Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

2(3)/2018

Włocławek 2018

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kudučáková
doc. PhDr. Zuzanna Hukáková
dr Ewa Barczykowska

Kolegium redakcyjne
dr Beata Haor – redaktor naczelny
dr Robert Ślusarz; dr Mariola Głowacka – z-cy redaktora naczelnego
mgr Anna Antczak-Komoterska – sekretarz redakcji
dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Lisowska, mgr Marta Waszin – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie.

Spis treści

Od Redakcji/Editorial……8

Artykuły oryginalne/Original

URSZULA KARBOWIAK, BOGUSŁAWA SERZYSKO
Ocena wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka związanych ze stylem życia, a występowanie chorób nowotworowych głowy i szyi…….....9

IWONA DYLAK, BOGUSŁAWA SERZYSKO
Ocena wiedzy i zachowań społecznych powiatu bełchatowskiego na temat HIV i AIDS…….....27

DOROTA KOŁTUNOWICZ, BOGUSŁAWA SERZYSKO
Ocena wiedzy stosowania leków OTC bez recepty wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego oraz personelu medycznego……60

MONIKA SANDER – GRABOWSKA, BEATA PRZYSTAŚ, ELŻBIETA SZUDY, BEATA HAOR
Preferencje żywieniowe studentów kierunku pielęgniarstwo ……..……90

Opis przypadku/Case Report

NATALIA PAWLAK, IDA SZLACHCIAK, BEATA HAOR
Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ostrą niewydolnością nerek
…………106

Artykuły poglądowe/Review

AGNIESZKA KOMOROWSKA
Opieka nad kobietą i dzieckiem z zespołem FAS……131

ISSN: 2451-1846

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).*

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Ocena wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka związanych ze stylem życia, a występowanie chorób nowotworowych głowy i szyi

Risk factors related to lifestyle affecting the occurrence of head and neck cancer

URSZULA KARBOWIAK[1], BOGUSŁAWA SERZYSKO[2,3]

[1] Studentka WSPS Dąbrowa Górnicza
[2] Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Katedra Kardiologii Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
[3] WSPS Dąbrowa Górnicza

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.007
ISSN: 2541-1846

Streszczenie:
Wstęp. Choroba nowotworowa to złożony proces patologiczny, który rozwija się w ludzkim organizmie, który niszcząc zdrowe komórki prowadzi progresywnie do znacznych ograniczeń w funkcjonowaniu oraz znacznych dolegliwości bólowych, czasem nieustępujących po lekach przeciwbólowych. Choroba nowotworowa narządów głowy i szyi w znaczny sposób obniża jakość życia w porównaniu do populacji osób zdrowych.
Cel. Celem tego badania była ocena wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka związanych ze stylem życia, a występowaniem chorób nowotworowych głowy i szyi.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 149 pacjentów, u których rozpoznano chorobę nowotworową głowy i szyi w Przyklinicznej Przychodni Centrum Onkologii w Gliwicach za zgodą tejże palcówki. W badaniu posłużono

się autorska ankietą zawierającą w 38 pytań. Badanie realizowano od listopada 2016r do stycznia 2017r.
Wyniki. Analiza wyników nie potwierdziła, że palenie wyrobów tytoniowych, picie alkoholu i wirus HPV są głównymi czynnikami ryzyka chorób nowotworowych głowy i szyi. Spora ilość zaznaczanych odpowiedzi to nie udzielenie odpowiedzi, co sugeruje o braku wiedzy pacjentów lub wyparcia przez nich szkodliwości w/w nałogów.
Wnioski. Badani w zdecydowanej większości byli świadomi szkodliwości palenia papierosów i jego wpływu na powstanie choroby nowotworowej. Nie mieli natomiast świadomości wpływu picia alkoholu na rozwój choroby nowotworowej. Większość badanych wiedziała, czym jest wirus HPV. Natomiast badani w większości nie mieli wiedzy, że wirus HPV należy do onkogennych. Palenie papierosów kiedykolwiek przez badanych różnicowało ich świadomość wpływu palenia papierosów na powstanie choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: nowotwory głowy i szyi, styl życia, jakość życia

Abstract:
Introduction. Cancer is a complex pathological process that develops in the human body, destroying healthy cells progressively and leading to significant limitations in functioning and severe pain, sometimes persissitng even with the aid of painkillers. Cancerous diseases of the head and neck organs significantly reduce the quality of life compared to the population of healthy people.
Aim. The aim of this study was to show whether smoking, alcohol and HPV are risk factors for head and neck cancer.
Materials and methods. The study was conducted among 149 patients diagnosed with head and neck cancer in the Clinical Outpatient Center of Oncology Center in Gliwice with the consent of this heaktcare facility. The study used a questionnaire containing 38 questions. The study was carried out from November 2016 to January 2017.
Results. The analysis of the results did not confirm that smoking, alcohol and HPV are the main risk factors for head and neck cancer. A large number of respodents did not answer the questions , which suggests patients' lack of

knowledge or their denial of the harmfulness of the above-mentioned addictions.
Conclusions. The majority of respondents were aware of the harmfulness of smoking and its effect on the development of cancer. However, they were not aware of the impact of drinking alcohol on the development of cancer. Most of the subjects knew what HPV is. However, the majority of respondents did not know that HPV belongs to oncogenic viruses. Smoking cigarettes differentiated their awareness of the impact of smoking on the development of cancer.

Keywords: head and neck cancer, lifestyle, quality of life

Wstęp

Dane literaturowe ukazują, iż nowotwory głowy i szyi obejmują raki zlokalizowane w górnej części układu pokarmowego i oddechowego (jama ustna, gardło, krtań, jama nosowa, gruczoły ślinowe i zatoki oboczne nosa). Nowotwory te różnią się historią naturalną i rokowaniem, jednak w wielu opracowaniach są ujmowane, jako jedna grupa. Szczególne znaczenie tej grupy nowotworów związane jest z towarzyszącymi im poważnymi dolegliwościami fizycznymi. Nowotwory umiejscowione w tym obszarze z reguły utrudniają podstawowe czynności życiowe (oddychanie, odżywianie i mowę), a niekiedy upośledzać mogą wzrok, słuch, węch, smak i inne czynności układu nerwowego. Zniekształcenia i ubytki czynnościowe w wyniku choroby i jej leczenia mają negatywne skutki psychologiczne i społeczne.

Z godnie z danymi epidemiologicznymi, nowotwory głowy i szyi stanowią 12% wszystkich nowotworów złośliwych na świecie [1]. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe głowy i szyi w Polsce stanowi 9% wszystkich rozpoznawalnych nowotworów u mężczyzn i 5% u kobiet. Występują najczęściej u osób po 45 r.ż, a raki rozwijające się, jako efekt infekcji wirusowej brodawczaka ludzkiego HPV rozpoznawane są u osób znacznie młodszych, między 15-35 r.ż., a także powyżej 50 r.ż. Niestety pond 75% tych nowotworów

rozpoznaje się w zaawansowanym stadium klinicznym choroby, co prowadzi do wysokiej śmiertelności i wznowy procesu nowotworowego po radykalnym leczeniu i przerzutów odległych [2].

Najgorzej rokują pacjenci z pierwotnym ogniskiem w obrębie dna jamy ustnej i języka, gdyż już w chwili zgłoszenia się do lekarza u ponad połowy pacjentów stwierdza się przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych [3].

Ponad 90% wszystkich nowotworów głowy i szyi stanowią raki płaskonabłonkowe. Najczęstszą lokalizacją tego typu nowotworu jest krtań, a następnie gardło, jama ustna, warga, nos i zatoki oboczne nosa. Chorzy na ten typ nowotworu cechują się znacznie zwiększonym ryzykiem wystąpienia drugiego niezależnego nowotworu, który zwykle rozwija się w drogach oddechowych lub górnym odcinku przewodu pokarmowego, dlatego niezależności te należy uwzględnić podczas badań kontrolnych po zakończeniu leczenia [4].

Wśród innych typów nowotworów głowy i szyi wyodrębniamy raka śluzowo – naskórkowego, raka niskosko zróżnicowanego drobnokomórkowego (inaczej neuroendokrynnego), nerwiaka nerwu węchowego, chłonniaki nieziarnicze oraz chorobę Hodgkina [2]. Te typy nowotworów mogą uszkadzać rdzeń kręgowy wraz z nerwami, mózg, narząd wzroku, słuchu, węchu czy mowy.

Czynniki ryzyka zwiane z rozwojem nowotworu, wywołują lub wiążą się z powodowaniem zwiększonej przydatności (wrażliwości) na różnego rodzaju zaburzenia funkcji organizmu lub wystąpienia choroby oraz obejmują czynniki wiążące się z zachowaniem, czyli z stylem życia, czynnikami biologicznymi, zagrożeniami środowiska czy społeczno - ekonomicznymi [5].

Etiologia choroby nowotworowej mimo postępu medycyny nadal pozostaje obszarem nie do końca poznanym i nadal jest drugą na świecie po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów wśród ludzi i największym wyzwaniem zdrowia publicznego [6].

Do głównych przyczyn powstawania nowotworów głowy i szyi należą:

- **Alkohol** (szczególnie wysokoprocentowy) gdzie pierwszym produktem metabolizmu alkoholu jest acetaldegyd. Liczne badania dowodzą, że aldehyd octowy ma silne właściwości toksyczne, karcinogenne i mutogenne, co powoduje uszkadzanie zdrowych komórek przez wpływ na jej DNA [7], (według szacunków jedynie 5% pacjentów z rakiem obrębu głowy i szyi to osoby niepijące, a u nałogowych alkoholików ryzyko zachorowania wzrasta nawet pięciokrotnie) [8,9].
- **Ekspozycja na dym nikotynowy** synergistyczny efekt karcogenny – w skład dymu tytoniowego wchodzi ponad 4 tysiące substancji, z których więcej niż 40 jest znanymi związkami rakotwórczymi [8,10,11]. Osoby palące tytoń mają wysokie stężenie aldehydu octowego w ślinie, który może uszkadzać DNA komórek i zaburzać mechanizm jego naprawy [12].
- **Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego HPV** dotyczy głównie części ustnej i gardła (oropharynx), w znacznie mniejszym stopniu krtani i jamy ustnej. Infekcje HPV występują średnio u 25% chorych na nowotwory głowy i szyi, są to chorzy bez typowych czynników ryzyka takich jak palenie tytoniu i picie alkoholu, nie stwierdzono też zależności między płcią, wiekiem i wykonywana pracą zawodową [13]. Wirus zazwyczaj przenoszony jest przez kontakty seksualne, zwłaszcza u młodych osób przez seks oralno - płciowy powodując infekcje w obrębie jamy ustnej, gardła i krtani [14]. Klinicznym efektem zakażenia wirusem są brodawki skóry, błon śluzowych jamy ustnej, narządów płciowych, układu moczowego i dróg oddechowych. Wiele wirusów brodawczaka powoduje zakażenia dróg płciowych w postaci kłykcin kończystych i płaskich, które są stanami przed nowotworowymi, jak również naukowo potwierdzono korelację pomiędzy częstością raka jamy ustnej i raka szyjki

macic. Postać powstałego schorzenia zależy w dużym stopniu od typu wirusa HPV zakażającego nabłonek [15,16].

- **Uwarunkowania genetyczne**
- **Złe nawyki żywieniowe**
- **Środki chemiczne** w tym środki ochrony roślin oraz niektóre czynniki szkodliwe w miejscu pracy takie jak: azbest, kwas siarkowy, chrom, nikiel [17]. Niewielki odsetek zachorowań na nowotwór ucha, głowy i szyi może być związany z ekspozycją zawodową. Kurz zwiększa ryzyko wystąpienie raka jamy nosowej, a nikiel raka płaskonabłonkowego zatoki szczękowej. Produkty ropy naftowej mogą zwiększać ryzyko raka gardła.
- **Zła higiena jamy ustnej i ubytki próchnicze** w zębach, które sprzyjają stanom zapalnym jamy ustnej i języka [18].
- **Zakażenie wirusem Epsteina – Barr** (inaczej ludzki herpeswirus 4) należy do rodziny wirusów opryszczki i jest jednym z najczęściej spotykanych wirusów u ludzi. Przypuszcza się, że wirus EBV odgrywa dużą rolę w procesie powstawania nowotworów, a także bierze udział w patogenezie depresji i zespołu przewlekłego zmęczenia.

Choroby nowotworowe narządów głowy i szyi są niewątpliwie narastającym problemem ogólno zdrowotnym, o którym mało się mówi w mediach społecznościowych. Nie poświęca się mu także zbytnio uwagi w badaniach przesiewowych i kontrolnych tak jak w innych nowotworach np. piersi, jelita grubego czy czerniakach. Należą do ciężkich chorób układu kostno - stawowego i tkanek miękkich połączonych zwłaszcza z występującymi przez cały czas bólami oraz towarzyszącym im zaburzeniami czucia, smaku, zmian wyglądu zewnętrznego, poczuciem osamotnienia, nieprzydatności, bezradności i lęku przed przyszłością. W znacznym stopniu wpływają na jakość życia tych osób. Złe nawyki jak palenie tytoniu od wczesnych lat i picie alkoholu według doniesień literatury przyczyniają się do tego typów występowania nowotworów.

Głównym celem pracy była ocena wiedzy respondentów na temat wpływu czynników ryzyka na występowanie chorób nowotworowych głowy i szyi między innymi: palenie tytoniu, picie alkoholu czy zakażenie wirusem HPV.

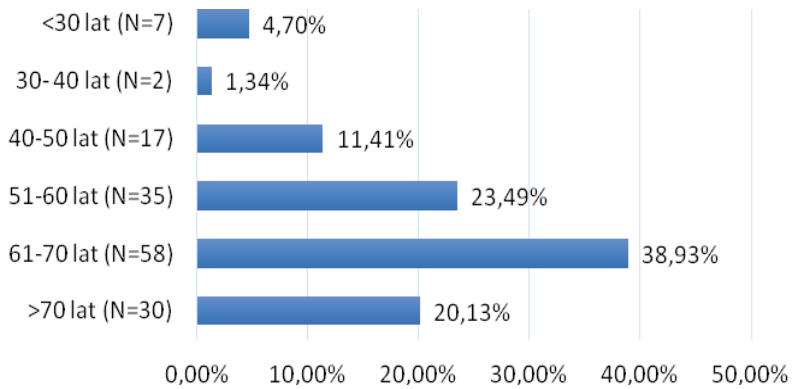
Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród 149 pacjentów w Przyklinicznej Przychodni Centrum Onkologii w Gliwicach, u których rozpoznano lub byli w trakcie diagnostyki w kierunku choroby nowotworowej obszaru głowy i szyi. Badanie realizowano od listopada 2016r do stycznia 2017r

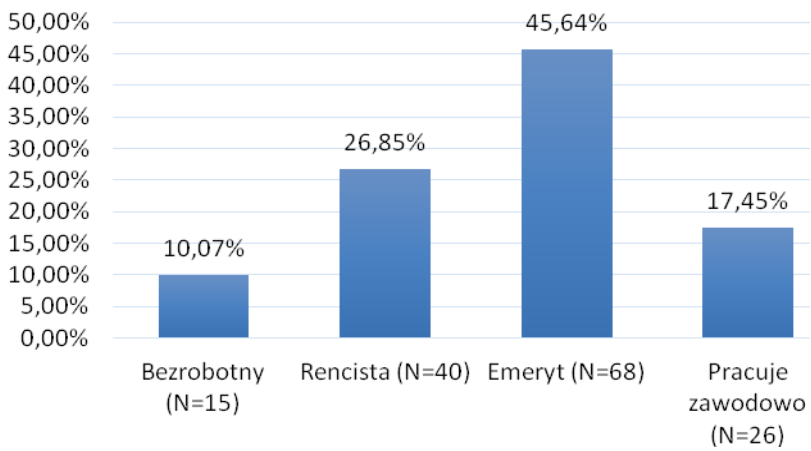
W celu przeprowadzenia badań skonstruowano autorski kwestionariusz ankiety, który dotyczył charakterystyki badanej grupy objętej procesem nowotworowym.

Przed przystąpieniem do analizy baza danych została sprawdzona pod względem logiczności i kompletności odpowiedzi. Braki danych w przypadku cech ilościowych zastępowano średnią, zaś w przypadku danych o charakterze porządkowym lub jakościowym odpowiednio najczęściej występującą odpowiedzią lub – jeśli była taka możliwość – odpowiedzią o treści „nie udzielam odpowiedzi". Natomiast w dalszej kolejności, do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft, Inc.

Wyniki



Rycina 1. Badani w podziale na wiek.
Źródło: wynik badań własnych



Rycina 2. Badani w podziale na zatrudnienie.
Źródło: wynik badań własnych

Tabela 1. Liczba pobytów badanych w szpitalu w związku z obecną chorobą (podstawowe statystyki opisowe).

Statystyki opisowe		Liczba pobytów w szpitalu
Średnia		3,70
Odchylenie standardowe		5,42
Poziom ufności	**-95,00%**	2,82
	95,00%	4,57
Mediana		3,00
Minimum		0,00
Maksimum		60,00
Błąd standardowy		0,44

Źródło: wynik badań własnych

Badani przebywali w szpitalu w związku z obecną chorobą średnio 3,70 razy, przy czym duża w stosunku do średniej wartość odchylenia standardowego (tj. 5,42) świadczy o dużym zróżnicowaniu pod tym względem w obrębie badanej próby. Połowa badanych przebywała w szpitalu maksymalnie 3 razy i połowa – odpowiednio minimum 3 razy. Najmniejsze doświadczenia pod tym względem miał respondent, który nie był ani razu w szpitalu, zaś największe – odpowiednio 60 razy. Zgodnie z wynikami poziomu ufności można wywnioskować, że liczba pobytów w szpitalu w związku z chorobą nowotworową u wszystkich Polaków mieści się z 95,00% prawdopodobieństwem w przedziale między 2,82 a 4,57 razy. Z kolei, błąd standardowy średniej wynosi 0,44, co pozwala stwierdzić, że o taką wartość średnio odbiega liczba pobytów w szpitalu w związku z chorobą nowotworową u wszystkich Polaków.

Zdecydowana większość badanych paliła kiedykolwiek w przeszłości papierosy. Blisko co czwarty respondent (24,16%) nigdy nie palił papierosów. Natomiast aktualnie większość badanych (58,39%) nie pali papierosów. Przy tym nałogu pozostawało 41,61% badanych. Wśród osób palących aktualnie papierosy, większość

badanych (59,68%) paliła papierosy ponad 15 lat, przez okres 1 roku lub od 1 roku do 5 lat paliło odpowiednio po 12,90% badanych. Od 5 do 10 lat paliło papierosy 8,06% badanych, zaś od 10 do 15 lat – odpowiednio 6,45%. Z kolei pod względem dziennej ilości wypalanych papierosów, wśród osób palących aktualnie papierosy, większość (58,06%) paliła 10-20 papierosów dziennie. Od 2 do 5 sztuk wypalało 14,52% badanych, zaś od 5 do 10 – odpowiednio 22,58%. Natomiast powyżej 20 papierosów dziennie paliło 4,84% badanych. Badani przeważnie (41,61%) uważali, że palenie papierosów nie wpływa na powstanie choroby nowotworowej. Przeciwnego stania był niemal, co trzeci badany (30,87%). Z kolei, 27,52% badanych nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące powyższej kwestii. Większość badanych (65,10%) nadal paliła papierosy mimo postawionej diagnozy choroby nowotworowej. Tylko co dziewiąta osoba (11,41%) zaprzestała palenia. Pozostałe 23,49% badanych nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące powyższej kwestii.

Pod względem spożywania w bliskich rodzinach napojów alkoholowych badani byli dość podzieleni. W przypadku 45,64% badanych w ich rodzinach spożywano alkohol, zaś w przypadku niewiele mniejszej ilości badanych (tj. 43,62%) – przeciwnie. Co dziesiąta osoba (10,74%) nie udzieliła odpowiedzi na pytanie dotyczące powyższej kwestii. Większość badanych (53,69%) piła napoje alkoholowe. Nie spożywała takich napojów, co trzecia badana osoba (34,90%). Pozostałe 11,41% badanych nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące powyższej kwestii. Na pytanie o rodzaj spożywanego alkoholu większość badanych (53,02%) nie udzieliła odpowiedzi. Piwo spożywało 22,82% badanych, wódkę – odpowiednio 15,44%, wino – odpowiednio 4,03%, zaś inne alkohole – odpowiednio 4,70%. Ponadto, na pytanie o częstotliwość spożywanego alkoholu co drugi respondent (50,34%) nie udzielił odpowiedzi. Co czwarta osoba (26,85%) spożywała alkohol okazjonalnie. Raz w miesiącu alkohol był spożywany przez 6,71% badanych, raz w tygodniu – odpowiednio 6,04%, co parę dni – odpowiednio 6,04%, zaś codziennie

alkohol piło 4,03% badanych. Większość badanych (58,39%) było zdania, że picie alkoholu nie wpływa na rozwój choroby nowotworowej. Przeciwnego zdania było 11,41% badanych. Natomiast niemal co trzecia osoba (30,20%) nie udzieliła odpowiedzi na pytanie dotyczące powyższej kwestii.

Większość badanych (53,02%) wiedziała, czym jest wirus HPV. Tej wiedzy nie posiadał, co trzeci respondent (33,56%). Pozostałe 13,42% badanych nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące wiedzy na ten temat. Sposób, w jaki można stać się nosicielem wirusa HPV był znany 44,97% badanym, zaś niewiele mniej osób (tj. 40,94%) tej wiedzy nie posiadało. Pozostałe 14,09% badanych nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące wiedzy na ten temat. Większość badanych (55,03%) nie wiedziała, że wirus HPV należy do onkogennych. Taką wiedzę posiadało 28,19% badanych. Pozostałe 16,78% badanych nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące wiedzy na ten temat. Wiedzę, w jaki sposób można zarazić się wirusem posiadało 45,64% badanych. Tej wiedzy nie miał nieco mniejszy odsetek badanych (38,93%). Pozostałe 15,44% badanych nie udzieliło odpowiedzi na pytanie dotyczące wiedzy na ten temat. Pod względem wiedzy, czy wirus HPV jest przenoszony drogą płciową badani byli bardzo podzieleni. Taką wiedzę posiadało 37,58% badanych, a przeciwnie – odpowiednio 30,87% badanych. Natomiast blisko co trzecia osoba (31,54%) nie udzieliła odpowiedzi na pytanie dotyczące wiedzy na ten temat.

Dyskusja

Choroba nowotworowa jest jedną z chorób cywilizacyjnych, która przyczynia się do ograniczeń w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym, a ból i zmiana wyglądu w znaczny sposób obniżają jakość życia, samoocenę i zmuszają do zmniejszenia aktywności życiowej. Zastosowane leczenie operacyjne jak i zachowawcze nie zawsze gwarantuje ustąpienie dolegliwości i powrót do zdrowia, dlatego tak

ważna jest wiedza na temat czynników wpływających na rozwój chorób nowotworowych w tym głowy i szyi głównie takich jak: palenie tytoniu, picie alkoholu czy wirus HPV.

Od lat we wszystkich dostępnych publikacjach medycznych, forach internetowych i mediach rozpowszechniony jest fakt, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka w chorobach nowotworowych. Badania przeprowadzone przez Bernacką i Misiołek wykazują, że palenie ponad 20 sztuk papierosów dziennie zwiększa ryzyko raka nowotworu głowy i szyi trzynastokrotnie, a bierne palenie, czyli inhalowanie dymu nikotynowego prawie sześciokrotnie [11], co potwierdzają badania własne. Przeprowadzone badania potwierdziły, że znaczna część respondentów paliła papierosy lub była narażona w swoim środowisku na palenie bierne. W większości są świadomi szkodliwości palenia wyrobów tytoniowych, jednak nie wiążą swojego zachorowania z tym faktem, może, dlatego wiele z nich nie odpowiedziało na pytania dotyczące szkodliwości palenia, co sugerowałoby na wyparcie przez nich wiedzy i zależności nałogu z rakiem. Znaczna część ankietowanych mimo diagnozy nie zaprzestała palenia, co tłumaczy wcześniejsze przemyślenia.

Palenie wyrobów tytoniowych potęguje działanie alkoholu ułatwiając wnikanie substancji rakotwórczych zawartych w dymie w obrębie gardła i jamy ustnej. Alkohol i papierosy to często nierozłączna para, więc Ci, którzy spożywają i palą narażają się na 100 razy większe ryzyko zachorowania na nowotwory i dane takie, co rok publikuje Krajowy Rejestr Nowotworów [19]. Potwierdzają to przeprowadzone badania przez Burego i Godlewskiego [20], które jednoznacznie wykazały zależność powstawania nowotworów głowy i szyi a karcogennym działaniem alkoholu wzmacnianym paleniem. Mimo tych danych wyniki ankiety były zaskakujące. Większość respondentów (58,39%) uważała, że picie napojów alkoholowych nie wpływa na rozwój choroby nowotworowej, być może wynika to z faktu, że osoby te nie posiadają bądź unikają świadomości szkodliwości picia i nie przyznają się do tego faktu przed samym sobą.

Liczne badania naukowe w tym Józefowicz – Korczyńskiej i Mazeranta z I Katedry Otolaryngologii w Łodzi i Morsheda z Kliniki Onkologii Laryngologicznej Lublinie [14] pokazują, że wirus HPV zwykle jest konsekwencją określonych zachowań seksualnych takich jak kontakty ustno - płciowe, które na pewno należy potraktować, jako jeden z czynników ryzyka.

W pracy znacząca część ankietowanych (53,02%) wykazała, że wie, czym jest wirus HPV, ale na podstawie obserwacji i dalszych wyników można wnioskować, że dane te są nieprawdziwe. Wiedza na temat onkogenności wirusa, dróg jego szerzenia i ryzyko przenoszenia się drogą płciowa, głównie poprzez seks oralny jest znikoma (28,19%) lub ankietowani wstydzą się przyznać to takiego typu preferencji seksualnej.

Wyniki uzyskane przez Glusińskiego i Lamperską [21] stanowią o niskim udziale raków związanych z HPV w Polsce, jednak wiele wyników badań okazało się fałszywie dodatnich, dlatego wyniki wymagają uzupełnienia o bardziej precyzyjne techniki badawcze z udziałem badań PCR, czyli powielania łańcucha DNA wirusa.

Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań własnych nie potwierdziły pośród badanej grupy, iż alkohol, tytoń czy wirus HPV byłyby głównymi czynnikami ryzyka zachorowań na raka głowy i szyi. Sprzeczna ocena odpowiedzi z licznymi, potwierdzonymi badaniami naukowymi przeprowadzonymi na całym świecie mogą wynikać z niewiedzy pacjentów, wstydu, że jest się chorym, (o czym może świadczyć bardzo duża ilość zaznaczonych odpowiedzi – nie udzielam odpowiedzi (palenie tytoniu 27,52%, picie alkoholu 30,20%, wiedza na temat wirusa HPV i drogami jego przenoszenia 34,23%) i ukrywanie nałogów. Niejednokrotnie w Instytucie badania molekularne wykrywające wirusa brodawczaka wykazały znaczy ubytek wiedzy pacjentów i co najważniejsze profilaktyki, którą powinni podjąć dla siebie jak i dla przyszłych pokoleń w celu ograniczenia szerzenia się tego typu zakażeń.

Wnioski

- Badani w zdecydowanej większości byli świadomi szkodliwości palenia papierosów i jego wpływu na powstanie choroby nowotworowej. Nie mieli natomiast świadomości wpływu picia alkoholu na rozwój choroby nowotworowej.
- Palenie papierosów kiedykolwiek przez badanych różnicowało ich świadomość wpływu palenia papierosów na powstanie choroby nowotworowej. Osoby, które paliły kiedykolwiek papierosy znacznie częściej były świadome takiego szkodliwego wpływu tego nałogu. Natomiast palenie papierosów aktualnie nie różnicowało znacząco wiedzy w zakresie wpływu palenia papierosów na powstanie choroby nowotworowej.
- Większość badanych uważała, że picie alkoholu nie wpływa na rozwój choroby nowotworowej. Świadomość szkodliwego wpływu alkoholu pod tym katem nie była zależna od spożywania napojów alkoholowych w najbliższej rodzinie ani od picia alkoholu przez badanych.
- Większość badanych wiedziała, czym jest wirus HPV. Natomiast badani w większości nie mieli wiedzy, że wirus HPV należy do onkogennych. Wiedza na temat wirusa HPV nie była zależna od okresu trwania choroby badanych.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Nowotwory głowy i szyi są jednymi z sześciu najczęstszych nowotworów występujących obecnie w naszym kraju. Z dostępnej literatury, informacji prasowych oraz danych z Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że nie spotykamy się z programami profilaktyki wczesnego wykrywania tej grupy nowotworów, a według Prezesa Polskiej Grupy Badań Nowotworów Głowy i Szyi w ciągu najbliższych 20 lat częstotliwość tych nowotworów będzie znacząco wzrastać z malejącą tendencją występowania pozostałych nowotworów.

