screening: Public Health Implications. *Semin Perinatol* 2005; 29: 267–271.
12. Alexander H, Zimmermann G, Lehmann R, et al. HCG secretion by peripheral mononuclear cells during pregnancy. *Domestic Animal Endocrinol* 1998; 15(5): 377–387.
13. Lin J, Lojun S, Lei ZM, et al. Lymphocytes from pregnant women express human chorionic gonadotropin/luteinizing hormone receptor gene. *Mol Cell Endocrinol* 1995; 11: R13–R17.
14. Watanabe M, Iwatani Y, Keneda T, et al. Changes in T, B, and NK lymphocytes during and after normal pregnancy. *Am J Reprod Immunol* 1997; 37: 368–377.
15. Glinoe D. The regulation of thyroid function during normal pregnancy: importance of the iodine nutrition status. *Best Practice Res Endocrinol Metabol* 2004; 18(2): 133–135.
16. Glinoe D. Pregnancy and iodine. *Thyroid* 2001; 11(5): 471–481.
17. James E, Haddow, Monica R, et al. Variability in thyroid-stimulating hormone suppression by human chorionic gonadotropin during early pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93(9): 3341–3347.
18. Glinoe D, De Nayer P, Robyn C, et al. Serum levels of intact human chorionic gonadotropin and its free α and β subunits to maternal thyroid stimulation during normal pregnancy. *J Endocrinol Invest* 1993; 16: 881–888.
19. Yeo CP, Hsu D, Khoo C, et al. Prevalence of gestational thyrotoxicosis in Asian women evaluated in the 8th to 14th weeks of pregnancy: correlations with total and free beta human chorionic gonadotrophin. *Clin Endocrinol* 2001; 55: 391–398.
20. Bodzek P, Olejek A, Zamłyński J. Iodine excretion with urine and thyrotrophic hormone concentration in normal and complicated pregnancies in the industrial region of iodine deficiency. *Wiad Lek* 2006; 59(9–10): 612–617.

Address for correspondence:

Dr n. med. Krzysztof Piotrowski
Samodzielna Pracownia Cytogenetyki
Katedry Patologii PAM
ul. Połabska 4
71-115 Szczecin
Tel.: (091) 466-15-65, 0 602 457-838
E-mail: kjp@onet.pl

Received: 5.08.2009

Revised: 15.09.2009

Accepted: 29.09.2009

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Elsberg-Levy olfactometry in clinical practice

Olfaktometria Elsberga-Levy'ego w praktyce klinicznej*

MARCIN STRABURZYŃSKI^{1, A-G}, IWONA RZYMSKA-GRALA^{2, A, B, D, E},
KATARZYNA ŻYCIŃSKA^{1, A, D, E}, KAZIMIERZ A. WARDYN^{1, A, D}

¹ Department of Family Medicine, Internal and Metabolic Diseases, Nephrology Unit, Warsaw Medical University

Head: Prof. Kazimierz A. Wardyn MD, PhD

² 1st Department of Clinical Radiology, Warsaw Medical University

Head: Prof. Marek Gołębiowski MD, PhD

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

Summary Background. Elsberg-Levy olfactometry (ELO) is a popular method of olfactory thresholds measurement. However, some authors have formed a hypothesis that the flow of air used in this procedure may stimulate an olfactory-like sensation regardless of the odourant's presence.

Objectives. The aim of this study was to evaluate whether using ELO may lead to inaccuracy in the diagnostic of olfaction.

Material and methods. 110 patients aged 11 to 77 (mean age 45) were tested using ELO. In the described procedure three stimuli were used: vanilla (stimulating the olfactory epithelium), lemon (stimulating both the olfactory epithelium and the trigeminal nerve) and placebo (with influence on neither trigeminal nor olfactory nerve).

Results. In tests with placebo (no odourant) 75% ($p < 0.001$) of the group confirmed an olfactory-like sensation. In the obtained results lack of dependence between olfactory thresholds and age, sex or cigarette smoking was noted ($p > 0.05$). Nasal cavity polyposis occurrence was correlated with anosmia ($p < 0.001$).

Conclusions. ELO may provide false results of olfactory performance in some patients. It appears that a blast of air may create the impression of scent and ultimately render false negative results. Practitioners should avoid using this method as it may generate inaccurate results and eventually lead to the overlooking of serious olfactory disorders.

Key words: olfaction, trigeminal nerve, neurological examination.

Streszczenie Wstęp. Olfaktometria Elsberga-Levy'ego (ELO) jest często używaną metodą oceny progu węchowego. Tymczasem niektórzy autorzy zwracają uwagę, iż podmuch powietrza użytego w tej metodzie może samodzielnie wywołać odczucie zbliżone do zapachu.

Cel pracy. Ocena, czy zastosowanie ELO może prowadzić do nieścisłości w diagnostyce powonienia.

Materiał i metody. 110 pacjentów w wieku od 11 do 77 lat (średnio 45 lat) przebadano, używając ELO. W trakcie badania użyto trzech zapachów: wanilii (pobudzającej nabłonek węchowy), cytryny (pobudzającej zarówno nabłonek węchowy, jak i nerw trójdzielny) oraz placebo (nie oddziałujące na nabłonek węchowy ani nerw trójdzielny).

Wyniki. 75% pacjentów potwierdziło wrażenie zapachu w testach z placebo (bezzapachowych) ($p < 0,001$). Nie odnotowano istotnej statystycznej zależności między wynikiem badania węchu a płcią, wiekiem oraz paleniem tytoniu przez badanych ($p > 0,05$). Występowanie polipów jamy nosowej było skorelowane z anosmią ($p < 0,001$).

Wnioski. ELO może dostarczać nieprawdziwych wyników dotyczących powonienia niektórych pacjentów. Wydaje się, iż podmuch powietrza może prowokować wrażenie zapachu, a w rezultacie dawać fałszywie negatywne wyniki badania. Specjaliści powinni unikać stosowania tej metody ze względu na ryzyko uzyskania niedokładnych wyników, które mogą prowadzić do przeoczenia istotnych zaburzeń powonienia.

Słowa kluczowe: węch, nerw trójdzielny, badanie neurologiczne.

* Praca sfinansowana ze środków własnych autora(ów).

Introduction

General practitioners, otorhinolaryngologists and neurologists require a reliable diagnostic method of olfactory nerve function. The basic distinction runs between subjective (psychophysical) and objective tests (electrophysiological). Electrophysiological tests based on evoked response olfactometry or magnetic resonance, are still of low accessibility—mostly due to high examination costs and little experience in applying those methods in everyday practice [1, 2]. Therefore psychophysical tests are most popular in the clinical practice. The Elsberg-Levy olfactometry (ELO) has been introduced as a cost effective method of olfactory thresholds assessment [3, 4]. In some centers ELO modified by Pruszewicz has become a popular alternative to expensive commercial tests such as “Sniffin’ Sticks” or UPSIT [5–8]. Due to the fact that during ELO a compressed portion of odourant-saturated air is injected in the direction of the olfactory epithelium, this method is sometimes called “the blast injection method”.

Despite the many advantages of ELO, one may encounter an opinion that it may have limited value in clinical practice [4]. This is due to the hypothesis that in some cases the blast of odourant-free air may stimulate trigeminal nerve sensors and be misinterpreted as the presence of smell [9].

Objectives

The aim of this study was to evaluate whether using ELO may lead to inaccuracy in the diagnostic of olfaction.

Material and methods

110 patients aged 11–77 (mean age 45) were tested using the blast injection method. Among them there were 59 women (54%) and 51 men (46%). 39 persons (35%) were smokers. Age, sex, smoking cigarettes and sinonasal pathology were noted in each patient. In 23 patients (22%) bilateral nasal polyps were detected to maximum 2nd stage according to the Levine-May classification [10]. In the rest of the group no essential sinonasal pathology was confirmed on examination. Before the test patients were asked to express their opinion on the state of their olfaction. 21 (19%) patients complained of impaired olfaction; 44 (40%) persons described their olfactory function as normal and the remaining 45 (41%) patients as above average.

The study was based on the description of ELO in Pruszewicz’s modification [6]. Elsberg’s olfac-

tometer consists of a container with a solution of an odourant and a conveying drain with a clamp. The drain ends with a changeable metal tip, the size of which can be adapted depending on the size of the patient’s nostrils. It is important to select the proper size of the ending to provide a tight connection between the nostril and the conveying drain. The angle between the horizontal plane and the axis of the drain should be about 45 degrees. The defined volume of pure air was compressed in the container. The patient was asked to put the ending of the conveying drain in a nostril and hold his/her breath. The clamp on the conveying drain was released. The blast of the odourant-saturated air was decompressed in the nasal cavity so that it flew in the direction of the olfactory epithelium. After that the patient was allowed to breathe again. If the patient did not confirm olfactory sensation during the described process, the whole trial was repeated after about 30 seconds with volume increased by 1 cm³. The above described procedure was conducted until the patient confirmed an olfactory sensation. The last applied volume was noted as the detection threshold [6]. If there was no reaction to volume of 20 cm³ the result of the whole test was noted as negative. Negative result may suggest anosmia.

This trial was repeated for each substance in each nostril. There was a 2-minute break between each test [6]. The whole examination lasted around 30 minutes.

In the described test three odourants were used:

- vanilla – stimulating the olfactory epithelium,
- lemon – stimulating both the olfactory epithelium and the trigeminal nerve,
- placebo – without influence on neither the trigeminal nor olfactory nerve,

A statistical analysis of results was carried out with 95% confidence level ($p < 0.05$). For analysis of non-parametric values the Kruskal-Wallis one-way analysis of variance and Pearson’s chi-square (χ^2) test were used. Correlation of chosen parameters was evaluated and Spearman’s rank correlation coefficient was calculated.

Results

Tests with placebo resulted in 82 (75%) positive responses, which was statistically significant ($p < 0.001$). In other words, three quarters of patients confirmed an olfactory-like sensation in tests with no active odourant.

The analysis of tests with active odourants (lemon, vanilla) revealed that age, sex, cigarette smoking had no statistically significant ($p > 0.05$) influence on olfactory thresholds (Tab. 1). However, in the acquired material nasal polyps

Table 1. Results of lemon and vanilla tests

	Maximal	Minimal	Mean	Negative
Vanilla – right nostril	20 cm ³	1 cm ³	5.3 cm ³	15 (14.3%)
Vanilla – left nostril	20 cm ³	1 cm ³	4.5 cm ³	15 (14.3%)
Lemon – right nostril	16 cm ³	1 cm ³	4.9 cm ³	15 (14.3%)
Lemon – left nostril	20 cm ³	1 cm ³	4.3 cm ³	14 (13.3%)

seemed to be correlated with anosmia (negative results) in both vanilla ($p < 0.001$) and lemon ($p < 0.001$) tests. The results obtained for right and left nostrils did not differ significantly ($p > 0.05$).

Discussion

The occurrence of trigeminal stimulation during ELO has not been confirmed by scientific evaluation. Nevertheless, one may find an opinion that this may be the cause of low value of this method in the clinical practice. The authors of the study have noted that a flow of air without odour may create an impression interpreted as a scent. This misinterpretation may lead some patients to achieve better scores in ELO which leads to false negative results of the whole test procedure. The described above phenomenon can be observed in the placebo test. However, it is probable that it also appears in tests with vanilla and lemon. Eventually, it may lead to another aberration of results acquired in tests with active odourants, i.e. no influence on the olfactory performance of age, sex or cigarette smoking. Meanwhile, many studies have acknowledged a moderate to strong influence of these factors on odour perception [5].

Authors of this study believe that reducing the

risk of diagnostic errors in ELO would be possible by:

- Limiting the volumes of air used in the test to maximum 15 cm³, this may be achieved by increasing the concentration of used substances in the odour container.
- Applying single-staircase, multiple alternative forced choice procedure as in Sniffin'Sticks Extended Test [5].

However, should those methods be effective is a matter of further investigation in this area.

Despite the questions of ELO reliability in psychophysiological diagnostics it seems that the value of this method may be still high, especially as a way of applying stimulus in electrophysiological tests, i.e. when patient cannot or should not cooperate.

Conclusions

ELO may provide false results of olfactory performance in some patients. It appears that a blast of air may create the impression of scent and ultimately render false negative results. Practitioners should avoid using this method as it may generate inaccurate results and eventually lead to the overlooking of serious olfactory disorders.

References

1. Rombaux P, Mouraux A, Keller T, et al. Trigeminal event-related potentials in patients with olfactory dysfunction. *Rhinology* 2008; Sep; 46(3): 170–174.
2. Wada M. Measurement of olfactory threshold using an evoked potential technique. *Rhinology* 1999; 37(1): 25–28.
3. Elsberg C, Levy I. The sense of smell: A new and simple method of quantitative olfactometry. *Bull Neurol Inst NY* 1935; 4: 5–19.
4. Doty RL. *Practical approaches to clinical olfactory testing*. In: Seiden AM editor. Taste and smell disorders. New York: Thieme Medical Publisher; 1997; 38–51.
5. Hummel T, Kobal G, Gudziol H, et al. Normative data for the "Sniffin'Sticks" including tests of odour identification, odour discrimination, and olfactory thresholds: an upgrade based on a group of more than 3,000 subjects. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology* 2007 Mar; 264(3): 237–243.
6. Pruszewicz A. W sprawie badania powonienia i smaku. *Otolaryngol Pol* 1965; XIX(1): 29–32.
7. Rydzewski B, Pruszewicz A, Sulkowski WJ. Assessment of smell and taste in patients with allergic rhinitis. *Acta Otolaryngol* 2000; 120: 323–326.
8. Sulkowski WJ, Rydzewski B, Miarzynska M. Smell impairment in workers occupationally exposed to cadmium. *Acta Otolaryngol* 2000; 120: 316–318.
9. Benignus VA, Prah JD. Flow thresholds of nonodorous air through the human naris as a function of temperature and humidity. *Percept Psychophys* 1980; 27(6): 569–573.
10. Levine HL, May M. *Endoscopic sinus surgery*. New York: Thieme Medical Publisher; 1993: 38–39.
11. Seiden AM. *Taste and smell disorders*. New York: Thieme Medical Publisher; 1997: 4–9.

Address for correspondence:

Lek. Marcin Straburzyński

Katedra i Klinika Medycyny Rodzinnej

z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Banacha 1A

02-097 Warszawa

Tel.: (022) 599-21-90

E-mail: m.straburzynski@magazynorl.pl

Received: 10.08.2009

Revised: 10.09.2009

Accepted: 29.09.2009

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Przemoc w rodzinie dotycząca osób starszych. Badania własne na przykładzie pacjentów Praktyki Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu

Violence against elderly family members.
Patients from Wrocław Family Doctor Practice – own research

IZABELA WRÓBLEWSKA^{A-G}, ANDRZEJ STECIWKO^{A, G}

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu
Dyrektor: dr n. med. Lucyna Sochocka

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

Streszczenie **Wstęp.** Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem coraz powszechniej występującym i stała się poważnym problemem społecznym. Pojawienie się jej jest dowodem na zaburzenia równowagi emocjonalnej rodziny. Jest to jedno z najbardziej niepokojących zjawisk współczesnego świata.

Cel badań. Analiza częstości występowania przemocy w rodzinie u osób powyżej 65. r.ż. w populacji praktyki lekarza rodzinnego.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Modelowej Praktyce Lekarza Rodzinnego (PLR) we Wrocławiu w okresie od 4.05.2007 do 1.10.2007 r.

Wyniki. Spośród 2700 zadeklarowanych w tym okresie w PLR ankiety wypełniło 60 losowo wybranych osób w wieku powyżej 65. r.ż., w tym 37 kobiet i 23 mężczyzn. U 41,6% badanych stwierdzono różnego rodzaju zaniedbania ze strony opiekunów. 8,3% ankietowanych przyznało, że spotkali się w ostatnim czasie z poważniejszymi objawami przemocy ze strony najbliższych. Przemoc w rodzinie częściej dotyczy kobiet (10,7%) niż mężczyzn (7,36%).

Wnioski. Przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku występowania przemocy w rodzinie powinno dotyczyć zwłaszcza pacjentów w wieku podeszłym ze względu na ich szczególnie trudną sytuację, na którą znaczący wpływ mają licznie w tym wieku występujące schorzenia fizyczne i psychiczne.

Słowa kluczowe: przemoc, wiek podeszły, lekarz rodzinny.

Summary **Background.** Family violence is more and more often encountered. It becomes an important social problem. Its occurrence is a proof of disturbance in family emotional equilibrium, it is one of the most important worries of contemporary world.

Objectives. Estimation of the incidence of the family violence regarding people older than 65 yrs among the family doctor patients.

Material and methods. Research was conducted in the Representative Family Doctor Practice in Wrocław between 4.05.2007 and 1.10.2007.

Results. From the population of 2700 patients in Family Practice sixty randomly chosen people over 65 yrs filled up the questionnaire. There were 37 women and 23 men. In 41.6% responders some problems regarding proper care obtained at home were noticed. 8.3% admitted that they were victims of serious violent acts committed by family members. Women were more often victims of violence than men, 10.7 vs 7.36% respectively.

Conclusions. Screening to evaluate family situation regarding violence should take into account the elder population as they are more prone to be victims of this type of violence. It is connected both with the physical and mental problems of the elderly people.

Key words: violence, elder age, family doctor.

Mówiąc o przemocy w rodzinie, najczęściej mamy na myśli przemoc, jaką stosują rodzice wobec swoich dzieci. Rzadko zastanawiamy się nad tym, że różnego rodzaju przemoc może dotyczyć także innej słabszej grupy społecznej, jaką

są osoby starsze. Ich los jest szczególnie dramatyczny, ponieważ na sam fakt występowania przemocy nakładają się dodatkowo takie czynniki, jak: zły stan zdrowia, trudna sytuacja materialna, występowanie otępienia, które nie pozwalają

na czynne przeciwstawienie się agresorowi, a dodatkowo mocno ograniczają skuteczne poszukiwania pomocy na zewnątrz [1, 2].

Obecnie wiek podeszły jest jednoznacznie kojarzony z licznymi dolegliwościami psychicznymi i fizycznymi, a także z obrazem człowieka słabego, bezbronnego, osamotnionego i niezaangażowanego społecznie. W związku z tym osoby starsze coraz częściej stają się ofiarami.

