



# MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXIX

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 9/2007

## Zespół redakcyjny:

**Prof. dr hab. Stefan Kruś** – redaktor honorowy  
**Prof. dr hab. Mirosław Łuczak** – redaktor naczelny  
**Dr Dariusz Kawecki** – z-ca redaktora naczelnego  
**Mgr Karolina Gwarek** – redakcja i korekta  
**Mgr Małgorzata Pietkiewicz** – redakcja i korekta

## Rada Programowa i Naukowa:

**Prof. dr hab. Leszek Pączek** – Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, **prof. dr hab. Ryszarda Chazan** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, **prof. dr hab. Wiesław Gliński** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, **prof. dr hab. Jerzy Stelmachów** – Prorektor ds. Kadr, **prof. dr hab. Piotr Zaborowski** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, **prof. dr hab. Marek Krawczyk** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, **prof. dr hab. Renata Górka** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, **prof. dr hab. Maciej Karolczak** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, **dr hab. Waldemar Koszewski** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, **prof. dr hab. Józef Sawicki** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, **prof. dr hab. Piotr Małkowski** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, **prof. dr hab. Zbigniew Gaciong** – Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego.

## Wydawca:

Akademia Medyczna w Warszawie,  
Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw.

## Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa  
tel. 022 57 20 615  
e-mail: mdw@am.edu.pl  
www.am.edu.pl/biuletyn/index.html

## Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM  
Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów i nie odpowiada za treść publikowanych reklam.

## Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza AM  
tel. 022 57 20 327, fax 022 57 20 328  
e-mail: oficyna.wydawnicza@am.edu.pl

## Spis treści:

### Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

<i>Dorota Kilańska</i> 50-lecie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – konferencja jubileuszowa .....	2
<i>Karolina Gwarek</i> VI Dzień Solidarności z Osobami Chorymi Psychicznie.....	6
<i>Karolina Gwarek</i> Potrzeba tolerancji – wywiad z doc. Joanną Meder z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie....	8
Zasady publikacji prac w miesięczniku „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” .....	10
<i>Karolina Gwarek</i> XI Festiwal Nauki – Warszawa 2007 .....	11
<i>Małgorzata Pietkiewicz</i> Pierwsi absolwenci higieny stomatologicznej.....	17

### NAUKA

Obrony prac doktorskich .....	18
<i>Maria Roszkowska-Blaim, Dominika Adamczuk, Joanna Anyszka, Katarzyna Juneja, Piotr Skrzypczyk, Nina Szczekota, Anna Wójcik</i> Wpływ metody dializy otrzewnowej na resztkową funkcję nerek u dzieci ze schyłkową niewydolnością nerek – doniesienie wstępne .....	19
<i>Artur Ostrzyżek</i> Standardy w ocenie jakości życia chorych w podeszłym wieku .....	25

### WYCHOWANIE

<i>Jerzy Rudzik</i> Przyczyny agresji w polskiej szkole i sposoby jej zapobiegania.....	29
---	----

### KOMUNIKATY

Nowe studia podyplomowe w AM.....	30
Wstydlivy problem.....	30
Nowy głos AM.....	31
Program integracyjny dla studentów AM.....	31
Zdrowi mieszkańcy to zdrowe Mazowsze.....	32

# 50-lecie

## Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

**W dniu 15 września 2007 r. w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie odbyła się Jubileuszowa Międzynarodowa Konferencja „Pielęgniarstwo Polskie na przełomie wieków – 50 lat Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego”. Jej organizatorami byli Wydział Nauki o Zdrowiu AM i Zarząd Główny PTP.**

Wydarzenie to miało szczególne znaczenie dla polskiego pielęgniarstwa, gdyż obchodzono 50 rocznicę powstania pierwszej po wojnie niezależnej organizacji, która reprezentowała pielęgniarki w kraju i za granicą. Doniosłość jubileuszowej konferencji podkreśliła obecność wielu znamienitych gości. Wśród nich był I wiceprezydent Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) Franz Wagner, przewodnicząca Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN) Annette Kennedy, przewodnicząca Brytyjskiego Królewskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (RCN) Maura Buchanan. Mieliśmy również zaszczyt gości przedstawicieli władz rządowych, samorządowych, Sejmu i Senatu oraz zasłużone dla pielęgniarstwa koleżanki, w tym laureatki Medalu Florencji Nightingale, a także 390 uczestników z kraju i z zagranicy. Konferencję objęli patronatem honorowym: Hiroko Minami – prezydent ICN, Annette Kennedy – przewodnicząca EFN, Janina Fetlińska – Senator RP, Hanna Gronkiewicz-Waltz – prezydent Miasta Stołecznego Warszawy oraz Adam Struzik – Marszałek Województwa Mazowieckiego.

W pierwszej części sympozjum Franz Wagner mówił na temat właściwego środowiska pracy pielęgniarek. Podkreślił wagę odpowiedniego podejścia do organizacji pracy, zatrudniania, wspierania i motywowa-

nia dla osiągnięcia prawidłowej kultury organizacyjnej zakładu i profesjonalnego pielęgnowania w celu zapewnienia jakości opieki i leczenia. W swoim wystąpieniu przedstawił także działania ICN w zakresie pomocy pielęgniarkom w zatrudnianiu i negocjowaniu wynagrodzeń. W 2007 roku organizacja ta wydała broszury pt. „Co wiesz na temat szans zatrudnienia pielęgniarek na wyższych stanowiskach i kontraktów dla nich”, a także „Zarządzanie opieką i bezpieczeństwem w pracy pielęgniarek, program dla pielęgniarek”. Na stronach internetowych ICN znajdują się również linki do stron poświęconych m.in. pośrednictwu pracy dla pielęgniarek oraz ich reprezentacji w polityce.