Chcąc zmniejszyć ilość zachorowań, a co za tym idzie obniżać koszty leczenia trzeba położyć zdecydowanie większy nacisk na profilaktykę i badania przesiewowe [22]. Strategia ta, powinna nie tylko obejmować zadania systemu ochrony zdrowia, ale także obszary życia społecznego jak inwestycje, naukę i edukacje, które w pewnej perspektywie czasu wpływają na zwalczanie chorób nowotworowych[23]. Według dostępnej wiedzy głównymi założeniami programu powinny być:

- Ciągłe uświadamianie społeczeństwa o szkodliwości palenia wyrobów tytoniowych i picia alkoholu oraz o kancerogennych czynnikach sprzyjających rozwojowi raków w obrębie głowy i szyi.
- Szerokie zainteresowanie lekarzy pierwszego kontaktu jak i lekarzy stomatologów nałogami występującymi u ich pacjentów i informowanie o szkodliwości niektórych zachowań wpływających na stan zdrowia jamy ustnej (edukacja prozdrowotna) [24].
- Zwiększenie czujności na choroby wirusowe sprzyjające zachorowaniu na nowotwory, obserwacja i szybkie reagowanie w przypadku zmian na skórze lub/i błonach śluzowych (jama ustna, wargi, język).
- Szkolenie personelu medycznego tak, aby potrafił przekazać pacjentowi wiedzę na temat przyczyn powstawania nowotworów.
- Zwiększenie nakładów na badania profilaktyczne, wstępne i okresowe (badania krwi, badania cytologiczne, stomatologiczne itp.).
- Uświadamianie niebezpieczeństwa przypadkowych kontaktów seksualnych podczas, których można zarazić się między innymi 30 rodzajami wirusa HPV [25].

Niestety, jak wskazują badania i obserwacje dotyczące tego zagadnienia, około $^{1}/_{3}$ pacjentów wraca do nałogu palenia wyrobów tytoniowych i około 20% do picia alkoholu, natomiast nikt nie

przyznaje się to seksu oralnego lub analnego. Dlatego należy uświadamiać populację, że zanim zdrowa komórka przemieni się w złośliwy nowotwór mijają miesiące a czasem i lata. To od nas zależy czy wykorzystamy ten czas minimalizując czynniki ryzyka chorób nowotworowych [26,27].

Bibliografia/Bibliography:

1. Woźniak A. i wsp. Nowotwory głowy i szyi – historia. Przegląd Lekarski. 2012; 69 (10):1079 -1083.

2. Deptała A., Wojtukiewicz M. Z. Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego. AsteriaMed, Gdańsk 2016.

3. Zalecenia diagnostyczno terapeutyczne dla wybranych nowotworów głowy i szyi. Postępy w Chirurgii Głowy i szyi – Suplement. 2006; 1: 36-38.

4. Kawecki A., Nawrocki S. Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. W: Krzakowski M., Warzocha K. (Red.) Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. VM Media, Gdańsk 2013: 2-32.

5. Wojtczak A. Zdrowie publiczne: wyzwania dla systemów zdrowia XXI wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

6. Fol M., Jachowicz E. Czynniki zakaźne w procesie nowotworzenia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2016; 22 (1): 7-14.

7. Plagens-Rotman K. Czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe narządu rodnego u kobiet. Rozprawa doktorska, UM w Poznaniu, Poznań 2014: 28.

8. Bury P., Godlewski D, Wojtyś P. Alkohol, jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej. Współczesna Onkologia 2000; 1: 13-15.

9. Śledź J. Nowotwory jamy ustnej - dane epidemiologiczne i czynniki ryzyka zachorowania. Biuletyn Wydziału Farmaceutycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. 2015; 2: 6-12.

10. Kawecki A. Nowotwory narządów głowy i szyi. W: Meder J. (Red.) Aktualne zasady postępowania diagnostyczno terapeutycznego w onkologii. CMKP, Warszawa 2011: 5-20.

11. Tuchowska P.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych: Probl Hig Epidemiol 2013,94(2): 166-171.

12. Stefanowicz A. Nowotwory złośliwe. W: Kulik B. T. Zdrowie publiczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.

13. Józefowicz- Korczyńska M. i wsp. Wczesna ocena zależności pomiędzy zakażeniem Human papilota virus (HPV) a wybranymi cechami nowotworu u chorych na raka krtani. Otolaryngologia. 2014,13(3): 155-162.

14. Morshed K. Udział wirusa brodawczaka ludzkiego HPV w etiopatogenezie nowotworów głowy i szyi: Otolaryngologia. 2004,3(3): 91-96.

15. Broniarczyk J. i wsp. Biotechnologia - struktura i właściwości wirusa brodawczaka ludzkiego. Biotechnologia. 2010; 3 (90):126-145.

16. Więcławska M. i wsp. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w obrębie jamy ustnej i gardła. Czas. Stomat. 2005; LVIII,10:689-702.

17. Bernacka K. i wsp.: Carcinoma of the larynx and the hypopharynx. Rak krtani i krtaniowej części gardła. Problemy Medycyny Rodzinnej. 2012; 3 (39):56-63.

18. http://publicznecentraonkologii.pl/pacjent/rak-jezyka-prof-zw-dr-hab-med-alina-morawiec-sztandera-wojewodzki-szpital-

specjalistyczny-im-m-kopernika-w-lodzi/ Dostęp: 29.10.2016 godz.21.10.

19. Polska Agencja Prasowa. Rynek aptek. http://www.rynekaptek.pl/drukuj/14472.html Dostęp: 14.06.2016r. godz.14.22.

20. Bury P., Godlewski D., Wojtyś P.: Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej. Współczesna Onkologia. 2000;1;13–15.

21. Golusiński P. i wsp. Występowanie i rola aktywnej infekcji wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w rakach płaskonabłonkowych głowy i szyi. Polski Przegląd Otolaryngologiczny. 2012; 1(3): 244-251.

22. http://whc.ifps.org.pl/wpcontent/uploads/2013/04/informacja_prasowa_2013_rok_walki_z_nowotworami_glowy_i_szyi.pdf Dostęp: 20.01.2017r godz.23.30.

23. Kozierkiewicz A., Jassem J.: Narodowe strategie zwalczania nowotworów: doświadczenia, struktura, dobre praktyki. Nowotwory. 2013; 63: 368-374.

24. Raczkowska -Siostrzonek A., Koszowski R.: Wpływ wizyt u lekarza stomatologa na poziom wiedzy o chorobie nowotworowej jamy ustnej. Dent. Med.Probl.2005;42,4:555-560.

25. Golusiński W. i wsp. Ogólnopolski Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi. Otolaryngologia Polska. 2015; 69, 4: 7-12.

26. De Walden – Gałuszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011:73.

27. Wrotek K. Profilaktyka antyrakowa. Wydawnictwo Helion, Gliwice 2010: 11.

Ocena wiedzy i zachowań społecznych powiatu bełchatowskiego na temat HIV i AIDS

Assessment of knowledge and social behaviour of Belchatow district on HIV and AIDS

IWONA DYLAK[1], BOGUSŁAWA SERZYSKO[2,3]

[1] Studentka WSPS Dąbrowa Górnicza
[2] Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Katedra Kardiologii Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
[3] WSPS Dąbrowa Górnicza

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.008
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. W dzisiejszych czasach problem HIV/AIDS jest bardzo istotny. Mimo, że mamy w Polsce bardzo dobry dostęp do leczenia HIV/AIDS, bez żadnych finansowych ograniczeń, nadal problemem jest wzrost zakażeń wirusem HIV. Społeczeństwo, a zwłaszcza ludzie młodzi nie mają podstawowej wiedzy na temat HIV/AIDS i nie odnoszą do siebie możliwości zakażenia. Wpływa na to wzrost ryzykownych zachowań seksualnych, zażywanie substancji psychoaktywnych, a także zbyt niskie poczucie zagrożenia zakażenia HIV. Medycyna nadal nie zna leku, który całkowicie eliminuje wirusa z organizmu. Statystyki są niepokojące, pokazują, że każdego dnia w Polsce dwie osoby dowiadują się o swoim zakażeniu. Wśród społeczeństwa wyraźnie widać niechęć do wykonywania testów na obecność wirusa HIV.

Cel. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy społeczeństwa powiatu bełchatowskiego w przedziale wiekowym 19 – 49 lat na temat HIV/AIDS.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w styczniu 2017 roku przy użyciu kwestionariusza ankiety, wśród losowo wybranych mieszkańców miasta Bełchatowa i jego okolic.
Wyniki. Wiedza badanych na temat HIV i AIDS była na poziomie umiarkowanym. Badani średnio udzielali 53,07% prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące różnych kwestii związanych z HIV i AIDS.
Źródłami informacji, z jakich badani poznawali temat HIV i AIDS, najczęściej były: Internet, telewizja oraz prasa i czasopisma. W przypadku Internetu oraz prasy i czasopism nie zanotowano istotnego wpływu na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Natomiast telewizja istotnie obniżała poziom tej wiedzy i tym samym nie była dobrym źródłem informacji na ten temat. Taki sam wpływ na poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS mieli znajomi, którzy również istotnie obniżali poziom wiedzy na ten temat. Z kolei, wszystkie pozostałe źródła informacji (tj. literatura, kampanie społeczne, uczelnie i szkoły oraz ulotki) istotnie poprawiały poziom wiedzy w tym zakresie, a tym samym stanowiły dobre źródło informacji na ten temat.
Wnioski. Ponieważ obserwuje się niebezpieczne lekceważenie wirusa HIV, należy duży nacisk położyć na edukację, podnoszenie świadomości społecznej tak, aby ludzie potrafili oceniać ryzykowne sytuacje oraz znali metody, które skutecznie będą zapobiegać zakażeniu. Przemyślane decyzje i zdrowy rozsądek chronią od ryzyka zakażenia HIV, a to przyczynia się do zmniejszenia ludzkich dramatów wywołanych zachorowaniem na AIDS.

Słowa kluczowe: AIDS, HIV, poziom wiedzy

Abstract:
Introduction. Nowadays the problem of HIV / AIDS is crucial. Although we have very good access to HIV /AIDS treatment in Poland, without any financial limitations, the HIV infection is still growing. Society and especially young people, do not have basic knowledge about HIV / AIDS and close their minds to the possibility of infection. This has a great influence on the increase of risky sexual behavior, the use of psychoactive substances, as well as ingoring risk of HIV infection. Medicine still does not know the drug that completely eliminates the virus from the body. Statistics are disturbing and

show that two people in Poland find out about their infection daily. People are clearly reluctant to perform HIV tests.
Aim. The aim of the study was to assess the level of knowledge of HIV / AIDS among people of 19-49 years of age in Belchatow.
Material and methods. The research was carried out in January 2017 using a questionnaire survey, among randomly selected residents of the city of Bełchatów and its surroundings.
Results. The knowledge of respodents of HIV and AIDS was moderate. They gave an average of 53.07% of correct answers to questions about various HIV and AIDS issues. The source of information about HIV and AIDS for the respondents was most often: the Internet, television, the press and magazines. In case of the Internet, the press and magazines there was no significant impact on the level of knowledge of the respondents on HIV and AIDS. On the other hand, television significantly reduced the level of this knowledge and thus was not a good source of information on this subject. The same influence on the level of knowledge in the field of HIV and AIDS had respondents' friends who also significantly reduced the level of knowledge on the subject. However, all other sources of information (e.i. literature, social campaigns, colleges and schools, and leaflets) significantly improved the level of knowledge in this area, and thus they were a good source of information on this subject.
Conclusions. Because it is dangerous to neglect the HIV virus, emphasis should be placed on education, raising public awareness so that people can assess risky situations and know methods that will effectively prevent infection. Well-considered decisions and common sense protect against the risk of HIV infection, and this contributes to reducing the human dramas caused by developing AIDS.

Keywords: AIDS, HIV, level of knowledge

Wstęp

W 2016 roku minęło 35 lat od pierwszego zdiagnozowanego przypadku zachorowania na AIDS. Mimo zaawansowanych badań, postępu medycyny, nowych metod diagnostyki oraz leczenia, świat nadal stoi przed problemem, jakim jest rozprzestrzenianie się wirusa

HIV. Pandemia HIV/AIDS ciągle dziesiątkuje ludzkość, nie udało się do tej pory opracować bezpiecznej i skutecznej szczepionki przeciw wirusowi HIV. Liczba nosicieli HIV i chorych na AIDS ciągle rośnie. Z powodu AIDS na świecie zmarło już ponad 30 milionów osób, a każdego dnia około 1 milion osób zakaża się wirusem HIV na drodze kontaktów seksualnych.

W Polsce pierwsze przypadki zakażeń wirusem HIV zarejestrowano w 1985 roku. Według danych PZH, dotychczas liczba zakażeń przekroczyła 18500 tys. Trzeba jednak pamiętać, że prawdziwa liczba jest najprawdopodobniej około trzykrotnie większa. Do 2014 roku rozpoznano 3200 przypadków zachorowania na AIDS, zmarło ponad 1200 osób. Najnowsze dostępne badania wykazują, że w Polsce liczba osób zakażonych rośnie z roku na rok. Rocznie w Polsce wykrywa się ponad 800 nowych zakażeń HIV.

Początki epidemii połączone były ze strachem o sposób przenoszenia wirusa HIV. Pierwsze doniesienia mówiły o prostytutkach, homoseksualistach i narkomanach, którzy przenoszą zakażenie. W mentalności polskiego społeczeństwa utkwiły one, jako tzw. grupy ryzyka. Osoba zakażona HIV była kojarzona z osobą niemoralną z marginesu społecznego. Poziom wiedzy na temat tego ważnego problemu, jakim jest HIV/AIDS w naszym społeczeństwie niestety nie jest wysoki. Nadal krążą stereotypy, brakuje nam podstawowej wiedzy, co prowadzi do zwiększenia fobii oraz negatywnych zachowań w stosunku do osób zakażonych HIV.

Polacy odnoszą się z rezerwą do badań profilaktycznych. Krajowe Centrum do spraw AIDS, co roku przeprowadza kampanie oraz akcje informujące o zagrożeniach i przeciwdziałaniu zakażeniu HIV. Co 2 lata odbywają się światowe konferencje na temat HIV i AIDS poświęcone problematyce profilaktyki oraz sytuacji najbardziej zagrożonych rejonów świata m.in. Afryki. Naukowcy próbują znaleźć optymalne rozwiązania dla obecnej „epidemii" HIV, a największe kraje świata przekraczają corocznie milionowe kwoty na walkę z chorobą naszej cywilizacji. Nie rozwiąże to jednak całkowicie sprawy, jeśli

społeczeństwa nie będą w odpowiedni sposób uświadamiane oraz edukowane. Dlatego tak ważne jest zapobieganie zakażeniom wirusem HIV poprzez przekazywanie wiedzy opartej na naukowych faktach oraz kształtowanie zachowań prozdrowotnych tak, aby nie tylko wzrastała świadomość i odpowiedzialność za swoje zdrowie i życie, ale również za zdrowie innych.

HIV (Human Immunodeficiency Virus) jest ludzkim wirusem upośledzenia odporności, który powoduje postępującą degradację układu immunologicznego, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju AIDS – zespołu nabytego niedoboru odporności.

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) jest zaawansowanym stadium zakażenia wirusem HIV i charakteryzuje się zmniejszeniem liczby limfocytów T CD4 oraz występowaniem zakażeń oportunistycznych i nowotworów [1].

Zakażenia i nowotwory oportunistyczne są chorobami występującymi niemal wyłącznie wśród chorych z głębokim upośledzeniem odporności. Zakażenia wywoływane są przez drobnoustroje, które zwykle są niegroźne dla osób, u których czynność układu immunologicznego jest prawidłowa [2].

Wirus HIV należy do rodziny retrowirusów. Wyróżnia się jego dwa typy: HIV – 1 – jest odpowiedzialny za większość zakażeń u ludzi oraz HIV – 2 rzadziej powoduje zakażenie i chorobę u ludzi [3].

Pierwsze doniesienie na świecie na temat AIDS ukazało się w czerwcu 1981 roku w biuletynie *Morbidity and Mortality Weekly Report,* które było wydawane przez CDC (*Centers of Diseases Control*) w Atlancie . Opisywano tam przypadki zachorowań u młodych (29 - 36 lat) zdrowych dotąd mężczyzn na zapalenia płuc wywołane przez Pneumocystis carinii. Ponadto u każdego z nich stwierdzono infekcję wywołaną wirusem cytomegalii oraz kandydozy błon śluzowych. Kilka miesięcy później opublikowano bardziej szczegółowe doniesienia na temat tej nowej choroby, które wzbudziły duże zainteresowanie klinicystów z Europy Zachodniej i USA [3]. W opisywanych przypadkach zachorowań, które występowały wśród

homoseksualistów i narkomanów - pacjenci charakteryzowali się infekcjami wywołanymi wirusem cytomegalii, stanami gorączkowymi a także utratą masy ciała. U niektórych z nich obserwowano występowanie owrzodzeń około odbytowych oraz mięsaka Kaposiego [3].

Na podstawie analizy 593 stwierdzonych przypadków zespołu nabytego niedoboru odporności na terenie USA w 1982 roku, powstała pierwsza na świecie definicja AIDS. Opisywano chorobę, jako upośledzenie odporności komórkowej, potwierdzone badaniami, w wyniku której dochodziło do rozwoju zapalenia płuc wywołanego przez Pneumocystis carinii, infekcji oportunistycznych i mięsaka Kaposiego. Ta definicja opierała się przede wszystkim na objawach klinicznych, ponieważ wtedy nie była znana etiologia choroby [3].

W 1983 roku prof. Luc Montagnier z instytutu Pasteura we Francji dokonał wstępnej izolacji wirusa powodującego spadek odporności określonego, jako HIV. W tym samym czasie opracowano pierwsze testy, które pozwalały na identyfikację zakażenia. Z badań jednak wynika, iż w Europie, USA oraz w Afryce przypadki AIDS występowały znacznie wcześniej. Istnieją doniesienia o śmierci marynarza z Norwegii, który zmarł pod koniec lat 50 na podobną jak AIDS chorobę. Najstarsza próbka krwi zakażonej HIV pochodzi z Zairu z 1959 roku . Podobne próbki zostały znalezione w Ugandzie w 1972 roku i w Malawii w 1974 roku [4].

Początkowo AIDS zyskało kryptonim „cztery H", próbowano w ten sposób przyporządkować, kogo dotyczy ta nowa choroba: hemofilików, homoseksualistów, narkomanów uzależnionych od heroiny czy Haitańczyków. Takie przyporządkowanie zostało na lata wprowadzone do powszechnego myślenia. Trudno było później opinię publiczną przekonać, że zakażenie HIV może dotyczyć nie tylko wybranych grup, ale każdego człowieka [4].

Na AIDS w Polsce pierwsza osoba zmarła w 1985 roku. Był nim polskiego pochodzenia obywatel USA, który wrócił do Polski na kilka tygodni przed śmiercią. W październiku 1986 roku

rozporządzeniem Rady Ministrów AIDS zostało wpisane na listę chorób zakaźnych, które podlegają przymusowemu leczeniu ambulatoryjnemu [4]. Pierwsze przypadki zakażenia wirusem HIV w Polsce zdiagnozowane zostały w 1985 roku, a pierwszy przypadek zachorowania na AIDS w rok później. W 1987 roku wprowadzono obowiązkowo badania na obecność przeciwciał anty – HIV każdej próbki krwi w stacjach krwiodawstwa . Do końca roku 1987 rozpoznane zostały trzy przypadki AIDS u jednego biseksualisty i dwóch homoseksualistów, u których do zakażenia doszło poza granicami Polski. W 1988 roku rozpoznano zakażenie pierwszego narkomana w Polsce, który stosował dożylne środki odurzające [4].

Od 1985 do końca 2012 roku stwierdzono zakażenie wirusem HIV u 16 314 obywateli Polski oraz u osób przebywających na terenie Polski. Odnotowano 2848 zachorowań na AIDS, a zmarło 1185 chorych . Trzeba pamiętać, że w Polsce bardzo mały odsetek osób robi test w kierunku HIV. Z danych wynika, że około 50-70 % zakażonych Polaków nie posiada wiedzy o swoim statusie serologicznym [4].

Definiując AIDS spotykamy pewne rozbieżności między teorią a kliniczną praktyką. Zgodnie z ostatnią z kolei definicją podaną przez Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom w USA, zespół ten określa występowanie jednej z 29 chorób znacznikowych a także wynik dodatniego testu na obecność wirusa HIV [5]. Można przypuszczać, że wyznacznikiem wspólnym dla tych chorób jest związek z zaburzeniami odporności, czego nie można wykazać w kilku przypadkach takich jak: rak szyjki macicy, mięsak Kaposiego, chłoniak czy demencja. Również rozpoznanie AIDS stawiane jest u pacjentów, na podstawie obniżenia poziomu leukocytów T4 poniżej 200/ml z potwierdzeniem dodatniego testu na obecność wirusa HIV. Chorzy, którzy prezentują pełen zespół objawów AIDS, przy braku dodatniego testu na nosicielstwo znajdują się niejako na drugim biegunie. Choroby znacznikowe AIDS to infekcje spowodowane przez mikroby oportunistyczne (wirusy, bakterie i grzyby), których aktywność patologiczna jest możliwa jedynie w warunkach zaburzeń układu

immunologicznego gospodarza. Oczywiste jest, że takie zakażenia nie są przenoszone na zdrowych ludzi, którzy kontaktują się z ludźmi chorymi
na AIDS, w tym również na personel medyczny [5].

Ludzki wirus upośledzenia odporności jest wrażliwy na czynniki zewnętrzne. Poza organizmem człowieka, w temperaturze pokojowej w warunkach eksperymentalnych może przetrwać do 3 dni, ale już po upływie kilkunastu godzin, 99% jego populacji jest inaktywowane. Wirus wykazuje także wrażliwość na podstawowe środki odkażające i podwyższoną temperaturę. Para wodna pod ciśnieniem lub tlenek etylenu wystarczają w zupełności do sterylizacji skażonego HIV sprzętu [6]. Zakażona osoba może być źródłem zakażenia do końca życia. Jakkolwiek wirus znajduje się w wielu tkankach, płynach ustrojowych, wydzielinach i wydalinach takich jak: krew, wydzielina pochwy i szyjki macicy, nasienie, kobiece mleko, płyn mózgowo – rdzeniowy, mocz i kał, to jednak rolę nośnika wirusa praktycznie odgrywa krew, nasienie i mleko kobiece. Codzienne, zwykłe kontakty z nosicielem wirusa nie prowadzą do zakażenia. Wirus nie jest przenoszony drogą pokarmową, powietrzną ani przez owady - badania wykazują, że nie namnaża się w organizmach komarów i pluskwiaków [6].

Monitorowanie zakażeń HIV/AIDS w Polsce określa ustawa o obowiązku zgłaszania wszystkich nowo wykrytych zakażeń HIV, przypadków zachorowań na AIDS, jak również zgonów w wyniku AIDS do stacji sanitarno – epidemiologicznych. Te dane są na bieżąco aktualizowane przez PZH. Dzięki temu możemy obserwować, jakie są trendy epidemii HIV w Polsce [7].

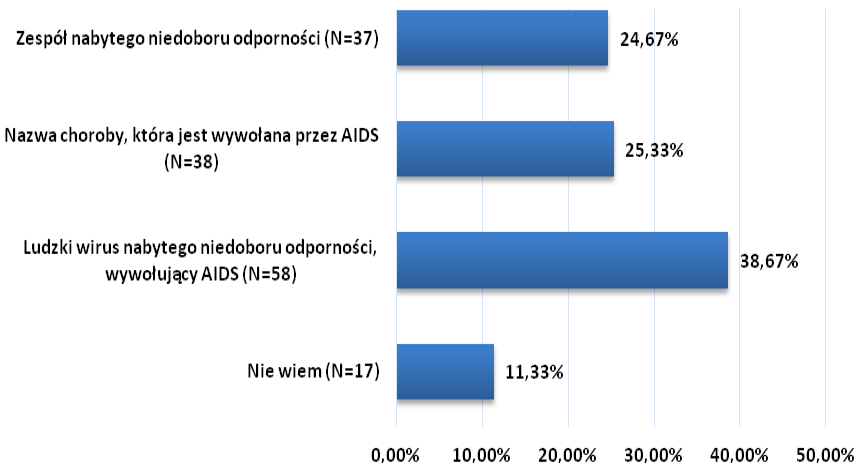
Celem pracy była ocena poziomu wiedzy społeczeństwa powiatu bełchatowskiego w przedziale wiekowym 19 – 49 lat na temat HIV/AIDS.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2017 roku, wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego. Badaniem objęto 150 osób, w wieku 19 – 49 lat. Dobór badanej grupy odbył się w sposób losowy. Przed przystąpieniem do badań respondenci zostali poinformowani, jaki jest cel badań, a także o dobrowolnym w nich udziale. Otrzymali informacje odnośnie wypełnienia ankiety oraz zapewnienie o anonimowości uzyskanych danych. Respondenci wypełnili autorską ankietę opracowaną dla potrzeb badania, która zawierała 30 pytań o charakterze zamkniętym. Podstawą oceny wyników była procentowa ilość odpowiedzi uzyskanych na poszczególne pytania.

Wyniki

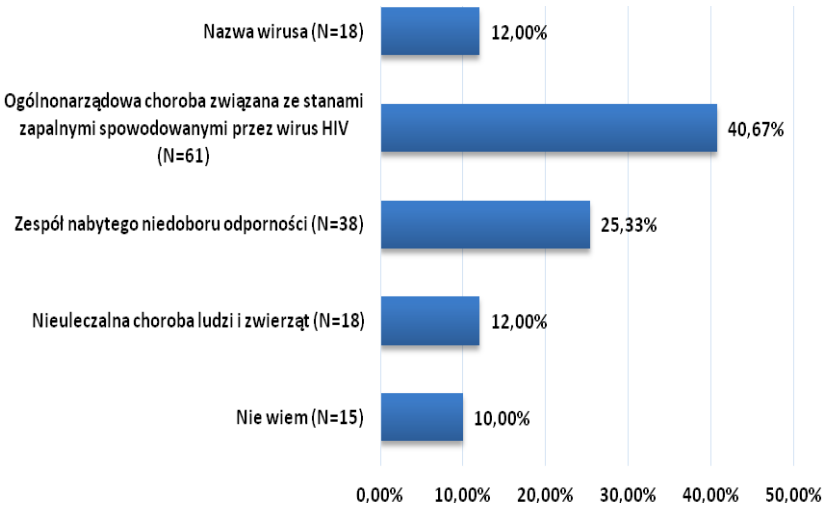
W pierwszej kolejności analizie poddano rozkład odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące wiedzy na temat HIV i AIDS. Poniższe wykresy przedstawiają analizę ilościową tych wyników.



Rycina 1. Wiedza badanych, co oznacza skrót HIV.
Źródło: wynik badań własnych

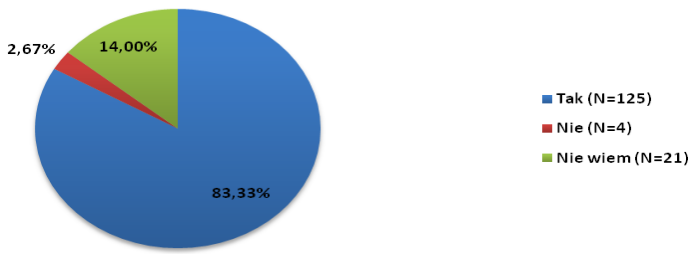
Na pytanie, co oznacza skrót HIV ankietowani najczęściej (38,67%) wskazywali, że HIV oznacza ludzki wirus nabytego

niedoboru odporności wywołujący AIDS. Według co czwartego respondenta jest to nazwa choroby, która jest wywoływana przez AIDS (25,33%) i niemal tyle samo osób (24,67%) uważało, że jest to zespół nabytego niedoboru odporności. Z kolei, co dziewiąta osoba (11,33%) przyznawała, że nie ma wiedzy na ten temat.