Przemoc przybiera różne formy, które nie są zachowaniami rozdzielnymi, ale spotyka się je w różnych interakcjach. Rzadko występują w czystej formie jako:

- 1) przemoc fizyczna – agresywne zachowanie skierowane przeciw ciału ofiary prowadzące do bólu i obrażeń fizycznych. Wyróżniamy formy bierną i czynną: bicie, uderzanie, popychanie, szarpanie, kopanie, duszenie;
- 2) przemoc psychiczna (z trudnymi do oceny rozmiarami skrzywdzenia, ogromnym spustoszeniem w sferze emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej) – nie pozostawiająca widocznych śladów, wywołująca emocjonalny ból i cierpienie, o trudnym do ustalenia rozmiarze (werbalna): obrażanie i poniżanie, ograniczenie prawa do podejmowania własnych decyzji, upokarzanie, zastraszanie, ograniczanie kontaktów z innymi ludźmi, nadopiekuńczość;
- 3) nadużycia seksualne (z dotykiem, bez dotyku): gwałt, molestowanie, obnażanie się, zmuszanie do oglądania filmów i gazet o treściach pornograficznych;
- 4) nadużycia ekonomiczne (finansowe): zmuszanie do przepisywania dóbr, zmuszanie do zmiany testamentu, odbieranie pieniędzy, szantażowanie;
- 5) zaniedbania: niepodawanie leków, ograniczenie pożywienia, zaniedbywanie czynności higienicznych, zaniedbywanie wizyt u lekarza, brak opieki;
- 6) dyskryminacja: szykanowanie z powodu wieku i niepełnosprawności, zamykanie w domu, ograniczenie kontaktu z innymi ludźmi, ograniczenie dostępu do wspólnych pomieszczeń;
- 7) instytucjonalne: niedostosowany system, zaniedbania w procedurach [3, 4].

Cel pracy

Celem pracy była analiza częstości występowania przemocy w rodzinie u osób powyżej 65. r.ż. w populacji Praktyki Lekarza Rodzinnego.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Modelowej Praktyce Lekarza Rodzinnego przy ul. Syrokomli 1 we Wrocławiu, wykorzystując, przygotowany specjalnie w tym celu, test diagnostyczny oraz przeprowadzając wywiady z pacjentami i ich opiekunami.

Z populacji 2700 osób zadeklarowanych w Praktyce Lekarza Rodzinnego badania ankietowe przeprowadzono na losowo wybranych 60 osobach w wieku powyżej 65. r.ż. (37 kobiet – średnia wieku 70 lat i 23 mężczyzn – średnia wieku 67 lat). Wzięcie udziału w badaniach zaproponowano 96 osobom, z czego 36 pacjentów odmówiło.

Wyniki badań

Średnia wieku dla całej ankietowanej grupy wynosiła 69 lat. Badania wykazały, że 41,6% ankietowanych skarżyło się na zaniedbania ze strony swoich opiekunów, takie jak: niepodawanie leków, zaniedbywanie wizyt u lekarza czy brak opieki. Wynik ten nie jest w żadnej mierze zaskoczeniem, biorąc pod uwagę wiek oraz stan psychiczny (tab. 1) i fizyczny ankietowanych pacjentów. W nielicznych przypadkach pacjenci zgłaszali występowanie różnego rodzaju nadużyć (głównie ekonomicznych), a nawet przemocy.

Okolo 50% badanych pacjentów nie zgłaszało występowania żadnych problemów z opiekunami. Powodem tej sytuacji może być występowanie faktycznie sprzyjającej atmosfery domowego ciepła lub też niewiedza, strach czy wstyd. Z kolei 8,3% ankietowanych przyznało, że spotkali się w ostatnim czasie z poważniejszymi objawami przemocy ze strony najbliższych w formie przemocy fizycznej.

Badania dowodzą, że największe ryzyko do-

Tabela 1. Występowanie wcześniejszych zaburzeń psychicznych u ankietowanych pacjentów

	Liczba pacjentów ankietowanych	Liczba osób z występującymi wcześniejszymi zaburzeniami psychicznymi	Liczba osób bez wcześniejszych zaburzeń psychicznych
K	37	11	26
M	23	8	15
Ogółem	60	19	41

świadczenia przemocy dotyczy pacjentów w wieku 73–79 lat. Agresorem jest najczęściej syn w średnim wieku nadużywający alkoholu, a ofiarami są najczęściej kobiety. Najczęstszym motywem przemocy jest choroba i niedołęstwo, a następnie pogorszenie sytuacji finansowej rodziny. Najczęstszymi objawami krzywdzenia podawanymi przez badane starsze osoby były: poczucie upokorzenia, zniewolenie przez oprawcę, niska samoocena, obniżony nastrój, gniew wobec oprawcy i siebie, choroby psychosomatyczne, depresja, myśli i próby samobójcze.

Badani często zgłaszali wcześniejsze lub obecne występowanie chorób psychicznych (tab. 1). Prawie wszystkie z badanych osób deklarowały występowanie u siebie chorób internistycznych, ponad połowa ankietowanych deklarowała również występowanie obniżonego nastroju nazywanego przez nich „depresją”.

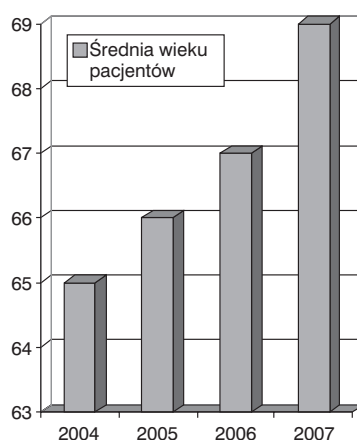
Najczęściej zgłaszaną przez badanych chęcią zmiany jest przyrzeczenie ze strony oprawcy, że zaistniałe zdarzenia nie będą miały miejsca w przyszłości.

W wyniku przeprowadzonej ankiety okazało się, że wśród osób powyżej 65. r.ż. aż 45% pacjentów ma znaczące objawy depresyjne. Badania wykazały wyraźny związek między występowaniem depresji a złym stanem zdrowia fizycznego. Wykazany związek dotyczył zarówno osób leczonych, jak i nieleczonych u lekarzy pierwszego kontaktu lub psychiatrów. Objawy somatyczne występują dużo częściej u pacjentów deklarujących występowanie przemocy w rodzinie niż u pacjentów wolnych od tego zjawiska.

Wyniki ankiet i rozmów z pacjentami dowodzą, że niektóre objawy subiektywne, takie jak ból czy niska samoocena zdrowia, występują częściej u osób narażonych na przemoc.

Populacja pacjentów PLR jest populacją zmienną, z przewagą osób starszych. Pacjenci mają możliwość wpisywania się i wypisywania z przychodni. W 2004 r. średnia wieku pacjentów PLR wynosiła 65 lat, w 2005 r. – 66 lat, w 2006 r. – 67 lat, a w 2007 r. – 69 lat (ryc. 1).

Wśród 37 ankietowanych pacjentów płci żeńskiej u 11 osób występowały wcześniejsze zabu-



Rycina 1. Średnia wieku pacjentów PLR w latach 2004–2007

żenia psychiczne, nie występowały one u 26 kobiet z tej grupy.

Wśród 23 ankietowanych pacjentów płci męskiej u 8 osób występowały wcześniejsze zaburzenia psychiczne, a u 15 objawów takich nie było (tab. 1).

Wśród 60 ankietowanych pacjentów badania wykazały występowanie różnych form przemocy. U badanych rzadko występowała tylko jedna z wymienionych form przemocy. Najczęściej pacjenci skarżyli się na różnego rodzaju zaniedbania – 41,66% badanej populacji. Przemoc częściej dotyczyła kobiet niż mężczyzn (tab. 2).

Wnioski

Przemoc to problem wielowymiarowy i wielowątkowy. W Polsce nie ma jeszcze tradycji leczenia agresji domowej. Pomoc niesiona przez osoby z zewnątrz ma najczęściej charakter doraźnej pomocy psychologicznej mającej na celu zwiększenie kompetencji osoby, której pomagamy, uczynienie z niej człowieka zdolnego do przejęcia odpowiedzialności za swoje życie. Nie jest to proste zadanie, ponieważ w definicji rodziny jest już zawarta jej ważna cecha, jaką jest suwerenność. Rodzina z założenia powinna sama rozwiązywać swoje problemy i chronić się przed ingerencją z zewnątrz.

Rozpoznanie symptomów przemocy w rodzi-

Tabela 2. Występowanie różnych form przemocy u ankietowanych pacjentów

Formy przemocy	Kobiety	Mężczyźni	% badanej populacji
Przemoc fizyczna	4	1	8,33
Przemoc psychiczna	5	4	15
Nadużycia seksualne	1	0	1,66
Nadużycia ekonomiczne	9	7	26,66
Zaniedbania	15	10	41,66
Dyskryminacja	8	7	25
Instytucjonalne	3	2	8,33

nie jest stosunkowo łatwe, ale jedynie dla osób dobrze znających rodzinę. Jest jednocześnie bardzo trudne dla okazjonalnych wizytatorów, szczególnie tych, którzy nie mają odpowiedniego przygotowania teoretycznego. Duża odpowiedzialność spoczywa na lekarzach pierwszego kontaktu jako na osobach mających bezpośredni i stosunkowo częsty kontakt ze starszymi ludźmi. Badając problem, należy pamiętać o w miarę obiektywnej ocenie sytuacji z uwzględnieniem zarówno praw opiekunów, jak i pacjentów. Liczne choroby psychiczne i fizyczne dotyczące obu tych grup mogą powodować zaburzenie obrazu realnej sytuacji, sprawiając tym samym problemy diagnostyczne.

Wciąż nie wiadomo, czy wzrost zarejestrowanych zdarzeń przemocy jest spowodowany wzrostem realnych zagrożeń, czy też zwiększeniem się ich wykrywalności. W związku z powyższym realna ocena zjawiska nadużyć w stosunku do ludzi w wieku podeszłym jest bardzo trudna.

Wydaje się konieczne prowadzenie statystyk

nie tylko policyjnych, lecz także medycznych dotyczących omawianego zjawiska. Jest to krok w kierunku uświadomienia sobie skali problemu i podjęcia różnego rodzaju działań prewencyjnych. Powszechna akceptacja wobec picia alkoholu, a także głęboko zakodowany w polskim społeczeństwie patriarchalny typ rodziny oraz znaczna skłonność do agresji powodują, że w wielu domach dochodzi do aktów przemocy wobec najsłabszych członków, a więc dzieci i osób starszych. Skargi tych ostatnich często nie są traktowane poważnie przez obiektywnych słuchaczy, np. lekarzy pierwszego kontaktu. Są interpretowane jako omamy i urojenia. Jeśli pacjent ma dodatkowo trudności w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych i ma zaburzenia emocjonalne, praktycznie nie ma możliwości przedstawienia swojej tragicznej sytuacji. Stąd znaczny nacisk należy położyć na wnikliwe i obiektywne badanie sytuacji podopiecznego. Ma to na celu wychwycenie każdego potencjalnego aktu przemocy.

Piśmiennictwo

1. Dąbrowski K. *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: PWN; 2002: 38, 73, 234–265.
2. Baumann K. Osoby w okresie późnej dorosłości jako ofiary nadużyć. *Gerontol Pol* 2006; 14, 3: 119.
3. Kuźma J, Szarota Z. *Agresja i przemoc we współczesnym świecie*. Kraków: WSP; 2003: 185–285.
4. Pospiszył I. *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP; 2001: 104–113.
5. *Raport o sytuacji polskich rodzin*. Pełnomocnik Rządu ds. Rodziny. Warszawa: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów; 2006: 288.

Adres do korespondencji:

Mgr Izabela Wróblewska

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

Tel.: (077) 44-10-882

E-mail: izzabela@op.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.06.2009 r.

Po recenzji: 10.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

The women's span of knowledge about chronic venous disease

Wiedza kobiet na temat przewlekłej choroby żyłnej

RENATA ZUBILEWICZ^{1, A-F}, IWONA CHMIEL-PERZYŃSKA^{1, A, B, D-F}, MAREK DERKACZ^{2, A, B, D-F}, JANUSZ SCHABOWSKI^{1, E}

¹ Family Medicine Department, Medical University of Lublin, Poland

Head: Prof. Janusz Schabowski MD, PhD

² Department of Endocrinology, Medical University of Lublin, Poland

Head: Prof. Andrzej Nowakowski MD, PhD

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

Summary Background. Chronic venous disease (CVD) is common especially in women.

Objectives. The aim of the study was to assess the span of knowledge concerning CVD among 156 women.

Material and methods. The study was carried out with a multiple choice query containing closed questions checking the knowledge about CVD. Family history showed 50% prevalence of CVD in respondents' families.

Results. The most often pointed modifiable risk factors were: overweight, obesity, high-heeled footwear, sitting and standing position at work, pregnancy, crossing legs. Every fifth woman wrongly pointed the physical activity as a risk factor of CVD. Only 3% correctly pointed all risk factors. 39% properly pointed from 6 to 10 and 57% pointed not more than 5 risk factors of CVD. More than a half of respondents assessed the CVD as a severe disorder essentially worsening the quality of life. Every third respondent pointed the risk of development of the ulcerations. The most often pointed subjective symptoms were: telangiectasias, feeling of heavy legs and night cramps.

Conclusions. The knowledge of modifiable risk factors of CVD is insufficient, even in cases of presence of symptoms suggesting suffering from CVD.

Key words: chronic venous disease, knowledge, risk factors, women.

Streszczenie Wstęp. Przewlekła choroba żylna (CVD) jest często spotykanym schorzeniem zwłaszcza u kobiet.

Cel pracy. Ocena wiedzy dotyczącej CVD w grupie 156 kobiet.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono z użyciem kwestionariusza zawierającego pytania zamknięte, wielokrotnego wyboru dotyczące wiedzy na temat CVD.

Wyniki. Rodzinne występowanie CVD stwierdzono u 50% badanych. Do najczęściej wymienianych modyfikowalnych czynników ryzyka należały: nadwaga, otyłość, noszenie obuwia na wysokim obcasie, praca w pozycji siedzącej i stojącej, ciąża, zakładanie nogi na nogę. Co piąta kobieta błędnie wskazała aktywność fizyczną jako czynnik ryzyka CVD. Tylko 3% respondentów poprawnie wskazało wszystkie czynniki ryzyka. 39% prawidłowo wskazało od 6 do 10, a 57% wymieniło nie więcej niż 5 czynników ryzyka CVD. Ponad połowa respondentek oceniła CVD jako poważne schorzenie istotnie pogarszające jakość życia. Co trzecia respondentka wskazała na ryzyko rozwoju owrzodzeń. Do najczęściej wskazywanych subiektywnych objawów CVD należały: teleangiectazje, uczucie ciężkich nóg oraz kurcze nocne.

Wnioski. Wiedza kobiet dotycząca modyfikowalnych czynników ryzyka CVD jest niewystarczająca, nawet w przypadku respondentek mających objawy sugerujące występowanie CVD.

Słowa kluczowe: przewlekła choroba żylna, stan wiedzy, czynniki ryzyka, kobiety.

Introduction

Chronic venous disease (CVD) is a common and important medical problem that causes significant morbidity. CVD is often in general population, especially in women. Venous ulcers have slight female predominance, with a variable fe-

male-to-male ratio ranging from 1.5:1 to 10:1 [1]. In the United States alone, 5 million individuals have venous disease and approximately 500 000 men and women have chronic venous ulcers [2]. 47% of Polish women and 37% of Polish men suffer from CVD [3, 4]. In most cases the disease reaches advanced stages [4].

Objectives

The aim of the study was to assess the women's knowledge concerning CVD.

Material and methods

The study was carried out with a multiple choice query containing closed questions. The questions checked the knowledge concerning modifiable risk factors for CVD and the presence of symptoms of CVD in queried women. 156 never treated because of CVD women were queried. An average age was 44.5 ± 16 years. 19% of women were below 30 years old, 68% between 31–65 years old and 13% over 65 years old. 14% had primary education, 47% secondary education or vocational training and 39% had a university degree. Family history showed 53.8% prevalence of CVD in respondents' families.

Results

The most often pointed modifiable risk factors were: overweight and obesity (85%), high-heeled footwear (73%), standing and sitting position at work (71% and 61% respectively), pregnancy (58%) and crossing legs (51%). Rarer pointed factors were: long journeys by car or plane (40%), oral contraceptives (30%), using depilatory wax (17%), underfloor heating (11%). Every fifth woman wrongly pointed the physical activity as a risk factor for CVD. Only 3% correctly pointed all risk factors. 39% properly pointed from 6 to 10 risk factors for CVD. The knowledge about modifiable risk factors positively correlated with the education level ($p < 0.05$) and was more extensive in women above 30 years old. More than half of the respondents below 65 years old assessed CVD as a severe disorder essentially worsening the quality of life. Elderly women considered CVD as an especially serious disease. Every third respondent pointed CVD as the risk factor of development of the ulcerations. Especially in the group of younger women CVD was considered to be a cosmetic defect. Negative correlation between the frequency of answers "a cosmetic defect" and "a risk factor of development of the ulcerations" and respondents' age was proved ($p < 0.01$) (Fig. 1).

CVD is perceived by the group of women with secondary or higher education as a disease worsening the quality of life and a cosmetic defect. In the group of women with primary education CVD most often was considered to be a serious disease. The most often pointed subjective symptoms were: telangiectasias, feeling of heavy legs, night

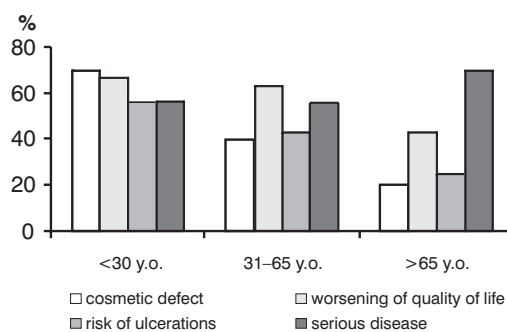


Figure 1. Association of medical problems in course of CVD in different age groups

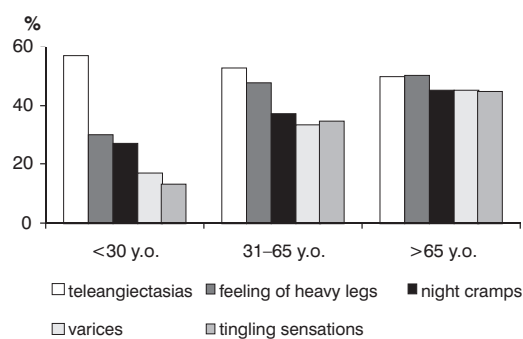


Figure 2. The most often pointed symptoms of CVD in different age groups

cramps, varices, tingling sensations (Fig. 2). The prevalence of symptoms of CVD correlated positively with the age of responders.

Discussion

Prevalence of CVD and its complications are essential social problem. Studies have shown that estimated 5% to 8% of the world population suffer from venous disease and approximately 1% develops venous ulcers [5, 6]. Venous disease has a significant impact on the quality of life and work productivity. The costs associated with the long-term care of these chronic wounds are substantial [7]. Venous disease accounts for 1% to 2% of the health care budgets of European countries [5].

Factors predisposing to CVD can be divided into two groups: not modifiable and modifiable. Elimination of modifiable factors is a prophylactics against illness and its complications. Advancing age, sex, phlebitis, legs traumas, congestive heart failure, family history of leg ulcers, obesity, occupation involving prolonged standing, and number of pregnancies are risk factors that have been described with chronic venous insufficiency and, subsequently, with venous ulcers [8, 9]. In our study women could point the following modifiable risk factors: overweight and obesity, high-heeled shoes, sitting and standing position at

work, pregnancy, crossing legs, long distance car or plane journey, contraceptive pills, hot wax leg depilation, using floor heating. In this study we proved the knowledge of modifiable risk factors of CVD was insufficient. About 60% of respondents pointed less than half of possible answers. Higher education level correlated positively with the span of knowledge but, in our opinion, even in this group some education campaigns are needed. According to J. Bergan from University of California it is common knowledge that venous insufficiency occurs at 40–60% of women and 15–30% of men – it is widespread in developed countries, but in natural environment – Cook Islands (4% of women and 2% of men) – it is found considerably more rarely [10]. It should be noted that more often occurrence of CVD's symptoms is common with ageing people and women, particularly in the procreative age [11, 12]. We also proved the prevalence of symptoms of CVD correlated positively with age of responders. In

our study the knowledge about modifiable risk factors was more extensive in women over 30. It might be caused by getting more interesting in symptoms that they observe in themselves. We showed that for younger women CVD was especially “a cosmetic defect” and “a risk factor of development of the ulcerations”. For elderly women CVD was also more frequently perceived as the serious disease and disease worsening the quality of life. So it seems that a cosmetic effect became less important with age however the presence of was more important serious disease with all consequences.

Conclusions

Despite significant prevalence of CVD among women, the knowledge about modifiable risk factors is insufficient. Obtained data refer to necessity of wide education concerning CVD.

References

1. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994; 81: 167–173.
2. Callam M, Ruckley C, Harper D, Dale J. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. *Br J Med* 1985; 290: 1855–1856.
3. Jawień A, Grzela T. Epidemiologia przewlekłej niewydolności żylniej. *Przew Lek* 2004; 8: 29–32.
4. Zubilewicz T, Wroński J, Michalak J. Przewlekła niewydolność żylna. Od objawu i rozpoznania do leczenia. *Med Rodz* 2002; 2: 96–100.
5. Ruckley C. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Angiology* 1997; 48: 67–69.
6. Vanhoutte P, Corcaud S, De Montrion C. The demographics of venous disease of the lower limbs. *Angiology* 1997; 48: 557–558.
7. Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 401–421.
8. Abbade L, Lastoria S. Venous ulcer; epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol* 2005; 44: 449–456.
9. Scott TE, Lamarte WW, Gorin DR, Menzoian JO. Risk factors for chronic venous insufficiency: a dual case control study. *J Vasc Surg* 1995; 22: 703–710.
10. Ono T, Bergan JJ, Schmid-Schoenbein GW, Takas S. Monocyte infiltration into venous valves. *J Vasc Surg* 1998; 27: 158–166.
11. Majewski E, Urbanek T, Drażkiewicz T, Tochowicz M. Żyłaki w ciąży – zapobieganie i leczenie. *Przegl Flebol* 1995; 3: 97–107.
12. Vin F, Allaert FA, Levardon M. Influence of estrogens and progesterone of the lower limbs in women. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18: 888–892.

Address for correspondence:

Lek. Renata Zubilewicz
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM
ul. Staszica 11/13
20-081 Lublin
Tel./fax: (081) 532-34-43
E-mail: med.rodz@am.lublin.pl

Received: 10.08.2009

Revised: 10.09.2009

Accepted: 29.09.2009

Odpowiedzi do pytań do artykułu A. Rajewskiego i A. Rajewskiej-Rager:
Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie, s. 931–936

1 – d, 2 – a, 3 – e, 4 – a, 5 – c

PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

Pacjent atopowy – dlaczego i kiedy odczuwać?

Hyposensitization in atopic patient – when and what for?

ANETA KOWAL^{1, A-G}, WOJCIECH BARG^{2, A-G}

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: dr hab. med. Bernard Panaszek, prof. AM

² Katedra i Zakład Fizjologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. Ludmiła Borodulin-Nadzieja

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

Streszczenie Choroby alergiczne są częstą przyczyną zgłoszeń do lekarza pierwszego kontaktu. Różnorodność schorzeń alergicznych oraz ich szerokie rozpowszechnienie w populacji powoduje, że lekarze rodzinni w coraz większym stopniu powinni znać zasady diagnostyki i leczenia tej grupy chorób. Postępowanie z chorym opiera się na zaleceniu unikania kontaktu z alergenem (alergenami) oraz na leczeniu objawowym. Niektórym chorym można również pomóc przyczynowo, wpływając na patomechanizmy odpowiedzi immunologicznej. Bardzo ważna jest więc odpowiednia kwalifikacja do leczenia swoistą immunoterapią (odczulaniem), którego celem jest wywołanie tolerancji wobec określonych alergenów. Immunoterapia jest skuteczna w leczeniu alergicznego nieżyty nosa, astmy atopowej oraz uczulenia na jady owadów błonkoskrzydłych. Najczęściej stosowana jest jako iniekcje podskórne. Odczulanie zmniejsza ryzyko pojawienia się kolejnych uczuleń i objawów ze strony kolejnych układów. Zmniejsza też intensywność objawów alergicznych, co ma szczególne znaczenie w reakcjach alergicznych zagrażających życiu.

Immunoterapia wymaga bardzo ścisłej współpracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i specjalisty alergologa w zakresie kwalifikacji do immunoterapii, indywidualnej oceny potencjalnych korzyści i zagrożeń takiego leczenia oraz doboru optymalnej metody immunoterapii i szczepionki.

Słowa kluczowe: odczulanie, alergia, immunoterapia swoista, szczepionka alergiczna.

Summary Patients with allergic diseases are often presented to general practitioners. Because of the big variety of allergic diseases and their widespread among the population, the general practitioners should be familiar with diagnosing and managing of those patients. Routine recommendations for patients with allergy comprise the avoidance of exposure to allergen(s) and treatment focused on symptoms relief. Anyway, there is still a group of patient who might benefit from hyposensitization. Specific immunotherapy reduces risk of sensitiveness to subsequent allergens and involvement of subsequent organs. It also diminishes the intensity of allergic symptoms, which is especially important in life-threatening allergies. Immunotherapy is effective in the treatment of allergic rhinitis, atopic asthma and sensitization to hymenoptera. It is usually administered subcutaneously. Close cooperation between general practitioners and allergologists is essential in the appropriate qualification for specific immunotherapy, evaluation of potential benefits and hazards in an individual patient, choice of the optimal method of immunotherapy and the vaccine itself.

Key words: hyposensitization, allergy, immunotherapy, allergic vaccine.

Wstęp

Odczulaniem (desensytyzacją) nazywa się proces, w którym podawanie powtarzanych dawek odpowiednich alergenów powoduje tolerancję kliniczną i immunologiczną tych alergenów [1].

W nazewnictwie międzynarodowym w użyciu jest termin swoistej immunoterapii (*specific immunotherapy* – SIT). Historia wprowadzenia

SIT do leczenia sięga początków ubiegłego stulecia. Pierwsze badania nad immunizacją pyłkami traw prowadzili Noon i Frejman w 1911 r. Jednak badania nad mechanizmami i skutecznością kliniczną SIT rozwinęły się dopiero w latach 70. i 80. ubiegłego stulecia [2]. Rozwój immunologii, genetyki, biologii molekularnej oraz biotechnologii spowodował dalszy postęp w dziedzinie alergologii, otwierając nowe kierunki rozwoju swoistej immunoterapii.

Kilka ważnych definicji

- **Nadwrażliwość** – powtarzalne objawy podmiotowe lub przedmiotowe, wywołane przez ekspozycję na określony bodziec w dawce tolerowanej przez osoby zdrowe. Nadwrażliwość może mieć tło immunologiczne (nadwrażliwość alergiczna) [3]. Ze względu na różne patomechanizmy reakcje nadwrażliwości alergicznej mogą być związane z obecnością swoistych przeciwciał lub mogą w nich dominować procesy komórkowe. Pozostałe rodzaje nadwrażliwości określa się mianem nadwrażliwości niealergicznej.
- **Alergia** – reakcja nadwrażliwości zapoczątkowana przez mechanizmy immunologiczne (nadwrażliwość alergiczna) [3].
- **Typy reakcji nadwrażliwości alergicznej:**
 - nadwrażliwość typu I (atopowa) – reakcje antygeny z przeciwciałami IgE związanymi z receptorami komórek tucznych i bazo-filów, prowadzące do wydzielania przez te komórki mediatorów;
 - nadwrażliwość typu II (cytotoksyczna) – reakcja przeciwciał (głównie IgG i IgM) z antygenami powierzchni komórki prowadząca do niszczenia tej komórki (przy udziale dopełniacza i innych mechanizmów);
 - nadwrażliwość typu III (kompleksów immunologicznych) – uszkodzenia tkanek w wyniku aktywacji dopełniacza przez odkładające się w tkankach kompleksy immunologiczne, powstałe po połączeniu przeciwciał z antygenami;
 - nadwrażliwość typu IV (komórkowa) – uszkodzenie tkanek przez wydzielane przez komórki cytokiny oraz bezpośredni efekt cytotatyczny;
- **Uczulenie** – obecność obiektywnych cech odpowiedzi immunologicznej wobec określonego alergenu. Może mieć charakter humoralny lub komórkowy.
- **Atopia** – dziedziczna skłonność uwarunkowana genetycznie do nadmiernej produkcji przeciwciał IgE w stosunku do niektórych powszechnie występujących w środowisku antygenów, co nie musi być związane z występowaniem objawów alergii. Obecnie częściej zawęża się do tzw. klasycznych schorzeń atopowych, u podłoża których leżą mechanizmy nadwrażliwości typu I, jak: astma oskrzelowa atopowa, katar sienny, atopowe zapalenie skóry [4].
- **Anafilaksja** – ciężka, zagrażająca życiu, ogólnoustrojowa natychmiastowa reakcja nadwrażliwości. Najczęstszą, ale nie jedyną postacią anafilaksji jest reakcja po ekspozycji na alergen, w której pośredniczą przeciwciała IgE (anafilaksja IgE-zależna) [3].
- **Antygen** – substancja wykazująca immuno-

genność, czyli zdolność wzbudzenia przeciwko sobie odpowiedzi odpornościowej swojej, oraz antygenowość, czyli zdolność do reagowania z przeciwciałami lub receptorem powierzchniowym na limfocycie T.

- **Alergen** – antygen zewnątrzpochodny wywołujący objawy alergiczne.
- **Alergen główny** – antygen, który wiąże się z przeciwciałami IgE surowicy > 50% chorych z klinicznie jawnym uczuleniem.

Mechanizmy swoistej immunoterapii

Zgodnie z definicją, SIT polega na wielokrotnym podawaniu odpowiednich dawek antygeny (lub antyalergenów), powodujących uczulenie na drodze IgE-zależnej w celu uzyskania immunologicznej i klinicznej tolerancji tych alergenów. Stopniowe zwiększanie dawek alergenu ma zapewnić ochronę przed występowaniem objawów alergicznych (zapalenia alergicznego) związanych z naturalną ekspozycją na alergen(y). Szczególnie istotne znaczenie ma to w przypadku objawów zagrażających życiu, np. alergii na jad owadów błonkoskrzydłych. Wykazano również, że SIT zmniejsza ryzyko wystąpienia uczulenia na kolejne alergeny oraz ryzyko manifestacji alergicznej ze strony innych narządów na już uczulające alergeny, np. dołączenie objawów astmy atopowej do dotychczas występującego alergicznego nieżyty nosa. Poprawa jakości życia występuje u większości chorych poddanych SIT [2].

Zastosowanie SIT w leczeniu wybranych chorób alergicznych znane jest już od niespełna wieku. Mimo przeprowadzonych wielu badań nad mechanizmami immunoterapii alergenowej nadal nie są one do końca poznane. Wiadomo, że skuteczna SIT powoduje zmianę odpowiedzi na alergen. U pacjentów z alergią typu natychmiastowego po kontakcie z alergenem dochodzi do aktywacji limfocytów Th₂, które przez mechanizmy molekularnych zależności, w tym przez wydzielane cytokiny (głównie interleukiny 4, 5 i 13), stymulują limfocyty B do produkcji przeciwciał IgE swoistych antygenowo. Przeciwciała te odgrywają główną rolę w indukcji procesów odpowiedzialnych za objawy reakcji anafilaktycznych. Swoista immunoterapia SIT prowadzi do zmiany dominacji odpowiedzi na alergen z typu Th₂ na Th₁. Limfocyty Th₁ przez wydzielane cytokiny działają przeciwalergicznie, hamując wytwarzanie IgE oraz aktywność limfocytów Th₂. Dużą rolę przypisuje się limfocytom regulatorowym T_{reg}, które w wyniku swoistej aktywacji wydzielają IL-10 i TGF-β o działaniu supresorowym na limfocyty T. Jednocześnie dochodzi do zmniejszenia reaktywności organizmu na dany alergen. Przez wydzielane cytokiny dochodzi do

zmiany odpowiedzi komórkowej, zmniejszenia aktywności wydzielających mediatorów komórek efektorowych, takich jak: mastocyty, bazofile i eozynofile [5].

Metody prowadzenia SIT

Po zakwalifikowaniu pacjenta do SIT zadaniem alergologa jest ustalenie odpowiedniego składu wyciągów alergenowych (szczepionek), opierając się na danych z wywiadu oraz wynikach testów diagnostycznych, a także biorąc pod uwagę możliwe reakcje krzyżowe wyciągów alergenowych. Chorzy mogą być odczulani mieszankami 2–3 alergenów spokrewnionych. Najczęściej stosowane są szczepionki podawane podskórnym, rzadziej podjęzykowe, inne sposoby podania mają mniejsze znaczenie. Kolejnym etapem jest zaplanowanie indywidualnego kursu immunoterapii dla danego chorego, które polega na ustaleniu dawki początkowej i schematu SIT. Dochodzenie do dawki podtrzymującej polega na stopniowym zwiększaniu dawki alergenu w szczepionce. Istnieją różne możliwe metody dochodzenia do dawki podtrzymującej: immunoterapia konwencjonalna, zmodyfikowana konwencjonalna, szybka („rush”), ultraszybka („ultra-rush”), zgrupowana („cluster”). Po osiągnięciu dawki podtrzymującej szczepienia kolejne dawki są podawane w odstępach 4–6-tygodniowych. Algorytm SIT przedstawiono na rycinie 1.

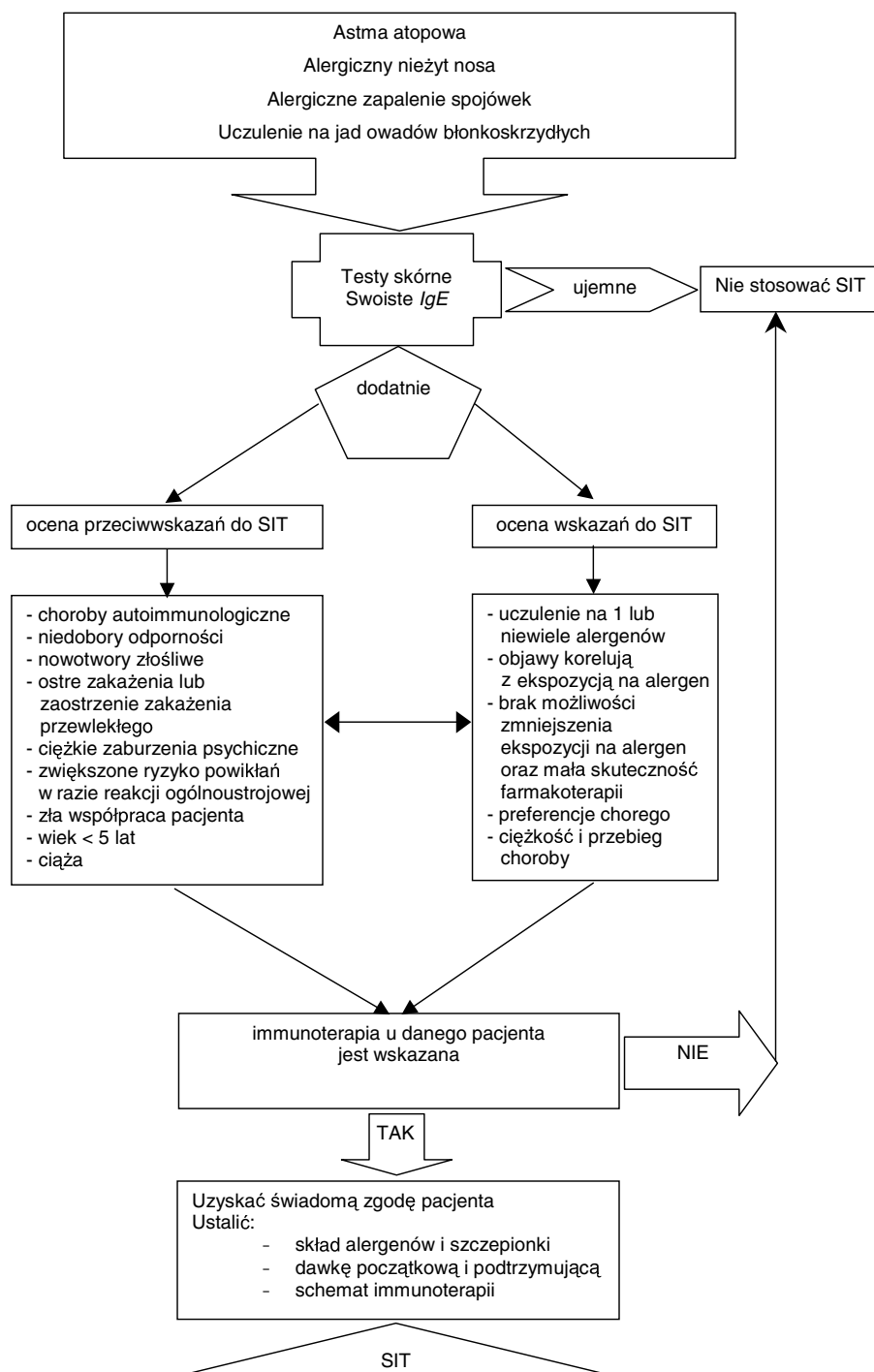
Rozpoznanie uczulenia i kwalifikacja do swoistej immunoterapii

Rozpoznanie alergii ustala się na podstawie wywiadu: stwierdzeniu powtarzalnego występowania objawów po kontakcie z czynnikiem uczulającym. Wykazanie obecności swoistych przeciwciał klasy IgE skierowanych przeciwko alergenowi służy potwierdzeniu rozpoznania i ewentualnej kwalifikacji do odczulania. Warunkiem koniecznym do SIT jest więc ustalenie zależności między wyzwalaniem objawów alergii po kontakcie z danym alergenem a obecnością swoistych przeciwciał klasy IgE. Dlatego SIT nie można stosować u chorych bez objawów alergii po kontakcie z alergenem lub u których nie stwierdza się swoistych IgE. Wskazaniem do immunoterapii jest uczulenie na pojedynczy alergen lub na niewielką liczbę alergenów, przy czym mogą to być alergeny całoroczne lub sezonowe, powodujące występowanie objawów przez co najmniej 1 miesiąc. Badania wykazały skuteczność SIT w przypadku uczulenia na pyłki roślin, roztocze kurzu domowego, jad owadów błonkoskrzydłych, grzyby (pleśnie) oraz naskórek zwierząt.