Rycina 2. Wiedza badanych, co oznacza skrót AIDS.
Źródło: wynik badań własnych

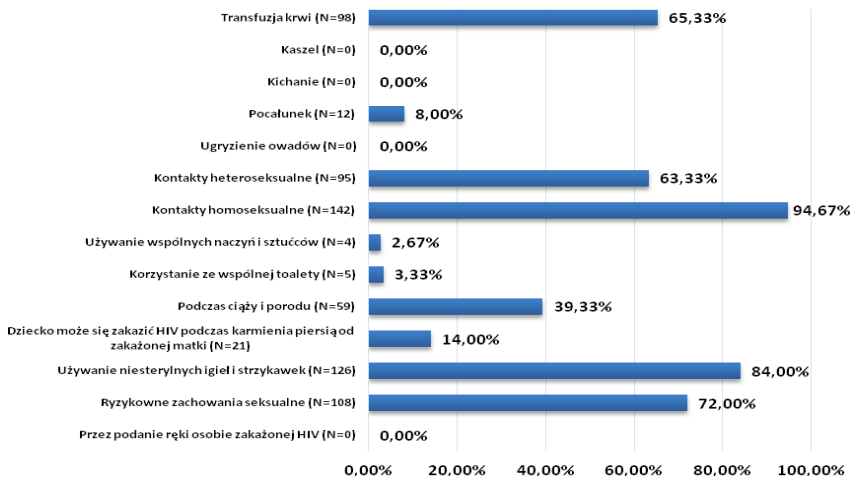
Natomiast, na pytanie, co oznacza skrót AIDS, badani najczęściej (40,67%) wskazywali, że jest to ogólnonarządowa choroba związana ze stanami zapalnymi spowodowanymi przez wirus HIV. Co czwarty respondent (25,33%) wskazał, że skrót AIDS oznacza zespół nabytego niedoboru odporności. Odpowiednio po 12,00% badanych wskazało, że skrót ten oznacza nazwę wirusa i nieuleczalną chorobę ludzi i zwierząt. Z kolei, co dziesiąty ankietowany (10,00%) przyznawał, że nie ma wiedzy na ten temat.



Rycina 3. Wiedza badanych na temat niszczenia przez HIV układu odpornościowego człowieka.

Źródło: wynik badań własnych

Zdecydowana większość badanych (83,33%) była zdania, że wirus HIV niszczy układ odpornościowy człowieka. Przeciwnego zdania było tyko 2,67% badanych. Pozostałe 14,00% badanych nie posiadało wiedzy w tym zakresie.



Rycina 4. Znajomość wśród badanych sytuacji, w jakich może dojść do zakażenia HIV.

Źródło: wynik badań własnych

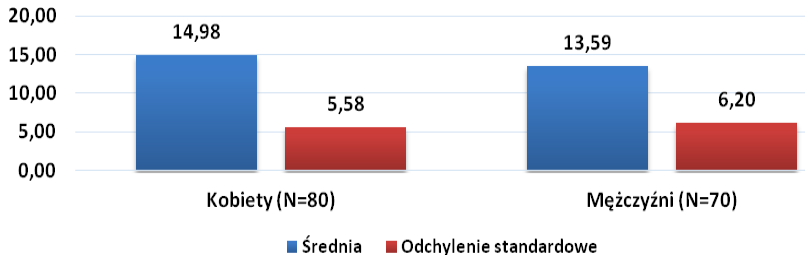
Jako sytuacje, w jakich może dojść do zakażenia HIV zdecydowana większość badanych wymieniała: kontakty homoseksualne (94,67%), używanie niesterylnych igieł i strzykawek

(84,00%), ryzykowne zachowania seksualne (72,00%) oraz transfuzję krwi (65,33%) i kontakty heteroseksualne (63,33%). Ponadto, 39,33% badanych wskazało również ciążę i poród, 14,00% badanych – odpowiednio karmienie piersią od zakażonej matki, 8,00% badanych – odpowiednio pocałunek, 3,33% badanych – odpowiednio korzystanie ze wspólnej toalety, a 2,67% badanych – odpowiednio używanie wspólnych naczyń i sztućców.

Rycina 5. Opinie badanych, że problem HIV dotyczy tylko osób podejmujących ryzykowne zachowania seksualne i narkomanów.
Źródło: wynik badań własnych

Pod względem opinii, że problem HIV dotyczy tylko osób podejmujących ryzykowne zachowania seksualne i narkomanów, ankietowani byli dość podzieleni. Największy odsetek badanych był zdania, że problem HIV nie dotyczy tylko tych osób (46,00%). Przeciwnego zdania było 28,67% badanych. Z kolei, co czwarty respondent (25,33%) nie miał wiedzy w tym zakresie.

W pierwszej kolejności ocenie poddano związek między płcią, miejscem zamieszkania oraz wykształceniem badanych a poziomem ich wiedzy na temat HIV i AIDS. Pozwoliło to zweryfikować, czy poziom tej wiedzy różni się istotnie w grupach zróżnicowanych pod względem powyższych czynników socjodemograficznych.



Rycina 6. Poziom wiedzy na temat HIV i AIDS w podziale na płeć badanych.
Źródło: wynik badań własnych

Tabela 1. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem płci badanych.

Statystyki opisowe		Płeć		Wyniki testu U Manna-Whitneya
		Kobiety	Mężczyźni	
Liczebność (N)		80	70	Z=-1,482; p=0,138
Średnia		14,98	13,59	
Odchylenie standardowe		5,58	6,20	
Poziom ufności	-95,00%	13,73	12,11	
	+95,00%	16,22	15,06	
Mediana		14,50	13,00	
Minimum		5,00	2,00	
Maksimum		27,00	26,00	
Błąd standardowy		0,62	0,74	

Źródło: wynik badań własnych

Kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie między sobą pod względem poziomu wiedzy na temat HIV i AIDS. Ilość prawidłowych

odpowiedzi na pytania dotyczące tej wiedzy w grupie kobiet wynosił średnio 14,98, zaś w grupie mężczyzn – odpowiednio 13,59 (odchylenia standardowe wynosiły odpowiednio 5,58 i 6,20). Jakiekolwiek różnice pod tym względem między obiema grupami nie były znaczące. Potwierdzają to również wyniki testu U Manna-Whitneya, które wskazują na brak istotnego statystycznie (p>0,05) wpływu płci na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS.

Tabela 2. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem miejsca zamieszkania badanych.

Statystyki opisowe		Miejsce zamieszkania		Wyniki testu U Manna-Whitneya
		Miasto	Wieś	
Liczebność (N)		85	65	**Z=3,360; p=0,001**
Średnia		15,87	12,31	
Odchylenie standardowe		6,08	5,01	
Poziom ufności	**-95,00 %**	14,56	11,07	
	+95,00 %	17,18	13,55	
Mediana		16,00	12,00	
Minimum		6,00	2,00	
Maksimum		27,00	24,00	
Błąd standardowy		0,66	0,62	

Źródło: wynik badań własnych

Z kolei miejsce zamieszkania istotnie różnicowało poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Mieszkańcy miasta udzielali znacznie więcej prawidłowych odpowiedzi na poszczególne pytania dotyczące wiedzy w tym zakresie (średnio 15,87), niż mieszkańcy wsi

(odpowiednio 12,31) (odchylenia standardowe wynosiły odpowiednio 6,08 i 5,01). Różnice między obiema grupami były znaczące, co potwierdzają także wyniki testu U Manna-Whitneya. Zgodnie z tymi wynikami miejsce zamieszkania wpływa istotnie statystycznie (p<0,01) na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS. Takie wyniki oznaczają, iż mieszkańcy wsi wykazują istotnie wyższy poziom wiedzy w tym zakresie.

Tabela 3. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem wykształcenia badanych.

Statystyki opisowe		**Wykształcenie**			**Wyniki korelacji porządku rang Spearmana**
		Zawodowe	**Średnie**	**Wyższe**	
Liczebność (N)		51	58	41	**R=0,693; t(N-2)=11,71; p=0,000**
Średnia		9,82	13,83	20,63	
Odchylenie standardowe		3,86	4,14	4,41	
Poziom ufności	**-95,00 %**	8,74	12,74	19,24	
	+95,00 %	10,91	14,92	22,03	
Mediana		10,00	13,00	22,00	
Minimum		2,00	6,00	9,00	
Maksimum		19,00	22,00	27,00	
Błąd standardowy		0,54	0,54	0,69	

Źródło: wynik badań własnych

Również wykształcenie znacząco różnicowało poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Jak wynika z powyższej tabeli i wykresu, wraz z poziomem wykształcenia rosła średnia ilość udzielonych prawidłowych odpowiedzi, a także rosła wartość odchylenia standardowego, (co oznacza coraz większe zróżnicowanie pod względem poziomu wiedzy w obrębie poszczególnych grup). Osoby z wykształceniem zawodowym udzieliły średnio 9,82 prawidłowych odpowiedzi, średnim – odpowiednio 13,83, zaś wyższym – odpowiednio 20,63. Z kolei, wartość odchylenia standardowego wynosiła w poszczególnych grupach odpowiednio 3,86; 4,14 i 4,41. Różnice między poszczególnymi grupami były bardzo duże. Potwierdzają to również wyniki korelacji porządku rang Spearmana, zgodnie z którymi, zachodzi istotny statystycznie ($p<0,001$) związek, między wykształceniem badanych a ich poziomem wiedzy na temat HIV i AIDS. Wyniki te wskazują, że im wyższy poziom wykształcenia badanych, tym większy poziom wiedzy posiadali w zakresie HIV i AIDS.

Tabela 4. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem korzystania z prasy i czasopism, jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Statystyki opisowe		Prasa / czasopisma		Wyniki testu U Manna-Whitneya
		Tak	Nie	
Liczebność (N)		85	65	Z=1,773; p=0,076
Średnia		13,46	15,46	
Odchylenie standardowe		5,01	6,76	
Poziom ufności	-95,00%	12,38	13,79	
	+95,00%	14,54	17,14	
Mediana		13,00	16,00	
Minimum		4,00	2,00	
Maksimum		25,00	27,00	
Błąd standardowy		0,54	0,84	

Źródło: wynik badań własnych

Korzystanie z prasy lub czasopism nie wpływało istotnie na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Badani bez względu na to, czy korzystali z tego źródła informacji czy też nie, reprezentowali zbliżony poziom wiedzy w tym zakresie. Osoby korzystające z prasy lub czasopism średnio udzieliły 13,46 prawidłowych odpowiedzi (przy odchyleniu standardowym 5,01), zaś osoby niekorzystające z tego źródła informacji nieco więcej – odpowiednio 15,46 (przy odchyleniu standardowym 6,76). Jakiekolwiek różnice pod tym względem między obiema grupami nie były znaczące. Potwierdzają to również wyniki testu U Manna-Whitneya, które wskazują na brak istotnego statystycznie (p>0,05) wpływu korzystania z prasy i czasopism jako źródła informacji na temat HIV i AIDS na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS.

Tabela 5. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem korzystania z Internetu, jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Statystyki opisowe		Internet		Wyniki testu U Manna-Whitneya
		Tak	Nie	
Liczebność (N)		114	36	Z=1,067; p=0,286
Średnia		14,06	15,17	
Odchylenie standardowe		6,05	5,36	
Poziom ufności	-95,00%	12,94	13,35	
	+95,00%	15,18	16,98	
Mediana		13,00	14,50	
Minimum		2,00	6,00	
Maksimum		27,00	26,00	
Błąd standardowy		0,57	0,89	

Źródło: wynik badań własnych

Ponadto, korzystanie z Internetu nie wpływało istotnie na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Badani bez względu na to, czy korzystali z tego źródła informacji czy też nie, reprezentowali zbliżony poziom wiedzy w tym zakresie. Osoby korzystające z Internetu średnio udzieliły 14,06 prawidłowych odpowiedzi (przy odchyleniu standardowym 6,05), zaś osoby niekorzystające z tego źródła informacji nieco więcej – odpowiednio 15,17 (przy odchyleniu standardowym 5,36). Jakiekolwiek różnice pod tym względem między obiema grupami nie były znaczące. Potwierdzają to również wyniki testu U Manna-Whitneya, które wskazują na brak istotnego statystycznie (p>0,05) wpływu korzystania Internetu jako źródła informacji na temat HIV i AIDS na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS.

Tabela 6. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem korzystania z telewizji jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Statystyki opisowe		Telewizja		Wyniki testu U Manna-Whitneya
		Tak	Nie	
Liczebność (N)		97	53	**Z=-2,481; p=0,013**
Średnia		13,44	15,94	
Odchylenie standardowe		5,58	6,17	
Poziom ufności	**-95,00%**	12,32	14,24	
	+95,00%	14,57	17,64	
Mediana		12,00	16,00	
Minimum		4,00	2,00	
Maksimum		27,00	26,00	
Błąd standardowy		0,57	0,85	

Źródło: wynik badań własnych

Natomiast korzystanie z telewizji wpływało istotnie na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Badani korzystający z tego źródła informacji wykazywali niższy poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS. Osoby korzystające z telewizji średnio udzieliły 13,44 prawidłowych odpowiedzi (przy odchyleniu standardowym 5,58), zaś osoby niekorzystające z tego źródła informacji więcej – odpowiednio 15,94 (przy odchyleniu standardowym 6,17). Różnice pod tym względem między obiema grupami były znaczące. Potwierdzają to również wyniki testu U Manna-Whitneya, zgodnie z którymi zachodzi istotny statystycznie ($p<0,05$) wpływ telewizji jako źródła informacji na temat HIV i AIDS na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS. Takie wyniki wskazują, że korzystanie z telewizji jako źródła informacji na temat HIV i AIDS obniża istotnie poziom wiedzy w tym zakresie, a tym samym telewizja nie jest dobrym źródłem informacji na ten temat.

Tabela 7. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem korzystania ze znajomych, jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Statystyki opisowe		Znajomi		Wyniki testu U Manna-Whitneya
		Tak	Nie	
Liczebność (N)		34	116	**Z=3,658; p=0,000**
Średnia		11,09	15,28	
Odchylenie standardowe		5,05	5,81	
Poziom ufności	**-95,00%**	9,33	14,21	
	+95,00%	12,85	16,34	
Mediana		10,00	15,00	
Minimum		2,00	4,00	
Maksimum		23,00	27,00	

Błąd standardowy	0,87	0,54	

Źródło: wynik badań własnych

Korzystanie z wiedzy znajomych również wpływało istotnie na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Badani korzystający z tego źródła informacji wykazywali znacznie niższy poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS. Osoby korzystające ze znajomych jako źródła informacji średnio udzieliły 11,09 prawidłowych odpowiedzi (przy odchyleniu standardowym 5,05), zaś osoby niekorzystające z tego źródła informacji znacznie więcej – odpowiednio 15,28 (przy odchyleniu standardowym 5,81). Różnice pod tym względem między obiema grupami były znaczące. Potwierdzają to również wyniki testu U Manna-Whitneya, zgodnie z którymi zachodzi istotny statystycznie (p<0,001) wpływ znajomych jako źródła informacji na temat HIV i AIDS
na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS. Tak jak w przypadku telewizji, wyniki te wskazują, że korzystanie z wiedzy znajomych jako źródła informacji na temat HIV i AIDS obniża istotnie poziom wiedzy w tym zakresie, a tym samym znajomi nie są dobrym źródłem informacji na ten temat.

Tabela 8. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem korzystania z literatury, jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Statystyki opisowe		**Literatura**		**Wyniki testu U Manna-Whitneya**
		Tak	**Nie**	
Liczebność (N)		48	102	**Z=6,811; p=0,000**
Średnia		19,33	11,97	
Odchylenie standardowe		5,25	4,58	
Poziom	**-95,00%**	17,81	11,07	

ufności	**+95,00%**	20,86	12,87	
Mediana		20,50	12,00	
Minimum		8,00	2,00	
Maksimum		27,00	23,00	
Błąd standardowy		0,76	0,45	

Źródło: wynik badań własnych

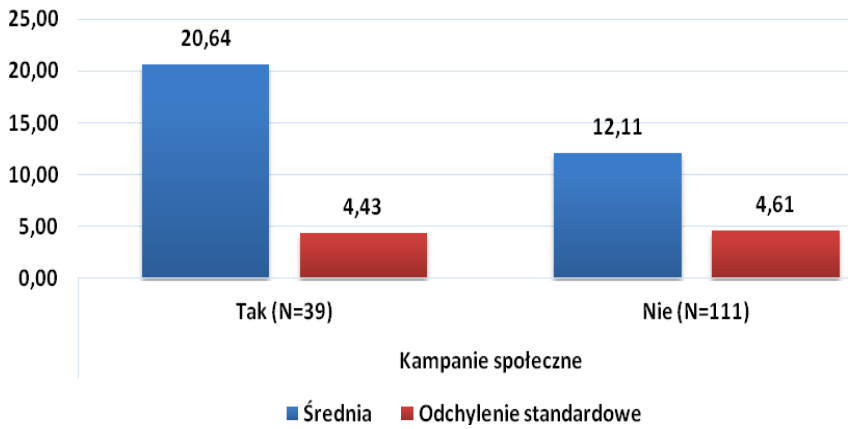
Również korzystanie z literatury wpływało istotnie na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Badani korzystający z tego źródła informacji wykazywali znacznie wyższy poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS. Osoby korzystające z literatury jako źródła informacji średnio udzieliły 19,33 prawidłowych odpowiedzi (przy odchyleniu standardowym 5,25), zaś osoby nie korzystające z tego źródła informacji znacznie mniej – odpowiednio 11,97 (przy odchyleniu standardowym 4,58). Różnice pod tym względem między obiema grupami były znaczące. Potwierdzają to również wyniki testu U Manna-Whitneya, zgodnie z którymi zachodzi istotny statystycznie ($p<0,001$) wpływ literatury jako źródła informacji na temat HIV i AIDS na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS. Takie wyniki wskazują, że korzystanie z literatury jako źródła informacji na temat HIV i AIDS podwyższa istotnie poziom wiedzy w tym zakresie, a tym samym literatura jest dobrym źródłem informacji na ten temat.

Tabela 9. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem korzystania z kampanii społecznych, jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Statystyki opisowe		**Kampanie społeczne**		**Wyniki testu U Manna-Whitneya**
		Tak	**Nie**	
Liczebność (N)		39	111	**Z=-7,408; p=0,000**
Średnia		20,64	12,11	
Odchylenie standardowe		4,43	4,61	
Poziom	**-95,00%**	19,21	11,24	

ufności	**+95,00%**	22,08	12,97	
Mediana		21,00	12,00	
Minimum		9,00	2,00	
Maksimum		27,00	24,00	
Błąd standardowy		0,71	0,44	

Źródło: wynik badań własnych



Rycina 7. Poziom wiedzy na temat HIV i AIDS w podziale na korzystanie z kampanii społecznych jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Źródło: wynik badań własnych

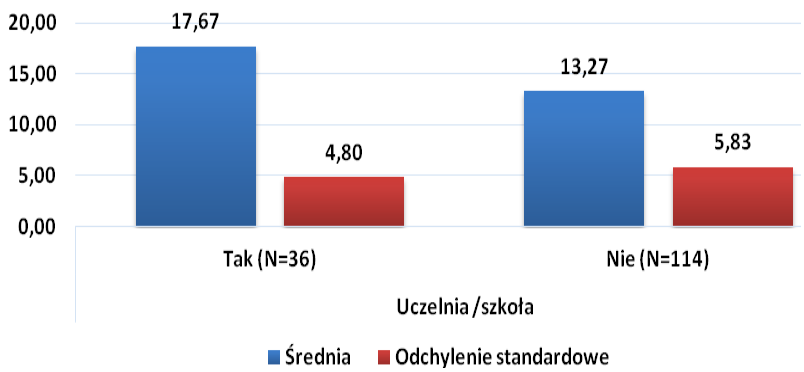
Ponadto, korzystanie z informacji przekazywanych w kampaniach społecznych wpływało istotnie na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Badani korzystający z tego źródła informacji wykazywali znacznie wyższy poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS. Osoby korzystające z kampanii społecznych jako źródła informacji średnio udzieliły 20,64 prawidłowych odpowiedzi (przy odchyleniu standardowym 4,43), zaś osoby nie korzystające z tego źródła informacji znacznie mniej – odpowiednio 12,11 (przy odchyleniu standardowym 4,61). Różnice pod tym względem między obiema grupami były znaczące. Potwierdzają to również wyniki testu U Manna-Whitneya, zgodnie z którymi zachodzi istotny statystycznie

(p<0,001) wpływ kampanii społecznych jako źródła informacji na temat HIV i AIDS na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS. Podobnie jak w przypadku literatury, wyniki te wskazują, że korzystanie z kampanii społecznych jako źródła informacji na temat HIV i AIDS podwyższa istotnie poziom wiedzy w tym zakresie, a tym samym kampanie społeczne są dobrym źródłem informacji na ten temat.

Tabela 10. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem korzystania z uczelni i szkoły, jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Statystyki opisowe		Uczelnia /szkoła		Wyniki testu U Manna-Whitneya
		Tak	Nie	
Liczebność (N)		36	114	Z=-4,073; p=0,000
Średnia		17,67	13,27	
Odchylenie standardowe		4,80	5,83	
Poziom ufności	-95,00%	16,04	12,19	
	+95,00%	19,29	14,35	
Mediana		17,50	12,00	
Minimum		10,00	2,00	
Maksimum		27,00	26,00	
Błąd standardowy		0,80	0,55	

Źródło: wynik badań własnych



Rycina 8. Poziom wiedzy na temat HIV i AIDS w podziale na korzystanie z uczelni i szkoły, jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.
Źródło: wynik badań własnych

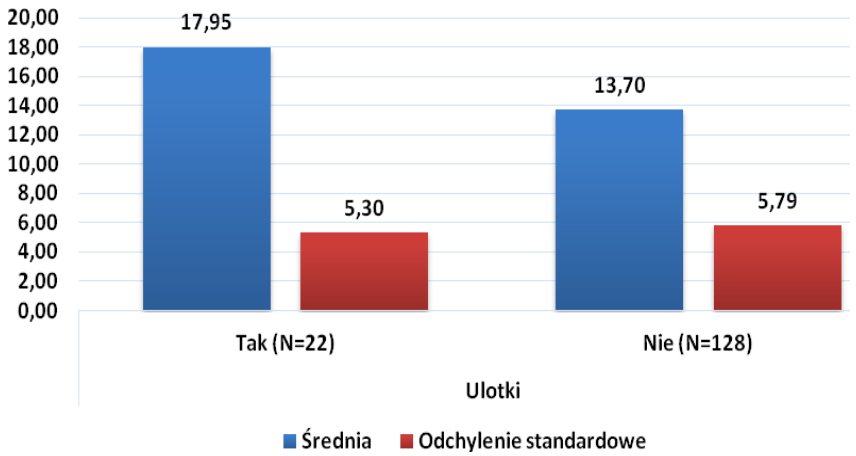
Korzystanie z informacji przekazywanych na uczelniach lub w szkołach także wpływało istotnie na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Badani korzystający z tego źródła informacji wykazywali znacznie wyższy poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS. Osoby korzystające z uczelni lub szkół jako źródła informacji średnio udzieliły 17,67 prawidłowych odpowiedzi (przy odchyleniu standardowym 4,80), zaś osoby niekorzystające z tego źródła informacji znacznie mniej – odpowiednio 13,27 (przy odchyleniu standardowym 5,83). Różnice pod tym względem między obiema grupami były znaczące. Potwierdzają to również wyniki testu U Manna-Whitneya, zgodnie z którymi zachodzi istotny statystycznie ($p<0,001$) wpływ kampanii społecznych jako źródła informacji na temat HIV i AIDS na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS. Podobnie jak w przypadku literatury i kampanii społecznych, wyniki te wskazują, że korzystanie z kampanii społecznych jako źródła informacji na temat HIV i AIDS podwyższa istotnie poziom wiedzy w tym zakresie, a tym samym kampanie społeczne są dobrym źródłem informacji na ten temat.

Tabela 11. Badanie istotności różnic w poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS w grupach zróżnicowanych pod względem korzystania z ulotek jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Statystyki opisowe		Ulotki		Wyniki testu U Manna-Whitneya
		Tak	Nie	
Liczebność (N)		22	128	**Z=-3,121; p=0,002**
Średnia		17,95	13,70	
Odchylenie standardowe		5,30	5,79	
Poziom	**-95,00%**	15,60	12,69	

ufności	**+95,00%**	20,31	14,72	
Mediana		18,50	13,00	
Minimum		8,00	2,00	
Maksimum		26,00	27,00	
Błąd standardowy		1,13	0,51	

Źródło: wynik badań własnych



Rycina 9. Poziom wiedzy na temat HIV i AIDS w podziale na korzystanie z ulotek, jako źródła informacji na temat HIV i AIDS.

Źródło: wynik badań własnych

Ponadto, korzystanie z informacji przekazywanych na ulotkach również wpływało istotnie na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Badani korzystający z tego źródła informacji wykazywali znacznie wyższy poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS. Osoby korzystające z ulotek jako źródła informacji średnio udzieliły 17,95 prawidłowych odpowiedzi (przy odchyleniu standardowym 5,30), zaś osoby niekorzystające z tego źródła informacji znacznie mniej – odpowiednio 13,70 (przy odchyleniu standardowym 5,79). Różnice pod tym względem między obiema grupami były znaczące. Potwierdzają

to również wyniki testu U Manna-Whitneya, zgodnie z którymi zachodzi istotny statystycznie ($p<0,01$) wpływ ulotek jako źródła informacji na temat HIV i AIDS na poziom wiedzy na temat HIV i AIDS. Podobnie jak w przypadku literatury, kampanii społecznych oraz uczelni i szkół, wyniki te wskazują, że korzystanie z ulotek jako źródła informacji na temat HIV i AIDS podwyższa istotnie poziom wiedzy w tym zakresie, a tym samym ulotki są dobrym źródłem informacji na ten temat.

Dyskusja

Grupę badawczą stanowiło 150 osób, w wieku 19 – 49 lat. 80 kobiet i 70 mężczyzn zostało poddanych badaniu przy użyciu kwestionariusza ankiety, gdzie udzielili anonimowych odpowiedzi na 30 pytań. Większość badanych to mieszkańcy miasta Bełchatowa (56,67%), a wsi 43,33% ankietowanych. Najwięcej było osób z wykształceniem średnim – 38,67%. Niewiele mniejsza grupa posiadała wykształcenie zawodowe – 34%. Wyższe wykształcenie posiadało 27,33% badanych.

Wyniki badań własnych wykazały, że wiedza badanych mieszkańców powiatu bełchatowskiego na temat HIV/AIDS jest na poziomie umiarkowanym, ale w niektórych aspektach nadal jest to wiedza niekompletna. Średnio udzielono 53,07% prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące kwestii związanych z HIV i AIDS. Skrót HIV prawidłowo rozwinęło tylko 38,67% ankietowanych, to ponad dwukrotnie niższy wynik jaki uzyskał w 2016 roku Szymusiak, Rzepka i Hładki [8], gdzie skrót HIV prawidłowo rozpoznało 84% badanych.

Przeważająca liczba badanych nie potrafi rozwinąć skrótu AIDS, a tylko 25,33% respondentów udzieliło prawidłowej odpowiedzi, to również ponad dwukrotnie mniejszy wynik, niż w 2016 roku uzyskał Szymusiak, Rzepka i Hładki [8] gdzie skrót AIDS prawidłowo rozwinęło 55% ankietowanych.

Na dosyć dobrym poziomie jest wiedza badanych mieszkańców powiatu bełchatowskiego na temat podstawowych dróg szerzenia się wirusa HIV. 84% ankietowanych wie, że HIV można zarazić się przez używanie niesterylnych igieł i strzykawek, a 72% podaje jako źródła zakażenia ryzykowne zachowania seksualne, 94,67% - kontakty homoseksualne, 63,33% - kontakty heteroseksualne. Zdecydowanie mniej ankietowanych wie, że do zakażenia HIV może dojść podczas ciąży i porodu, a tylko 14% badanych ma świadomość, że mleko kobiece jest zakaźne i jest źródłem zakażenia dla dziecka w sytuacji karmienia piersią przez zakażoną HIV matkę. Transfuzji krwi obawia się 65,33% badanych.

Pozytywnym zjawiskiem jest niewielki odsetek respondentów 3,33% który, uważa że korzystanie ze wspólnej toalety może mieć wpływ na zakażenie wirusem HIV. Jest to wynik prawie dwunastokrotnie niższy, niż uzyskany przez Wołowskiego i Kasperowicz w 2012 roku, gdzie 38,33% badanych uważało podobnie i sześciokrotnie niższy niż uzyskany przez Dyk w 2008 roku, gdzie 20% ankietowanych było podobnego zdania. O tym że używanie wspólnych naczyń i sztućców może mieć wpływ na zakażenie HIV jest przekonanych 2,67% ankietowanych, natomiast 8% uważa, że pocałunek stwarza ryzyko zakażenia HIV.