Najczęściej SIT stosuje się w przypadku alergii na pyłki roślin, roztocze kurzu domowego oraz na jad owadów błonkoskrzydłych. W pozostałych przypadkach immunoterapię przeprowadza się, jeżeli unikanie ekspozycji na alergen jest nieskuteczne lub niemożliwe [6]. Immunoterapia jest skuteczną metodą leczenia astmy atopowej, alergicznego nieżytu nosa (ANN) i uczulenia na jady owadów błonkoskrzydłych. Może zapobiec rozwojowi astmy u chorych z alergicznym nieżytem nosa. Immunoterapia powinna być stosowana w skojarzeniu z innymi metodami leczenia.

Ocena chorego obejmuje szczegółowy wywiad, badanie przedmiotowe i wybrane badania laboratoryjne, wykazujące nadwrażliwość typu natychmiastowego, warunkowaną obecnością swoistych IgE. Zalecaną metodą wykrywania swoistych przeciwciał IgE są testy skórne. W diagnostyce ANN i astmy atopowej stosuje się punktowe testy skórne, wykorzystując standaryzowane wyciągi alergenów wziewnych. W przypadku nadwrażliwości na jady owadów błonkoskrzydłych wykonuje się testy śródskórne z jadem osy i pszczoły. Należy pamiętać, że chory nie może pozostawać pod wpływem leków hamujących reakcję skóry. Większość leków przeciwalergicznych wymaga odstawienia około 2 tygodnie wcześniej, z wyjątkiem klemastyny, difenhydraminy i preparatów wapnia, dla których czas odstawienia jest krótszy i wynosi 3 dni. Natomiast przerwa w stosowaniu kortykosteroidów na skórę powinna wynosić 3 tygodnie. Jedynie glikokortykosteroidy wziewne, donosowe i niewielka dawka ogólnoustrojowych (do 10 mg/dobę prednizonu) nie wymagają odstawienia.

W alergicznym nieżycie nosa SIT wskazana jest w ciężkich przypadkach choroby. Jednak fakt, że SIT zapobiega rozwojowi astmy u chorych na ANN powoduje rozszerzenie wskazań również do łagodniejszych postaci choroby i stosunkowo wczesnego rozpoczynania SIT. Jednocześnie SIT może zapobiegać rozwojowi uczulenia na nowe alergeny. Wskazaniem do SIT jest też astma IgE-zależna lekka i umiarkowana. Natomiast chorzy na ciężką, źle kontrolowaną astmę atopową są obciążeni zbyt dużym ryzykiem wystąpienia reakcji ogólnoustrojowych w trakcie SIT i dlatego ta forma leczenia nie jest zalecana. W przypadku nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych wskazaniem do SIT jest realne ryzyko wystąpienia ciężkiej reakcji anafilaktycznej ocenione na podstawie wywiadu u chorych z obecnością swoistych IgE przeciw jadom owadów. Ciężkość przebytej reakcji alergicznej ocenia się na podstawie klasyfikacji Müllera. Immunoterapia jest zalecana chorym, którzy po uzgodnieniu przebyli reakcję systemową III i IV stopnia, objawiającą się dusznością, świszczącym oddechem, stridorem, zaburzeniami połykania, nietrzymania-



Rycina 1. Algorytm postępowania

niem moczu, stolca, spadkiem ciśnienia tętniczego krwi, omdleniem lub utratą przytomności [7].

U każdego chorego należy ocenić bilans korzyści i zagrożeń, jakie niesie SIT. Wskazania muszą być ustalone indywidualnie, z uwzględnieniem możliwości stosowania innych form leczenia, w tym eliminacji lub zmniejszenia ekspozycji na alergen oraz prawidłowo dobranego leczenia objawowego. Przy wyborze leczenia należy też brać pod uwagę preferencje chorego oraz jego możliwości czasowe i finansowe. W celu skutecz-

nego odczulania konieczna jest prawidłowa kwalifikacja do SIT i prawidłowy dobór szczepionki. Bardzo ważna jest także dobra współpraca chorego z lekarzem i skrupulatne przestrzeganie zaleceń. Dlatego każdy pacjent, któremu jest proponowana SIT, musi zostać poinformowany o korzyściach wynikających z tej formy leczenia, niedogodnościach związanych z koniecznością regularnych i częstych wizyt w poradni alergologicznej oraz o potencjalnych zagrożeniach. Zgoda na stosowanie SIT powinna być wyrażona na piśmie.

Przeciwwskazania do SIT

Do bezwzględnych przeciwwskazań do SIT zalicza się poważne schorzenia immunologiczne, nowotwory, poważne schorzenia układu krążenia, przewlekłe infekcje, leczenie β -blokerami (z wyjątkiem uzasadnionych przypadków) oraz brak współpracy ze strony pacjenta. Przeciwwskazaniem względnym jest ciąża (nie należy rozpoczynać immunoterapii u kobiet w ciąży, jednak rozpoczęta przed ciążą SIT może być kontynuowana) oraz ciężkie schorzenia przewlekłe [2]. W przypadku immunoterapii u chorych z nadwrażliwością na jad owadów błonkoskrzydłych zagrożonych ciężką reakcją anafilaktyczną, u których ryzyko kolejnego użądlenia jest wysokie, nie ma przeciwwskazań bezwzględnych, gdyż jest to metoda z wyboru w sytuacji potencjalnego zagrożenia życia.

Istnieją również czasowe przeciwwskazania do SIT. Leczenie należy przerwać w przypadku ostrej, ogólnoustrojowej choroby, szczególnie zapalnej; dotyczy to także zaostrzenia astmy. Zawieszenie SIT nie powinno trwać dłużej niż 8–10 tygodni. Jeżeli przerwa jest dłuższa, to zwykle konieczne jest ponowne stopniowe osiągnięcie dawki podtrzymującej.

Należy raz jeszcze podkreślić, że alergia rozpoznawana jest na podstawie występowania objawów po ekspozycji na alergen. Dlatego u chorych zdyskwalifikowanych do leczenia SIT wykonywanie badań celem wykazania obecności swoistych IgE nie jest konieczne. Rolą alergologa jest w takiej sytuacji dobranie optymalnego leczenia objawowego.

Objawy niepożądane SIT

Działania niepożądane po podaniu szczepionki mogą mieć charakter miejscowy lub uogólniony, w postaci reakcji anafilaktycznej o różnym stopniu nasilenia, do wstrząsu anafilaktycznego i zgonu włącznie. Ryzyko zgonu jest niewielkie, w przypadku szczepionki podawanej podskórnie wynosi ono około 1:2,5 miliona iniekcji. Największe ryzyko poważnych objawów niepożądanych występuje w krótkim czasie po podaniu leku, dlatego po iniekcji chory powinien pozostawać pod opieką lekarza przez 30–60 minut. Pacjenta należy pouczyć o możliwości wystąpienia późnych reakcji na szczepienie. W ciągu kilku godzin przed, a przede wszystkim po podaniu kolejnej dawki, należy unikać większego wysiłku fizycznego. Przyczyną większości klinicznie istotnych objawów jest błąd ludzki; pomylenie przez lekarza dawki lub nawet rodzaju szczepionki lub błąd chorego, najczęściej niezgłoszenie zmiany aktualnego stanu zdrowia.

Dlatego każdorazowo kwalifikacji do podania SIT powinien dokonywać alergolog, po zebraniu wywiadu i zbadaniu chorego.

W przypadku odczynów miejscowych wystarcza zastosowanie zimnych okładów i ewentualnie leków przeciwhistaminowych. W leczeniu ogólnoustrojowych reakcji anafilaktycznych postępowanie nie odbiega od powszechnie stosowanych schematów [8].

Skuteczność swoistej immunoterapii

Czas trwania SIT określa się indywidualnie dla każdego chorego, najczęściej na 3–5 lat. Poprawy klinicznej, w rozumieniu zmniejszenia nasilenia objawów i zużycia leków, można się spodziewać w ciągu roku od osiągnięcia dawki podtrzymującej, jednak brak takiej poprawy nie jest wskazaniem do przerywania SIT. Należy pamiętać, że skuteczność SIT jest największa w trakcie jej trwania, ale wykazano również jej długoterminowe działanie, także po zaprzestaniu podawania szczepionki.

W większości badań u chorych na ANN, szczególnie uczulonych na pyłki traw lub brzozy, wykazano dobrą skuteczność SIT. Podobną skuteczność wykazano też u chorych na astmę. Najlepiej reagują młodzi chorzy na astmę lekką, uczuleni na jeden alergen. Decyzję o kontynuacji lub przerywaniu SIT należy podjąć po co najmniej 3 latach jej stosowania. W przypadku nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych skuteczność SIT wynosi ponad 95% przy uczuleniu na jad osy i około 80% przy uczuleniu na jad pszczoły. Jednak z upływem czasu od zaprzestania SIT oraz wraz z liczbą kolejnych ekspozycji liczba pacjentów, u których rozwiną się reakcje uogólnione po użądleniu wzrasta [2].

Ponieważ mechanizmy immunoterapii nadal nie są w pełni poznane, nie ma możliwości „monitorowania immunologicznego” skuteczności SIT. Nie można ustalić związku między skutecznością SIT a stężeniem swoistego IgE, ani wzrostem miana swoistego alergenowo przeciwciała blokującego klasy IgG. Skuteczność SIT może być oceniana jedynie na podstawie zmiany nasilenia objawów klinicznych i zużycia leków objawowych po ekspozycji na alergen, a w sytuacjach szczególnych, np. odczulania na jad owadów błonkoskrzydłych, także prób prowokacyjnych.

Odczulanie u dzieci

Immunoterapia jest właściwym postępowaniem u dzieci chorych na ANN, astmę atopową lub uczulonych na jad owadów błonkoskrzydłych.

dłych. Dowiedziono, że SIT może zapobiegać rozwojowi astmy u dzieci cierpiących na ANN, a także zapobiega rozwojowi alergii na nowe alergeny [9]. Wydaje się, że skuteczność SIT u dzieci jest raczej wyższa niż u dorosłych. Jedynie dzieci do 5. roku życia, u których układ immunologiczny dopiero się kształtuje, SIT nie jest zalecana. Dlatego u tych dzieci oznaczanie swoistego IgE nie powinno być rutynowo zalecane. Wynik badania nie wpłynie przecież w żaden sposób na postępowanie terapeutyczne w najbliższym czasie, a spowoduje zbędny stres u małego dziecka.

Sytuacje szczególne

Dotychczasowe próby wykorzystania SIT w leczeniu alergii pokarmowej nie spełniają oczekiwań. U uczulonych na orzeszki ziemne SIT obarczona jest dużym ryzykiem powikłań systemowych, a uzyskana tolerancja ma charakter przejściowy i po leczeniu obserwuje się stopniowy nawrót dolegliwości. Dlatego standardem postępowania u chorych na IgE-zależną alergię pokarmową jest eliminacja alergenów pokarmowych, a w razie wystąpienia reakcji anafilaktycznej użycie strzykawki z adrenaliną.

Immunoterapię można też rozpatrywać w leczeniu alergicznych chorób oczu, nie zawsze skojarzonych z alergicznym nieżytem nosa i stanowiące odrębne jednostki chorobowe (sezonowe alergiczne zapalenie spojówek, całoroczne alergiczne zapalenie spojówek). Nadal jednak mało jest badań dotyczących skuteczności SIT w tych przypadkach [10].

Ponieważ wyniki dotychczasowych badań nie dają podstaw do stosowania SIT w pokrzywce przewlekłej i w obrzęku naczynioruchowym, nie zaleca się immunoterapii swoistej u chorych na te choroby.

Jednym z nowych zastosowań swoistej immunoterapii może okazać się atopowe zapalenie skóry, obecnie jest to raczej metoda eksperymentalna. W fazie eksperymentów klinicznych pozostaje również SIT u chorych uczulonych na lateks. Postępowaniem z wyboru jest unikanie ekspozycji, co jest trudne wobec szerokiego stosowania produktów z lateksu lub gumy. Ponieważ w większości przypadków uczulenie na lateks ma charakter reakcji natychmiastowej, IgE-zależnej, wydaje się, że immunoterapia mogłaby być korzystną. Niestety próby podawania podskórnego alergenów lateksu powodowały występowanie licznych, poważnych reakcji niepożą-

danych. Inne drogi podania (podjęzykowa, doustna, przezskórna) być może okażą się bezpieczniejsze, jednak wymagają dalszych badań.

Odczulanie w szczególnych przypadkach może być wskazane u pacjentów z nadwrażliwością na leki. Metodę tę stosuje się rzadko, na ogół wówczas, gdy nie jest dostępna terapia alternatywna. W tych przypadkach występuje duże ryzyko powikłań wymagających zastosowania intensywnej opieki medycznej. Najczęściej odczuła się chorych na bakteryjne zapalenie wsierdza uczulonych na penicylinę. Innym wskazaniem jest uczulenie na penicylinę u chorych na kiłę układu nerwowego. Bardzo rzadko wskazaniem do odczulania jest alergia na cefalosporyny. Dotyczy to chorych z wysokim ryzykiem wystąpienia ciężkich odczynów (przy współistnieniu uczulenia na penicyliny oraz współwystępowaniu choroby z kręgu atopowych – astma, ANN, AZS). Niekiedy odczulanie bywa konieczne u pacjentów z nadwrażliwością na sulfonamidy o potwierdzonym IgE-zależnym charakterze, dotyczy to szczególnie chorych na AIDS [11]. Również w przypadku uczulenia na insulinę można stosować SIT, a skuteczność tej metody sięga 90% [12].

Nowe kierunki rozwoju immunoterapii mają na celu rozszerzenie wskazań do SIT, zwiększenie skuteczności leczenia, przy jednoczesnym zmniejszeniu ryzyka powikłań. Dzięki zastosowaniu technik biologii molekularnej duże nadzieje wiąże się z możliwością zastosowania tzw. alergenów rekombinowanych, które zmniejszą liczbę objawów niepożądanych terapii. Trwają również badania nad wprowadzeniem innych niż podskórna dróg podania szczepionek. Coraz większe zastosowanie znajdują szczepionki podawane podjęzykowo.

Podsumowanie

Odczulanie wymaga bardzo ścisłej współpracy lekarza POZ i specjalisty alergologa. Zadaniem lekarza POZ jest wstępna kwalifikacja do odczulania, obejmująca nie tylko ustalenie ewentualnych wskazań do takiego postępowania, ale także indywidualna dla każdego chorego ocena potencjalnych korzyści i zagrożeń. Dlatego lekarz POZ musi znać podstawowe zasady stosowania immunoterapii, a alergolog, podejmując decyzję co do specjalistycznego leczenia, musi mieć pełną informację dotyczącą chorego, z uwzględnieniem wszystkich chorób towarzyszących i stosowanych leków.

Piśmiennictwo

1. Immunoterapia swoista. Aktualne wytyczne American Academy of Allergy, Asthma and Immunology i American College of Allergy, Asthma and Immunology. *Med Prakt* 2004; 6(160): 95–106.
2. Jutel M. *Swoista immunoterapia alergenowa*. W: Mędrala W, red. *Podstawy alergologii*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Górnicki; 2006.
3. Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 832–836.
4. Jutel M. *Atopia*. W: Małolepszy J, red. *Choroby alergiczne i astma*. Wrocław: Volumed; 1996.
5. Till SJ, Francis JN, Nouri-Aria K, Durham SR. Mechanisms of immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 1025–1034.
6. Bousquet J, Lockey R, Malling HJ and WHO panel members. Allergen immunotherapy: Therapeutic vaccines for allergic diseases. A WHO position paper. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 102: 558–562.
7. Bonifazi F, Jutel M, Bilo BM, et al. EAACI Interest Group on Insect Venom Hypersensitivity: Prevention and treatment of Hymenoptera venom allergy: guidelines for clinical practice. *Allergy* 2005; 60: 1459–1470.
8. Kośmider-Żurawska M, Barg W. Anafilaksja i wstrząs anafilaktyczny – rozpoznanie i leczenie. *Ess Medica* 2007; 5, 41: 17–22.
9. Möller C, Dreborg S, Ferdousi HA, et al. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109: 251–256.
10. Bogacka E. Immunoterapia alergicznych chorób oczu. *Alergol Współcz* 2003; 2(13): 8–11.
11. Rudzki E. *Alergia na leki*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002.
12. Murawska-Waliszewska E, Sankowski Z, Stanosz-Sankowska MJ. Odczulanie na insulinę – opis przypadku. *Alergol Współcz* 2004; 1, 14: 24–26.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Wojciech Barg

Katedra Fizjologii AM

ul. Chałubińskiego 10

50-368 Wrocław

Tel. (71) 784-14-31

E-mail: wbarg@alergol.am.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.03.2009 r.

Po recenzji: 15.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.



Uwaga, Uwaga!

Informujemy, że z dniem 4.12.2009 r. nastąpiła zmiana numeru rachunku bankowego **Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej**.

Prosimy o kierowanie składek członkowskich na nowy numer konta:

25 1440 1156 0000 0000 1108 3463

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
Tel: (71) 326-68-78, tel./fax: (71) 325-43-41
E-mail: ptmr@ptmr.info.pl
www.ptmr.info.pl

W celu ułatwienia korespondencji z Państwem zwracamy się z prośbą o przesyłanie swoich adresów mailowych na adres ptmr@ptmr.info.pl

Serdecznie dziękujemy Państwu za terminowe i regularne opłacanie składek członkowskich, a tym z Państwa, którzy nie zdążyli jeszcze ich opłacić przypominamy o **konierności uregulowania zaległych składek** za członkostwo.

Przypominamy także o korzyściach płynących z przynależności do Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i regularnego opłacania składek:

1. Niższe opłaty konferencyjne na zjazdach i kongresach organizowanych przez PTMR.
2. Stały dostęp do najnowszych doniesień naukowych przez **bezpłatną** prenumeratę kwartalnika „**Family Medicine & Primary Care Review**”.
3. **Bezpłatna** półroczna prenumerata miesięcznika **LEKARZ!**
4. Możliwość bezpłatnej publikacji prac naukowych i artykułów w kwartalniku „Family Medicine & Primary Care Review”.
5. Informacje dotyczące organizowanych spotkań naukowych oraz programów edukacyjnych pod patronatem PTMR.

Zarząd Główny PTMR

**KSZTAŁCENIE USTAWICZNE •
CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION (CME)****Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego
– rozpoznawanie i leczenie****Eating disorders in primary care – diagnosis and treatment**ANDRZEJ RAJEWSKI^{A, B, D, F}, ALEKSANDRA RAJEWSKA-RAGER^{B, E, F}

Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski

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

Streszczenie Zaburzenia jedzenia charakteryzują się nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z odżywianiem się prowadzącymi do znacznych zakłóceń masy ciała. Obecnie uważa się, że problem ten dotyczy około 3–5% kobiet ze społeczeństw zachodnich, co stanowi jeden z najistotniejszych problemów zdrowotnych w okresie dojrzewania. Zmiany wynikające z zakłócenia różnych mechanizmów regulujących odżywianie uruchamiają procesy biologiczne i psychologiczne, które wymagają korekty zarówno metodami psychoterapeutycznymi, jak i farmakologicznymi. Postępowanie diagnostyczne powinno rozpoczynać się od oceny stanu psychicznego i somatycznego pacjenta z uwzględnieniem oceny powikłań groźnych dla życia (ocena BMI, stanu kardiologicznego, metabolicznego, stanu nawodnienia ustroju). Wczesne rozpoznanie i leczenie zaburzeń odżywiania może mieć znaczący wpływ zarówno na ich przebieg, jak i rokowanie. W przypadku jadłowstrętu psychicznego leczenie psychoterapeutyczne można rozpocząć po wyrównaniu stanu somatycznego. Leczenie farmakologiczne polega na korekcie współistniejących objawów depresyjnych, obsesyjno-kompulsywnych lub lękowych. W przypadku bulimii zalecanym sposobem postępowania jest leczenie łączące oddziaływania behawioralno-poznawcze z lekami grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny.

Słowa kluczowe: zaburzenia jedzenia, anoreksja, bulimia, farmakoterapia.

Summary Eating disorders are described by impaired eating behaviors that lead to major disturbances of body weight. The problem of eating disorders concerns about 3–5% of women of western societies and become one of the most important problems of adolescence. Disturbances of regulatory mechanisms of eating trigger both biological and psychological disorders which need to be treated with psychotherapy and pharmacological methods. Clinical examination should be begun with assessment of psychological and somatic state of the patient, including life-threatening disturbances (assessment of BMI, cardiological state and metabolic disturbances). Early recognition and treatment are crucial for the course and prognosis in eating disorders. In anorexia psychological treatment should be introduced after stabilizing somatic state of patient. Pharmacological treatment aims in reducing co-existing symptoms of depression, obsessions, compulsions and anxiety. In bulimia a combined treatment is recommended: cognitive-behavior therapy with Selective Serotonin reuptake inhibitors (SSRI).

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, pharmacotherapy.

Wstęp

W ostatnich 50 latach widoczny jest wzrost zachorowań na zaburzenia odżywiania, co wiąże się zarówno ze zmianami społeczno-kulturowymi dotyczącymi zachowań związanych z jedzeniem, jak i niewydolności struktur wsparcia (rodziny, szkoły) oraz wzrostem tempa życia [1]. Zaburzenia odżywiania stanowią grupę chorób cechujących się nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z odżywianiem się, które prowadzą do znacznych zakłóceń masy ciała. Zgodnie

z klasyfikacją europejską ICD-10 w grupie zaburzeń odżywiania wyróżnić można następujące zaburzenia: jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*); *bulimia nervosa*; atypowe zaburzenia jedzenia, istotne klinicznie – niespełniające jednak wszystkich kryteriów diagnostycznych anoreksji lub bulimii. Ponadto kryteria badawcze amerykańskiej klasyfikacji DSM-IV wyodrębniają: zespół napadowego objadania się (*binge eating disorder*) oraz zespół nocnego objadania się (*night eating syndrom*) [2].

Najczęściej występującym zaburzeniem od-

żywiania się jest bulimia, częstość jej występowania w ciągu całego życia wynosi od 1,1% (według ścisłej definicji) do 4,2% (w stanach z pogranicza). Na bulimię chorują głównie kobiety w wieku od 18 do 25 lat, chociaż niektóre objawy mogą wystąpić już wcześniej. Częstość występowania jadłowstrętu psychicznego wynosi 1–2% i jest około dziesięciokrotnie częstsza u kobiet niż u mężczyzn. Typowy wiek zachorowania na jadłowstręt psychiczny to okres między 13. a 19. rokiem życia [3].

Etiopatogeneza anoreksji i bulimii jest wieloczynnikowa. Należy wziąć pod uwagę zarówno czynniki biologiczne, społeczno-kulturowe, psychologiczne, jak i rodzinne. Zaburzenia odżywiania mają charakter przewlekły, co więcej oba schorzenia mogą też niekiedy zmieniać obraz kliniczny, przechodząc jedno w drugie. W przypadku anoreksji wiele ze zmian biologicznych ma jednak charakter wtórny, wynikający z niedoborów pokarmowych. Z kolei zaburzenia regulacji układu serotonergicznego spotykane w anoreksji, a w większym stopniu w bulimii, mają charakter niezależny i utrzymują się po ustąpieniu objawów choroby.

Badanie pacjenta z zaburzeniami jedzenia

Badanie pacjenta z zaburzeniami jedzenia powinno uwzględniać zarówno wywiad, jak i ocenę stanu somatycznego, z uwzględnieniem powikłań somatycznych.

Podczas badania pacjenta z podejrzeniem zaburzeń odżywiania powinno się zwrócić uwagę na następujące czynniki:

- A) aktualne objawy, pomiar wagi, wzrostu:** ocena BMI (Body Mass Index – BMI; jest to wartość liczbowa uzyskana z podzielenia wagi w kilogramach przez kwadrat wzrostu w metrach. Zmniejszenie wskaźnika poniżej 17,5 kg/m² świadczy o spadku wagi charakterystycznym dla anoreksji, pacjentki z bulimią zazwyczaj mają wartości BMI w granicach normy);
- B) wywiad dotyczący zaburzeń jedzenia:**
- początek choroby: wiek, czynniki wyzwalamające/stresowe,
 - waga: najniższa, najwyższa, szybkość zmian wagi, w jaki sposób pacjentka kontrolowała wagę,
 - powikłania somatyczne (zaburzenia cyklu miesięczkowego, zaburzenia hormonalne, zaburzenia metaboliczne, kardiologiczne),
 - wywiad dotyczący współwystępujących chorób psychicznych (depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne itp.),
 - dotychczasowe leczenie, hospitalizacje;

C) wywiad rodzinny z uwzględnieniem relacji rodzinnych;

D) ocena stanu psychicznego:

- a) wygląd: obszerne ubranie „na cebulkę”,
- b) zachowanie: kontakt logiczny, zazwyczaj współpraca podczas badania,
- c) nastrój: obniżony, objawy lęku lub ignorowanie problemu i lekceważenie objawów somatycznych,
- d) treść myślenia: myśli nadwartościowe dotyczące wagi, możliwe występowanie urojeń,
- e) wgląd: brak
- f) inne: kompulsywne czynności kontrolujące liczbę kalorii zmierzające do zwiększenia procesów spalania (w tym ćwiczenia fizyczne, czynności rutynowe, rytuały);

E) badania dodatkowe: badanie krwi (morfologia, mocznik, elektrolity, poziom żelaza, poziom cukru we krwi), badanie ogólne moczu, TSH, T₃, EKG.

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*)

Istotą tego zaburzenia jest dążenie do ograniczenia masy ciała wyraźnie odbiegającej od norm przyjętych dla wieku i wzrostu. Towarzyszy temu nieprawidłowa ocena własnego wyglądu i lęk przed przybraniem na wadze. Czynnikiem uruchamiającym bezpośrednio proces chorobowy jest najczęściej uraz psychiczny wywołany uwagą lub komentarzem dotyczącym wyglądu lub też krytyczna ocena kształtów własnego ciała na podstawie porównania z rówieśnikami, obserwacji w lustrze lub fotografii. U osób chorujących na anoreksję podkreśla się również rolę nieprawidłowych relacji wewnątrzrodzinnych. Najczęściej spotykane nieprawidłowe cechy to: sztywność relacji wewnątrz rodziny i nadmierne wiązanie z blokowaniem procesu uzyskiwania autonomii przez dziecko [4]. W rodzinach tych często matka jest osobą nadmiernie dominującą, a ojciec osobą bierną i podporządkowaną. Charakterystyczne cechy osobowości u chorych na jadłowstręt psychiczny to cechy osobowości perfekcjonistycznej o skłonnościach obsesyjno-kompulsywnych, rzadziej jadłowstręt występuje u dziewcząt o cechach osobowości schizoidalnej lub histrionicznej [5].

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego według europejskiej klasyfikacji ICD-10 przedstawiono w tabeli 1.

Obraz kliniczny i przebieg jadłowstrętu psychicznego

W początkowym stadium choroby pacjentki zwykle kryją się z ograniczaniem jedzenia, stosu-

Tabela 1. Kryteria jadłowstrętu psychicznego według ICD-10

- A. Zmniejszenie masy ciała, a u dzieci brak przyrostu wagi, prowadzące do osiągnięcia masy ciała co najmniej o 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej przy danym wieku i wzroście.
- B. Postępowanie mające na celu zmniejszenie masy ciała jest narzucone samemu sobie przez unikanie „tuczącego pożywienia”.
- C. Samooceniając siebie jako osoby otyłej oraz występowanie zaburzającego prawidłowe odżywianie się strachu przed przytęciem, co prowadzi do narzucania sobie samemu niskiego proggu masy ciała.
- D. Obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne przejawiają się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą seksualnych zainteresowań i potencji (wyjątkiem jest występowanie krwawień po substytucyjnym leczeniu hormonalnym).
- E. Zaburzenie nie spełnia kryteriów A i B żarłocności psychicznej (*bulimia nervosa*).

jąc różne sposoby ukrywania lub/i wyrzucania jego nadmiaru. W tej fazie choroby znaczną rolę odgrywa również intelektualizacja problemu (ideologiczne traktowanie zagadnień związanych z odżywianiem, np. przejście na wegetarianizm). W zachowaniu obserwuje się nadmierną aktywność, nasiloną koncentrację na unikaniu jedzenia, co prowadzi do rozbudowywania rytuałów i zachowań w dalszym ciągu ograniczających ilość pokarmów. Zachowania te przybierają krańcowo sztywną i niepoddającą się modulacji i perswazji formę. Natomiast pojawiające się u części chorych refleksje o nadmiernym zmniejszeniu masy ciała sprowokowane uwagami otoczenia są skutecznie tłumione przez lęk przed ponownym przytęciem i powrotem do „bycia grubą” [7].

Nadmierna koncentracja na własnym wyglądzie i kaloryczności posiłków prowadzi często do objawów obsesyjno-kompulsywnych oraz zaburzeń afektywnych pod postacią depresji i stanów dysfornii. Współistnienie zaburzeń depresyjnych i lękowych pod różną postacią towarzyszy objawom jadłowstrętu w 50–75% [8]. Zakłóceniu ulega poczucie głodu i sytości związane z zaburzeniami neuroprzekaznictwa. W wyniku znacznej utraty masy ciała dochodzi do pojawienia się objawów somatycznych, które najczęściej są bezpośrednim powodem zgłoszenia się do lekarza [8, 9]. W przebiegu jadłowstrętu psychicznego stwierdzono zaburzenia w zakresie wszystkich podstawowych układów neuroprzekaznikowych oraz osi hormonalnych. W większości są one jednak rezultatem wtórnych zmian powstałych w wyniku przewlekłego niedożywienia. W zakresie zaburzeń hormonalnych istotne znaczenie ma

zanik miesiączki oraz zmniejszenie aktywności osi podwzgórze–przysadka–tarczyca. Zakłócenia w czynności osi hormonalnych wynikają z konieczności przestawienia metabolizmu na możliwie oszczędny sposób działania dostosowanego do ograniczonego zasobu energii [6]. Objawy somatyczne najczęściej występujące w jadłowstręcie psychicznym zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Objawy somatyczne w jadłowstręcie psychicznym

Zwolnienie czynności serca, obniżenie ciśnienia tętniczego i temperatury ciała na skutek zwolnienia procesów metabolicznych. Obserwuje się także spłaszczenie załamków S–T w zapisie EKG i utrudnienie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego.

Wystąpienie obwodowych obrzęków.

Pojawienie się na ciele owłosienia pod postacią meszku (lanugo).

Wystąpienie obwodowych obrzęków.

Suchość skóry z tendencją do żółtego zabarwienia w wyniku karotenemii.

Bóle brzucha, stany zapalne żołądka i dwunastnicy.

Podwyższone stężenie cholesterolu i frakcji LDL.

Zanik miesiączki, który często jest pierwszym powodem zgłoszenia się do lekarza.

Oslabienie siły mięśniowej z zanikami mięśni.

Odwapnienie kości prowadzące do osteoporozy.

Obrzęk ślinianek przyusznych.

Rozpoznanie różnicowe

Zaburzenia łaknienia mogą występować w przebiegu schizofrenii i depresji, a także w przebiegu licznych chorób somatycznych. Należą do nich pierwotne zaburzenia czynności tarczycy, choroba Addisona, stany zapalne żołądka i jelit, choroba Crohna, schorzenia układowe (gruźlica, choroba reumatyczna, brucelozą). Jadłowstręt i wymioty może powodować zespół tętnicy kręzkowej górnej oraz choroby nowotworowe. Trudności różnicowe mogą powodować schorzenia układu dokrewnego, jednakże w jadłowstręcie zmiany dotyczą zwykle wszystkich trzech osi hormonalnych i mają dyskretny charakter.

Leczenie

W związku z pogorszeniem rokowania i wysoką śmiertelnością po przekroczeniu 24. roku

życia niezwykle ważne jest podjęcie szybkiej interwencji specjalistycznej. Najczęstszym błędem jest uleganie obawom pacjentki i rodziny przed leczeniem psychiatrycznym i przewlekanie próby leczenia domowego (próba leczenia domowego odpowiednią dietą powinna powodować przyrost wagi od 1 do 1,5 kg/tydzień). Należy przestrzec przed prowokowaniem miesiączki, gdy waga utrzymuje się poniżej dolnej granicy normy, gdyż prowadzić to może do dalszej dysregulacji mechanizmów neuroreceptorowych i hormonalnych [10].

Schemat obejmujący kolejność podstawowych elementów leczenia jest następujący:

- 1) uzyskanie stopniowego przyrostu masy ciała (dieta w pierwszym tygodniu powinna zawierać od 40 do 50 kcal/kg m.c., a w następnych 60 do 80 kcal/kg m.c.),
- 2) leczenie powikłań somatycznych,
- 3) uzyskanie i utrwalenie motywacji do leczenia,
- 4) edukacja w zakresie odżywiania,
- 5) korekta zachowań związanych z jedzeniem,
- 6) korekta objawów psychopatologicznych – zaburzeń samooceny, obrazu ciała, zaburzeń nastroju,
- 7) terapia ewentualnych nieprawidłowych relacji rodzinnych,
- 8) kontrola i zapobieganie nawrotom.

Wskazaniem do hospitalizacji jest waga poniżej 75% dolnej granicy normy (zwykle poniżej 15 BMI), zaburzenia krążenia pod postacią bradykardii i spadku ciśnienia krwi poniżej 90/60 mmHg oraz poziomu glukozy poniżej 60 mg%/ml na czczo. Dodatkowym wskazaniem są zaburzenia elektrolitowe pod postacią niedoborów potasu i fosforu oraz obniżona temperatura ciała poniżej 36,5 °C [11]. Leczenie farmakologiczne należy stosować w przypadku towarzyszących objawów depresyjnych, obsesyjno-kompulsywnych lub lękowych.

Dobre rokowanie dotyczy osób młodych do 18. roku życia, o krótkim przebiegu choroby, które wcześniej rozpoczęły leczenie. Natomiast trwałe wyleczenie spotyka się u około 40% pacjentek, 40% balansuje na pograniczu normy i obniżonej masy ciała, a u około 20% poprawa nie następuje. Po 24. roku życia rokowanie zdecydowanie się pogarsza [12].

Bulimia

Jest zaburzeniem charakteryzującym się epizodami niekontrolowanego, nadmiernego spożycia pokarmu z cechami żarłoczości, prowadzącymi do poczucia winy, depresji i gniewu na siebie samego. Wśród pacjentów z bulimią wyodrębnić można dwa typy: a) „przeczyszczający” (*purging type*), w którym dochodzi do regularne-

go prowokowania wymiotów lub używania środków przeczyszczających, odwadniających lub lewatyw, b) „nieprzeczyszczający” (*nonpurging type*), gdzie dochodzi do stosowania takich nieprawidłowych zachowań kompensacyjnych, jak postzczenie lub uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych bez regularnego stosowania wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających czy odwadniających. Kryteria diagnostyczne bulimii według amerykańskiej klasyfikacji ICD-10 zostały przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3. Kryteria żarłoczości psychicznej według klasyfikacji ICD-10

- A. Występują nawracające epizody przejadania się (co najmniej dwa razy tygodniowo w ciągu 3 miesięcy), w czasie których w krótkim okresie czasu spożywane są duże ilości pokarmu.
- B. Utrzymuje się uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia (głód).
- C. Pacjent usiłuje przeciwdziałać efektom „tycia” za pomocą jednej lub więcej z następujących metod: 1) prowokowanie wymiotów, 2) prowokowanie wydalania stolca, 3) kolejne okresy głodowania, 4) stosowanie: leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopędnych; w przypadku bulimii u chorych na cukrzycę, mogą oni bagatelizować leczenie insuliną.
- D. Samoocenie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzący strach przed przytyciem.

Bulimia występuje przede wszystkim w krajach o ustabilizowanej sytuacji ekonomicznej. Podkreśla się, że stanowi ona próbę pogodzenia dwóch dominujących w mediach tendencji. Mody na nieograniczoną konsumpcję (także środków spożywczych) oraz mody na utrzymanie szczupłej wysportowanej sylwetki ułatwiającej sukces życiowy. Zachowania bulimiczne pozwalają początkowo pogodzić obie sprzeczne tendencje, likwidując jednocześnie poczucie winy z powodu nadmiernego przyjmowania kalorii. Nadmierne zwracanie uwagi na wagę i wygląd ciała, będący jednym z kryteriów bulimii, wynika w dużej mierze z uwarunkowań kulturowych [13]. Rodzinne czynniki ryzyka w bulimii to przede wszystkim chaotyczny model funkcjonowania wewnątrz rodziny, występowanie w rodzinie patologii pod postacią uzależnień od alkoholu, zaburzeń afektywnych i zaburzeń kontroli impulsów. Częste są także rodziny rozbite w wyniku rozwodów. Rodzina chorych na bulimię zwykle nie stwarza trwałego oparcia emocjonalnego i stanowi wzorzec nieprawidłowych zachowań dla dziecka [14]. Cechą podkreślaną przez większość autorów oceniają-

cych osobowość chorych na bulimię jest ich impulsywność i labilność emocjonalna. Powoduje ona większą podatność na inne zaburzenia kontroli zachowań impulsywnych, takie jak: skłonność do hazardu, nadużywanie leków lub środków psychoaktywnych i alkoholu, lekkomyślność w nawiązywaniu kontaktów. Wśród pacjentek z bulimią spotyka się takie cechy osobowości, jak: perfekcjonizm, obsesyjność i nadmierna tendencja do unikania urazów, co stanowi cechy spotykane również w anoreksji [8].