Pocieszający jest fakt, że nikt z badanych osób nie uważa, że do zakażenia wirusem HIV może dojść drogą kropelkową poprzez kaszel lub kichanie. Również nie zaobserwowano jakoby nadal żywy był mit, iż zakażenie HIV może być przenoszone poprzez ugryzienie owadów – nikt z ankietowanych nie zaznaczył takiej odpowiedzi. To ponad szesnastokrotnie mniejszy wynik niż uzyskany w 2003 roku przez Hejwosz i Wiese [9], gdzie wówczas 16,5% respondentów uważało, że zakażenie HIV przenoszone jest przez owady.

Na podstawie uzyskanych wyników badań własnych widoczne jest, że mimo coraz większej świadomości społecznej, ciągle występują stereotypy dotyczące HIV/AIDS powszechnie odbierane za fakty

np.: dotyczą grup ryzyka. Ankietowani byli dość podzieleni pod względem opinii, kogo dotyczy zakażenie wirusem HIV.

O tym, że problem HIV/AIDS dotyczy tylko osób podejmujących ryzykowne zachowania seksualne i narkomanów przekonanych jest 28,67% badanych. Jest to czterokrotnie wyższy wynik niż uzyskany przez Wołowskiego i Kasperowicz w 2012 roku [10], gdzie podobnego zdania było 7% respondentów. Co czwarty mieszkaniec powiatu bełchatowskiego nie miał wiedzy w tym zakresie.

Zdecydowana większość badanych ma świadomość, że wirus HIV niszczy układ odpornościowy, stanowią oni 83,33% ankietowanych, to wyższy wynik niż uzyskany w 2012 roku przez Wołowskiego i Kasperowicz [10], gdzie 67,5% ankietowanych uważała podobnie.

Ankietowanym nie sprawiło większej trudności pytanie dotyczące szczepionki przeciw HIV/AIDS. Przeważająca większość respondentów 90% ma świadomość, że taka szczepionka nie istnieje. Błędnej odpowiedzi – że istnieje taka szczepionka udzieliło tylko 5,33% badanych, a 4,67% było zdania że istnieje szczepionka, ale tylko przeciw HIV. W 2012 roku Wołowski i Kasperowicz [10] uzyskali podobny wynik – 7,5% badanych było przekonanych że istnieje szczepionka przeciw HIV/AIDS.

97,33% ankietowanych uznało, że kontakty seksualne z wieloma partnerami to najryzykowniejsze pod kątem możliwości zakażenia się HIV zachowania seksualne. W badaniach Wołowskiego i Kasperowicz [10] z 2012 roku 90% badanych miała podobne zdanie. Podobne rezultaty w 2005 roku uzyskali Pytka i Krupniewicz (97,2%) [11]. Nieco niższy wynik w 2008 roku otrzymała Dyk - 80%. Wydaje się, że takie ryzykowne zachowania znane są ankietowanym, jednak nie potrafią oni określić rozmiaru niebezpieczeństwa związanego z innymi ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. 61,33% ankietowanych w badaniach własnych wskazuje, jako ryzykowne zachowanie seksualne – seks bez prezerwatywy oraz stosunek analny – 53,33%. Tylko 8% respondentów uważa, że pocałunek z osobą

zakażoną HIV to ryzykowne zachowanie mające wpływ na transmisję wirusa. Szymusiak, Rzepka i Hładki w 2016 roku uzyskali wyższy wynik – 13% respondentów uważało, że pocałunek ma wpływ na zakażenie HIV.

Wiedza badanych na temat równego ryzyka zakażenia HIV wśród kobiet i mężczyzn w kontaktach seksualnych jest niewystarczająca. Większość badanych – 55,33% uważa, że ryzyko zakażenia HIV w kontaktach seksualnych jest takie samo dla kobiet jak i dla mężczyzn. Tylko 10 % respondentów prawidłowo wskazało, że ryzyko to jest większe dla kobiet. Dwukrotnie wyższy wynik uzyskał Szymusiak, Rzepka i Hładki [8], gdzie 20% zaznaczyło prawidłową odpowiedź.

Co czwarty respondent w badaniach własnych oceniał, że wie, czym jest HIV i AIDS i jednocześnie uważał, że ten problem go nie dotyczy. 36% badanych uważa, że wie jak chronić siebie i innych przed HIV i AIDS. Niewiele mniejszy odsetek badanych 27,33% ma sporo wątpliwości i przyznaje, że nie wie jak chronić się przed HIV/AIDS.

Utrwalone postawy są oporne na zmiany, ale to nie znaczy, że nie można ich zmienić. HIV/AIDS nie należy demonizować, ani też bagatelizować. Cała świadomość społeczna dotycząca tego problemu powinna opierać się na naukowych faktach, oraz pozytywnych postawach wobec nosicieli HIV i chorych na AIDS.

Najwięcej wiedzy respondenci czerpią z mediów, a więc informacje tam zamieszczane powinny być wiarygodne. Jednak w naszym kraju ciągle mało jest programów edukacyjnych dotyczących profilaktyki HIV. Ciągle w Polsce jest zbyt mało kampanii i reklam poruszających problem HIV i AIDS.

Wiedza dotycząca HIV/AIDS wśród dorosłych osób jest bardzo zróżnicowana. Poziom wiedzy uzależniony jest od wykształcenia oraz miejsca zamieszkania. Najlepiej wypada na tle badań własnych znajomość dróg zakażenia. Edukację w zakresie HIV/AIDS, jako profilaktykę należy dostosować do poziomu wiedzy ogólnej przy

uwzględnieniu najnowszych wyników badań oraz danych statystycznych.

Epidemia AIDS dotyka szczególnie młodych ludzi, zwłaszcza podejmujących ryzykowne zachowania seksualne. Z punktu widzenia zdrowia publicznego młodzi ludzie to bardzo ważna grupa populacji. Wtedy też kształtuje się wiele zachowań zdrowotnych. Takie zachowania
w dorosłym życiu często decydują o zdrowiu i długości dalszego życia.

Celem badań była ocena poziomu wiedzy społecznych mieszkańców powiatu bełchatowskiego w grupie wiekowej 19 – 49 lat, dotyczącej problematyki HIV i AIDS. Jest to bardzo istotny problem, ponieważ statystyki alarmują, że stale wzrasta ilość osób zakażonych HIV. Edukację należy rozpocząć już w szkole, bo wtedy jest szansa, że młodzi ludzie wkroczą w dorosłe życie, jako osoby odpowiedzialne za zdrowie swoje i innych. Badania wyraźnie wskazują, że istnieje konieczność promowania w środowiskach wiejskich wiedzy na temat bezpiecznego seksu, oswojenia społeczeństwa wiejskiego z problemem HIV/AIDS, który jest ciągle tematem tabu. Istnieje konieczność wprowadzenia programów profilaktycznych w środowisku wiejskim.

Powyższe badania pokazują, że należy położyć większy nacisk na propagowanie wiedzy o HIV/AIDS, zwracając szczególną uwagę na możliwości zachowania się w różnych sytuacjach, które mogą stwarzać ryzyko zakażenia.

Wnioski

- Wiedza badanych na temat HIV i AIDS była na poziomie umiarkowanym. Badani średnio udzielali 53,07% prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące różnych kwestii związanych z HIV i AIDS.
- Źródłami informacji, z jakich badani poznawali temat HIV i AIDS, najczęściej były: Internet, telewizja oraz prasa

i czasopisma. W przypadku Internetu oraz prasy i czasopism nie zanotowano istotnego wpływu na poziom wiedzy badanych na temat HIV i AIDS. Natomiast telewizja istotnie obniżała poziom tej wiedzy i tym samym nie była dobrym źródłem informacji na ten temat. Taki sam wpływ na poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS mieli znajomi, którzy również istotnie obniżali poziom wiedzy na ten temat. Z kolei, wszystkie pozostałe źródła informacji (tj. literatura, kampanie społeczne, uczelnie i szkoły oraz ulotki) istotnie poprawiały poziom wiedzy w tym zakresie, a tym samym stanowiły dobre źródło informacji na ten temat.

- Kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie między sobą pod względem wiedzy na temat HIV i AIDS, a tym samym płeć nie wpływała istotnie na poziom tej wiedzy.
- Miejsce zamieszkania wpływało istotnie na poziomie wiedzy na temat HIV i AIDS. Mieszkańcy miasta wykazywali istotnie wyższy poziom wiedzy w tym zakresie.
- Poziom wiedzy na temat HIV i AIDS zależny był również od wykształcenia badanych. Im wyższy był poziom wykształcenia badanych, tym posiadali oni większy poziom wiedzy w zakresie HIV i AIDS.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Mimo, iż w ciągu ostatnich 35 lat zrobiono bardzo dużo w poznaniu i leczeniu zakażeń HIV, oraz wywoływanego przez niego AIDS, to wciąż nie są to działania wystarczające. Postęp, który dokonał się w zakresie terapii antyretrowirusowej dotyczy głównie krajów rozwiniętych. Kraje biedne nadal borykają się z ogromną epidemią zachorowań na AIDS. W przypadku zakażenia ważne jest podjęcie terapii antyretrowirusowej, a także edukacja społeczeństwa na temat przeciwdziałania zakażeniom. Jest to związane z nakładem dużych

środków finansowych, jednak bez takiego działania całkowite wyeliminowanie wirusa wydaje się niemożliwe.

Statystyki pokazują, że w Polsce każdego dnia dwie osoby dowiadują się o swoim zakażeniu. Odsetek ten mógłby być niższy, gdyby stosowano odpowiednią profilaktykę. Społeczeństwo, a zwłaszcza ludzie młodzi nie mają podstawowej wiedzy na temat HIV/AIDS i nie odnoszą do siebie możliwości zakażenia. Polacy mają małe poczucie zagrożenia HIV/AIDS, a to niestety sprzyja ryzykownym zachowaniom.

Obecnie coraz rzadziej i coraz mniej mówi się o HIV, wirus nie jest już sensacją. W naszym społeczeństwie nadal panuje przeświadczenie, że „ten problem mnie nie dotyczy". Nie zdajemy sobie sprawy z tego, że wszyscy jesteśmy jedną grupą ryzyka. Wiele osób nie widzi potencjalnego zagrożenia związanego z ryzykownym zachowaniem oraz możliwością zakażenia się HIV w przeszłości.

Po analizie wyników badań, widać wyraźnie, że w edukacji jest cały czas dużo do zrobienia. Niezwykle ważna jest także edukacja na tematy dotyczące uzależnień od środków odurzających. Ciągle rośnie liczba osób zakażonych HIV i w następstwie chorych na AIDS. Każdy bez względu na wyznanie religijne czy też orientację seksualną może zostać zakażony wirusem HIV. Z tego powodu wiedza dotycząca HIV/AIDS jest niezbędna każdemu z nas.

Bibliografia / Bibliography:

1. Gładysz A. i wsp. Patogeneza, klinika i zakażenia oportunistyczne. W: Cianciara J., Juszczyk J. (Red.) Choroby zakaźne i pasożytnicze. Czelej, Lublin 2012;500-506.

2. Gąsiorowski J., Knysz B, Gładysz A. Zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS). W: Gajewski P. Szczeklik A. (Red.) Interna Szczeklika 2013. Medycyna Praktyczna, Kraków 2013: 2344 – 2356.

3. Rogala M.: Historia i rozwój badań nad HIV i AIDS. Wiadomości Lekarskie 2011; 64 (4):255-256.

4. Ankiersztejn - Bartczak M. Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce. Praca doktorska. UW, Warszawa 2013, 8-52.

5. Jabłecki J., Arendarczyk M. Fenomeny epidemiologiczne zakażeń HIV/AIDS. Nowiny Lekarskie. 2006;75 (1):70-74.

6. Górecki W.: Zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności. Chirurgia Dziecięca. 2004; 1, 23-29.

7. Gładysz A. (Red.) Zakażenia HIV/AIDS poradnik dla lekarzy praktyków. Continuo, Wrocław 2007:11.

8. Szymusiak A., Rzepka E., Hładki W.: Poziom wiedzy na temat HIV i AIDS wśród społeczeństwa. Ostry Dyżur. 2015; 8, 4: 108-112.

9. Hejwosz D. A., Wiese J.: Poziom wiedzy na temat AIDS i HIV wśród licealistów i studentów miasta Poznania, Pielęgniarstwo Polskie. 2003:1(15): 273-76.

10. Wołowski T., Kasperowicz A.: Wiedza uczniów szkół ponadgimnazjalnych na tematprofilaktyki AIDS. Hygeia Public Heath. 2012, 47(2): 227-230.

11. Pytka D, Krupienicz A.: Wiedza uczniów szkół średnich na temat HIV, AIDS. Badania porównawcze. Zdr Publ . 2006,116(4): 572-577.

Ocena wiedzy stosowania leków OTC bez recepty wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego oraz personelu medycznego

The assessment of knowledge on non-prescription medicines among the residents of Belchatow district and medical staff.

DOROTA KOŁTUNOWICZ[1], BOGUSŁAWA SERZYSKO[2,3]

[1] Studentka WSPS Dąbrowa Górnicza
[2] Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Katedra Kardiologii Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
[3] WSPS Dąbrowa Górnicza

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.009
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Wciąż rosnąca dostępność i duży wybór leków OTC sprawiają, że Polacy częściej zażywają właśnie te leki, a nie te, które zaleci im lekarz. Bardzo duży wpływ na decyzję społeczeństwa ma wszechobecna reklama różnego rodzaju środków i produktów leczniczych, które zachęcają do samoleczenia z pominięciem wizyty lekarza. W chwili złego samopoczucia, czy też w przypadku pierwszych oznak choroby, większość Polaków sięga po dostępne leki OTC.
Cel. Celem pracy było zbadanie świadomości mieszkańców powiatu bełchatowskiego i personelu medycznego na temat stosowania leków OTC.
Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w dwóch grupach badawczych tj. grupa personelu medycznego, która liczyła 210 osób oraz

grupa mieszkańców powiatu bełchatowskiego, która liczyła 203 osoby. Badania przeprowadzono w 2017 przy pomocy kwestionariusza ankiety, która była całkowicie anonimowa.
Wyniki. Częstotliwość zażywania w ciągu ostatniego miesiąca leków OTC przez personel medyczny nie była zależna od czynników takich jak: wykształcenie, staż pracy, zatrudnienie i miejsce pracy.
Kupowanie leków dostępnych bez recepty (OTC) przez mieszkańców powiatu bełchatowskiego nie było zależne od ich wieku, płci ani wykształcenia. Natomiast status ekonomiczny tych osób wpływał istotnie na kupowanie przez nich leków OTC – osoby będące w lepszej ekonomicznie sytuacji rzadziej nabywali leki OTC.
Częstotliwość zażywania w ciągu miesiąca przez mieszkańców powiatu bełchatowskiego leków OTC nie była zależna od ich płci, wykształcenia ani statusu ekonomicznego. Natomiast wiek tych osób znacząco wpływał na częstotliwość zażywania leków OTC – im starsi byli mieszkańcy powiatu bełchatowskiego tym częściej zażywali leki dostępne bez recepty.
Wnioski. Status leków OTC – „leków dostępnych bez recepty'' powoduje, że społeczeństwo ma przeświadczenie, że są to produkty lecznicze o małej toksyczności, które nie zagrażają zdrowiu i życiu. Niewłaściwe ich stosowanie może prowadzić do poważnych działań niepożądanych, wymagających hospitalizacji lub zgonem.

Słowa kluczowe: stosowanie leków, poziom wiedzy, świadomość społeczeństwa

Abstract:
Introduction. Increasing availability and a large selection of OTC drugs make Poles use these drugs more often, rather than those recommended by their doctor. Pervasive advertising of various kinds of medicines and medicinal products that encourages self-treatment without the doctor's visit has a very large impact on the decision of the public. When feeling unwell or with first signs of the onset of the disease the majority of Poles reach for available OTC drugs.
Aim. The aim of the study was to examine the awareness of the inhabitants of the Belchatow district as well as medical staff about the use of OTC drugs.

Material and methods. The study was conducted in two research groups, i.e. a group of medical staff, which consited of 210 people and a group of inhabitants of the Bełchatów district , which consisted of 203 people. The research was carried out in 2017 with the help of a questionnaire, which was completely anonymous.
Results. The frequency of use in the last month of OTC medications by medical personnel was not dependent on factors such as education, seniority, employment and the workplace. The purchase of over-the-counter (OTC) medicines by the inhabitants of the Bełchatów district was not dependent on their age, sex or education. On the other hand, the economic status of these people significantly influenced the purchase of OTC medicines - people who were in a better economic situation were less likely to buy OTC drugs. The frequency of taking monthly drugs by residents of the Bełchatów district was not dependent on their gender, education or economic status. However, the age of these people significantly influenced the frequency of taking OTC drugs - the older the inhabitants of the Bełchatów district , the more often they took over-the-counter medicines.
Conclusions. The status of OTC drugs - "over-the-counter drugs" makes the society to believe that they are low-toxicity medicinal products that do not threaten health and life. Improper use may lead to serious side effects requiring hospitalization or cause death.

Keywords: use of drugs, level of knowledge

Wstęp

Zdrowie wg Światowej Organizacji zdrowia (WHO to *„to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu''*.

Samoleczenie dotyczy przeważnie leków wydawanych bez recepty – OTC, ale także suplementów diety, ziół czy produktów roślinnych w leczeniu chorób i objawów rozpoznanych samodzielnie.

Idea promocji samoleczenia rozwinęła się na bazie deklaracji z Ałma Aty ogłoszonej w 1978r., przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia głównie z myślą o wykorzystaniu jego potencjału

do budowania produktywnych systemów opieki zdrowotnej. Przerzucenie części odpowiedzialności za zdrowie na pacjenta stało się częścią międzynarodowej polityki zdrowotnej. Z biegiem czasu aktywność pacjenta w proces leczenia przybrała nowe formy. W medycynie powstał termin *self – medication*, tłumaczony, jako samoordynacja leków. Zjawisko dotyczy stosowania leków OTC, jak również produktów roślinnych, suplementów diety, ziół w leczeniu objawów i chorób rozpoznanych samodzielnie – wg. WHO oznacza leczenie wśród członków rodzin jak i przyjaciół [1]. Z definicji powyższej wynika, że samoleczenie wiąże się z pominięciem zasięgania opinii lekarza w procesie terapeutycznym, jednak w oparciu o poradę farmaceuty, jako odpowiedniego źródła informacji o leku. Według WHO odpowiednio prowadzone, samoleczenie doprowadza do wzrostu poziomu zdrowotnego, a co się z tym wiąże także do poprawy jakości życia. Istnieją również korzyści płynące dla systemu opieki zdrowotnej związane głównie ze zmniejszoną ilością wizyt w placówkach medycznych, które wynikają z rezygnacji z porady lekarskiej pacjentów z ogólnymi dolegliwościami, w przypadku, których niewykluczone jest samodzielne diagnozowanie czy leczenie [2,3].

Rozwój i skala zjawiska samoleczenia w różnych krajach jest uwarunkowana w przeważającej mierze czynnikami socjoekonomicznymi, kulturowymi i regulacją prawną. W Polsce tego zjawiska można zaobserwować od niespełna dwóch dekad, ale mimo to wykazuje się dużą dynamiką. W porównaniu do lat 90. ubiegłego wieku, gdy zażywanie leków OTC deklarowało 10% Polaków, obecnie sięga po nie zdecydowana większość [1].

Grupą pacjentów, która szczególnie często i chętnie stosuje samoleczenie to osoby starsze. Jedną z przyczyn tego zjawiska jest to, iż niechętnie stosują się oni do zaleceń personelu medycznego (z ang. non-compliance), wynika to z przekonania o szerokiej nabytej w ciągu życia wiedzy na temat sposobów radzenia sobie z różnymi dolegliwościami. Z reguły osoby starsze, niezbyt chętnie stosują się

do zaleceń lekarza czy farmaceuty, za to ulegają wpływom reklamy w środkach masowego przekazu i bardzo często podchodzą do tych informacji bezkrytycznie. Bardzo częstym zjawiskiem jest korzystanie z porad sąsiadów czy znajomych, a nawet obustronna wymiana leków [4]. Nie bez znaczenia jest fakt, iż pośród osób starszych rośnie liczba osób, którzy stosują samoleczenie nie tylko po to, aby złagodzić dolegliwości zdrowotne, ale przede wszystkim w celu profilaktyki zdrowotnej. Osoby te chcąc poprawić jakość swojego życia, sięgają po produkty „przeciwstarzeniowe", które zawierają np. antyoksydanty. Grupa takich osób będzie w naszym kraju sukcesywnie wzrastać. Wzrost ten spowodowany będzie poprawą statusu socjoekonomicznego jak również wzrostem poziomu edukacji zdrowotnej.

Nasilające się pośród osób starszych zjawisko samoleczenia – duży wpływ mają tutaj rodziny, które chcą zobaczyć szybko poprawę stanu zdrowia osoby starszej – mają wpływ na wzrost zjawiska wielolekowości, a co się z tym wiąże wystąpienie objawów niepożądanych i interakcji lek – choroba i lek – lek. Samoleczenie, poprzez rozszerzenie liczby leków w terapii, nasila ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Wielolekowe schematy leczenia wywołują ryzyko kopiowania substancji leczniczych i pojawienia się niekorzystnych efektów leczenia i pogorszenia jakości życia. Zatem szczególnie u pacjentów starszych dyskusja na temat samoleczenia jest nieodzowną częścią opieki farmaceutycznej.

Aby zatem proces samoleczenia był bezpieczny, konieczny jest aktywny udział farmaceuty, który potrafi zachować „dystans farmakologiczny" do informacji o bezpiecznym stosowaniu leków OTC. W opiece farmaceutycznej nad osobami starszymi w procesie samoleczenia ważne jest umiejętne i dokładne zebranie przez farmaceutę informacji o wszystkich lekach, suplementach zażywanych przez pacjenta. Niejednokrotnie jest to zadanie bardzo trudne wymaga, bowiem nawiązania dobrego kontaktu z pacjentem oraz dużego

zaangażowania farmaceuty. Takie działania podjęte przez farmaceutę stanowią klucz do zapewnienia bezpieczeństwa leczenia pacjenta [5].

Z punktu widzenia pacjenta, zakup leków poza apteką jest bardzo korzystny, ponieważ jest ułatwiony do nich dostęp. Powszechnie uważa się, że do kupowania leków przeciwbólowych czy tabletek na ból gardła nie jest potrzebny farmaceuta. Niestety taki sposób myślenia może doprowadzić do niebezpiecznych sytuacji.

Jednym z najbardziej popularnych leków OTC jest paracetamol. Jest on bezpiecznym lekiem, ale jego przedawkowanie może doprowadzić do powstania hepatoksycznych metabolitów, N – acetylo – p hydroksyfenylochinonoiminy (NAPHQI). Maksymalna dawka dobowa wynosi 4 g dla osoby dorosłej, natomiast maksymalna dawka jednorazowa dla osoby dorosłej – 1 g. Farmaceuta poinformuje pacjenta o możliwości przedawkowania w momencie wydania paracetamolu, czego nie będzie miał pacjent kupując lek w sklepie spożywczym czy na stacji benzynowej [6,7]. Przedmiotem samoleczenia najczęściej są: przeziębienia, kaszel, grypa, katar, ból gardła, niestrawność, biegunki, wymioty, ból łagodny do umiarkowanego (ból zęba, głowy, mięśni) i wiele innych [8]. W praktyce aptecznej najbardziej obrazowym przejawem prób samoleczenia jest kupowanie przez pacjentów kilku preparatów, które posiadają inną nazwę, ale ich skład jest podobny lub identyczny. Np. stosowanie kilku preparatów, które mają w swym składzie fenylefrynę – agonistę receptorów a1- adrenergicznych, które wywołują zwężenie naczyń krwionośnych i zmniejszają obrzęk błon śluzowych nosa. Fenylefryna nie jest bezpieczna dla osób z chorobami serca i nerek, nadciśnieniem [9] .

Podsumowując, można stwierdzić, że zjawisko samoleczenia, polegające na dowolnym doborze różnych ziół, suplementów diety, leków OTC, bez konsultacji z lekarzem czy dietetykiem, w szczególności u osób starszych leczonych przewlekle, może wywoływać skutki uboczne, wchodzić w interakcję z lekami, a przede wszystkim zagrażać zdrowiu i życiu osób je stosujących. Do czasu poprawy edukacji

pacjenta oraz do czasu, kiedy rzetelnie będzie on informowany o możliwościach zagrożeń, samoleczenie będzie przypadkowe.

Leki dostępne bez recepty – OTC (ang. over-the-counter) stanowią bardzo dużą i popularną grupę farmaceutyków. Ich popularności sprzyja dostępność, ponieważ można je kupić nie tylko w aptece, ale również w sklepie spożywczym, w kiosku, supermarketach czy na stacji benzynowej. Dla potencjalnych klientów bardzo ważną zaletą jest możliwość zażywania ich bez wizyty u lekarza. Pacjent samodzielnie dostosowuje je do swoich objawów oraz decyduje o przyjmowanej dawce. Leki OTC przeznaczone są do stosowania w różnych stanach chorobowych. Najliczniejszą grupę stanowią nieselektywne inhibitory cyklooksygenazy (diklofenak, ibuprofen, acetaminofen, kwas acetylosalicylowy czy naproksen), które wykazują działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. Poza tym do OTC zalicza się preparaty, które zawierają surowce syntetyczne, roślinne, wykorzystywane do leczenia otyłości, bezsenności, zaburzeń odporności jak również w profilaktyce chorób skóry i układu pokarmowego. Po te leki chętnie sięgają kobiety w celu złagodzenia objawów niepożądanych w trakcie ciąży, m.in. nudności, zgaga, bóle głowy, świąd skóry czy uczucie duszności [10].

Kupujemy i przyjmujemy coraz więcej specyfików leczniczych, co oczywiście jest efektem samoleczenia, na które ma wpływ wyższy poziom wykształcenia, edukacja zdrowotna i świadomość współczesnego człowieka, który nie chce już być tylko obiektem leczenia, ale chce aktywnie włączyć się w proces zapobiegania i leczenia [11], Z punktu widzenia pacjenta możliwość kupna leków OTC poza apteką jest na pewno korzystna, ponieważ ma ułatwiony dostęp do leków. Nie będzie nic złego w tym, iż pacjent kupi poza apteką np. tabletki od bólu gardła. Problem może pojawić się w momencie zacierania się granicy między produktami aptecznymi a np. ogólnospożywczymi.

Leki OTC to specyficzne produkty; nazwa „over the counter" znaczy dosłownie „ponad ladą'', chodzi tu o leki sprzedawane przez

farmaceutę, ale bez recepty. Status leków OTC dostają te leki, których bezpieczeństwo stosowania jest dobrze potwierdzone a ich zastosowanie jest łatwe nawet dla laika. Nie bez znaczenia jest, aby lek był stosowany w leczeniu popularnych, łatwych do zdiagnozowania chorób, które nie wymagają długiego leczenia. W grupie leków OTC są leki wpisane na listę, która jest regularnie rozszerzana i aktualizowana [12].

Nabywając lek w aptece pacjent ma pewność, że farmaceuta upewni się do postawionej przez pacjenta diagnozy i doradzi w doborze produktu leczniczego spośród dostępnych na rynku preparatów [13]. W sprzedaży poza-aptecznej leki są traktowane jak wszystkie artykuły – szybko zbywalne. Ich ekspozycja i promocja rządzi się takimi prawami jak innych produktów, które tworzą asortyment danego sklepu czy placówki. Dlatego też musimy pamiętać, że w aptece jesteśmy pacjentami i mamy prawo do pełnej informacji o właściwościach jak i cenie danego leku, natomiast w sklepie czy na stacji benzynowej lub innej placówki handlowej jesteśmy tylko klientami i informacja, jaką uzyskamy dotyczyć będzie tylko ceny; a leki nawet zakupione poza apteka ciągle pozostaną lekami i tak należy je traktować. Przyjmując leki, a w szczególności w nadmiernych ilościach – pamiętajmy, że każda substancja chemiczna jest obciążona działaniem ubocznym i zamiast nam pomóc może szkodzić. Szkodliwe skutki działania leków nie zawsze są widoczne od razu. Najczęściej odkładają się w czasie, czyniąc większe szkody w organizmie [14].

Kupują lek poza apteką, odpowiedzialność za jego prawidłowe zastosowanie przyjmujemy na siebie, ponieważ nie możemy liczyć na fachową pomoc w chwili zakupu.