Obraz kliniczny i przebieg bulimii

Początek zaburzeń związany jest zwykle z traktowaniem jedzenia jako środka pozwalającego zmniejszyć napięcie psychiczne, łagodzącego ewentualne poczucie odrzucenia i samotności. Spożywanie w dużych ilościach pokarmów atrakcyjnych smakowo może stanowić formę samonagradzania się w przypadku braku wsparcia emocjonalnego ze strony osób bliskich. Epizody objadania stopniowo przyjmują charakter napadowy i charakteryzują się utratą kontroli ilości przyjmowanych pokarmów zwykle o wysokokalorycznym składzie. Pacjentki często jedzą do momentu utraty możliwości czasowych lub fizycznych przyjmowania pokarmu, a następnie prowokują wymioty lub też dodatkowo stosują środki przeczyszczające. Początkowo częstość napadów może nie być wielka i ma charakter zespołu napadowego objadania się lub zespołu nocnego objadania się. Jedzenie pokarmów wysokokalorycznych odbywa się zwykle w ukryciu i towarzyszy im poczucie winy i dyskomfortu oraz obniżenie samooceny z wyrzutami wobec samej siebie, nadmiernym zwracaniem uwagi na zmiany w wyglądzie z doszukiwaniem się negatywnych skutków zwiększonej podaży kalorii. Warto podkreślić, że w miarę postępu choroby pacjentki zwracają mniejszą uwagę na rodzaj środków spożywczych i jednorazowo są w stanie zjeść nawet do kilkudziesięciu tysięcy kalorii.

Pacjentki zwykle cechuje też chwiejność nastroju oraz zmniejszona odporność na frustrację, lęk, ból, łatwość poddawania się innym nałogom (alkohol, narkotyki), chaotyczne kontakty z otoczeniem czy też zmiany pracy, częste i burzliwe związki uczuciowe. Częstym objawem towarzyszącym bulimii jest depresja prowadząca do prób samobójczych [15]. Czynnikiem powodującym ujawnienie objawów, ale także skłaniającym do podjęcia leczenia, są niebagatelne koszty ekonomiczne związane z wydatkami na zakup środków spożywczych, jak również wystąpienie poważnych objawów somatycznych. Powikłania somatyczne charakterystyczne dla bulimii zostały przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4. Objawy somatyczne w bulimii

Niedobór potasu i chloru, może to prowadzić do zaburzeń rytmu serca.
Obrzęk ślinianek przyusznych.
Próchnica zębów, nadżerki w okolicy dziąseł zębów trzonowych.
Nadżerki i owrzodzenia jamy ustnej, gardła, przełyku.
Niedokrwistość.
Zaburzenia cyklu miesięczkowego, torbiele jajników.

Rokowanie zależne jest od szybkości rozpoznania i podjęcia leczenia. Lepsze rezultaty leczenia obserwuje się też u osób o bardziej stabilnych cechach osobowości i mniej chaotycznym stylu życia. Podaje się, że u około 50% osób dochodzi do pełnego wyleczenia, u 30% następuje poprawa częściowa z tendencją do nawrotów przy niekorzystnych sytuacjach życiowych. W 20% poprawa nie następuje [13].

Rozpoznanie różnicowe

Okresowe wzmożenie apetytu szczególnie na słodkie może występować w przebiegu zaburzeń depresyjnych. Z chorób związanych z uszkodzeniem o.u.n. napady obżarstwa występują w zespole Klüvera-Bucy (uszkodzenie płata skroniowego i układu limbicznego) i w zespole Kleinego-Levina (zaburzenia czynności podwzgórza i układu limbicznego). Napadowe objadanie, obok rozhamowania seksualnego i cukrzycy, obserwuje się w przebiegu genetycznie uwarunkowanego zespołu Pradera-Wille'go. W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić także ewentualność napadów objadania się w przebiegu padaczki lub guza ośrodkowego układu nerwowego, a wymiotów w przebiegu chorób przewodu pokarmowego.

Leczenie bulimii

Wczesne rozpoznanie i podjęcie leczenia jest najważniejszym czynnikiem determinującym rokowanie. Leczenie może być prowadzone ambulatoryjnie. Wskazaniem do hospitalizacji jest duża częstość napadów objadania się i prowokowania wymiotów (codziennie lub kilka razy dziennie), znaczne niedobory potasu i fosforu z zaburzeniami krążenia oraz dołączenie się zaburzeń nastroju pod postacią depresji i myśli samobójczych. Czas hospitalizacji zwykle nie przekracza od 2 do 4 tygodni, a dalsza terapia psychoterapeutyczna i farmakologiczna kontynu-

owana jest ambulatoryjnie. Plan żywienia powinien zawierać częste, ale niewielkie porcje pokarmu przyjmowane co 3–4 godziny w celu niedopuszczenia do hipoglikemii prowokującej napad głodu. Wskazaniami do podjęcia leczenia farmakologicznego są: częste napady objadania się (kilka razy dziennie), współistniejąca depresja, brak autodyscypliny lub niepełny efekt oddziaływań psychoterapeutycznych. W związku z po-

twierdzoną rolą nieprawidłowej czynności układu serotonergicznego w patomechanizmie bulimii farmakoterapia oparta jest na zastosowaniu leków przeciwdepresyjnych o działaniu serotonergicznym. Jedynym lekiem, którego skuteczność została potwierdzona w badaniach kontrolowanych porównywalnych z placebo i psychoterapią behawioralno-poznawczą, jest fluoksetyna [16–18].

Piśmiennictwo

1. Gowers SG, Weetman J, Share A, et al. Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent *anorexia nervosa*. *Brit J Psychiatry* 2000; 176(2): 138–141.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV)*. Washington DC: APA; 1994.
3. Hoek HW. Epidemiology of *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa* in western world. *CME* 1995; 13: 501–508.
4. Minuchin S, Baker L, Rosman BL. A conceptual model of psychosomatic illnesses in children. *Arch Gen Psych* 1975; 32: 1031–1038.
5. Klump KL, Bulik CM, Pollice C. Temperament and character in women with *anorexia nervosa*. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 559–567.
6. Halmi KA. *Physiology of anorexia and bulimia nervosa. Eating disorder and obesity*. New York, London: CHG Fairburn The Guilford Press; 2002; 267–272.
7. Wallin U, Kronvall P, Majewski ML. Body awareness therapy in teenage *anorexia nervosa*: outcome after 2 years. *Eur J Eat Dis Rev* 2000; 8: 19–30.
8. Halmi KA. *Eating disorder*. In: Sadock BJ, editor. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott, Williams and Wilkins. Philadelphia 2000.
9. Hoek HW, Treasure J, Katzman DK. *The integration of neurobiology in the treatment eating disorder*. Chichester: Wiley; 1998.
10. Kotler LA, Devlin MJ, Walsh BT. Eating disorders and related disturbances. In: Kutscher S, editor. *Practical child and adolescent psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002: 410–431.
11. American Psychiatric Association, Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorder (Revision). *Am J Psychiatry Supplement* 2000; 157.
12. Kotler LA, Devlin MJ, Walsh BT. Eating disorders and related disturbances. In: Kutscher S, editor. *Practical child and adolescent psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002; 410–431.
13. Namysłowska I. *Bulimia nervosa*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wiórka J, red. *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 528–537.
14. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for *anorexia nervosa*. *Arch Gen Psych* 1999; 56: 468–476.
15. Rajewski A. *Zaburzenia odżywiania*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004.
16. Mitchell JE, Zwaan M, Roerig JL. Drug therapy for patients with eating disorders. *Current Drug Targets* 2003; 2: 17–29.
17. Walsh BT, Agras WS, Devlin MJ. Fluoxetine for *bulimia nervosa* following poor response to psychotherapy. *Am J Psych* 2000; 157: 1332–1334.
18. Walsh BT. *Pharmacological treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eating disorder and obesity*. New York, London: CHG Fairburn The Guilford Press; 2002: 325–330.

Adres do korespondencji:
 Prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski
 Katedra Psychiatrii UM
 ul. Szpitalna 27/33
 60-572 Poznań
 Tel.: (061) 849-15-31
 E-mail: araj@ump.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 1.09.2009 r.
 Po recenzji: 10.09.2009 r.
 Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

Pytania dotyczące artykułu

1. Wybierz twierdzenie fałszywe dotyczące epidemiologii zaburzeń jedzenia:

- a) częstość występowania jadłowstrętu psychicznego wynosi 1–2%,
- b) najczęściej występującym zaburzeniem odżywiania się jest bulimia, częstość jej występowania w ciągu całego życia wynosi od 1 do 4%,
- c) wiek zachorowania na jadłowstręt psychiczny to okres między 13. a 19. rokiem życia,
- d) jadłowstręt psychiczny występuje około czterokrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn,
- e) na bulimię chorują głównie kobiety w wieku od 18 do 25 lat.

2. Bezwzględny wskazaniem do hospitalizacji pacjentki z jadłowstrętem psychicznym jest:

- a) BMI < 15, bradykardia i spadek ciśnienia krwi poniżej 90/60 mmHg, poziom glukozy poniżej 60 mg%/ml na czczo,
- b) BMI < 18, bradykardia i spadek ciśnienia krwi poniżej 100/70 mmHg,
- c) BMI < 16,5, spadek ciśnienia krwi poniżej 110/60 mmHg, poziom glukozy na czczo poniżej 70 mg%/ml,
- d) wszystkie odpowiedzi prawidłowe,
- e) żadna z odpowiedzi nie jest prawidłowa.

3. Najczęściej występującym zaburzeniem odżywiania jest:

- a) atypowe zaburzenia jedzenia,
- b) zespół nocnego objadania się,
- c) jadłowstręt psychiczny,
- d) zespół napadowego objadania się,
- e) bulimia.

4. Typowe objawy somatyczne występujące w jadłowstręcie psychicznym – wybierz twierdzenie nieprawdziwe:

- a) podwyższone stężenie TSH i T₃,
- b) wystąpienie obwodowych obrzęków,
- c) bóle brzucha, stany zapalne żołądka i dwunastnicy,
- d) suchość skóry z tendencją do żółtego zabarwienia w wyniku karotemii,
- e) osłabienie siły mięśniowej z zanikami mięśni.

5. Lekiem z wyboru w leczeniu bulimii jest:

- a) wenlafaksyna,
- b) amitryptylina,
- c) fluoksetyna,
- d) sole litu,
- e) kwas walproinowy.

SPRAWOZDANIA
REPORTS**Sprawozdanie z V Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej
„Wyzwania pediatrii XXI wieku. Choroby przewlekłe u dzieci”,
1 czerwca 2009 r., Opole****Report from 5th National Scientific Conference “The challenges of pediatrics in
XXI century. Chronic diseases in children”
1 June 2009, Opole**

LUCYNA SOCHOCKA, DONATA KURPAS

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Tegoroczna konferencja była już piątą poświęconą pielęgniarstwu pediatrycznemu, jaką zorganizowała Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu.

Myślą przewodnią konferencji było, że choroby przewlekłe, dotyczą coraz częściej nie tylko dorosłych i stanowią płaszczyznę współpracy opieki podstawowej oraz specjalistycznej, wiążącą się z licznymi wyzwaniami założeń podejścia holistycznego. Każde zaburzenie harmonijnego rozwoju dziecka jest z jednej strony nieoczekiwanym wydarzeniem w życiu całego systemu rodzinnego, z drugiej – zwykle wielodyscyplinarnym wyzwaniem dla profesjonalistów opieki medycznej. I to oni spotkali się 1 czerwca 2009 r. w Opolu w auli Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej.

Celem konferencji było zwrócenie uwagi na problem wieloaspektowości chorób przewlekłych u dzieci oraz pokazanie trudności i kompromisów, które wpisane są w opiekę nad dzieckiem z chorobą o takim charakterze.

Pielęgniarki zajmujące się chorymi dziećmi to szczególny rodzaj pielęgniarek; ich wiedza z każdej dziedziny pielęgniarstwa musi być rozszerzona o zagadnienia wieku rozwojowego. Trudność w pielęgniarstwie pediatrycznym polega na tym, że dziecko w każdej fazie rozwoju jest odrębnym typem pacjenta.

Choroby układu oddechowego, choroba przewlekła nerek, otyłość, cukrzyca to zagadnienia, które stanowiły treści wykładów. Nie pominięto także podkreślenia trudnego problemu, jakim jest umieranie i śmierć dziecka. Dookreślono podstawową rolę rodziców, opiekunów i personelu instytucji rządowych i pozarządowych niosących pomoc przewlekłym chorym dzieciom. Do wygło-

szenia tych jakże trudnych, ale też ciekawych tematów zaproszono specjalistów z całej Polski, m.in.: prof. dr hab. n. med. Annę Noczyńską z Wrocławia, prof. dr hab. n. med. Bożenę Karakiewicz i dr n. hum. Bożenę Mroczek ze Szczecina, a także dr n. med. Wojciecha Walasa z Opola.

Uczestników, przybyłych na konferencję, przywitał w imieniu Rektora PMWSZ w Opolu – prof. dr hab. n. med. Andrzeja Steciwko, Prorektor ds. studenckich – dr hab. n. med. Janusz Kubicki. Otwierając konferencję, Pan Prorektor, życzył wszystkim zebranym owocnych obrad, ciekawych i trafiających nie tylko do umysłu, ale przede wszystkim do serca – wykładów oraz precudownych wrażeń z pobytu w Opolu.

Budujące dla organizatorów konferencji były zdania, stanowiące treść listu nadesłanego przez Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Panią Elżbietę Buczkowską: ...”Kolejne konferencje opolskie krok po kroku idą dalej w opisywaniu i rozbudowywaniu modelu pielęgniarstwa opieki nad dziećmi. Myślę, że polska pediatria mogłaby wiele czerpać z ich dorobku”.

Wystąpienia prelegentów zebrano w publikacji wydanej przez PMWSZ w Opolu „Dziecko i jego środowisko. Wyzwania pediatrii w XXI wieku – choroby przewlekłe u dzieci”.

Wykładom towarzyszyły liczne dyskusje kulturalne dotyczące zarówno problemów czysto klinicznych, jak i psychospołecznych dzieci przewlekłe chorych i ich opiekunów.

O zainteresowaniu konferencją świadczyła duża liczba uczestników (ok. 150 osób z całej Polski) oraz częste pytania o konferencję w roku 2010, którą oczywiście planujemy zorganizować, a będzie ona dotyczyła problemów zdrowotnych dzieci w wieku szkolnym.



Organizatorzy Konferencji



Przewodnicząca Konferencji
– dr n. med. Lucyna Sochocka



Rejestracja uczestników Konferencji



Sala obrad



Przy stoisku Wydawnictwa Continuo



Uważni słuchacze wykładu



Wykład
dr. Jarosława
Pawłowicza

**SPRAWOZDANIA
REPORTS****Sprawozdanie z 17. Konferencji WONCA
Regionu Azja–Pacyfik, 4–7 czerwca 2009 r., Hongkong****The report on 17th Conference WONCA Asia-Pacific Regional Conference,
4–7 June 2009, Hong Kong**DONATA KURPAS^{1, 2}, SYLWIA KAŁUCKA³¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu² Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu³ Pierwszy Zakład Medycyny Rodzinnej Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Hongkong to miasto gdzie „Wschód spotyka się z Zachodem”. Zajmuje półwysep Kowloon oraz liczne przybrzeżne wyspy. Na całej powierzchni 1102 km² mniej niż 25% z nich jest zajętych przez zabudowę. Resztę zajmują parki i rezerwy przyrody.

W 1842 r. podpisano w Nankinie traktat kończący pierwszą wojnę opiumową – jednym z jego postanowień było przejęcie Hongkongu, znajdującego się dotąd w rękach chińskich, przez Wielką Brytanię (w 1898 r. podpisano umowę 99-letniej dzierżawy). Na mocy umowy chińsko-brytyjskiej zawartej w 1984 r. ustalono warunki, na których Hongkong powrócił do Chin – 1 lipca 1997 r. Około 95% mieszkańców Hongkongu to Chińczycy, a 1,5% – Europejczycy. Najliczniejsze grupy imigrantów pochodzą z Filipin, Indonezji i USA.

Nowoczesna metropolia, w której język kantoński współbrzmi z angielskim i której logistycznych rozwiązań mogłaby pozazdrościć niejedna europejska stolica, od 4 do 7 czerwca 2009 r. była miejscem 17. Konferencji WONCA Regionu Azja–Pacyfik pod hasłem „Building Bridges”.

Podczas czterech dni lekarze rodzinni z całego świata prezentowali 240 doniesień ustnych i plakatowych, brali udział w pięciu plenarnych sesjach (wykłady m.in. Prof. P. Whitehouse’a z USA, Dr D. Ho z USA, Prof. G. Gan’a z Singapuru, Prof. Y. Suuzki z Japonii, Prof. C. Lam z Hongkongu czy Prof. W. Rossera z Kanady i Prof. M. Stewart z Wielkiej Brytanii) i 26 sympo-

zjach oraz warsztatach. Główne nurty tematyczne konferencji dotyczyły opieki nad pacjentem z chorobami przewlekłymi (m.in. zaburzenia układu ruchu, układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, zaburzenia psychiczne), w wieku podeszłym, opieki multidyscyplinarnej, a także zagadnień z zakresu komunikacji, radiologii, promocji zdrowia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych, jak również możliwości stworzenia „mostów” między lekarzami rodzinnymi a lokalnymi społecznościami, zwłaszcza tymi o multikulturowym charakterze. Wiele doniesień dotyczyło metodologii badań naukowych prowadzonych w opiece podstawowej oraz nauczania medycyny rodzinnej, a także różnic między systemami opieki zdrowotnej poszczególnych krajów.

Polskę reprezentowały autorki niniejszego sprawozdania z prezentacjami ustnymi: “The level of service accessibility in primary health care in opinion of nursing students”, “Strategies to improve primary care for chronically ill patients”, “The fight against the tobacco addiction in Poland in students’ opinion” (D. Kurpas) oraz “Spirometry parameters in chronic heart failure among smokers” (S. Kałucka).

Wiele „mostów” wybudowała 17. Konferencja APR pokazując teraźniejszość i przyszłość medycyny rodzinnej na świecie. Dodatkowo Hongkong przywitał i pożegnał nas, widoczną na każdym kroku, profilaktyką grypy AH1N1, co tym bardziej nasiliło wrażenie powrotu z przyszłości...



Uczestniczki z Polski – od lewej: dr Donata Kurpas (Wrocław), dr Anna Boguradzka (Warszawa), dr Teresa Mazurczak-Pluta (Warszawa), dr Sylwia Kałucka (Łódź)



Podczas przerwy...



Podczas pytań po prezentacji ustnej



Po sesji wystąpień ustnych



Autorki sprawozdania „budujące mosty” z lekarzami rodzinnymi z Malezji...



Gdzie „Wschód spotyka się z Zachodem...”

預防人類豬型流感
Prevention of Human Swine Influenza

- 1 經常清潔雙手。
Clean hands frequently.
- 2 注意咳嗽禮儀。
Maintain cough manners.
- 3 保持環境衛生。
Maintain environmental hygiene.
- 4 有呼吸道感染徵狀或發燒，應戴上口罩，並及早求醫。切勿自行服藥。不要上班或上學。
If respiratory symptoms or fever develop, wear a mask, see a doctor right away. Do not self-medicate. Do not go to work or school.
- 5 必須前往受影響地方的人士，在旅途中和返港後七日內，應佩戴口罩。
People who must travel to affected places should wear a mask during the trip, and continue to do so for 7 days after returning home.

www.chp.gov.hk
2833 0111

衛生署
Department of Health

Prewencja grypy A/H1N1

SPRAWOZDANIA
REPORTS**Sprawozdanie z VII Zjazdu
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
3–5 września 2009 r., Poznań****Report on the 7th Congress of the Polish Society of Family Medicine,
3–5 September 2009, Poznań**

WANDA HORST-SIKORSKA

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

W dniach 3–5 września 2009 r. odbył się w Poznaniu VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, w którym uczestniczyło ponad 2000 lekarzy z różnych regionów Polski, pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Patronat naukowy nad Zjazdem objął J.M. Prof. dr hab. n. med. Jacek Wysocki, Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Organizacją Zjazdu zajął się zespół pracowników Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, kierowany przez prof. dr hab. n. med. Wandę Horst-Sikorską.

Obrady odbyły się na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich. Podczas 3 dni Zjazdu przedstawionych zostało ponad 80 wykładów i 140 doniesień plakatowych. Udział w obradach wzięło m.in. 4 Konsultantów Krajowych oraz 22 Konsultantów Wojewódzkich. Ciekawy i ambitny program naukowy, wzbogacony o sesje warsztatowe umożliwiające lekarzom bezpośredni kontakt z ekspertem, spotkał się z dużym zainteresowaniem i uznaniem ze strony uczestników Zjazdu, czego dowodziła również wysoka frekwencja. Zaproszeni wykładowcy – wybitni specjaliści z zakresu różnych dziedzin medycyny – zaprezentowali wystąpienia dotyczące najaktualniejszych zagadnień z zakresu diagnostyki i terapii wielu jednostek chorobowych spotykanych w codziennej praktyce lekarza rodzinnego. Wypełnione sale wykładowe i warsztatowe oraz żywe dyskusje wskazywały na duże zainteresowanie tematyką i pozytywny odbiór Zjazdu. Kolejną formę zajęć edukacyjnych stanowiły sesje warsztatowe, poświęcone częstym problemom codziennej praktyki: interpretacji zapisu EKG, opiece nad pacjentem po udarze, modyfikacji leczenia w cukrzycy, analizie wyników spirometrii i bólowi kręgosłupa, w tym leczeniu osteoporozy.

Podjęto także ważny temat profilaktyki wypalenia zawodowego oraz zagadnienia związane z zarządzaniem praktyką lekarza rodzinnego.

Wśród licznych stoisk firm farmaceutycznych znalazło się również stoisko projektu PIUPOZ (Poprawa jakości usług w podstawowej opiece zdrowotnej w Wielkopolsce – www.piupoz.ump.edu.pl) realizowanego przez zespół Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej UM w Poznaniu. Uczestnicy mieli okazję zapoznać się z założeniami projektu, przyrzec dokumentacji fotograficznej wcześniejszych edycji szkoleń prowadzonych w jego ramach oraz zarezerwować termin w ostatniej, trzeciej edycji.

Z niezmierną radością przywitano panią profesor Teresę Pawlikowską, kierownika Studiów Przeddyplomowych z Uniwersytetu w Warwick (UK) oraz prezesa Europejskiego Towarzystwa Lekarzy Rodzinnych (WONCA), Chrisa van Weela, którzy wzbogacili program naukowy zjazdu o dwa interesujące wykłady – *Modele konsultacji* oraz *Rola medycyny rodzinnej w XXI wieku*.

Wielu niezapomnianych wrażeń artystycznych w czwartkowy wieczór, dostarczył uczestnikom występ grupy wokalne Audiofeels, która brawurowo wykonała przeboje światowej muzyki rozrywkowej we własnych aranżacjach, wzbudzając zachwyt widowni. Bankiet z show muzycznym „Zaczarowany świat musicali”, który organizatorzy zaproponowali w ramach opłaty zjazdowej, zgromadził liczną grupę uczestników, którzy do późnych godzin nocnych bawili się przy dźwiękach muzyki.

Uczestniczący w Zjeździe lekarze zwrócili uwagę na aspekt praktyczny wykładów i dobrą organizację zjazdu. Organizatorzy wyrażają nadzieję, że udział w Zjeździe przyczynił się do podniesienia kwalifikacji specjalistów medycyny rodzinnej.



Komitet Organizacyjny
VII Zjazdu PTMR

Komitet Organizacyjny
– przemawia Prezes Via Medica
Janusz Popaszkiwicz



Przewodnicząca
Komitetu Naukowego
VII Zjazdu PTMR
– prof. dr hab.
Wanda Horst-Sikorska



Promocja projektu PIUPOZ



Koncert zespołu Audiofeels



Warsztat na temat wypalenia zawodowego



Uczestnicy Zjazdu na sali głównej

VARIA

Sprawozdanie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej za okres kadencji 2004–2009 przedstawione w dniu 5 września 2009 r.

Report of the Main Board of Polish Society of Family Medicine for 2004–2009 presented on 5 September 2009

ANDRZEJ STECIWKO

Prezes Zarządu Głównego PTMR

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej liczy **1093** członków. W 2004 roku, gdy Zarząd Główny rozpoczął pracę, liczyło **490** osób.

Opłata roczna za członkostwo wynosi 60 zł, z czego 40 zł to koszt prenumeraty rocznej kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”, który otrzymują wszystkie osoby opłacające składkę.

W mijającym okresie sprawozdawczym Zarząd Główny odbył **11 zebrań**, podczas których omawiane były m.in.:

1. Zagadnienia organizacyjne związane z:

- 10-leciem Medycyny Rodzinnej w Polsce (Wrocław, 10–12.06.2005 r.),
- IV Zjazdem PTMR (Poznań, 29.09–1.10.2005 r.),
- V Zjazdem PTMR (Warszawa, 15–17.09.2006 r.),
- VI Zjazdem PTMR (Gdańsk, 13–15.09.2007 r.),
- III Kongresem PTMR (Wrocław, 18–21.09.2008 r.).

2. Sprawy dotyczące kształcenia przed- i podyplomowego z medycyny rodzinnej.

3. Organizacja 2 sympozjów nt. „Kształcenie przed- i podyplomowe z medycyny rodzinnej w skali Polski”:

- IX Ogólnopolskie Sympozjum (Wrocław, 3.02.2005 r.),
- X Ogólnopolskie Sympozjum (Gdańsk, 7.07.2006 r.).

4. Kwestie związane z wydawaniem kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”.

5. Sprawy finansowe.

W ramach prac Zarządu Głównego PTMR wielokrotnie zbierały się: Komisja ds. Kształcenia Ustawicznego oraz Komisja Naukowo-Szkolenio-

wa. Podczas obrad ww. komisji były omawiane oraz podejmowane decyzje o przyznaniu punktów edukacyjnych dla poszczególnych zjazdów, konferencji i sympozjów przygotowywanych przez różnych organizatorów na terenie całej Polski.

Zarząd Główny PTMR podejmował wielokrotnie decyzje na prośbę organizatorów o objęciu patronatem kongresów, zjazdów, sympozjów i konferencji.

Zarząd Główny PTMR wydał szereg opinii dla instytucji naukowych i szkoleniowych dotyczących programów nauczania, jak również wspierania działalności na rzecz medycyny rodzinnej.

W omawianym okresie sprawozdawczym ZG PTMR zwołał 5 Walnych Zgromadzeń Członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Działalność wydawnicza Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej to przede wszystkim wydawanie kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”, który otrzymuje każdy członek PTMR, opłacający składkę roczną.

Kwartalnik objęty jest rejestracją w Index Copernicus (w 2009 r. – 5,72), a także punktacją Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (4 pkt). Należy przypomnieć, że w 2004 r. punktacja KBN wynosiła 2 pkt., a Index Copernicus 2,75 pkt. Dzięki wyteżonej pracy ZG PTMR, Komitetu Redakcyjnego i Sekretarza Redakcji, a także Wydawnictwa Continuo, dbającego o poprawną formę językową i wysoki poziom edytorski, kwartalnik „Family Medicine & Primary Care Review” spełnia tak wysokie wymagania wydawnicze. Komitet Redakcyjny, oprócz wybitnych naukowców krajowych, ma w swoim składzie także członków z zagranicy. Publikowane prace są recenzowane, dominują prace autorów polskich (coraz częściej w języku angielskim), a także autorów zagranicz-

nych z całej Europy. Autorami są często pracownicy naukowcy o bardzo wąskiej specjalizacji, którzy przygotowują swoje prace pod kątem potrzeb lekarzy rodzinnych pracujących w terenie. W kwartalniku publikowane są zarówno artykuły poglądowe, oryginalne, kazuistyczne, prace z cyklu kształcenia ustawicznego, a także sprawozdania, doniesienia zjazdowe i recenzje.

Pod stałym patronatem PTMR wydawane są następujące czasopisma:

1. „Forum Medycyny Rodzinnej” objęte rejestracją w Index Copernicus (3,41). Jest to wydawnictwo edukacyjne, istniejące od kwietnia 2007 roku, ściśle związane z działającą pod tym samym tytułem internetową Platformą Informacyjno-Edukacyjną PTMR: www.ptmr.edu.pl. Redaktorem naczelnym, zarówno platformy jak i czasopisma, jest prof. J. Siebert, a przewodniczącym Rady Naukowej prof. A. Steciwko;

2. „Essentia Medica” wydawana przez Agencję Promocji Wiedzy;

3. „Lekarz” Wydawnictwa Elamed;

4. „Przewodnik Lekarza” Wydawnictwa Termedia;

5. „Choroby serca i naczyń” – kwartalnik wydawnictwa Via Medica;

6. „Medicina Futura”;

7. „Terapia”;

8. „Puls Medycyny”;

9. „Medium”;

10. „Pediatria i Medycyna Rodzinna”.

Pod patronatem PTMR wydano publikacje:

– „Grypa – wskazania do szczepień, możliwe powikłania pogrypowe” autorstwa prof. Lidii Brydak i prof. Andrzeja Steciwko;

– „Polskie standardy profilaktyki i leczenia grypy” pod red. prof. L. Brydak, dr M. Romanowskiej, prof. A. Radzikowskiego i prof. A. Steciwko;

– „Udar mózgu” pod redakcją prof. Janusza Sieberta;

– „Algorytmy postępowania zapobiegającego rozwojowi choroby wieńcowej serca u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek”;

– „Algorytmy postępowania diagnostycznego u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek kwalifikowanych do przeszczepienia nerki”.

W serii „Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego” wydano:

Tom 6 – „Kardiologia, nefrologia, pulmonologia, ból i zespoły bólowe, aspekty społeczne i prawne medycyny”;

Tom 7 – „Kardiologia, nefrologia, diabetologia, alergologia, pulmonologia, psychiatria, ginekologia, pediatria”;

Tom 8 – „Kardiologia, gastroenterologia, alergologia, neurologia, psychiatria”;

Tom 9 – „Nietrzymanie moczu: klasyfikacja, epidemiologia, diagnostyka i terapia”;

Tom 10 – „Kardiologia, nefrologia, diabetologia, gastroenterologia, pediatria, psychologia, okulistyka”;

Tom 11 – „Zasady prawidłowego odżywiania człowieka. Zaburzenia odżywiania. Żywność w wybranych jednostkach chorobowych”;

Tom 12 – „Redukcja ryzyka w diagnozie i leczeniu przez podnoszenie poziomu wiedzy i doświadczenia pracowników ochrony zdrowia”;

Tom 13 – „Kardiologia, nefrologia, psychologia, pediatria i geriatria”.

Ponadto wydano:

„Wybrane aspekty farmakoprawne w podstawowej opiece zdrowotnej”;

„Najważniejsze zagadnienia w podstawowej opiece zdrowotnej, ZUS, KRUS, Medycyna pracy, oświadczenia pracowników ochrony zdrowia”;

„Dziecko i jego środowisko. Wyzwania pediatrii w XXI wieku – choroby przewlekłe u dzieci”.

PTMR jest patronem inicjatyw edukacyjnych:

1. Akademia Lekarza Rodzinnego – program szkoleniowy w formie korespondencyjnej, adresowany do lekarzy rodzinnych na terenie całej Polski. To szkolenia multimedialne na płytach DVD oraz w formie filmów video zamieszczonych w Internecie. Szkolenia zawierają: wykłady, prezentacje procedur, animacje poglądowe, algorytmy postępowania itd. Uczestnicy szkoleń otrzymują punkty edukacyjne. Tematyka szkoleń jest dobierana pod kątem potrzeb codziennej praktyki lekarzy pierwszego kontaktu. Autorami szkoleń są lekarze praktycy, wybitni specjaliści rekomendowani przez PTMR. Zrealizowano już: „Zaburzenia rytmu w praktyce lekarza POZ” (czerwiec 2007 r.);

„Ból w klatce piersiowej w praktyce lekarza POZ” (sierpień 2007 r.);

„Omdlenia z przyczyn kardiologicznych w praktyce lekarza POZ” (październik 2007 r.);

„Nowoczesne podejście do antybiotykoterapii infekcyjnych zapaleń dróg oddechowych” (grudzień 2007 r.);

„Atypowe zakażenia dolnych dróg oddechowych – diagnostyka i leczenie w praktyce lekarza pierwszego kontaktu – studium przypadku” (luty 2008 r.);

„Niefarmakologiczne postępowanie w cukrzycy typu 2 w praktyce lekarza pierwszego kontaktu. Studium przypadku”;

„Choroby infekcyjne dolnych dróg oddechowych: antybiotykoterapia – nowoczesne algorytmy postępowania w praktyce lekarza pierwszego kontaktu. Studium przypadku”.

Operatorem programu jest firma Medusoft.pl – Centrum Edukacji Medycznej. Szkolenia są dystrybuowane bezpłatnie do wyczerpania nakładu i można je zamawiać na portalu: www.medusoft.pl. Wszystkie zrealizowane szkolenia są dostępne bezpłatnie również na tej stronie.

2. Cykl konferencji: „Nefrologia w pigułce – proste odpowiedzi na trudne pytania”. Konferencje odbyły się w: Łodzi (12.04.2008 r.), Gdańsku (19.04.2008 r.), Lublinie (26.04.2008 r.), Katowicach (17.05.2008 r.), Poznaniu (31.05.2008 r.), Krakowie (14.06.2008 r.), Bydgoszczy (7.03.2009 r.), Zielonej Górze (28.03.2009 r.), Warszawie (25.04.2009 r.).

3. Testowy program edukacyjny prowadzony przez czasopismo „Essentia Medica” („Diagnostyka i leczenie chorób układu krążenia w praktyce lekarza rodzinnego”, „Zespół jelita nadwrażliwego”).

4. Program edukacyjny prowadzony przez czasopismo „Lekarz”.

5. Program edukacyjny prowadzony przez czasopismo „Przewodnik Lekarza”.

6. W TVN program edukacyjno-naukowy TVN-med.: w Radzie Naukowej programu zasiada prof. Andrzej Steciwko, a przedstawiciele PTMR biorą aktywny udział w powstawaniu programu jako twórcy i wykładowcy. Także Konkurs „Wygraj stypendium. Wirtualny pacjent” został objęty patronatem PTMR.

7. Ogólnopolska Szkoła Pulmonologii dla Lekarzy Rodzinnych: „Zaburzenia czynnościowe płuc – rozpoznanie i leczenie”. W roku akademickim 2006/2007 organizowane przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc oraz Katedrę Fizjologii CM UMK. Szkoła Pulmonologii objęła swoim działaniem cały obszar Polski: od Szczecina po Rzeszów, od Suwałk po Karpaty – łącznie 600 lekarzy rodzinnych.

8. Norweski program edukacyjny „Norweski mechanizm finansowy” – obejmujący analizę najczęstszych trudności w POZ w Polsce.

9. Sześć cyklicznych szkoleń dla lekarzy rodzinnych województwa wielkopolskiego na temat: osteoporozy, osteologii, gastrologii i leczenia bólu, organizowanych przez II Wydział Lekarski Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej AM w Poznaniu.

10. Cykl trzech dwudniowych kursów edukacyjnych „Edukacyjne warsztaty echokardiograficzne” zorganizowanych przez Klinikę Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie.

11. Praktyczny kurs „Osteoporoza – wykłady i warsztaty” (Ustronie Śląskie, 21–22.10.2006 r.) organizowany przez Zakład Chorób Metabolicznych Kości przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii Śląskiej Akademii Medycznej.

12. Cykl szkoleń „Interna 2006” – w ramach Podyplomowej Szkoły PTMR.

13. Podyplomowa Szkoła PTMR z cyklu „Interna 2007”.

14. Spotkania naukowo-szkoleniowe, tzw. „Kominiki”, organizowane przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu dla lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalizujących się w zakresie medycyny rodzinnej. Spotkania te mają już ugruntowaną renomę. Obejmują swoją tematyką

szeroko pojętą opiekę medyczną nad pacjentem POZ, mają charakter interdyscyplinarny. Od ubiegłego roku noszą nazwę „**Akademia Umiejętności Praktycznych PTMR**”.

15. Przedstawiciele PTMR wchodzić w skład grup ekspertów oceniających realizację i przebieg specjalizacji w medycynie rodzinnej, zaliczających czas specjalizacji i wydających akredytacje dla ośrodków kształcących z zakresu medycyny rodzinnej.

16. Przedstawiciele PTMR uczestniczą w centralnych egzaminach specjalizacyjnych.

PTMR sprawuje patronat nad:

1. programem profilaktyki grypy w Polsce: patronat nad publikacją „Polskie standardy profilaktyki i leczenia grypy” oraz „List do lekarzy” i opracowaną „Ulotką informacyjną dla pacjenta”;

2. stroną internetową www.niespokojnenogi.pl oraz nad wakacyjnym konkursem fotograficznym organizowanym przez firmę ROCHE;

3. PTMR jest partnerem Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP). PTMR otrzymało dyplom dla wyróżniającego się partnera PFP;

4. I edycją „Informatora dla lekarzy rodzinnych z woj. mazowieckiego na temat aparatów słuchowych”.

PTMR bierze czynny udział w pracach Ministerstwa Zdrowia: konsultuje projekty ustaw dotyczących POZ i ustaw związanych z całościowo pojmowaną opieką medyczną.