W ostatnich kilkunastu latach spożycie leków OTC bardzo wzrosło. Jedna z przyczyn, jak nie najważniejszą, jest działanie firm farmaceutycznych. Wszechobecna reklama tych leków zachęca do ich kupowania oraz kreuje potrzeby ich zastosowania. Niestety, wielu nabywców informacje zawarte w mass-mediach przyjmuje bez krytyki, wierząc o kluczowym działaniu danego środka. Leki OTC

często są traktowane jak zwyczajny towar. Ponadto często istnieje przekonanie, iż jeśli taki produkt jest sprzedawany bez recepty i można go dostać wszędzie to jest bezpieczny i nie powoduje skutków ubocznych.

W kontekście spożycia leków, OTC, istotny jest problem lekomanii oraz sprzedaży tych leków nieletnim. Aptekarz np. ma prawo odmówić sprzedaży produktu leczniczego, jeśli ma podejrzenia, że może on zagrozić zdrowiu lub życiu pacjenta. Natomiast takiego prawa nie ma sprzedawca w innej placówce handlowej. Nieprzeszkolony personel placówki nie posiada wiedzy potrzebnej do wykrycia interakcji miedzy lekami, które kupuje klient. Coraz częściej, więc do szpitali zgłaszają się pacjenci, którzy cierpią z powodu nadużycia leków lub z powodu niewłaściwego jego stosowania [15].

W Polsce każdego roku Polacy przeznaczają na leki, OTC ponad 3 miliardy złotych [16]. Wzrost ten związany jest nie tylko z ułatwiona dostępnością do tych leków, ale również z ograniczeniami w dostępie do porad lekarzy.

Problem rosnącego spożywania leków OTC zmusza do podjęcia działań, które mają na celu racjonalizację ich spożywania. Niektóre spośród krajów europejskich ograniczają lub zakazują sprzedaż leków OTC poza apteką. Np. w Niemczech sprzedaż tych leków poza apteką jest całkowicie zakazana. W sklepach można nabyć jedynie suplementy diety. W Wielkiej Brytanii natomiast można kupić jednorazowo maksymalnie dwa opakowanie leków przeciwbólowych. Niemożliwy jest np. zakup syropu z paracetamolem dla dziecka, środka z paracetamolem na grypę i na ból głowy. W Czechach i na Słowacji, sprzedaż leków poza apteką jest całkowicie nielegalna a na stacjach benzynowych kupić można jedynie suplementy diety [17].

Czternaście tysięcy aptek i kilkaset punktów aptecznych to niemalże 15 000 tysięcy miejsc, gdzie leki są wydawane przez wykwalifikowany personel [35]. Wydawałoby się, że w kraju, w którym liczymy 38 mln mieszkańców na 1 aptekę przypada 2,5 tys. mieszkańców, obywatelom powinno to wystarczyć [18]. Niestety

obywatele mają do dyspozycji sklepy markety, stacje benzynowe, gdzie bez problemu zakupią leki. Średnio w przeciętnym hipermarkecie w Polsce można kupić aż 109 produktów, które posiadają status leku, suplementu czy zioła.

Zgodnie z polskim prawem obrót produktami leczniczymi odbywa się wg zasad określonych w ustawie Prawo Farmaceutyczne [12]. Ustawa ta mówi, że obrót produktami leczniczymi może być prowadzony w: aptekach, punktach aptecznych oraz w placówkach obrotu poza-aptecznego, do którego zaliczają się sklepy specjalistyczne, zielarsko – medyczne, ogólnodostępne. Rozporządzenie zawiera wykaz pięćdziesięciu dwóch substancji czynnych dopuszczonych do obrotu w sklepach ogólnodostępnych [19,20].

Jednak największe zagrożenie związane jest z nieograniczonym dostępem do niesteroidowych leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (NLPZ) w całej ich gamie. Zagrożeniem dla pacjenta związanym z obrotem pozaaptecznym jest bagatelizowanie pozornie nieistotnych objawów, które mogą być początkiem poważnej choroby. Nie chodzi przecież o straszenie pacjentów, ze każdy ból głowy to tętniak lub udar mózgu i zamiast brać dostępne leki należy wykonać rezonans. Niekontrolowane i długotrwałe uśmierzanie bólu może uśpić czujność i sprawić, iż leczenie objawowe nie będzie skuteczne w usunięciu przyczyny bólu a może spowodować dodatkowe działania niepożądane.

W dobie polipragmazji, niekontrolowane spożycie leków może być dla pacjenta zgubne. Przykładem niebezpiecznych interakcji leków jest wiele. Najbardziej jaskrawym przykładem jest interakcja niesteroidowych leków przeciwzapalnych, np. kwas acetylosalicylowy w połączeniu z lekami przeciwcukrzycowymi pochodnymi sulfonylomocznika nasila ich działanie, co w konsekwencji może doprowadzić do hipoglikemii. Zwiększenie efektu jest widoczne również w przypadku połączenia NLPZ-u z litem, fenytoiną lub warfaryną, wzrost stężenia substancji aktywnej może postępować aż

do wartości toksycznych np. zastosowanie NLPZ z litem – ze względu na mały indeks terapeutyczny substancji może dojść do zapaści i zgonu [19]. Dobór odpowiedniego leku z grupy NLPZ jest ważny szczególnie u pacjentów kardiologicznych, ponieważ część leków z tej grupy może osłabiać działanie hipotensyjne leków stosowanych w leczeniu nadciśnienia.

Istnieją też zagrożenie niezwiązane bezpośrednio z jakąkolwiek grupą leków. Ważną kwestią są warunki przechowywania leków w sklepach, które niestety wpływają na jakość produktu leczniczego. Przechowywanie leku w aptece jest zapewnieniem przestrzegania odpowiednich norm nasłonecznienia, wilgotności, temperatury w zakresach, które zapewniają stabilność i bezpieczeństwo substancji leczniczych. Stacje benzynowe czy sklepy nie są zobowiązane do przestrzegania tak rygorystycznych warunków przechowywania leków jak apteki.

Celem pracy było zbadanie świadomości mieszkańców powiatu bełchatowskiego i personelu medycznego na temat stosowania leków OTC.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w dwóch grupach badawczych tj. grupa personelu medycznego, która liczyła 210 osób oraz grupa mieszkańców powiatu bełchatowskiego, która liczyła 203 osoby. Badania przeprowadzono w 2017 przy pomocy kwestionariusza ankiety, która była całkowicie anonimowa. Przed przystąpieniem do analizy baza danych została sprawdzona pod względem logiczności i kompletności odpowiedzi. Natomiast w dalszej kolejności, do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft, Inc.

Wyniki

Przeprowadzone badane ankietowe miało na celu poznanie zwyczajów badanych związanych z kupowaniem i używaniem leków dostępnych bez recepty (tj. OTC) i porównanie pod tym względem personelu medycznego oraz mieszkańców powiatu bełchatowskiego. W związku z powyższym, obie grupy badanych zapytano o różne kwestie związane ze stanem zdrowia oraz wizytami u lekarza, a także związane z używaniem tych leków, m.in. częstotliwość kupowania leków bez recepty w aptece, miesięczne kwoty przeznaczane na te zakupy, częstotliwość zażywania leków OTC, przyczyny stosowania ich czy czynniki, którymi badani kierowali się przy wyborze leków OTC. Powyższe badanie przedstawia analizę ilościową rozkładu wyników badania ankietowego i zarazem analizę porównawczą personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

Tabela 1. Wiedza badanych, co oznacza skrót OTC – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
Tak	156	74,29%	103	50,74%	**χ^2=24,474; df=1; p=0,000**
Nie	54	25,71%	100	49,26%	

Źródło: wynik badań własnych

Zdecydowana większość personelu medycznego (74,29%) wiedziała, co oznacza skrót OTC. Natomiast mieszkańcy powiatu bełchatowskiego byli pod tym względem znacznie bardziej podzieleni – co druga osoba miała taką wiedzę (50,74%) i odpowiednio co druga (49,26%) nie wiedziała, co oznacza powyższy skrót. Zgodnie z wynikami testu Chi-Kwadrat Pearsona różnice pod tym względem

między obiema grupami były istotne statystycznie (p<0,001). Takie wyniki wskazują, że personel medyczny znacznie częściej posiadał wiedzę, co oznacza skrót OTC.

Tabela 2. Ocena badanych dotycząca ich stanu zdrowia – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu U Manna-Whitneya**
	N	**%**	**N**	**%**	
Bardzo dobrze	1	0,48%	2	0,99%	Z=-0,624; p=0,532
Dobrze	38	18,10 %	32	15,76%	
Źle	168	80,00 %	164	80,79%	

Źródło: wynik badań własnych

Zarówno personel medyczny, jak i mieszkańcy powiatu bełchatowskiego
w zdecydowanej większości (odpowiednio 80,00% i 80,79%) źle oceniali swój stan zdrowia. Dobre oceny w tej kwestii wydało 18,10% badanych z grupy personelu medycznego i odpowiednio 15,76% mieszkańców powiatu bełchatowskiego, zaś bardzo dobre – odpowiednio 0,48% i 0,99%. Zgodnie z wynikami testu U Manna-Whitneya różnice pod tym względem między obiema grupami nie były istotne statystycznie (p>0,05).

Tabela 3. Czynności wykonywane zazwyczaj przez badanych w sytuacji, gdy czują się chorzy – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
Próbuje domowych sposobów	123	58,57%	119	58,62%	χ^2=0,000; df=1; p=0,992
Kupuje leki dostępne bez recepty	86	40,95%	107	52,71%	**χ^2=5,732; df=1; p=0,017**
Natychmiast idę do lekarza – ściśle stosuję się do jego zaleceń	19	9,05%	18	8,87%	χ^2=0,004; df=1; p=0,949
Nic nie robię – liczę, że samo minie	6	2,86%	16	7,88%	**χ^2=5,167; df=1; p=0,023**

Źródło: wynik badań własnych

Zarówno personel medyczny, jak i mieszkańcy powiatu bełchatowskiego w większości, gdy czuli się chorzy, próbowali domowych sposobów (odpowiednio 58,57% i 58,62%). Ponadto, znaczący odsetek badanych w obu grupach (odpowiednio 40,95% i 52,71%) kupował w tej sytuacji leki dostępne bez recepty. Znacznie mniej badanych w obu grupach natychmiast szło do lekarza (odpowiednio 9,05% i 8,87%) lub nic nie robiło (odpowiednio 2,86% i 7,88%). Zgodnie z wynikami testu Chi-Kwadrat Pearsona obie grupy

nie różniły się istotnie statystycznie pod względem prób domowych sposobów (p>0,05) oraz pójścia do lekarza (p>0,05). Natomiast różnice między badanymi grupami były istotne statystycznie w przypadku kupowania leków dostępnych bez recepty (p<0,05) oraz nic nierobienia (p<0,05) – oba działania były zasadniczo częściej podejmowane przez mieszkańców powiatu bełchatowskiego różnice pod tym względem między obiema grupami były istotne statystycznie (p<0,001).

Tabela 4. Kupowanie przez badanych leków dostępnych bez recepty (OTC) – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
Tak	141	67,14%	137	67,49%	**χ^2=10,085; df=2; p=0,006**
Nie	0	0,00%	9	4,43%	
Czasami	69	32,86%	57	28,08%	

Źródło: wynik badań własnych

Zdecydowana większość zarówno personelu medycznego (67,14%), jak i mieszkańców powiatu bełchatowskiego (67,49%) kupowała leki dostępne bez recepty. Czasami miało to miejsce w przypadku niemal co trzeciej osoby z personelu medycznego (32,86%) i 28,08% mieszkańców powiatu bełchatowskiego. Ponadto, pozostałe 4,43% mieszkańców powiatu bełchatowskiego nie kupowało w ogóle leków OTC. Mimo tych podobieństw między obiema grupami wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona wskazują na istotne statystycznie (p<0,01) różnice między badanymi grupami pod względem kupowania leków dostępnych bez recepty (OTC)[1]

Tabela 5. Konsultowanie przez badanych zakupu leku OTC z farmaceutą lub z lekarzem – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
Tak	55	26,19 %	62	30,54%	χ^2=1,103; df=2; p=0,576
Nie	88	41,90 %	77	37,93%	
Czasami	67	31,90 %	64	31,53%	

Źródło: wynik badań własnych

Zarówno personel medyczny, jak i mieszkańcy powiatu bełchatowskiego przeważnie (odpowiednio 41,90% i 37,93%) nie konsultowali zakupu leku OTC z farmaceutą ani lekarzem. Blisko co trzecia osoba z każdej grupy (odpowiednio 31,90% i 31,53%) przeprowadzała czasami takie konsultacje. Z kolei, co czwarta osoba z personelu medycznego (26,19%) i niemal co trzeci mieszkaniec powiatu bełchatowskiego (30,54%) regularnie konsultował zakup leku OTC z farmaceutą lub z lekarzem. Zgodnie z wynikami testu Chi-Kwadrat Pearsona różnice pod tym względem między obiema grupami nie były istotne statystycznie ($p>0,05$).

Tabela 6. Leki OTC najczęściej kupowane przez badanych – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
Leki p / bólowe i p / zapalne	129	61,43%	143	70,44%	χ^2=3,731; df=1; p=0,053
Leki na przeziębienie i ból gardła	141	67,14%	126	62,07%	χ^2=1,163; df=1; p=0,281
Witaminy i minerały wzmacniające odporność	78	37,14%	87	42,86%	χ^2=1,405; df=1; p=0,236
Środki łagodzące dolegliwości przewodu pokarmowego	19	9,05%	25	12,32%	χ^2=1,158; df=1; p=0,282
Leki uspakajające i nasenne	3	1,43%	12	5,91%	**χ^2=5,926; df=1; p=0,015**
Leki poprawiające krążenie, nasercowe	2	0,95%	6	2,96%	χ^2=2,181; df=1; p=0,140

Źródło: wynik badań własnych

Większość zarówno personelu medycznego, jak i mieszkańców powiatu bełchatowskiego wśród leków dostępnych bez recepty kupowała leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (odpowiednio 61,43% i 70,44%) oraz leki na przeziębienie i ból gardła (odpowiednio 67,14%

i 62,07%). Znaczący odsetek badanych w obu grupach kupował również witaminy i minerały wzmacniające odporność (odpowiednio 37,14% i 42,86%). Ponadto, środki łagodzące dolegliwości przewodu pokarmowego kupowało odpowiednio 9,05% personelu medycznego i 12,32% mieszkańców powiatu bełchatowskiego, leki uspokajające i nasenne – odpowiednio 1,43% i 5,91%, zaś leki poprawiające krążenie i nasercowe – odpowiednio 0,95% i 2,96%. Zgodnie z wynikami testu Chi-Kwadrat Pearsona obie grupy różniły się istotnie statystycznie pod względem kupowania leków uspokajających i nasennych ($p<0,05$), natomiast w przypadku pozostałych typów leków takich różnic nie zanotowano ($p>0,05$).

Tabela 7. Kupowanie przez badanych leków bez recepty będąc w aptece i częstotliwość tych zakupów – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
Tak, raz w roku	64	30,48%	19	9,36%	**χ^2=28,663; df=1; p=0,000**
Tak, rzadziej niż raz w roku	16	7,62%	9	4,43%	χ^2=1,842; df=1; p=0,175
Tak, raz na pół roku	52	24,76%	53	26,11%	χ^2=0,099; df=1; p=0,753
Tak, raz na kwartał	51	24,29%	77	37,93%	**χ^2=8,986; df=1; p=0,003**
Tak, raz w miesiącu	31	14,76%	44	21,67%	χ^2=3,319; df=1; p=0,068
Tak, raz w tygodniu	3	1,43%	4	1,97%	χ^2=0,182; df=1; p=0,670

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
Tak, kilka razy w tygodniu	1	0,48%	0	0,00%	χ^2=0,969; df=1; p=0,325
Nie, nigdy	0	0,00%	3	1,48%	χ^2=3,126; df=1; p=0,077

Źródło: wynik badań własnych

Wśród ankietowanych zaliczających się do grupy personelu medycznego leki bez recepty były kupowane w aptece najczęściej z częstotliwością raz w roku (30,48%), raz na pół roku (24,76%) oraz raz w miesiącu (24,29%). Natomiast mieszkańcy powiatu bełchatowskiego najczęściej kupowali te leki raz na kwartał (37,93%), raz na pół roku (26,11%) oraz raz w miesiącu (21,67%). Ponadto, częstotliwość raz w roku wskazywana przez 9,36% mieszkańców powiatu bełchatowskiego, zaś raz w miesiącu – odpowiednio przez 14,76% personelu medycznego. Znacznie mniejszy odsetek badanych z obu grup wskazał częstotliwość tych zakupów wynoszącą rzadziej niż raz w roku (odpowiednio 7,62% personelu medycznego i 4,43% mieszkańców powiatu bełchatowskiego), raz w tygodniu (odpowiednio 1,43% i 1,97%), kilka razy w tygodniu (odpowiednio 0,48% i 0,00%) oraz nigdy (odpowiednio 0,00% i 1,48%). Zgodnie z wynikami testu Chi-Kwadrat Pearsona obie grupy różniły się istotnie statystycznie pod względem kupowania leków OTC raz w roku ($p<0,001$) oraz raz na kwartał ($p<0,01$). W pierwszym przypadku istotnie więcej osób kupowało w danej częstotliwości wśród personelu medycznego, zaś w drugim – odpowiednio wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego. Natomiast w pozostałych przypadkach nie

zanotowano istotnych statystycznie różnic (p>0,05) między obiema grupami.

Tabela 8. Częstotliwość zażywania przez badanych w ciągu miesiąca leków OTC – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu U Manna-Whitneya**
	N	**%**	**N**	**%**	
0 - 7 razy	162	77,14 %	141	69,46%	Z=-1,402; p=0,161
8 - 14 razy	34	16,19 %	39	19,21%	
9 - 22 razy	3	1,43%	11	5,42%	
23 - 33 razy	7	3,33%	10	4,93%	
Więcej niż 33 razy	4	1,90%	2	0,99%	

Źródło: wynik badań własnych

Zdecydowana większość zarówno personelu medycznego, jak i mieszkańców powiatu bełchatowskiego (odpowiednio 77,14% i 69,46%) zużywała w ciągu miesiąca maksymalnie 7 razy leki OTC. Od 8 od 14 razy na miesiąc leki te spożywało odpowiednio 16,19% i 19,21% badanych z poszczególnych grup, 9-22 razy – odpowiednio 1,43% i 5,42%, 23-33 razy – odpowiednio 3,33% i 4,93%, zaś ponad 33 razy – odpowiednio 1,90% i 0,99%. Zgodnie z wynikami testu U Manna-Whitneya różnice pod tym względem między obiema grupami nie były istotne statystycznie (p>0,05).

Tabela 9. Miesięczna kwota przeznaczana przez badanych na zakup leków OTC – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu U Manna-Whitneya**
	N	**%**	**N**	**%**	
Mniej niż 20 zł	66	31,43%	51	25,12%	Z=-1,261; p=0,207
Od 21 zł do 50 zł	89	42,38%	92	45,32%	
51 zł do 100 zł	52	24,76%	55	27,09%	
Od 101 zł do 200 zł	2	0,95%	5	2,46%	
200 zł i więcej	1	0,48%	0	0,00%	

Źródło: wynik badań własnych

Zarówno personel medyczny, jak i mieszkańcy powiatu bełchatowskiego przeważnie na leki OTC wydawali od 21 do 50 zł miesięcznie (odpowiednio 42,38% i 45,32%). Mniej niż 20 zł miesięcznie wydawało na ten cel odpowiednio 31,43% personelu medycznego oraz 25,12% mieszkańców powiatu bełchatowskiego, zaś od 51 do 100 zł – odpowiednio 24,76% i 27,09%.

Znacznie mniejszy odsetek badanych w obu grupach wydawał miesięcznie na leki OTC od 101 do 200 zł (odpowiednio 0,95% i 2,46%) oraz ponad 200 zł (odpowiednio 0,48% i 0,00%). Zgodnie z wynikami testu U Manna-Whitneya różnice pod tym względem między obiema grupami nie były istotne statystycznie ($p>0,05$).

Tabela 10. Przyczyny, na których badani stosowali leki dostępne bez recepty – analiza porównawcza personelu medycznego i mieszkańców powiatu bełchatowskiego.

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
Pozwalają zaoszczędzić czas związany z wizyta u lekarza	80	38,10%	83	40,89 %	χ^2=0,337; df=1; p=0,562
Pozwalają utrzymać zdrowie i kondycję (profilaktyka)	57	27,14%	46	22,66 %	χ^2=1,108; df=1; p=0,293
Pozytywnie wpływają na nastrój	11	5,24%	3	1,48%	**χ^2=4,457; df=1; p=0,035**
Poprawiają wygląd	8	3,81%	9	4,43%	χ^2=0,102; df=1; p=0,750
Zwalczają pierwsze oznaki choroby	71	33,81%	92	45,32 %	**χ^2=5,725; df=1; p=0,017**
Zwalczają ból	80	38,10%	89	43,84 %	χ^2=1,41; df=1; p=0,235
Są równie skuteczne jak leki na receptę	15	7,14%	10	4,93%	χ^2=0,892; df=1; p=0,345
Są ogólnie dostępne	51	24,29%	45	22,17 %	χ^2=0,260; df=1;

	Personel medyczny		**Mieszkańcy powiatu bełchatowskiego**		**Wyniki testu Chi-Kwadrat Pearsona**
	N	**%**	**N**	**%**	
					p=0,610

Źródło: wynik badań własnych

Badani z obu grup, tj. personelu medycznego oraz mieszkańców powiatu bełchatowskiego stosowali leki dostępne bez recepty przeważnie dla oszczędności czasu związanego z wizytą u lekarza (odpowiednio 38,10% i 40,89%), zwalczenia pierwszych oznak choroby (odpowiednio 33,81% i 45,32%), zwalczenia bólu (odpowiednio 38,10% i 43,84%) oraz celów profilaktycznych (odpowiednio 27,14% i 22,66%) i z powodu ogólnej dostępności tych leków (odpowiednio 24,29% i 22,71%). Znacznie mniej badanych z obu grup stosowało leki OTC dla poprawy wyglądu (odpowiednio 3,81% i 4,43%), z powodu ich pozytywnego wpływu na nastrój (5,24% i 1,48%) oraz ich skuteczności równie dobrej jak leki na receptę (odpowiednio 7,14% i 4,93%). Zgodnie z wynikami testu Chi-Kwadrat Pearsona obie grupy różniły się istotnie statystycznie pod względem stosowania leków OTC z powodu ich pozytywnego wpływu na nastrój ($p<0,05$) oraz dla zwalczenia pierwszych oznak choroby ($p<0,05$). W przypadku pierwszego powodu istotnie więcej osób stosowało leki OTC wśród personelu medycznego, zaś w przypadku drugiego – odpowiednio wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego. Natomiast w pozostałych przypadkach nie zanotowano istotnych statystycznie różnic ($p>0,05$) między obiema grupami.

Dyskusja

Badania własne przeprowadzono na dwóch grupach respondentów. Pierwszą stanowili mieszkańcy powiatu Bełchatowskiego –203 osoby, drugą stanowił personel medyczny –210 osób. Badania przeprowadzono w 2017 roku.

Grupę mieszkańców powiatu Bełchatowskiego stanowiły osoby w wieku od 30 do 70 lat z czego największy odsetek (36,45%) w wieku 30-40 lat. 51,72% całej badanej grupy stanowiły kobiety, a 48,28% mężczyźni całej grupy. 43,84%, badanych miało wykształcenie wyższe, średnie 37,93%, zawodowe 16,26% a najmniejszą grupę stanowili respondenci z wykształceniem podstawowym 1,97%.

Co drugi badany w tej grupie 50,25% miał dobrą sytuację ekonomiczną, co trzeci średnią 34,98%, bardzo dobry 11,82%, natomiast złą – 2,96%. Wśród badanych najliczniejszą tej grupy stanowili mieszkańcy (84,34%) a tylko 15,76% badanych zamieszkiwało wieś.

Większość personelu medycznego stanowiły osoby w wieku 40 – 50 lat (60,95%), w wieku 30 – 40 lat (17,14%), a w wieku 51-60 lat – 8,57%. W tej grupie przeważająca większość badanych to kobiety – 93,33%, mężczyźni stanowili 6,67%.

Tytuł licencjat pielęgniarstwa posiadało – 66,19%, co dziesiąty respondent posiadał tytuł magistra (10,95%), a tylko 3,81% magistra pielęgniarstwa, średnie medyczne to 9,05% badanej grupy, licencjat inny niż pielęgniarstwo – 9,52%, zaś 2,86% miało inne niż wyżej wymienione wykształcenie.

Większość badanych – 56,19% zadeklarowało dobry status ekonomiczny, bardzo dobry 12,86%, 29,05% zgłosiło swoją sytuację ekonomiczną jako średnią a złą 1,90%. Największy udział w grupie personelu medycznego byli mieszkańcami miasta 77,14%, a 22,86% wsi.

Znaczna część badanych (58,57%) pochodziła z województwa śląskiego, z łódzkiego pochodziło 36,19%, a pozostałe województwa, tj. wielkopolskie, opolskie, świętokrzyskie i małopolskie liczyły mniejszy odsetek tj. (odpowiednio 0,48%; 0,48%; 0,95% i 3,33%).

Z badań własnych wynika, iż wykształcenie i posiadana wiedza ma wpływ na świadome zażywanie i konsumpcję leków bez recepty – OTC. Wyniki okazały się jednak zaskakujące gdyż obie grupy zarówno mieszkańcy powiatu bełchatowskiego jak i personel medyczny nie różniły się zbytnio w częstotliwości zażywania leków OTC w ciągu miesiąca. Obie grupy w zdecydowanej większości nabywały regularnie leki OTC, ale tylko w grupie mieszkańców powiatu bełchatowskiego były osoby, które w ogóle nie przyjmowały takich leków. Wyniki badań własnych były zaskakujące, gdyż wiedząc, jaką ma wiedzę personel pielęgniarski na temat leków, badacze liczyli, iż zażywanie tych leków w tej grupie będzie mniejsze lub nawet zerowe. Natomiast w kwestii znaczenia skrótu OTC przypuszczenia badaczy się sprawdziły – personel medyczny w większości wiedział, co oznacza ten skrót i była to przeważająca większość w porównaniu z mieszkańcami powiatu bełchatowskiego.

Zarówno personel medyczny jak i mieszkańcy podeszli podobnie do kwestii leczenia w przypadku pierwszych oznak choroby, obie grupy w większości próbują domowych sposobów (58,57% i 58,62%) znaczący odsetek kupuje leki bez recepty, a niewielka cześć badanych idzie do lekarza (9,05% i 8,87%). Odmienna opinię przedstawia Cichońska M., Sudy J., Kawa A., i Pasiek K. [21], w swojej pracy z 2013 roku, według, których w przypadku złego samopoczucia czy oznak choroby aż 44% badanych udaje się do lekarza i ścisłe stosuje się do jego zaleceń a 32% leczy się samemu przy pomocy dostępnych leków OTC, co potwierdzają badania [22].

Z badań własnych wynika, iż mieszkańcy Bełchatowa przy wyborze leków kierują się opinią znajomych, ceną i reklamą natomiast personel medyczny większą wagę przywiązuje do składu danego leku. Personel medyczny aż w 70% brał pod uwagę skład danego leku gdzie

wśród mieszkańców Bełchatowa to tylko 33% badanej grupy. Przy wyborze konkretnych leków istotnym czynnikiem była porada farmaceuty i tak wśród personelu medycznego było to tylko 21,43% a wśród mieszkańców Bełchatowa 38,42%. Zupełnie odmienne wyniki uzyskali Simon M. i Woszczyk – Nowaczyk M. [23], w swojej pracy z 2009 r. opublikowanej przez Instytut Sobieskiego, Warszawa 2012 – Tworzymy idee dla Polski , gdzie porada farmaceuty stanowi aż 45,7% badanych. Według Badań TNS OBOP z 2002 roku w Europie Środkowej farmaceuci cieszyli się dużo większym zaufaniem niż lekarze – chodzi o udzielanie porady dotyczącej dostępnych leków OTC.

Cena jest ważną przesłanką w wyborze leków dla społeczeństwa. I tak według Cichońska M., Sudy J., Kawa A., i Pasiek K. [21], 34 % badanych przy wyborze leków przeciwbólowych i 29% przy wyborze witamin i suplementów diety kierowali się ceną. W badaniach własnych wybór leków przeciwbólowych zadeklarowało 38,10% wśród personelu medycznego i aż 43,84% wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego. Jest to zaskakująca duża ilość. Duża dostępność leków przeciwbólowych, które można kupić bez recepty, buduje złudne przeświadczenie wśród społeczeństwa, że są bezpieczne i nie stanowią zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka. Bardzo mylna opinia.