PTMR jest propagatorem programu prospołecznego „**NTM – Normalnie żyć**” i otwarcie popiera stanowisko Rady Naukowej ds. Problemu NTM, dotyczące zmiany kryteriów przyznawania środków wchłaniających regulowanych rozporządzeniami Ministerstwa Zdrowia.

PTMR jest czynnym uczestnikiem Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, działającego pod przewodnictwem prof. dr hab. Walerii Hryniewicz, który ma na celu optymalizację i redukcję liczby stosowanych antybiotyków w Polsce, w czym udział lekarzy rodzinnych jest bardzo duży.

Możemy poszczycić się:

- utworzeniem **Komisji Wakcynologii przy Zarządzie Głównym PTMR**, w skład której wchodzi: prof. Andrzej Radzikowski, prof. Lidia Brydak, prof. Zbigniew Rutkowski, prof. Andrzej Steciwko;

- powołaniem w ramach **Zarządu Głównego PTMR Zespołu ds. Teleedukacji** w składzie: prof. Janusz Siebert, prof. Wanda Horst-Sikorska, dr Przemysław Kardas, dr Aneta Nitsch-Osuch, dr Donata Kurpas.

Zespół ds. teleedukacji ma charakter zespołu redakcyjnego. Do jego zadań należy:

- opracowanie zasad i regulacji działania internetowej zintegrowanej platformy edukacyjnej,

- nadzór nad jej działaniem,
- planowanie,
- dobieranie do zespołu osób do realizacji konkretnych tematów lub bloków zagadnień.

Wszystkie decyzje, plany i program które wypracuje zespół ds. teledukacji obowiązkowo przedkłada Zarządowi PTMR do akceptacji.

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej posiada własną stronę internetową:

www.ptmr.info.pl.

Strona zawiera aktualne informacje, ogłoszenia i sprawozdania z działalności towarzystwa.

W okresie 2005–2008 powołano 5 Oddziałów terenowych PTMR:

- Wielkopolski,
- Warszawsko-Mazowiecki,
- Dolnośląski,
- Pomorski,
- Lubelski.

Oddziały objęły swoim działaniem terytorium całej Polski. Ich przewodniczący weszli w skład ZG PTMR.

PTMR współpracuje z Regionalnymi Izbami Lekarskimi i Naczelną Izbą Lekarską.

Patronaty:

• **II Polsko-Norweskie Sympozjum pt.: „Nietrzymanie moczu” we Wrocławiu (13–14. 10.2006).**

• **I Kongres Top Medical Trends w Poznaniu (16–18.03.2007 r.)**

I Kongres Top Medical Trends zgromadził ponad 2,2 tysiący uczestników, którzy mieli możliwość wysłuchania 48 wykładowców – wybitnych specjalistów polskiej medycyny. Odbły się 23 sesje tematyczne, które umożliwiły dogłębne zapoznanie się z najnowszymi osiągnięciami w poszczególnych gałęziach medycyny. Wśród prelegentów pojawili się krajowi konsultanci, prezesi towarzystw naukowych i najwybitniejsi specjaliści. Ta skondensowana forma przybliżania najnowszych osiągnięć medycyny zaprezentowana w formie autorskiego wyboru dokonanej przez najlepszych i zaprezentowana na światowym poziomie spotkała się z owacyjnym przyjęciem przez uczestników. Sprawilo to, że Kongresy Top Medical Trends zostały wpisane na stałe w kalendarz imprez naukowych i co roku odbywają się w Poznaniu na początku marca.

• **II Kongres Top Medical Trends w Poznaniu (17–19.03.2008 r.),** na którym gościliśmy ponad 3100 osób, okazał się wielkim sukcesem. Nie tylko lekarze rodzinni i interniści, ale również lekarze innych specjalności, podczas 25 godzin sesji głównych i 13 godzin sesji satelitarnych, mieli okazję zapoznać się z najnowszymi trendami w medycynie, przedstawionymi podczas autorskich wykładów przez 77 wybitnych naukowców, reprezentujących 18 dziedzin medycyny.

Podczas tych sesji konsultanci krajowi i wojewódzcy oraz liderzy naukowych towarzystw medycznych podzielili się wiedzą i doświadczeniem. Po sesji głównej, w mniejszym gronie, uczestnicy mieli również możliwość dyskusji – najdłuższa trwała ponad 2 godziny! – i wymiany poglądów z wykładowcami.

• **III Kongres Top Medical Trends w Poznaniu (13–15.03.2009 r.),** na którym tradycyjnie już gościliśmy konsultantów krajowych i wojewódzkich oraz liderów naukowych towarzystw medycznych. Podzielili się oni wiedzą i swoim wyjątkowym doświadczeniem klinicznym z licznie przybyłymi na konferencję lekarzami rodzinnymi.

• **XV Jubileuszowy Ogólnopolski Zjazd Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej z udziałem lekarzy w Szklarskiej Porębie (26–28.04.2007 r.).**

• **XVI Ogólnopolski Zjazd Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej z udziałem lekarzy w Szklarskiej Porębie (24–26.04.2008 r.).**

• **XVII Ogólnopolski Zjazd Studenckich Kół Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej z udziałem lekarzy w Kudowie Zdroju (16–18.04.2009 r.).**

• **I Sympozjum z cyklu Akademia Lekarza Rodzinnego pt.: „Staw kolanowy” organizowane przez Centrum Edukacji Medycznej w Warszawie (4.09.2007 r.).**

• **Konferencja pt. „Grypa” we Wrocławiu (7.01.2006 r.).**

• **Kongres „Akademickie Dni Kardiologii”** zorganizowany przez Zespół Podyplomowej Szkoły Kardiologicznej Katedry i Kliniki Kardiologii II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie (11–14. 05.2006 r.).

• **Konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Standardy w kardiologii”** organizowana przez Ośrodek Chorób Serca Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu (01.04.2006 r.).

• **Sympozjum „Podyplomowa Szkoła Kardiologii” w ramach „IV Zakopiańskich Dni Kardiologicznych”** w Zakopanem (21–23.04.2006 r.).

• **Sympozjum „Człowiek przewlekle chory i niepełnosprawny w kontekście medycyny rodzinnej”** w Szczecinie (12–14.05.2006 r.).

• **Konferencja naukowo-szkoleniowa „Uzależnienia wśród dzieci i młodzieży”** w Opolu (1.06.2006 r.).

• **I Ogólnopolskie Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe „Wybrane aspekty leczenia i opieki pielęgniarstwa nad chorymi w różnych specjalnościach Medycyny”** w Opolu (10.06.2006 r.).

• **Konferencja pt. „Proktologia w praktyce lekarza POZ”** w Kaliszu (24.06.2006 r.).

• **XVI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Pediatrów i Lekarzy Medycyny Rodzinnej i XXI Konferencja Pediatrów WSZ pt. „Aktualne standardy diagnostyki i leczenia w pediatrii oraz medycynie rodzinnej”** w Zakopanem (28–30.03. 2008 r.).

• **II Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów i Młodych Lekarzy Medycyny Rodzinnej** w Łodzi (9–10.05.2008 r.).

• **Akademia Umiejętności Praktycznych PTMR** – spotkania naukowo-szkoleniowe, organizowane przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu dla lekarzy rodzinnych i specjalizujących się w zakresie medycyny rodzinnej. Spotkania o ustalonej renomie obejmują swoją tematyką szeroko pojętą i interdyscyplinarną opiekę medyczną nad pacjentem POZ.

• **Konferencje organizowane przez redakcję miesięcznika „Lekarz”: „Schorzenia dróg moczowo-płciowych w praktyce lekarza rodzinnego”** w Katowicach (15.11.2008 r.).

• **Ogólnopolska Szkoła Pulmonologii dla Lekarzy Rodzinnych: „Zaburzenia czynnościowe płuc – rozpoznanie i leczenie”** w roku akademickim 2006/2007 organizowane przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc oraz Katedrę Fizjologii CM UMK.

• **Kurs z zakresu homeopatycznych metod leczenia** organizowany we Wrocławiu od października 2006 do kwietnia 2007 r. przez Polskie Towarzystwo Homeopatii Klinicznej i Centrum Kształcenia i Rozwoju Homeopatii (CEDH) we Francji.

• **36 Międzynarodowy Kongres Elektrokardiologii**, który odbył się we Wrocławiu (24–27.06.2009 r.).

• **VIII Konferencja OSOZ „Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia OSOZ – w trosce o zdrowie powszechne”** – Kraków (29.10.2008 r.), Poznań (5.11.2008 r.), Gdańsk (13.11.2008 r.).

Skład kończącego pracę Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej kadencji 2004–2009

Prezes: prof. dr hab. Andrzej Steciwko
Wiceprezes: prof. dr hab. Kazimierz A. Wardyn
Sekretarz: dr n. med. Anna Hans-Wytrychowska
Skarbnik: dr n. med. Ewa Drabik-Danis
Członkowie: prof. dr hab. Wanda Horst-Sikorska, prof. dr hab. Janusz Siebert, dr hab. Przemysław Kardas

Komisja Rewizyjna PTMR

Przewodniczący: dr Marek Szewczyk
Sekretarz: dr n. med. Jarosław Drobnik
Członek: dr Ewa Stocka-Błażejewska

Sąd Koleżeński PTMR

Przewodnicząca: dr n. med. Magdalena Bujnowska-Fedak
Sekretarz: dr n. med. Donata Kurpas
Członek: dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas

Przewodniczący Oddziałów Terenowych PTMR:

1. Pomorskiego: dr n. med. Zenobia Czeszyńska/prof. dr hab. Janusz Siebert
2. Wielkopolskiego: dr n. med. Anna Wawrzyński

3. Warszawsko-Mazowieckiego: dr hab. Katarzyna Życińska

4. Dolnośląskiego: dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas

5. Lubelskiego: prof. dr hab. Janusz Schabowski

Wszystkim Członkom Zarządu Głównego składam serdeczne podziękowania za trud i zaangażowanie na rzecz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w latach 2004–2009.

Na Walnym Zgromadzeniu Członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, które odbyło się w dniu 05.09.2009 r. w Poznaniu dokonano wyboru władz Towarzystwa na kadencję 2009–2014.

Skład Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej na kadencję 2009–2014

Prezes: prof. dr hab. Andrzej Steciwko
Wiceprezes: prof. dr hab. Kazimierz A. Wardyn
Sekretarz: dr Agnieszka Muszyńska
Skarbnik: dr Dagmara Pokorna-Kaławak
Członkowie: dr n. med. Aneta Nitsch-Osuch, dr Agnieszka Topczewska-Cabanek, dr hab. Piotr Tyszkowski

Komisja Rewizyjna PTMR

Przewodniczący: dr Marek Szewczyk
Sekretarz: dr n. med. Jarosław Drobnik
Członek: dr Ewa Stocka-Błażejewska

Sąd Koleżeński PTMR

Przewodnicząca: dr n. med. Donata Kurpas
Sekretarz: dr n. med. Magdalena Bujnowska-Fedak
Członek: dr n. med. Robert Susło

Przewodniczący Oddziałów Terenowych PTMR

1. Pomorskiego: prof. dr hab. Janusz Siebert
2. Wielkopolskiego: dr n. med. Anna Wawrzyński
3. Warszawsko-Mazowieckiego: dr hab. Katarzyna Życińska
4. Dolnośląskiego: dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas
5. Lubelskiego: prof. dr hab. Janusz Schabowski

Adres do korespondencji:
Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
Tel.: (71) 326-68-78, (71) 326-68-70
Fax: (71) 325-43-41
E-mail: ptmr@ptmr.info.pl
www: ptmr.info.pl

VARIA

Program „Dobry Rodzic–Dobry Start”: profilaktyka krzywdzenia małych dzieci

The program “Good Parent – Good Start”: prevention of child abuse



Program „Dobry Rodzic–Dobry Start” jest pierwszym w Polsce programem profilaktycznym, mającym na celu ochronę małych dzieci przed krzywdzeniem. Zadania realizowane w ramach programu zakładają z jednej strony ścisłą współpracę między profesjonalistami – lekarzami, pielęgniarkami, położnymi, psychologami, pracownikami socjalnymi i kuratorami, a jednocześnie program oferuje wsparcie dla rodziców z dostarczeniem im informacji, jak opiekować się małym dzieckiem oraz jakie zachowania mogą negatywnie wpływać na jego rozwój.

Cele i działania programu

Głównym celem programu profilaktycznego „Dobry Rodzic–Dobry Start” jest ochrona dziecka już od okresu prenatalnego przed możliwymi czynnikami szkodliwymi, mogącymi mieć negatywny wpływ na jego rozwój psychofizyczny. Nasze doświadczenia zdobyte podczas dotychczasowej pracy oraz zaczerpnięte z zagranicznych ośrodków, z którymi współpracujemy, pokazują, że przyczyn krzywdzenia małych dzieci jest bardzo wiele, a jednym z podstawowych czynników jest niedostateczny poziom wiedzy rodziców z zakresu podstawowych umiejętności wychowawczych.

Działania skierowane do rodziców

Dotychczasowa praca z rodzicami pokazuje nam, że wielu tragedii dałoby się uniknąć, gdyby rodzice otrzymali wsparcie z zakresu opieki i wychowania dzieci we wczesnym okresie życia dziecka. Wśród zachowań, które budzą naszą szczególną uwagę, są negatywne zachowania w stosunku do dziecka, będące wynikiem stresu rodzicielskiego lub nieumiejętności nawiązywania prawidłowej więzi, odpowiadania na potrzeby małego człowieka. W ramach programu „Do-

bry Rodzic–Dobry Start” rodzice dzieci w wieku 0–3 lata mogą skorzystać z oferty stworzonej specjalnie dla nich, m.in. z:

- materiałów edukacyjnych,
- warsztatów umiejętności rodzicielskich,
- bezpłatnych konsultacji indywidualnych z psychologiem i psychiatrą,
- grupy wsparcia,
- spotkań edukacyjnych,
- strony internetowej www.dobryrodzic.pl.

Działania skierowane do profesjonalistów

Działania skierowane do profesjonalistów to przede wszystkim działania o charakterze informacyjnym i edukacyjnym. Odbiorcami naszych działań są pracownicy instytucji ochrony zdrowia oraz pracownicy socjalni, psychologowie, pedagodzy, pracownicy szkół rodzenia i inni profesjonaliści mający w swojej pracy zawodowej kontakt z dziećmi w wieku do lat 3.

Ochrona zdrowia jest niezwykle ważnym elementem systemu zapobiegania krzywdzeniu dzieci. To pracownicy szpitali położniczych, przychodni zdrowia sprawują opiekę nad mamą i małym dzieckiem, towarzysząc jej od samego początku. Oni też mają największe szanse dostrzeżenia niepokojących zachowań rodziców i ochrony dziecka przed krzywdzeniem. Kolejnym ogniwem naszego systemu jest pomoc społeczna, na której spoczywa ustawowy obowiązek zapobiegania przemocy wobec dzieci. Zadania i obowiązki realizowane w ramach wykonywanego zawodu to praca niezwykle trudna i odpowiedzialna, dlatego w ramach programu „Dobry Rodzic–Dobry Start” przygotowaliśmy szereg aktywności skierowanych do profesjonalistów, które pomogą im w zdobywaniu wiedzy i poszerzaniu kompetencji pomocnych w ochronie małych dzieci. Przygotowaliśmy dla nich:

- materiały edukacyjne,
- szkolenia i warsztaty oraz konferencje z zakresu profilaktyki krzywdzenia małych dzieci,
- konsultacje indywidualne,
- spotkania superwizyjne, mające na celu interdyscyplinarną wymianę doświadczeń w przypadkach trudnych do rozwiązania.

Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci

Celem nadrzędnym programu jest doprowadzenie do współpracy między instytucjami świadczącymi pomoc skierowaną do rodzin z małym dzieckiem, która pozwoli na szybką identyfikację i wsparcie rodziców, którzy przeżywają trudności. U podstaw LSPKMD leży przekonanie, że najlepszym i najskuteczniejszym sposobem ochrony dzieci przed przemocą jest środowisko lokalne, które jest najbliżej rodziny i ma największą możliwość zaobserwowania negatywnych zachowań i relacji.

W ramach Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci budowana jest sieć współdziałania między pracownikami ochrony zdrowia (poradnie zdrowia mające pod swoją opieką kobiety w ciąży i rodziców małych dzieci), pracownikami pomocy społecznej (pracownicy Ośrodków Pomocy Społecznej, którzy mają niezbędne uprawnienia do świadczenia pomocy rodzinie), a także organizacjami pozarządowymi (świadczącymi usługi edukacyjne i pomocowe dla rodziców z grup ryzyka).

Aktywności związane z realizacją programu „Dobry Rodzic–Dobry Start”, a więc profilaktyka krzywdzenia małych dzieci, mają wymiar zarówno ogólnopolski, jak i lokalny. Pełną wersję programu realizują już trzy dzielnice warszawskie: Praga Północ i Południe, Targówek, zaawansowane prace trwają nad włączeniem Białołęki, oraz

Wawra, Wesołej i Rembertowa, a w następnej kolejności pozostałych stołecznych dzielnic. Idea programu wdrażana będzie również w innych miastach Polski.

Dlaczego dzieci w wieku 0–3 i dlaczego profilaktyka?

Pierwsze trzy lata życia człowieka to okres kluczowy ze względu zarówno na jego rozwój psychiczny, jak i fizyczny. Jednocześnie, jak pokazują raporty WHO, jest to również czas charakteryzujący się najwyższym ryzykiem urazów, które mogą zakończyć się śmiercią. W Polsce dzieci poniżej 3. roku życia są praktycznie niewidoczne dla nikogo innego poza najbliższą rodziną dziecka. Jedynymi profesjonalistami, którzy mają kontakt z dzieckiem, są pracownicy ochrony zdrowia. To właśnie oni mogą najlepiej zaobserwować, jak duże znaczenie ma odpowiednia opieka rodziców oraz że jej brak może mieć katastrofalne skutki dla rozwoju dziecka.

Siła profilaktyki tkwi w jej niskich – w stosunku do stosowania medycyny naprawczej – kosztach. Ma ona dla nas nie tylko znaczenie z punktu widzenia ochrony dziecka i rodziny, ale również przynosi istotne korzyści finansowe dla całego społeczeństwa. Zależy nam, aby wiedza o naszym programie dotarła do wszystkich lekarzy, abyśmy wspólnie mogli chronić małe dzieci przed krzywdzeniem!

Adres do korespondencji:

Karolina Mazurczak
Asystent Programowy
Fundacja Dzieci Niczyje
Dobry Rodzic – Dobry Start
ul. Walecznych 59
03-926 Warszawa
Tel./fax.: (22) 616-16-69, (22) 672-65-86
www.fdn.pl
www.dobryrodzic.pl