Przeprowadzając badania własne chciano uzyskać odpowiedź czy istnieje świadomość wśród mieszkańców Bełchatowa oraz wśród personelu medycznego o występowaniu działań niepożądanych po spożyciu leków OTC. Założono, iż personel medyczny ze względu na swoje medyczne wykształcenie posiada dużą świadomość działań niepożądanych. Wyniki badań wykazały, iż istotnie personel medyczny w zdecydowanej większości, był zgodny że istnieje wpływ leków na występowanie działań niepożądanych – 81,43%, przeciwnego zdania w tej grupie ankietowanych było 9,52%, a 9,05% nie posiadało wiedzy w tym zakresie. Natomiast grupa mieszkańców powiatu bełchatowskiego była bardziej podzielona w tych opiniach. O powstaniu działań niepożądanych po spożyciu leków OTC było

przekonanych 42,86% ankietowanych , a niewiele mnie bo 40,39% przyznało, że nie posiada wiedzy na ten temat. Pozostałe 16,95% mieszkańców powiatu bełchatowskiego wyraziło opinię, iż stosowanie leków OTC nie powoduje działań niepożądanych.

W dzisiejszych czasach problem zwiększonej konsumpcji leków OTC jest przedmiotem badań wielu uczonych i naukowców. Kwestia ta stanowi duży problem zdrowia publicznego w Polsce, ale również w innych krajach europejskich.

Wnioski

1. Status leków OTC – „leków dostępnych bez recepty'' powoduje, że społeczeństwo ma przeświadczenie, że są to produkty lecznicze o małej toksyczności, które nie zagrażają zdrowiu i życiu.
2. Leki te są szeroko stosowane przez pacjentów, ze względu na ich łatwą dostępność oraz z powodu bardzo przystępnych cen.
3. Samoleczenie za ich pomocą jest częstą jak nie jedyną alternatywą zamiast wizyty u lekarza w chwili pojawienia się różnych dolegliwości bólowych. Ich pozycja, jako leków dostępnych bez recepty, jest przyczyną myślenia dużej grupy społeczeństwa, że są to produkty lecznicze o małej lub żadnej toksyczności. Uważają je za nie zagrażające życiu ani zdrowiu.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Problem rosnącego przyjmowania leków OTC zmusza do podjęcia działań, które mają na celu racjonalizację korzystania z tych preparatów przez potencjalnych użytkowników.

Bibliografia / Bibliography:

1. Czerw A. i wsp. Wpływ czynników socjo – demograficznych na zjawisko samoleczenia bólu. Hygeia Public Heath. 2013, 48(4): 560-565.

2. Kasperczyk J. i wsp. Zjawisko samoleczenia wśród studentów wybranych kierunków studiów. Probl Hig Epidemiol. 2007, 88(2):206-209.

3. Krajewska Kułak E. i wsp. Radzenie sobie z dolegliwościami w drodze samoleczenia w populacji studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Probl HIg Epidemiol. 2011, 92(3):486-496.

4. Rajska – Neumann A. Leczenie farmakologiczne osób starszych – badania ankietowe . Rozprawa doktorska. AM, Poznań 2004.

5. Rajska – Neumann A., Wieczorkowska – Tobis K., Samoleczenie – szansa na poprawę czy potencjalne zagrożenie sprawności funkcjonalnej starszych pacjentów? Farmacja Polska. 2011; 67, 4: 258-265.

6. Gomułka W. Nieopioidowe leki przeciwbólowe, leki stosowane w dnie oraz w leczeniu chorób reumatycznych. W: Kostowski W.,Herman Z., S.: Farmakologia – Podstawy farmakoterapii. Wyd. 3. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 226-228

7. Szczeklik A. Interna Szczeklika 2012. Podręcznik chorób wewnętrznych. Wyd. 4. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012.

8. Moska D. Porady aptekarskie i farmakologiczne w samoleczeniu. Farmacja Polska. 1999, 55(6): 310-315.

9. Klimek-Wierzbicka P.: Polak leczy się sam. Manager Apteki. 2009,2, 8-9.

10. Burdan F. i wsp. Toksyczność rozwojowa leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych dostępnych bez recepty. Pol. Merk. Lek. 2012, XXXII/192: 410-413.

11. Kornacka M.G. Konkurencja aptekarzy. Aptekarz 1997; 1: 5-6.

12. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U.2001 r. Nr 126, poz. 1381 z późn. zm.)

13. Ulatowska-Szostak E. Rola farmaceuty w opiece zdrowotnej na przykładzie aptek ogólnodostępnych Wielkopolski i Ziemi Lubuskiej. Praca doktorska. Akademia Medyczna w Poznaniu. Poznań 2002.

14. Lenartowicz J. Apteka w dalszym tle. Czas Aptekarski, 2000; 8-9: 45-46.

15. Ulatowska-Szostak E. Sposoby ograniczania wydatków na leki przez pacjentów aptek ogólnodostępnych. Probl High Epidemiol. 2010; 91(1): 143-147.

16. Miączyński P. Polacy łykają coraz więcej leków. Gazeta Wyborcza 2006; 106: 13.

17. Kokot M.J. Leki nie tylko z apteki. Manager Apteki. 2012; 7:6.

18. Rynek pozaapteczny produktów OTC w Polsce. Główny Inspektorat Farmaceutyczny, www.gif.gov.pl stan z dn. 20 listopada 2014

19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych , które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu poza-aptecznego oraz punktach aptecznych. (DZ.U. 2010.204.1353).

20. Załącznik nr3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu poza-

aptecznego oraz punktach aptecznych. www.mz.gov.pl. stan z dn.6 czerwca 2014.

21. Cichońska M. i wsp. Stosowanie leków przeciwbólowych i witamin dostępnych bez recepty. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. 2013;1: 165- 198.

22. Waszyk-Nowaczyk M, Simon M. Czym kieruje się pacjent dokonując wyboru preparatów OTC w aptece? W: Krajewski-Siuda K. (Red.). Samoleczenie. Warszawa: Instytut Sobieskiego 2012; 199–204.

23. Szpringer M. i wsp. Stosowanie leków dostępnych bez recepty i suplementów diety przez osoby dorosłe z województwa świętokrzyskiego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2015: 21, 2: 163–167.

PREFERENCJE ŻYWIENIOWE STUDENTÓW KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO

Food preferences of nursing faculty students

MONIKA SANDER – GRABOWSKA[1], BEATA PRZYSTAŚ[1], ELŻBIETA SZUDY[1], BEATA HAOR[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.010
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Elementarnym czynnikiem wpływającym na zdrowie człowieka jest prawidłowe odżywianie.
Cel. Celem pracy była analiza preferencji żywieniowych studentów pierwszego roku kierunku pielęgniarstwo.
Materiał i metody. Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a jako narzędzie badawcze kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Badania zostały przeprowadzone wśród studentów pierwszego roku kierunku pielęgniarstwo.
Wyniki. Badani studenci w większości zdawali sobie sprawę z wpływu zdrowego odżywiania na zachowanie zdrowia.
Wnioski. Osoby w przedziale wiekowym 20-25 lat i 31 lat i więcej jedzą więcej warzyw i owoców oraz unikają żywności z konserwantami. Najmłodsza grupa studentów spożywa więcej pieczywa pełnoziarnistego oraz ogranicza spożycie soli i tłuszczów zwierzęcych.
Słowa kluczowe: sposób odżywiania, pielęgniarstwo, studenci

Abstract:
Introduction. Healthy nutrition is a factor of elementary importance on human health.
Aim. This thesis aims to analyse food preferences of first-year students of nursing faculty.
Materials and methods. The diagnostic survey was used to collect the data and the questionnaire of the Inventory of Healthy Behaviours was used as a research instrument. The research was conducted among first-year students of nursing faculty.
Results. The majority of students recognised the importance of healthy nutrition on maintaining health.
Conclusions. People of 20 – 25 years of age as well as those of 31years of age eat more fruit and vegetables and they avoid eating food with preservatives. The youngest group of students eats more wholegrain bread and limits the intake of salt and animal fats.

Keywords: nutrition, students, nursing

Wstęp

Zdrowie stanowi największą wartość i rodzaj specyficznego bogactwa, a zarazem prawo człowieka wymagające zdecydowanej ochrony. Jest ono zasobem życiowym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby. Styl życia w 50% wpływa na nasze zdrowie. Pozostałe czynniki to: środowisko (20%), czynniki genetyczne (20%), opieka zdrowotna (10%) [1].

Zachowania zdrowotne są to zwyczaje i nawyki determinujące stan zdrowia jednostki. Niektórzy badacze dzielą zachowania zdrowotne na takie, które służą zdrowiu np. zdrowe odżywianie, regularna aktywność fizyczna czy odpowiednia długość snu, nazywając je inaczej „immunogenami zdrowia" oraz na zachowania zdrowotne stwarzające ryzyko dla zdrowia, określane jako „behawioralne

patogeny" [2]. Do takich patogenów zaliczane są: palenie tytoniu, picie nadmiernych ilości alkoholu czy spożywanie żywności o dużej zawartości tłuszczu. Istotną rolę w prozdrowotnym stylu życia odgrywa właściwa dieta, która ma pozytywny wpływ na rozwój i funkcjonowanie człowieka, zaspokajając jego potrzeby biologiczne, psychospołeczne. Niewłaściwe odżywianie stanowi bezpośrednią przyczynę wielu chorób [3, 4].

Zdobywanie wiedzy o zdrowiu ma swój początek w rodzinie a następnie jest kontynuowane m.in. w toku edukacji, oddziaływania szeregu instytucji a także grup rówieśniczych, przyjaciół. Mają one zdecydowany wpływ na formowanie i reformowanie ludzkich postaw i zachowań. Nieprawidłowości w strukturze spożycia żywności u dzieci i młodzieży prowadzą do zbyt niskiej lub zbyt wysokiej wartości energetycznej posiłków, nadmiernego udziału tłuszczów i sacharozy, zbyt niskiej zawartości błonnika, cynku, magnezu, miedzi, wapnia i żelaza oraz witamin z grupy B, witamin C, D w diecie. Wymienione czynniki wraz z niską aktywnością fizyczną należą do najistotniejszych przyczyn występowania w Polsce przewlekłych chorób niezakaźnych: otyłości, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 oraz próchnicy zębów. Prewencja chorób cywilizacyjnych skupia się przede wszystkim na promocji zachowań prozdrowotnych, w tym zdrowego i racjonalnego odżywiania się, systematycznej aktywności fizycznej oraz wykonywania okresowych badań przesiewowych [5].

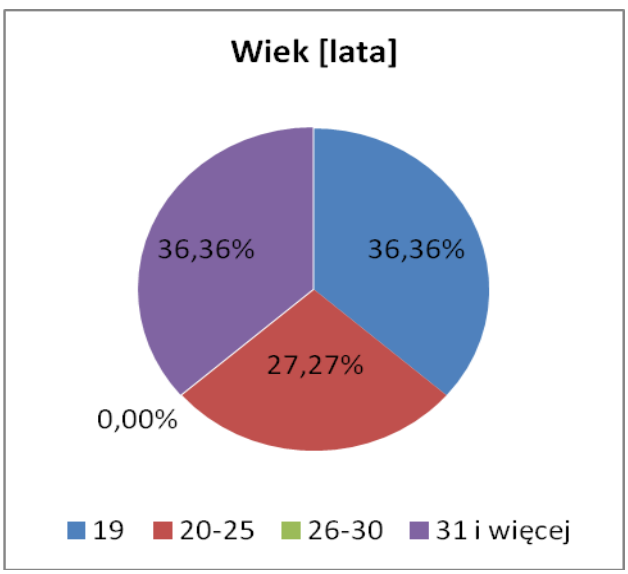
Celem pracy jest analiza preferencji żywieniowych studentów pierwszego roku kierunku pielęgniarstwo.

Materiał i metody

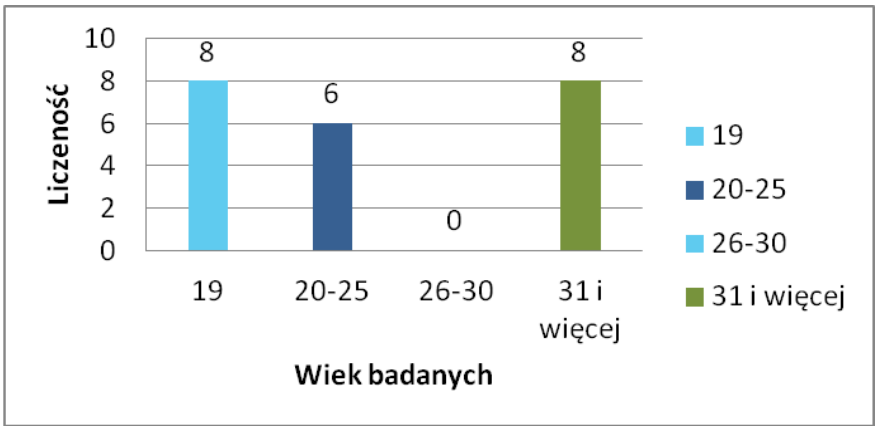
Badania przeprowadzono wśród 22 studentów I roku kierunku pielęgniarstwo (studia stacjonarne) w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej we Włocławku w roku akademickim 2017/2018. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę szacowania, a także technikę ankietowania i technikę skali

szacunkowej. Jako narzędzie badawcze wykorzystano Kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ), zakupiony w Pracowni Testów Psychologicznych. Analizie poddano odpowiedzi respondentów odnoszące się do nawyków żywieniowych. Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny. Dane zebrano w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel 2003; określono udział procentowy odpowiedzi, a także liczbę punktów i ich średnią uzyskaną przez badanych. Wyniki zostały przedstawione w formie rycin i tabel.

W badanej grupie przeważały osoby w przedziale wiekowym 19 lat i mniej oraz 31 lat i więcej, odpowiednio 36,36% (8 osób) i 36,36% (8 osób). Respondenci w wieku 20-25 stanowili 27,27% badanych (6 osób). Wśród studentów nie było żadnej osoby w przedziale wiekowym 26-30 lat (rycina 1 i wykres 1).



Rycina 1. Wiek badanej grupy.
Źródło: wyniki badań własnych



Wykres 1. Liczebność badanej grupy.
Źródło: wyniki badań własnych

Analizie poddano odpowiedzi respondentów na następujące pytania:

1. Czy jem dużo warzyw, owoców?
2. Czy ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier?
3. Czy dbam o prawidłowe odżywianie?
4. Czy unikam spożywania żywności z konserwantami?
5. Czy unikam soli i silnie solonej żywności?
6. Czy jem pieczywo pełnoziarniste?

Badani udzielali odpowiedzi wybierając ich następujące warianty: prawie nigdy, rzadko, od czasu do czasu, często, prawie zawsze.

Wyniki

Tabela 1 stanowi zbiorczy obraz preferencji żywieniowych studentów z podziałem na kategorie wiekowe. Największą liczbę punktów w tym zakresie uzyskiwali studenci z grupy wiekowej 20-25 lat.

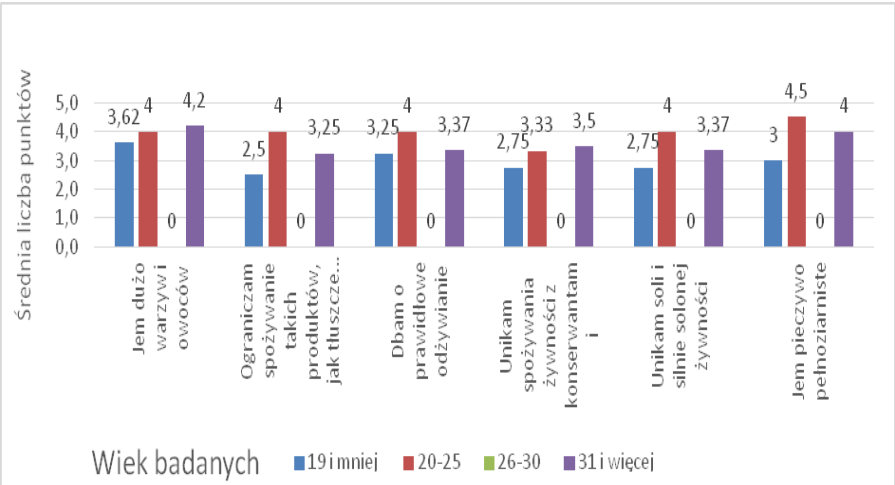
Tabela 1. Preferencje żywieniowe badanych ze względu na wiek

Kategoria zachowań	Nawyki żywieniowe					
Nr pytania	1	5	9	13	17	21
Treść pytania	Jem dużo warzyw, owoców	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	Dbam o prawidłowe odżywianie	Unikam spożywania żywności z konserwantami	Unikam soli i silnie solonej żywności	Jem pieczywo pełnoziarniste
Wiek [lata]	Średnia liczba punktów					
19 i mniej	3,62	2,5	3,25	2,75	2,75	3,0
20-25	4,0	4,0	4,0	3,33	4,0	4,5
26-30	0	0	0	0	0	0
31 i więcej	4,2	3,25	3,37	3,5	3,37	4,0

Źródło: wyniki badań własnych

Respondenci w wieku 20-25 lat zebrali największą liczbę punktów odpowiadając na pytania: ograniczam tłuszcze zwierzęce i cukier (4 pkt.), dbam o prawidłowe odżywianie (4 pkt.), unikam soli i silnie solonej żywności (4 pkt.), jem pieczywo pełnoziarniste (4,5 pkt.). W grupie wiekowej 31 lat i więcej studenci uzyskali największą liczbę punktów odpowiadając na pytania: jem dużo warzyw i owoców (4,2 pkt.), unikam spożywania żywności z konserwantami (3,5 pkt.). Najniższą ilość punktów zdobyli studenci w wieku 19 lat i poniżej udzielając odpowiedzi następujące na pytania: jem dużo warzyw

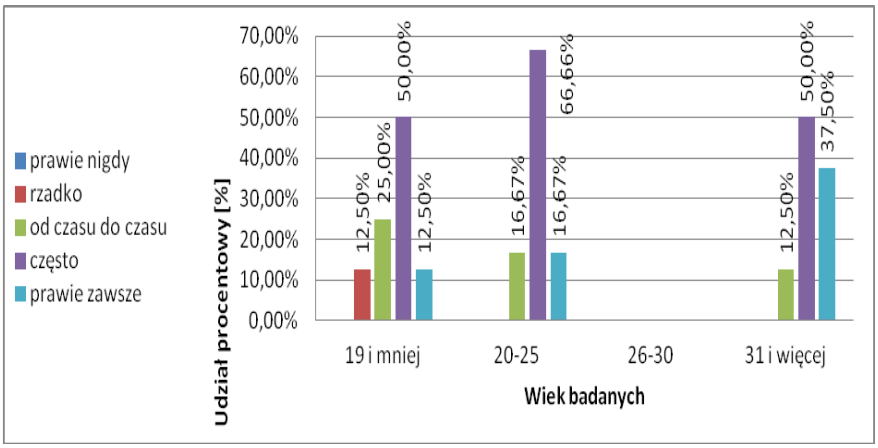
i owoców - 3,62 pkt., dbam o prawidłowe odżywianie - 3,25 pkt., jem pieczywo pełnoziarniste - 3 pkt., unikam spożywania żywności z konserwantami oraz unikam soli i silnie solonej żywności odpowiednio po 2,75 pkt., ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier – 2,5 pkt. (wykres 2, tabela 1).



Wykres 2. Preferencje żywieniowe badanych ze względu na wiek.

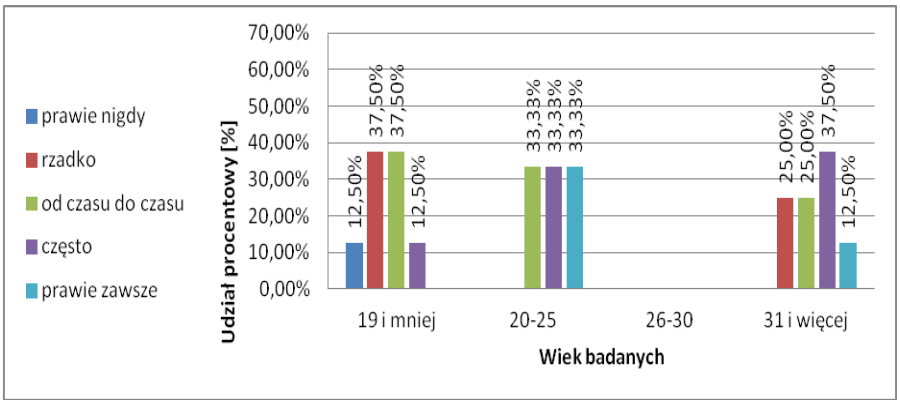
Źródło: wyniki badań własnych

Jak wynika z wykresu 3, ponad połowa ankietowanych ze wszystkich grup wiekowych często spożywa warzywa i owoce. W najmłodszej grupie wiekowej jedynie 1 osoba (12,5%) odpowiedziała, że czyni to rzadko. W przedziale wiekowym 19 i mniej prawie zawsze sięga po owoce i warzywa 12,5% (1 osoba), w przedziale 20-25 lat – 16,67% (1 osoba), natomiast w najstarszej grupie wiekowej 31 i więcej – 37,5% (3 osoby).



Wykres 3. Jem dużo warzyw, owoców.
Źródło: wyniki badań własnych

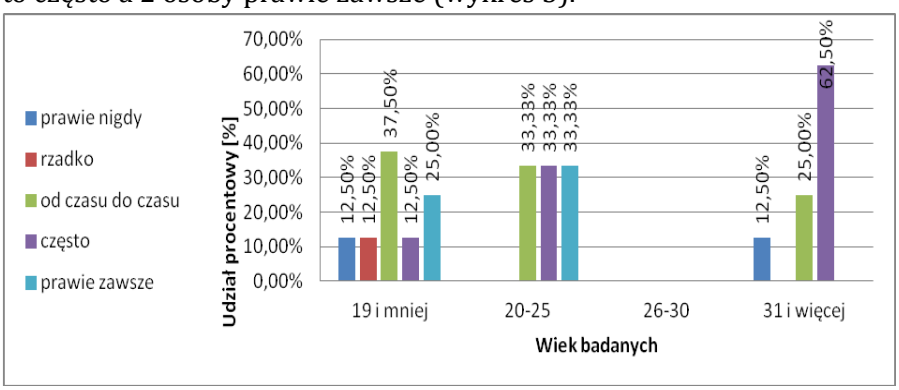
Kolejnym analizowanym aspektem było ograniczenie spożycia takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier. Tutaj odpowiedzi nie były jednoznaczne. Połowa 19-latków nie ogranicza spożycia tych produktów. Natomiast pozostali respondenci czynią to tylko okazjonalnie a jedynie 1 osoba (12,5%) - często. Większą świadomość w tym zakresie posiadają 20-25-latki bowiem 66,66% (6 osób) ogranicza spożycie tłuszczów zwierzęcych i cukru zawsze lub prawie zawsze. Z kolei 33,33% badanych (2 osoby) robi to od czasu do czasu. Rzadko lub tylko od czasu do czasu zadeklarowała ograniczenie spożycia tłuszczów i cukru połowa 31-latków, a 37,5% (3 osoby) czyni to często (wykres 4).



Wykres 4. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier.

Źródło: wyniki badań własnych

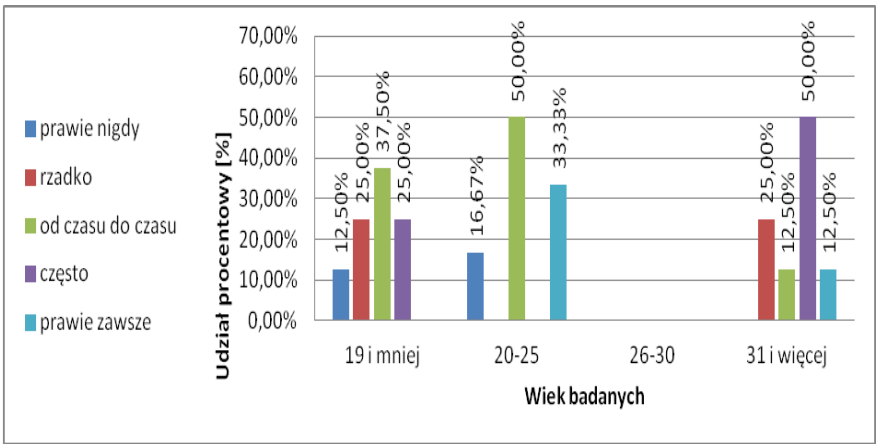
O prawidłowe odżywianie dba jedynie 37,5% 19-latków (3 osoby), natomiast 25% z nich (2 osoby) nie robi tego wcale. Zdecydowana większość respondentów (62,5%) z grupy wiekowej 31 i więcej (5 osób) odżywia się prawidłowo, a jedynie 1 osoba (12,5%) odpowiedziała, że nie robi tego prawie nigdy. W grupie wiekowej 20-25 lat odpowiedzi rozłożyły się równomiernie - po 33,33% - 2 osoby dbają o prawidłowe odżywianie od czasu do czasu, 2 osoby czynią to często a 2 osoby prawie zawsze (wykres 5).



Wykres 5. Dbam o prawidłowe odżywianie.

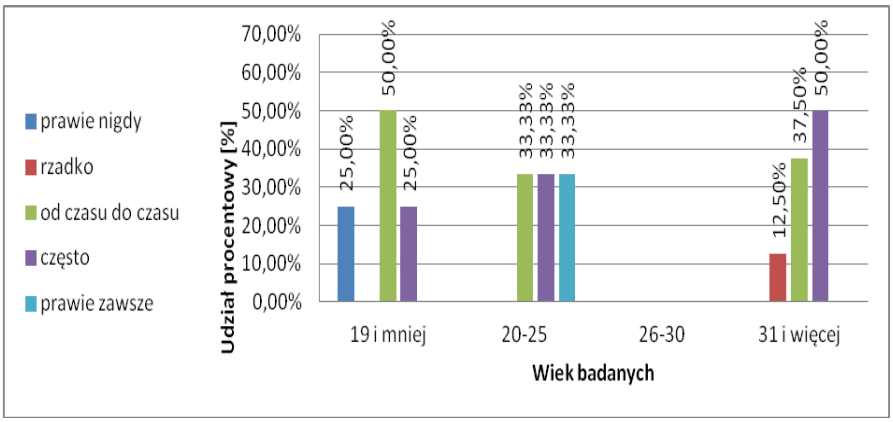
Źródło: wyniki badań własnych

Wykres 6 przedstawia preferencje żywieniowe respondentów dotyczące unikania spożywania żywności z konserwantami przez respondentów. Większość 19-latków (62,5% -5 osób) robi to od czasu do czasu, bądź często unika żywności przetworzonej, prawie zawsze czyni to 33,33% (2 osoby) 20-25-latków. Połowa respondentów w wieku 20-25 lat (3 osoby) korzysta z takiej żywności od czasu do czasu. Żywność z konserwantami spożywa 25% respondentów (2 osoby) w przedziale wiekowym 31 lat i więcej.



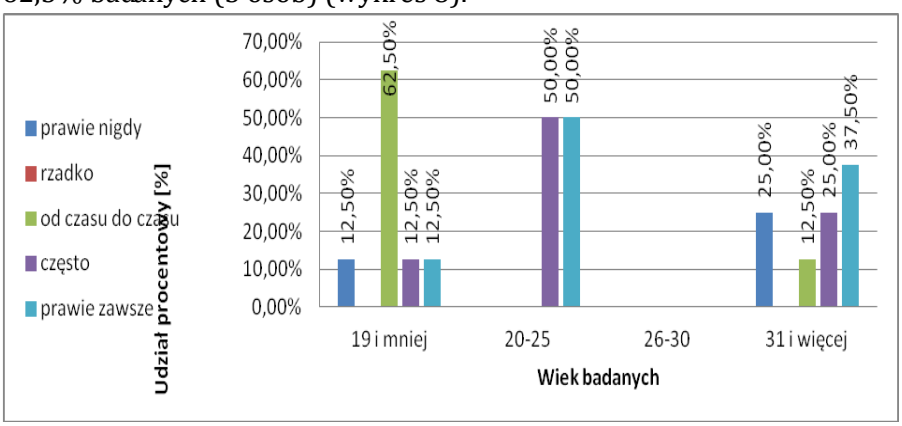
Wykres 6. Unikam spożywania żywności z konserwantami.
Źródło: wyniki badań własnych

Jak wynika z wykresu 7 - 25% 19-latków (2 osoby), 33,33% 20-25-latków (2 osoby) i 50% 31-latów (4 osoby) odpowiedziała, że często unika spożywania soli i silnie solonej żywności. Prawie nigdy lub rzadko czyni to 25% 19-latków (2 osoby) i 1 student w grupie 31 latków (12,5%) (wykres 7).



Wykres 7. Unikam soli i silnie solonej żywności.
Źródło: wyniki badań własnych

Ostatnie pytanie poddane analizie w ankiecie dotyczyło spożywania pieczywa pełnoziarnistego. Najwięcej osób, które nie sięga po pieczywo z ziarnem dotyczyło najmłodszej i najstarszej grupy respondentów - odpowiednio 12,5% (1 osoba) i 25% (2 osoby). Ponad połowa 19-latków (62,5%- 5 osób) spożywa takie pieczywo jedynie okazjonalnie. Wszyscy respondenci z przedziału wiekowego 20-25 lat jedzą pieczywo pełnoziarniste, natomiast w najstarszej grupie czyni to 62,5% badanych (5 osób) (wykres 8).



Wykres 8. Jem pieczywo pełnoziarniste.
Źródło: wyniki badań własnych

Dyskusja

Wyniki badań z zastosowaniem kwestionariusza (IZZ) wykazują, że studenci I roku kierunku pielęgniarstwo reprezentują zróżnicowany poziom zachowań prozdrowotnych, z tendencją do zwracania uwagi na styl życia, a w szczególności na zdrowy sposób odżywiania. Jest to bardzo istotne z punktu widzenia wykonywanego w przyszłości zawodu. Od przedstawicieli zawodów medycznych wymaga się bowiem wiedzy i kompetencji w kształtowaniu prawidłowych nawyków mających wpływ na zdrowie człowieka. Edukacja społeczeństwa w zakresie zdrowego stylu życia odbywa się także dzięki programom profilaktycznym i kampaniom społecznym a współcześnie szczególnie poprzez środki masowego przekazu, w tym media społecznościowe [6].

Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych respondenci mają świadomość wpływu prawidłowego odżywiania na zdrowie i starają się przestrzegać tych zasad na co dzień jedząc owoce i warzywa, pełnoziarniste pieczywo, ograniczając spożycie produktów zawierających: tłuszcze zwierzęce, cukier, sól, konserwanty.

Z badań WOBASZ (Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności) wynika, że spożycie tłuszczów wśród ludności w Polsce, znacznie przekracza zalecaną dawkę dziennego zapotrzebowania, natomiast korzystanie z produktów zbożowych jest niższe od zalecanego. Jedynie spożycie owoców i warzyw w większości badanych województw można uznać za zadowalające, ponieważ przekroczyło ono minimalną zalecaną dawkę (400g) [7]. Z badań GUS (Główny Urząd Statystyczny) z 2014r. wynika, że spożycie owoców deklarowało 59% a warzyw 57% dorosłych mieszkańców Polski [8]. Dane WOBASZ i GUS wskazują jednak na to, że spożycie warzyw i owoców jest nadal niewystarczające wśród polskiej ludności.

Biorąc pod uwagę fakt, że studenci podczas dalszej nauki będą kształtowali kompetencje w zakresie promowania prawidłowych zachowań prozdrowotnych, powinni oni zwrócić szczególną uwagę

na działania mające na celu zwiększenie spożycia owoców i warzyw. Prowadzenie prawidłowego stylu życia należy rozpocząć od siebie, rodziny i najbliższego otoczenia, co będzie miało przełożenie na wzrost świadomości społeczeństwa w tym zakresie [9].

Działania zmierzające do zmiany zachowań zdrowotnych polskiej populacji zostały uwzględnione w założeniach NPZ (Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020), którego cele operacyjne obejmują: poprawę sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz promocję aktywności fizycznej wśród Polaków [10].

Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Osoby w przedziale wiekowym 20-25 lat i 31 lat i więcej, jedzą więcej warzyw i owoców oraz unikają żywności z konserwantami.
2. Najmłodsza grupa studentów spożywa więcej pieczywa pełnoziarnistego oraz ogranicza spożycie soli i tłuszczów zwierzęcych.
3. Wszystkie grupy badanych wykazują wiedzę na temat wpływu prawidłowego odżywiania na stan zdrowia.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Studenci pielęgniarstwa wykazujący prawidłowe nawyki żywieniowe będą w stanie w przyszłości propagować wśród swoich pacjentów pozytywne postawy w zakresie racjonalnego żywienia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007.

2. Heszen I., Sęk H. Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby. W: Psychologia zdrowia. Heszen I., Sęk H. (Red). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2012; 90-104.

3. Raport z badań. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. CBOS, Warszawa 2012.

4. Kulik B., Latalski M. Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Czelej, Lublin 2002.

5. Gawęcki J., Roszkowski W. Żywienie człowieka a zdrowie publiczne. T. 3. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2018; 223-228.

6. Nowak P.F., Chalimoniuk-Nowak M. Potencjał mediów społecznościowych w edukacji zdrowotnej. W: Wolska Adamczyk A. (Red.) Współczesne kierunki działań prozdrowotnych. WSIiZ, warszawa 2015: 35-45.

7. Sygnatowska E. i wsp. Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki programu WOBASZ. Kardiologia Polska. 2005; 63:6 (supl. 4): 1-7.

8. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014r. Warszawa 2016: 88-89

9. Wojnarowska B. Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa 2017.

10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Dz. U. 2016r. poz. 1492.

Opis przypadku/Case report

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ostrą niewydolnością nerek

Supporting the patients care after acute renal failure

NATALIA PAWLAK[1], IDA SZLACHCIAK[1], BEATA HAOR[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.011
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Ostra niewydolność nerek jest powikłaniem często obserwowanym u chorych leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii . Pojawia się u co najmniej 20% pacjentów przebywających w tym oddziale. W związku z tym opieka na pacjentem w stanie zagrożenia życia powinna być nastawiona m.in. na zatrzymanie oraz wczesną identyfikację objawów wskazujących na zaburzenie czynności nerek.
Cel pracy. Celem pracy jest określenie zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ostrą niewydolnością nerek.
Prezentacja przypadku. Pacjent w wieku 52 lat przyjęta do oddziału AiIT. Zdiagnozowano i niego ostrą niewydolność nerek, spowodowaną przebytą sepsą oraz operacją tętniaka aorty brzusznej.
Dyskusja. U pacjentów z ostrą niewydolnością nerek głównym problemem pielęgnacyjnym jest ryzyko odwodnienia. Kluczową rolę w pielęgnacji odgrywa prewencja zaburzeń gospodarki wodno – elektrolitowej, która umożliwia poprawę jakości życia pacjentów.
Wnioski. Zastosowanie ICNP® w projektowaniu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta w OAiIT z ostrą niewolnością nerek umożliwia

monitorowanie liczby, charakteru oraz jakości udzielanych świadczeń pielęgnacyjnych.

Słowa kluczowe : ostra niewydolność nerek, skąpomocz, posocznica, pielęgnowanie, ICNP®

Introduction. The acute renal failure is a complication that is often reported in patients treated in the ICU. At least 20% of patients staying in this ward suffer from the acute renal failure. Therefore patient care in the event of immediate danger to life should be liable to an early recognition of the symptoms indicating renal impairment.
Aim. The aim of the study is to define nurses' role in supporting patients suffering from the acute renal failure.
Case study. Patient (male), 52- year- old, admitted to the AIIT ward. He was diagnosed with acute renal failure, caused by sepsis and the operative treatment of the abdominal aortic aneurysm.
Discussion. In patients with the acute renal failure the main concern regarding patient care is the risk of dehydration. Dehydration can cause fluid or electrolyte imbalance and it is essential to prevent such situation in order to be able to improve patient's quality of life.
Conclusions. Applying ICNP ® in planning the nursing care for patients in OAiIT with severe renal impairment enables to monitor the number, character as well as the quality of nursing services provided.

Keywords: acute renal failure, oliguria, sepsis, nursing, ICNP®.

Wstęp

Nerki w organizmie człowieka spełniają wiele istotnych zadań, często współdziałając w tej mierze z innymi narządami. Jednak tylko dwie z ich funkcji są rutynowo wykorzystywane jako wskaźniki wydolności tego narządu: objętość diurezy oraz stężenie we krwi mocznika i kreatyniny, będących końcowymi produktami metabolizmu białka [1].

Ostra niewydolność nerek (ONN) jest to zespół kliniczny związany z gwałtownym, następującym w ciągu kilku godzin, dni

upośledzeniem pracy nerek, przebiegający ze skąpomoczem lub bez skąpomoczu. W rezultacie chory zatrzymuje produkty przemiany materii oraz nie jest w stanie zachować prawidłowej homeostazy wodno – elektrolitowej jak i kwasowo – zasadowej [2].

Oliguria pojawia się u 50% przypadków Ostrej Niewydolności Nerek (ONN), jest częstym objawem, natomiast nie niezbędnym do rozpoznania tego zespołu. Wzrost stężenia kreatyniny w surowicy jest przyjętym kryterium rozpoznania ONN. Nie jest to jednak dokładne badanie. Niskie stężenie kreatyniny nie koreluje z wielkością przesączania kłębuszkowego (GFR), co jest wynikiem dużej rezerwy czynnościowej, zdrowego dotychczas miąższu nerkowego. We wczesnej fazie uszkodzenia nerek nasila się bowiem sekrecja kreatyniny przez komórki cewek proksymalnych. Odwrotnie w wypadku uszkodzonych już uprzednio nerek, relatywnie niewielki dalszy spadek GFR wiąże się z nieproporcjonalnie dużym wzrostem stężenia kreatyniny; dotyczy to m.in. u osób starszych [2].

Ostrą niewydolność nerek można podzielić na przednerkową, nerkową (miąższową) oraz pozanerkową. Przednerkowa ostra niewydolność nerek nazywana jest również przednerkową azotemią i spowodowana jest zmniejszoną perfuzją nerek. Natomiast pozanerkowa postać choroby jest rezultatem niedrożności dróg odprowadzających mocz. Miąższowa ostra niewydolność nerek jest wynikiem uszkodzenia miąższu nerek z powodu pierwotnych chorób (np. kłębuszkowych oraz śródmiąższowych zapaleń nerek) ogólnoustrojowych chorób naczyń lub ostrej martwicy cewek nerkowych, wynikającej z działania neurotoksyn lub upośledzonego dopływu krwi (perfuzji nerek). W wyniku zmniejszenia się przepływu krwi przez nerki, w zależności od stopnia zmniejszenia perfuzji narządu, może dojść do przednerkowej lub nerkowej ostrej niewydolności nerek [3].

Ostra niewydolność nerek jest powikłaniem często obserwowanym u chorych leczonych na OIT. Pojawia się u co

najmniej 20% pacjentów przebywających na Oddziale Intensywnej Terapii [4].

Ostra niewydolność nerek (ONN) należy do bardzo poważnych powikłań, które mogą wystąpić u osób ciężko chorych. Obecność ONN pogarsza rokowanie oraz wpływa na podwyższenie wskaźnika umieralności wśród pacjentów leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii. W związku z tym opieka na pacjentem w stanie zagrożenia życia powinna być nastawiona m.in. na zatrzymanie oraz wczesną identyfikację objawów wskazujących na zaburzenie czynności nerek. Odpowiednia opieka pielęgniarska odgrywa bardzo ważną rolę zarówno na poziomie diagnozowania, jak i leczenia ostrej niewydolności nerek [1].

Celem pracy jest określenie zakresu zadań pielęgniarki w zakresie opieki nad pacjentem z ostrą niewydolnością nerek. W planowaniu opieki pielęgniarskiej odwołano się do diagnoz i interwencji z ICNP®.

Prezentacja przypadku

52 letni A.Z. został przyjęty do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii 30 dni temu z powodu rozsianego zakażenia wielonarządowego (sepsy). Stan pacjenta aktualnie jest stabilny. Chory został przeniesiony z oddziału kardiochirurgii, gdzie przebywał po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym, dotyczącym rozwarstwiającego tętniaka aorty brzusznej. Podczas pobytu pacjenta w OAiIT zdiagnozowano u niego ostrą niewydolność nerek, spowodowaną przebytą sepsą oraz operacją tętniaka aorty brzusznej.

W dniu dzisiejszym (30 doba hospitalizacji) pacjent skarży się na występowanie dolegliwości bólowych w okolicy lędźwiowej, nudności oraz wymioty. Od kilku dni pacjent oddaje mniejszą ilość moczu – w dniu dzisiejszym przez cewnik Foleya spłynęło do worka 350 ml moczu. Chory skarży się na ból oraz pieczenie.

Podstawowe parametry życiowe pacjenta wynoszą:

- ciśnienie tętnicze 139/87 mmHg;
- tętno 86/min;
- oddech 15;
- temperatura 37,6◦C – stan podgorączkowy utrzymujący się drugi dzień.

Wyniki badań: kreatynina 1,9mg/dl

Od 20 lat mężczyzna choruje na cukrzycę typu 1, przyjmuje insulinę – Gensulin R. Nadciśnienie tętnicze zdiagnozowano u pacjenta 12 lat temu. Pacjent przytomny, z logicznym kontaktem słownym. Chory obawia się o swoje dalsze losy i stan zdrowia ze względu na przedłużającą się hospitalizację i występujące powikłania. Pacjent wymaga edukacji na temat jednostki chorobowej.

Arkusz indywidualnego opisu przypadku

Imię i nazwisko (inicjały): A.Z	
Data urodzenia: 14.03.1966r.	Stan cywilny: żonaty
Aktywność zawodowa: pełna	Wykonywany zawód: budowlaniec

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
Rozpoznanie lekarskie: Nieokreślona ostra niewydolność nerek	Temperatura: 37,6º C
Przyjmowane leki: zgodnie z indywidualną kartą zleceń	Tętno: (liczba / napięcie / rytm) 86/min/dobrze napięte/dobrze wyczuwalne / *
Przebyte choroby: cukrzyca typu 1, nadciśnienie tętnicze	Oddechy: 15/min
Pobyty w szpitalu: 2	Ciśnienie tętnicze:139/87 mm Hg

Przebyte zabiegi operacyjne: operacja rozwarstwiającego się tętniaka aorty	Masa ciała: 70 kg
Przebyte urazy/wypadki: nie podaje	Wzrost:170 cm
	BMI: 24,2

WYWIAD RODZINNY
Członkowie rodziny: żona, córka, syn Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: nie podaje Choroby występujące w rodzinie: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca Hobby/ zainteresowania: znaczki Formy spędzania czasu wolnego: biernie Nałogi w rodzinie: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu Błędy żywieniowe: szybkie jedzenie – fast food Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: stres wywołany pracą Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: nie podaje

WYWIAD ŚRODOWISKOWY
Miejsce zamieszkania: wieś Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: mieszkanie w bloku Liczba zajmowanych pomieszczeń: 1 pomieszczenie zajmowane razem z małżonką Liczba osób mieszkających wspólnie: 2 Stan higieniczno–sanitarny mieszkania: dobry, z dostępem do łazienki System pracy: zmianowy Liczba godzin spędzonych w pracy/szkole: 14h Zagrożenia zdrowia w domu: nie podaje w pracy/szkole: praca na wysokości Komunikacja: - prawidłowa

Higiena osobista: prawidłowa Aktywność fizyczna: adekwatna do stanu zdrowia Wydalanie: ból przy oddawaniu moczu Odżywianie: prawidłowe Sen/zasypianie: zaburzone

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone w 30 dobie od przyjęcia

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej*
prawidłowe	37,6°C	prawidłowe	skóra sucha	dobry	brak	nie dotyczy

*dotyczy pacjentów po zabiegu operacyjnym

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
15/min	prawidłowy	brak	brak	nie dotyczy

UKŁAD KRĄŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturacja
139/87 mm Hg	86 ud./min.	brak	kończyny górne i dolne	brak	brak	$SpO_2$96%

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
bez protezy zębowej	obniżone	prawidłowy	dieta ze szczególnym	nudności, wymioty	doustny

			uwzględnienie m:: białka, płynów, fosforu, sodu i potasu		

UKŁAD MOCZOWY			
objętość moczu	jakość	inne objawy	wyroby medyczne
300 ml	mętny, żółty z dodatkiem krwi	ból z okolicy cewki moczowej	cewnik Foleya

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy*
adekwatny do wieku	brak	brak

*dotyczy dzieci i młodzieży

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady/ drżenia	mowa	inne objawy
14 chory przytomny	brak	prawidłowa	brak

NARZĄD RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti
łóżko szpitalne	zgodny ze stanem zdrowia	zgodna z wiekiem	brak	brak	brak oceny

NARZĄDY ZMYSŁÓW / UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY			
wzrok	słuch	smak	czucie
prawidłowy	prawidłowy	bez zaburzeń	prawidłowe
układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne	
bez zaburzeń	brak	brak	

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS*
zaburzony	obniżony	brak	nie dotyczy

*dotyczy seniorów

pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy	ocena funkcji poznawczych wg skal
prawidłowa	prawidłowe	obojętny	negatywne	brak	brak oceny

Stan wiedzy i umiejętności samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/ samopielęgnacji		stan odżywiania wg skali MNA
prawidłowa	nie zdolny do samoopieki	obniżona	dolegliwości bólowe, nudności, wymioty	Bartel (PADL) 35 pkt – stan pacjenta „średnio ciężki”	Lawtona (IAD) 13 pkt – pogorszenie się stanu ogólnego	23,5 pkt. – zagrożenie niedożywieniem BMI -24,2

ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton	natężenie odczuwalnego bólu wg skali	charakter bólu	lokalizacja	stopień odleżyn wg skali Torrance´a
14 pkt.	5 pkt. wg skali VAS	okresowy – w czasie poruszania	pas lędźwiowy	brak

Kaniule

Obwodowe	Miejsce	Centralne	Miejsce
wkłucie dożylne	lewe zgięcie łokciowe	brak	brak

Oszacowana Kategoria pacjenta	III kategoria - pacjent wymaga pomocy w zakresie samoopieki i samopielęgnacji

Diagnoza pielęgniarska

Pacjent A.Z. lat 52 został przyjęty na oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z powodu nieokreślonej ostrej niewydolności nerek. Pacjent wymaga wsparcia innych osób w czynnościach z zakresu samoopieki oraz samopielęgnacji. Niepokoi się o swoje dalsze losy i stan zdrowia. Nastrój mężczyzny wyraźnie obniżony. Pacjentowi towarzyszy ból związany z chorobą jak również nudności oraz wymioty. Mężczyzna jest unieruchomiony w łóżku i wymaga działań z zakresu profilaktyki przeciwodleżynowej. U pacjenta występuje obrzęk kończyn dolnych oraz górnych. Mężczyzna od 20 lat leczy się z powodu cukrzycy typu I.

Podstawowe parametry: RR 139/87 mmHg, tętno 86 ud./min, oddech 15/min., temperatura 36◦C. Rozpoznanie lekarskie wstępne: nieokreślona ostra niewydolność nerek.

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarskich	Planowane interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarskich

Proponowany model opieki pielęgniarskiej

1. D. Orem całkowicie kompensacyjny oraz wspierająco - uczący z uwagi na poważny stan zdrowia pacjenta wynikający z choroby oraz chorób współistniejących. W wyniku ostrej niewydolności nerek oraz przebytej operacji z powodu rozwarstwiającego się tętniaka aorty brzusznej wymaga ciągłej kontroli parametrów życiowych.
2. B. Neuman- w dążeniu do uzyskiwania optymalnej umiejętności i możliwości radzenia sobie z sytuacjami stresogennymi i ich skutkami.
3. C,Roy- w dążeniu do optymalnego poziomu radzenia sobie jako mechanizmu adaptacji pacjenta i rodziny do zmian związanych z chorobą.
4. H. Peplau- w celu kształtowania relacji międzyludzkich, redukcji stresu i lęku.

W tabeli 1 przestawiono plan opieki pielęgniarskiej z wykorzystaniem ICNP® (wersja 2017) wobec pacjentki z ostrą niewydolnością nerek [12].

Tabela 1. Plan opieki pielęgniarskiej z wykorzystaniem ICNP® wobec pacjentki z ostrą niewydolnością nerek

Ryzyko odwodnienia spowodowane występowaniem nudności oraz wymiotów	Niedopuszczenie do wystąpienia odwodnienia	-obserwacja pacjenta w kierunku ciężkiego odwodnienia, -pomiar ciśnienia tętniczego, tętna, oddechu i zapisanie na karcie gorączkowej - monitorowanie stanu nawodnienia pacjenta, (poprzez ocenę napięcia oraz elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych, sprężystości gałek ocznych, ilości wydalanego moczu, pomiar tętna oraz ciśnienia tętniczego krwi), - zapewnienie dostępu żylnego - podanie płynów drogą dożylną wg zlecenia lekarskiego -podanie roztworu elektrolitów w bolusie wg zlecenia	Płyny infuzyjne mają na celu nawodnić organizm pacjenta. Dostarczenie odpowiedniej ilości płynów do organizmu powoduje adekwatne nawodnienie i umożliwia właściwy przebieg procesów fizjologicznych w organizmie. Codzienna kontrola służy ocenie nawodnienia organizmu oraz prawidłowego bilansu wodnego [7].	Odwodnienie nie wystąpiło

		lekarskiego - ocena stanu świadomości pacjenta, - ocena bilansu wodno-elektrolitowego, - pobranie krwi do badania gazometry-cznego na zlecenie lekarza - kontrola masy ciała pacjenta. -obserwacja wymiocin (rodzaj kolor i domieszki, częstość oraz czas ich występowania - wietrzenie sali, usuwanie nieprzyjemnych zapachów		
Diagnoza negatywn(+kod ICNP®)	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®**			**Wynik (+ kod ICNP®)**
Ryzyko odwodnienia [10041895]	ocenianie ryzyka odwodnienia [10040932] zarządzanie odwodnieniem [10043821] zarządzanie nawodnieniem [10046317] nauczanie o zarządzaniu nudnościami [10043687]			Adekwatne nawodnienie [10042065]

	ocenianie nudności [10043694] monitorowanie przyjmowanych płynów [10035303] monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] monitorowanie równowagi płynów [10040852] monitorowanie wydalanych płynów [10035319] nauczanie o przyjmowaniu płynów [10032939] przestrzeganie reżimu płynów [10030171] terapia płynami [10039330] zarządzanie terapią płynami [10042096] zmierzenie spożycia płynów [10039245] zmierzenie wydalanych płynów [10039250] raportowanie rezultatów gazometrii tętniczej [10016785]			
Problem pielęgnacyjny	**Cel planowanych działań pielęgniarskich**	**Planowane interwencje pielęgniarskie**	**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**	**Ocena realizowanych działań pielęgniarskich**
Zaburzenia termoregulacji spowodowane utrzymującym się stanem podgorączkowym (37,6◦C)	Przywrócenie prawidłowej temperatury ciała	- założenie karty ścisłej obserwacji, - pomiar temperatury co 2 godziny, -obserwacja chorego, - podanie antybiotyku zgodnie ze zleceniem lekarskim	Wahania temperatury wewnętrznej decydują o pobudzaniu lub hamowaniu obwodowych mechanizmów odpowiadających za utratę bądź zatrzymanie ciepła w organizmie [6].	Stan podgorączkowy utrzymuje się – działania należy kontynuować

Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®)	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®**			**Wynik (+ kod ICNP®)**
Zaburzona termoregulacja [10033560]	zmierzenie temperatury ciała [10032006] administrowanie antybiotykiem [10030383] monitorowanie temperatury ciała [10012165] monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]			Zaburzona termoregulacja [10022560]
Problem pielęgnacyjny	**Cel planowanych działań pielęgniarskich**	**Planowane interwencje pielęgniarskie**	**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**	**Ocena realizowanych działań pielęgniarskich**
Niepokój pacjenta o swoje dalsze losy	Zmniejszenie niepokoju występującego u pacjenta.	- rozmowa z pacjentem, oraz udzielenie wsparcia psychicznego, - w razie potrzeby podanie leków uspokajających (na zlecenie lekarza), - stałe kontrolowanie stanu pacjenta, - zapewnienie warunków do wypoczynku. -zapewnienie kontaktu z lekarzem, w celu wyjaśnienia wątpliwości, - zapewnienie kontaktu z	Wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa u pacjenta obniża poziom lęku. Kontakt pacjenta z terapeutą pomaga w opanowaniu lęku oraz niepokoju jak i poczuciu bezradności, wpływa na jakość przeżyć chorego [5].	Niepokój uległ minimalnemu zmniejszeniu się.

		kapłanem, -wyjaśnienie pacjentowi wątpliwości dotyczących stylu życia i niepokojących go dolegliwości, -motywowanie rodziny do udzielania mężczyźnie wszechstronnego wsparcia		
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®)	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®**			**Wynik (+ kod ICNP®)**
Niepokój [10000477]	Ocenianie niepokoju [10041745] Zarządzanie niepokojem [10031711] Zarządzanie nastrojem [10036256] Nauczanie techniki relaksacyjnej [10038699] Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] Zapewnienie wsparcia duchowego [10027067] Uzgadnianie pozytywnego zachowania [10035771]			Zredukowany niepokój[10027858]
Problem pielęgnacyjny	**Cel planowanych działań pielęgniarskich**	**Planowane interwencje pielęgniarskie**	**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**	**Ocena realizowanych działań pielęgniarskich**
Brak wiedzy pacjenta na temat jednostki chorobowej	Uzupełnienie niedoboru wiedzy pacjenta nt. choroby	-oszacowanie zasobu wiedzy pacjenta, jego rodziny nt. choroby -przekazanie podstawowych	Efektywne prowadzenie edukacji pozwala na uzyskanie wiedzy na temat jednostki chorobowej,	Wiedza pacjenta na temat choroby została poszerzona.

		informacji na temat patomechanizmu choroby, przyczyn, objawów, metod terapii, powikłań; (udostępnienie broszur dotyczących jego choroby), -umożliwienie kontaktu z lekarzem, psychologiem, rehabilitantem; -zapewnienie konsultacji z dietetykiem (dieta powinna uwzględniać małą ilość sodu – nadciśnienie tętnicze oraz potasu – skąpomocz;	wpływa na pozytywnie na zaakceptowanie schorzenia jak i pomaga zmniejszyć frustrację oraz objawy chorobowe [8].	
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®)	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®**			**Wynik (+ kod ICNP®)**

Brak wiedzy o chorobie [10021994]	ocenianie wiedzy o chorobie [10030639] ocenianie wiedzy rodziny o chorobie [10030591] ocenianie postawy wobec choroby [10024192] nauczanie o chorobie [10024116] współdziałanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10046047] ocenianie reakcji na nauczanie [10024279]			Adekwatna wiedza [10027112]
Problem pielęgnacyjny	**Cel planowanych działań pielęgniarskich**	**Planowane interwencje pielęgniarskie**	**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**	**Ocena realizowanych działań pielęgniarskich**
Ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego spowodowane zakażeniem cewnika Foleya	Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań ze strony układu moczowego.	- obserwacja odpływu moczu i jego wyglądu (zabarwienia), - toaleta krocza dwa razy dziennie - odnotowywanie w karcie bilansu wodnego ilości i jakości oddanego moczu, - pobranie moczu do badania na zlecenie lekarza -sprawdzanie drożności cewnika-wymiana w momencie stwierdzenia zaburzenia jego odpływu. - podanie	Założenie cewnika na stałe sprzyja infekcji dróg moczowych, dlatego działania pielęgnacyjne powinny być ukierunkowane na zapobieganiu rozwijaniu infekcji [5].	Ryzyko rozwoju infekcji utrzymuje się - działania należy kontynuować

		antybiotyku zgodnie ze zleceniem lekarskim		
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®)	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®**			**Wynik (+ kod ICNP®)**
Ryzyko infekcji [10015133]+ układ moczowy [10020421]	prewencja infekcji [10036916] pielęgnacja krocza [10045154] asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531] zmierzenie wydalanych płynów [10039250] ocenianie równowagi płynów [10037881] pobieranie próbek [10004588] + mocz [10020478] zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977] administrowanie antybiotykiem [10030383]			Bez infekcji [10028945] + układ moczowy [10020421]
Problem pielęgnacyjny	**Cel planowanych działań pielęgniarskich**	**Planowane interwencje pielęgniarskie**	**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**	**Ocena realizowanych działań pielęgniarskich**
Ograniczenie odpływu moczu z dróg moczowych spowodowane skąpomoczem	Przywrócenie prawidłowego odpływu moczu z dróg moczowych	-poinformowanie pacjenta i jego bliskich o stosowanym reżimie wodnym; - kontrola masy ciała; - kontrola jakości oraz ilość wydalanego moczu; - kontrola parametrów życiowych,	W wyniku utrzymującego się skąpomoczu u pacjenta zatrzymują się w organizmie produkty przemiany materii. Pacjent nie jest w stanie zachować prawidłowej homeostazy wodno –	Utrzymuje się skąpomocz

		- pobranie krwi do badań diagnostycznych na zlec. lekarza - pobranie moczu do badania na zlecenie lekarza - obserwacja skóry pod kątem nasilania się obrzęku - monitorowanie stanu pacjenta; - prowadzenie bilansu płynów przyjętych i wydalonych; - ograniczenie podaży sodu i wody w diecie pacjenta; -podanie leków moczopędnych na zlecenie lekarza	elektrolitowej oraz kwasowo – zasadowej [2].	
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®) Zaburzony proces układu moczowego [10012972]	**Interwencje pielęgniarskie ICNP®** Monitorowanie przyjmowanych płynów [10035303] Monitorowanie wydalanych płynów [10035319] Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] Nauczanie o funkcji układu moczowego [10045196] Zarządzenie oddawaniem moczu [10035238] Ocenianie obrzęku [10045177]			**Wynik (+ kod ICNP®)** Zaburzony proces układu moczowego [10012972]

	Nauczanie o reżimie terapii [10024625] Administrowanie lekiem [10005142]		

Dyskusja

Ostre uszkodzenie nerek definiowane jest jako stan, w którym dochodzi do gwałtownego pogorszenia się czynności nerek. Oszacowano, że ostre uszkodzenie nerek występuje u 3-7% pacjentów leczonych w szpitalach [9].

W roku 2012 w Berlinie opracowano klasyfikację ARDS, która podzieliła niewydolność nerek na łagodną, umiarkowaną oraz ciężką [10]. Do czynników ryzyka powstania ostrej niewydolności nerek możemy zaliczyć m.in. wiek, płeć, zabieg ze wskazań życiowych, podwyższone stężenie kreatyniny w osoczu przed zabiegiem [2].

Profilaktyka oraz eliminacja objawów ostrej niewydolności nerek zakłada wdrożenie takich czynności jak:

a) monitorowanie funkcji serca, płuc, nerek oraz gospodarki wodno – elektrolitowej organizmu,
b) zapewnienie odpowiedniego przepływu krwi przez nerki, dzięki któremu nie dojdzie do ich niedokrwienia lub uszkodzenia [2].

W prezentowanym przypadku głównym problemem pielęgnacyjnym pacjenta było ryzyko odwodnienia spowodowane występowaniem nudności oraz wymiotów. Wdrożenie działań prewencyjnych w zakresie odwodnienia oraz wystąpienia infekcji układu moczowego stanowi nieodłączny element planu opieki pielęgniarskiej zmierzający do podnoszenia jakości życia pacjentów z ostrą niewydolnością nerek. Narzędziem, które umożliwia wdrożenie opieki pielęgniarskiej zgodnie z standardami Międzynarodowej Rady Pielęgniarek jest ICNP® (International Classification for Nursing Practice) [11].

Wnioski

1. Przewlekłe choroby, takie jak cukrzyca lub nadciśnienie tętnicze zwiększają ryzyko uszkodzenia a tym samym zaburzenia funkcji nerek.
2. Ostra niewydolność nerek jest najczęściej powikłaniem innych poważnych stanów chorobowych takich jak np. urazy wielonarządowe, sepsa, ciężka niewydolność innych narządów, duże operacje chirurgiczne.
3. Pacjenci, którzy przeżyli epizod ONN powinni być szczególnie wyczuleni na regularne kontrolowanie funkcji nerek (ocena parametrów nerkowych w badaniu krwi, badanie ogólne moczu), co pozwoli na wczesne zdiagnozowanie zaburzeń i może zapobiec rozwinięciu się poważnych powikłań.
4. Zastosowanie ICNP® w projektowaniu planu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z ostrą niewydolnością nerek, umożliwia monitorowanie i poprawę jakości udzielanych świadczeń.

Bibliografia/Bibliography:

1. Wołowicka L., Dyk D. Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studentów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2007.

2. Matuszkiewicz – Rowińska J. Ostra niewydolność nerek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2006:3-18,196-198.

3. Daniluk J., Jurkowska G. Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2005.

4. Myśliwiec M. Złota seria interny polskiej. Choroby nerek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008.

5. Kózka M., Płaszewska – Żywko L. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010: 104-105,258.

6. Skalik R., Borodulin-Nadzieja L., Woźniak W., Girek M., Kosendiak A., Janocha A. Znaczenie termoregulacji dla wydolności fizycznej człowieka – czy zaburzenia regulacji temperatury wewnętrznej i jej percepcji przez korę mózgową mogą mieć wpływ na przebieg przewlekłej niewydolności serca?. Kardio Pol 2009 67(supl.6): 449-454.

7. Fibak J. Chirurgia podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005.

8. Sierakowska M., Wrońska I.: Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2014:297.

9. Koźmińska E.: Ostre uszkodzenie nerek. Medycyna po Dyplomie. 2010; 19, 15: 28-38.

10. Snarska K., Sejnota K., Bachórzewska – Gajewska H., Małyszko J. Ostre uszkodzenie nerek wśród pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową. Przegląd Lekarski. 2014; 71,8: 423-429.

11. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N., Andrzejczak A., Purgał J. Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej — studium przypadku. Problemy Pielęgniarstwa. 2014; 22(4): 539–545.

12. http://www.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser/

Artykuły poglądowe/Review

Opieka nad kobietą i dzieckiem z zespołem FAS

Care of woman and child of FAS syndrome

AGNIESZKA KOMOROWSKA[1,2]

[1] Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
[2] Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.012
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

FAS czyli Płodowy Zespół Poalkoholowy to jednostka chorobowa obejmująca nieprawidłowości neurobehawioralne oraz zmiany w organach wewnętrznych. Nieprawidłowości te występują u dzieci, których matki spożywały alkohol w okresie ciąży.

Dzieci z FAS oprócz licznych zmian w budowie ciała mają problemy z koncentracją uwagi, komunikowaniem się, nieumiejętnością rozwiązywania problemów oraz ze słabą kontrolą impulsów. Trudności rozwojowe, jakie występują u tych dzieci wynikają z powodu uszkodzenia Ośrodkowego Układu Nerwowego.

Bardzo ważnym elementem jest wdrażanie profilaktyki wśród kobiet, która ma na celu ograniczenie spożywania alkoholu przez kobiety ciężarne. Opieka perinatalna nad kobietą ciężarną powinna być już prowadzona przed ciążą oraz podczas porodu. Natomiast opieka poporodowa nad kobietą i jej dzieckiem powinna mieć na celu zapewnienie kontaktów z ośrodkiem specjalistycznym i poradnictwem antyalkoholowym.

Celem pracy było przedstawienie i omówienie problemów związanych ze spożywaniem alkoholu przez kobiety ciężarne oraz

omówienie wad, jakie występują u dzieci, których matki spożywały alkohol w okresie ciąży. Kolejnym ważnym aspektem było przedstawienie metod profilaktyki wśród kobiet spożywających alkohol oraz omówienie opieki okołoporodowej nad matką i jej dzieckiem.
Słowa kluczowe: płodowy zespół poalkoholowy, opieka, dziecko, matka

Abstract:

FAS- Fetal Alcohol Syndrome - is a disease consisting in neurobehavioral incorrectness as well as some changes in internal organs. This incorrectness occur at these children whose mothers drank alcohol during pregnancy.

The FAS-children, apart from numerous changes in a body build, have problems with notice concentration, communication, incompetence of solving problems as well as with a weak impulse control. Their growing difficulties result from injury to Central Nerve system.

Implementation of prophylaxis for the women is very important. It has in view to limit drinking alcohol by the pregnant women. The prenatal care of the pregnant women and her child is carried on by specialist health service centre and anti-alcoholic clinics.

My work aimed at representing and trating defects that occur at these children whose mothers drank alcohol during pregnancy. The representing of methods of prophylaxis for the alcohol drinking women and trating a post – natal care of the mother and her child was a very important element of the paper.

Keywords: Fetal Alcohol Syndrome, care, child, mother

Wstęp

Picie alkoholu prze kobiety ciężarne wpływa na wewnątrzmaciczny rozwój płodu zaburzając rozwój somatyczny i funkcjonalny Ośrodkowego Układu Nerwowego. Skutki tych zaburzeń są długotrwale, powodują upośledzenie funkcjonowania układu nerwowego nierzadko do końca życia.

Dzieci po prenatalnej ekspozycji na alkohol często są diagnozowane jako nadpobudliwe, autystyczne, rozwijające się

nieharmonijnie, tymczasem ich problemami są różnego rodzaju uszkodzenia organów, w tym mózgu, zwiane ze spożywaniem alkoholu przez ich matki podczas ciąży[3,4].

Współcześnie niezwykle ważna jest identyfikacja kobiet z grup wysokiego ryzyka picia alkoholu w ciąży. Wczesna identyfikacja problemu i odpowiednie wczesna skuteczna interwencja może w dużym stopniu ograniczyć częstość negatywnych skutków wewnątrzmacicznej ekspozycji płodu na działalnie alkoholu etylowego.

FAS, czyli Płodowy Zespół Alkoholowy, to jednostka chorobowa obejmująca nieprawidłowości neurobehawioralne oraz zmiany w budowie ciała, organach wewnętrznych. Nieprawidłowości te występują u dzieci matek, które spożywały alkohol w czasie ciąży. Jedyną przyczyną występowanie FAS jest spożywanie prze kobietę ciężarną. Kobieta spożywająca alkohol w czasie trwania ciąży dostarcza go także swojemu dziecku. Alkohol przenika przez łożysko. Alkohol krążący w organizmie dziecka może nieodwracalnie uszkodzić mózg oraz powodować powstawanie innych defektów i zaburzeń. W każdym trymestrze mogą wystąpić specyficzne skutki spożywania alkoholu. W pierwszym trymestrze mogą pojawić się zaburzenia w migracji komórek, których wynikiem mogą być poronienia lub wady rozwojowe płodu. W drugim trymestrze powstaje najwięcej zmian dymorficznych i uszkodzeń w OUN (Ośrodkowy Układ Nerwowy). W trzecim trymestrze dochodzi do pogłębienia się uszkodzeń w OUN powstałych we wcześniejszym okresie ciąży[2,6,7].

Każda ilość wypitego alkoholu prze kobietę ciężarną może spowodować ryzyko wystąpienia zaburzeń w rozwoju dziecka. Jeśli dziecko nie będzie miało FAS, to i tak istnieje prawdopodobieństwo pojawienie się nieco lżejszych zaburzeń i uszkodzeń, jak:

- Alkoholowy Efekt Płodowy (FAE) – mniejsza ilość powstałych defektów u dziecka,
- uszkodzenia płodu spowodowane alkoholem, np. wady serca, wzroku, słuchu, anomalie stawów,

- poalkoholowe zaburzenia układu nerwowego, np. zaburzenia uwagi [1,8,9,10].

Nigdy nie można postawić diagnozy opartej na wyglądzie zewnętrznym czy dane dziecko posiada FAS, jednak istniejąc cechy dysmorficzne, które mogą wskazywać na podejrzenie FAS, a należą do nich:

- skrócenie szpar powiekowych (mniejsza niż u przeciętnego dziecka odległość miedzy wewnętrznymi i zewnętrznymi kącikami oczu),
- opadające powieki (jedna lub obydwie),
- szeroko rozstawione oczodoły,
- szeroka nasada nosa,
- spłaszczona środkowa część twarzy,
- brak rynienki podnosowej,
- słabo rozwinięta żuchwa (małożuchwie),
- nisko osadzone, zniekształcone małżowiny uszne,
- deformacje małych stawów rąk i inne.

Przegląd literatury

Charakterystyka uszkodzeń OUN związanych z prenatalną ekspozycją na alkohol

Dzieci z FAS oprócz licznych zmian w budowie ciała mają przede wszystkim uszkodzony mózg. Uszkodzenie mózgu prowadzi do trudności w uczeniu się, zaburzeń zachowania, deficytów pamięci, zespołu ADHD lub opóźnień rozwojowych. Problemami obserwowanymi przy uszkodzeniu pnia mózgu są:

- zaburzenia snu,
- trudności z połykaniem pokarmu i wody (dysfagia),
- trudności z oddychaniem (również ważne dla rozwoju mowy),
- trudności z organizacja otoczenia i z odbieraniem bodźców,
- zawroty głowy i mdłości,

- problemy z równowagą i ruchem.

Czasami zdarza się, że dzieci mające niewielkie wady fizyczne nie radzą sobie z prostymi zadaniami poznawczymi, ponieważ związane jest to z teratogennym działaniem alkoholu na Ośrodkowy Układ Nerwowy. Większość niemowląt z FAS jest obudzonych. Ma trudności z jedzeniem, jest nadwrażliwa na bodźce. Może mieć hipertonię (zbyt duże napięcie mięśniowe) lub hipotonię (zbyt małe napięcie mięśniowe). Najbardziej groźne cechy charakterystyczne FAS to subtelne objawy uszkodzenia układu nerwowego będące rezultatem narażenia na działalnie alkoholu w życiu płodowym. Dzieci z FAS/FAE nawet w wieku kilkunastu lat nie potrafią zapanować nad swoimi reakcjami i emocjami. Słabe zdolności adaptacyjne są jednym z najwcześniej występujących sygnałów dysfunkcji Ośrodkowego Układu Nerwowego. Poalkoholowe niemowlęta miewają wydłużonym czas reagowania na bodźce. U niemowląt widoczne są także zaburzenia w funkcjonowaniu intelektualnym i motorycznym. Prenatalny wpływ alkoholu na rozwój umysłowy i motoryczny dzieci może być niezauważalny, aż do wieku 18-24 miesięcy. Zależne od alkoholu zmiany mają głównie charakter komórkowy. Alkohol zaburza rozwój niektórych obszarów mózgu (zwoje podstawy-zwłaszcza jadro ogoniaste, ciało modzelowate) poprzez zaburzenie normalnego wzorca migracji komórek mózgowych do miejsca przeznaczenia, co zachodzi podczas embriogenezy i histogenezy OUN. Charakterystyczna cecha ekspozycji na alkohol w okresie życia płodowego są zmiany w móżdżku, szczególnie jego zmniejszenie. Zjawisko to tłumaczone jest przedwczesnym obumieraniem niektórych typów komórek nerwowych. Prenatalna ekspozycja na działanie alkoholu etylowego w całym okresie trwania ciąży, a w szczególności w I trymestrze ma wpływ na rozwój różnych obszarów mózgu. Powstające na skutek takiej ekspozycji ubytki neuropsychologiczne mogą dawać trudny do diagnostyki obraz o różnym nasileniu zmian. Można przypuszczać,

ze zmiany, do jakich dochodzi w czasie rozwoju mózgu mogą utrzymywać się również w życiu dorosłym [4,8,11,12].

Neuropsychologiczny profil dziecka z FAS

Trudności rozwojowe dziecka z FAS wynikają z uszkodzenia OUN. Dzieci z FAS posiadają różnorodne uszkodzenia mózgu, zależą one miedzy innymi od tego, w którym okresie ciąży matka wypiła alkohol. W funkcjonowaniu dzieci z FAS obserwujemy następujące zaburzenia w rozwoju: motoryki małej i dużej, zaburzenia sensoryczne, zaburzenia związane z uczeniem się, trudności językowe, społeczne, w samodzielnym funkcjonowaniu czy zaburzenia psychiczne. Powyższe zaburzenia mogą mieć podłoże organiczne w postaci uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego [4,12,13].

W zaburzeniach motoryki dużej obserwujemy problemy z równowaga oraz brak koordynacji ruchowej. U dzieci, u których podejrzewa się uszkodzenia móżdżku bądź rdzenia kręgowego wykonuję się próbę Romberga, która polega na zbadaniu zborności ruchów. U dzieci z problemami w zakresie motoryki malej występuje apraksja konstrukcyjna, apraksja drenowo-ruchowa, słaba koordynacja pracy rąk i oczu. Apraksja konstrukcyjna spowodowana jest uszkodzeniem Plata ciemieniowego mózgu. Dziecko z tym zaburzeniem ma kłopoty z napisaniem całego słowa i odpowiednim przestrzennym rozmieszeniem liter i wyrazów. U niektórych dzieci występują również drżenia zacierowe, które utrudniają precyzyjne wykonywanie ruchów. U młodszych dzieci obserwuje się także zaburzenia rozwojowe w postaci braku organizacji motorycznej. Sygnałem ostrzegawczym u dzieci w dziewiątym miesiącu życia, które może świadczyć o zaburzeniach w motoryce jest moment, w którym dziecko nie siada samo, nie stoi z podparciem, nie chwyta przedmiotów w palce. Natomiast w dwunastym miesiącu życia może być to, iż dziecko nie stoi samo nawet przez moment, nie wykonuje

paru kroków z podtrzymywaniem prze rodziców, nie chwyta drobnych przedmiotów z udziałem kciuka [7,11,13].

Dzieci posiadające zaburzenia sensoryczne maja trudności z odczuwaniem bodźców takich jak: ból, pragnienie, głód. Mogą także mieć nieprawidłowe odczucia wzrokowe, słuchowe, smakowe, węchowe, dotykowe, ale również mogą występować halucynacje. Występują także zaburzenia regulacji zwiane z przetwarzaniem bodźców sensorycznych. Oprócz zaburzeń uwagi, występują również zaburzenia w uczeniu się i inteligencji, zaburzenia funkcji poznawczych, w rozwoju mowy i komunikacji, czy psychiatryczne jako konsekwencja uszkodzenia OUN. Badacze w USA zaproponowali aby problemy psychiatryczne, które mogą pojawić się u dziecka z FAS, opisywać w kategorii Zaburzenia Umysłowe Spowodowane Stanem Zdrowia. W USA oprócz skali DSM-IV używa się w praktyce również opisu klinicznego według klasyfikacji diagnostycznej, tzw. „Zero do Trzy'' (Zero to three, 1994 za: O'Malley, 2007). Klasyfikacja ta została opisana do potrzeb diagnostycznych dzieci z zaburzeniami w zakresie zdrowia psychicznego poniżej trzeciego roku życia. Skala ta uwzględnia zaburzenia psychiczne, sensoryczne, zaburzenia relacji z matką związane z przywiązaniem. U dzieci z FAS można zaobserwować także zaburzenia afektywne związane z labilnością emocjonalną, płaczliwością oraz ataki paniki z hiperwentylacją [11,12,15].

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dzieciom z zespołem FAS

Proces uczenia się i nabywania nowych umiejętności dla dzieci z FAS, jest bardzo skomplikowany i trudny ze względu na alkoholowe uszkodzenie mózgu. Podstawą ich rozwoju jest usprawnianie systemów sensorycznych oraz procesów układu nerwowego. Ważny jest stały dopływ do mózgu. Dzięki stymulacji wielozmysłowej mózg otrzymuje informacje ze wszystkich zmysłów i integruje je z wcześniejszymi doświadczeniami. To zmysły dostarczają informacji z otoczenia do mózgu. Barak lub niski poziom

stymulacji powoduje hamowanie uczenia się. Dlatego tez dziecku należy dostarczać bodźców zmysłowych różnego rodzaju: wzrokowych, słuchowych, węchowych, czuciowych. Dzieci z FAS wymagają nauczania polisensorycznego. Nie można u tych dzieci wykorzystywać jedynie tylko zmysłu słuchu lub wzroku [3,6,9]. Dzieci muszą dotykać, manipulować, zmieniać pozycje ciała, ponieważ tylko w ten sposób zwiększymy ich szanse i potencjalne możliwości.

Bardzo ważną rolę u dzieci spełnia diagnostyka przeprowadzona za pomocą testów i profili rozwojowych po to, aby określić i zaproponować odpowiedni sposób postępowania i terapii. Oto przykładowe badania, jakie może zlecić lekarz:

- badanie audiologiczne- pozwalają określić objawy świadczące o nadwrażliwościach lub niedowrażliwościach słuchowych,
- badanie rentgenowskie czaszki- można wziąć je pod uwagę, gdy podejrzewa się wadliwy rozwój czaszki albo zwapnienie wewnątrzczaszkowe,
- tomografia komputerowa (CT) mózgu – jest to pierwsza technika, która umożliwia bezpośrednie obrazowanie mózgu. Badanie tomograficzne mózgu jest skuteczne w wykrywaniu guzów, wodogłowia, torbieli, wrodzonych anomalii.
- rezonans magnetyczny (MRI)- technika ta pozwala uzyskać przekrojowe obrazy mózgu. Badania MRI mózgu charakteryzują się większa skutecznością, jeśli chodzi o wykrywanie nieprawidłowej mielinizacji oraz defektów pnia mózgu i móżdżka,
- elektroencefalografia (EEG) – ta technika mierzy zmiany aktywności elektrycznej na powierzchni mózgu. Badanie to jest pomocne, gdy podejrzewa się zaburzenia napadowe u dzieci z FAS [6,11,15].

Techniki behawioralne koncentrowane są na konkretnych zachowaniach i umiejętnościach. Ich efekt uzależniony jest przede wszystkim od systematyczności, konsekwencji właściwego stosowania, wzmacniania i niwelowania zachowań właściwych

i pozytywnych. Takie techniki są bardzo przydatne u dzieci z FAS, które mają zapotrzebowanie na jasność, konkretność, powtarzalność. Przy stosowaniu technik behawioralnych należy wykorzystywać zasadę stopniowania, to znaczy poszczególne techniki behawioralne należy wprowadzać stopniowo, natomiast nie należy wprowadzać wszystkich form technik w tym samym czasie. Dzięki technikom behawioralnym polepsza się sytuacja społeczna dziecka, między innymi ono samo wie jak ma się zachować i co robić. W opiece nad dzieckiem z zespołem FAS można wykorzystywać również inne formy pomocy takie jak muzykoterapię, socjoterapię czy stałość otoczenia [7,9,12].

Profilaktyka i opieka perinatalna wśród kobiet

Działania zapobiegawcze prowadzone w czasie ciąży można usystematyzować dzieląc je na trzy stopnie. Podział taki wówczas jest uwarunkowany możliwościami diagnostycznymi i ograniczeniami czasowymi. Działania zapobiegawcze pierwszego stopnia zwane inaczej uniwersalnymi, polegają na informowaniu wszystkich zgłaszających się pacjentek o negatywnych skutkach wewnątrzmacicznej ekspozycji płodu na działanie alkoholu etylowego. Kobiety ciężarne powinny być zawsze pytane o spożywanie alkoholu, a w przypadku kobiet pijących należy przeprowadzić indywidualne działania zapobiegawcze mające na celu zaniechanie lub zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu. Osoba, która przeprowadza rozmowę z pacjentką powinna podkreślić, że nie została określona bezpieczna dawka spożywania alkoholu w okresie ciąży. W miejscu gdzie przyjmowane są kobiety ciężarne powinny znajdować się informacje dotyczące Płodowego Zespołu Alkoholowego i negatywnych skutków spożywania alkoholu w czasie ciąży [2,7,8]. Działania profilaktyczne pierwszego stopnia (uniwersalne) polegają na powstrzymaniu przyszłej matki od picia alkoholu oraz konieczności zaprzestania picia alkoholu w czasie ciąży, a także stosowanie skutecznej antykoncepcji w przypadku

naużywania alkoholu. Pacjentka powinna wiedzieć, że zaprzestanie picia alkoholu w każdym okresie ciąży zwiększa szanse na urodzenie zdrowego dziecka. Działania zapobiegawcze drugiego stopnia zwane inaczej wybiórczymi, mają charakter interwencyjny i są skierowane do grupy kobiet o wysokim stopniu ryzyka wystąpienia problemu spożywania i nadużywania alkoholu etylowego. Obejmują one określenie ilości spożywanego alkoholu w ciąży oraz oceny poziomu ryzyka, przeprowadzenie interwencji, a w przypadku braku efektu interwencji- skierowanie kobiet do ośrodka specjalistycznego [4,6,9].

Celem działań drugiego stopnia jest interwencja przed ciążą lub we wczesnym jej okresie, która ma na celu zaprzestanie lub wyraźne ograniczenie spożywania alkoholu etylowego przez kobietę ciężarną. Identyfikacja problemu i wczesna skuteczna interwencja może w dużym stopniu ograniczyć częstość negatywnych skutków wewnątrzmacicznej ekspozycji płodu na działanie alkoholu. Działania zapobiegawcze trzeciego stopnia skierowane są do pacjentek z rozpoznanym w czasie ciąży problemem używania lub nadużywania alkoholu etylowego. U pacjentek występuje duże ryzyko urodzenia dziecka z Płodowym Zespołem Alkoholowym (w tym głównie z uszkodzeniami OUN) spowodowane spożywaniem alkoholu w czasie ciąży. Opieka prowadzona nad kobietą wymaga bardzo dużego zaangażowania zespołu specjalistycznego oraz interdyscyplinarnego. Opieka prowadzona nad kobietą ciężarną powinna być podjęta już przed ciąża i sprawowana także w okresie ciąży, porodu oraz bezpośrednio po nim. Opieka nie powinna tylko i wyłącznie obejmować matkę dziecka, ale również samo niemowlę[3,9,15].

Wnioski

1. Każda ilość alkoholu wypitego przez kobietę ciężarną może spowodować ryzyko wystąpienia zaburzeń w rozwoju dziecka lub nieco lżejszych zaburzeń i uszkodzeń jak: FAE lub Poalkoholowe Zaburzenia Układu Nerwowego.

2. Bardzo ważną rolę u dzieci z FAS spełnia diagnostyka przeprowadzona za pomocą testów i profilów rozwojowych, która pozwala określić i zaproponować odpowiedni sposób terapii.
3. Opieka prowadzona nad kobietą wymaga zaangażowania specjalistycznego zespołu interdyscyplinarnego.

Bibliografia/Bibliography:

1. Bartel H., Embriologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004, 220-223.

2. Kazdepska-Zimińska A. Jagielska I. Kaźmierczak J. Noworodek – prenatalna ekspozycja na alkohol. Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia 2013; 6: 40-43.

3. Hryniewicz D. Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS. Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia; Warszawa 2007.

4. Laskowska B. Alkoholizm matki a jego destrukcyjny wpływ na dziecko. Studia nad Rodziną 1998; 2: 177-185.

5. Klecka M. Objawy i wczesne rozpoznanie FAS. http://www.niebieskalinia.pl/pismo/wydania/dostepne-artykuly/4500-objawy-i-wczesnerozpoznanie-fas

6. Szczupał B. Dziecko z FASD – problemy diagnostyczne oraz wybrane strategie i metody pracy. Rozprawy Społeczne 2013; 1: 79-87.

7. Liszcz K. Dziecko z FAS w domu i w szkole. Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2011.

8. Klecka M. Fetal Alcohol Syndrome – Alkoholowy Zespół Płodowy. Poalkoholowe dzieci ze złożoną niepełnosprawnością. Dziecko Krzywdzone 2004; 8: 46-55. 158

9. Lewicka M. Płodowy zespół alkoholowy jako czynnik wykolejenia społecznego. W: M. Boczkowska, E. Tymoszuk, P. Zielińska (Red.) Wychowanie, profilaktyka, terapia. Szanse i zagrożenia. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012: 215-225.

10. Liszcz K. Nadzieja w nas. Dzieci z alkoholowym zespołem płodowym. Niebieska Linia.2006; 3 http://www.niebieskalinia.pl/pismo/rocznik-2006/153-czasopismo/artykuly-nl/4586-nadzieja-w-nas-dzieci-z-alkoholowym-zespolem-plodowym
11. Klimczak J. Fetal Alcohol Syndrom – czyli skutki oddziaływania alkoholu na płód. W: Banach M. (Red.) Alkoholowy zespół płodu. Teoria. Diagnoza. Praktyka. Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum, Wydawnictwo WAM; Kraków 2011: 147-155.

12. Klecka M. Janas Kozik M. Dziecko z FASD. Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009.

13. Klecka M. FAScynujące dzieci. Wydawnictwo Św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2007.
14. Mrozowska M. Problemy diagnostyczne dzieci z FASD. W: Banach M. (Red.) Alkoholowy zespół płodu. Teoria. Diagnoza. Praktyka. Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011: 235-253.

15. Sarnacka B. Dzieci z FAS. W: Jarkiewicz K. (Red.) Oblicza pedagogii. Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2005: 173-185.