Kolejny wykład wygłosiła Maura Buchanan. Przedstawiła współczesne wyzwania dla pielę-

gniarstwa z perspektywy Wielkiej Brytanii i Brytyjskiego Królewskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, któremu przewodniczy. Zaznaczyła, że na świecie jest ponad 13 milionów pielęgniarek i prawie w każdym państwie to właśnie one świadczą większość usług opieki zdrowotnej. Nie jest więc przesadą twierdzenie, że stanowią „kręgosłup” globalnego systemu tej opieki. O każdej porze, każdego dnia są dostępne dla osób potrzebujących pomocy. To one edukują i doradzają, szczepią i prowadzą badania profilaktyczne, opiekują się pacjentami i łagodzą ich cierpienie, a także zapobiegają chorobom i promują zdrowie. Maura Buchanan podkreśliła, że żaden system nie daje dobrej opieki zdrowotnej przy ograniczonej liczbie pielęgniarek.

„– Można zainwestować w nowy sprzęt, w lepsze metody leczenia,



*Wykłady cieszyły się dużym zainteresowaniem...*



W symposium uczestniczyło wielu znamienitych gości (od lewej Branca Rimarc – przewodnicząca Chorwackiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Dorota Kilańska – przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Franz Wagner – I wiceprezydent Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Maura Buchanan – przewodnicząca Brytyjskiego Królewskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego)

w nowoczesne szpitale. Ale bądźmy szczerzy: jeśli nie zainwestuje się w pielęgniarki, które muszą ten sprzęt obsługiwać, wykorzystywać najnowsze sposoby terapii i pracować w nowoczesnych szpitalach – nie dostarczy się jakościowo dobrej opieki skoncentrowanej na pacjencie” – powiedziała przewodnicząca RCN.

Problem ten jest o tyle pilny, że według ostatniego sprawozdania ICN m.in. w strefie podzwrotnikowej w Afryce brakuje 600 tysięcy pielęgniarek. Nawet w Wielkiej Brytanii przewiduje się, że w przyszłości będzie ich za mało, z powodu przejścia 180 tysięcy z nich na emeryturę w kolejnej dekadzie XXI wieku. Najlepiej wyraził to były premier Wielkiej Brytanii Tony Blair, który w wystąpieniu z 25 stycznia powiedział: „Jeśli jesteś po stronie pacjenta, powinieneś być po stronie pielęgniarki”.

Równie ważne zagadnienia poruszyła w swoim wystąpieniu Annette Kennedy, która przedstawiła zasady reprezentowania pielęgniarek przez EFN w UE. Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek, formal-

nie zwana Stałym Komitetem Pielęgniarek Unii Europejskiej lub PCN, została ustanowiona w 1971 r. Jest przedstawicielem zarówno krajowych towarzystw pielęgniarskich, jak i grup specjalistycznych z 30 krajów europejskich. Do EFN należy ponad milion członków, a organizacja reprezentuje interesy 6 milionów pielęgniarek z całej Europy. Jej podstawowym celem było i zawsze będzie dążenie do udzielania najwyższego standardu opieki zdrowotnej przez najbardziej kompetentnych, wykształconych i wykwalifikowanych profesjonalistów, tak aby każdy potrzebujący otrzymał pomoc dostosowaną do jego indywidualnych potrzeb, bez względu na zamożność, pozycję w społeczeństwie czy kraj, z którego pochodzi. EFN rozmawia, współpracuje i wpływa na Komisję Europejską, Radę Europy i Parlament Europejski w takich kwestiach, jak: mobilność, planowanie zatrudnienia, zdrowie publiczne, edukacja i praktyka zawodowa. Współpracuje również z innymi organizacjami zawodowymi związanymi nie tylko ze zdrowiem, włączając

w to organizacje pozarządowe. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie jest członkiem EFN i reprezentuje Polskę w tym stowarzyszeniu od 1991 r.

Jak stwierdziła Annette Kennedy, istnieje wiele ważnych zagadnień, które mają wpływ na pielęgniarstwo – jednym z nich jest obraz pielęgniarki w mediach. Suzanne Gordon w książce pt. „Nursing Against the Odds” argumentuje, że obraz pielęgniarek ukazywany w takich filmach, jak „Ostry Dyżur”, „Casualty”, „Chorzy Doktorzy”, „Chicago Hope” wpływa na kreowanie ich wizerunku jako niezdolnych do niczego asystentek lekarzy. Autorka stwierdza także, że pielęgniarki niechętnie przemawiają w mediach. Kiedy to robią, mają tendencję do używania słów budzących emocje, jak „opieka”, „oređownik” i „holistyczny”. Te wyrazy nie uzmysławiają ludziom kluczowej roli, jaką dzięki swoim umiejętnościom i wiedzy, odgrywają pielęgniarki w ratowaniu ludzkiego życia. Każdego dnia muszą rozpoznawać powikłania takie, jak wstrząs, krwawienie, zatrzymanie krążenia, zakażenia itd. Jeśli np. na oddziale kardiologicznym nie rozpoznałyby arytmii na EKG i nie rozpoczęły właściwego postępowania, wielu pacjentów umarłoby.

W swoim przemówieniu Annette Kennedy podkreślała wagę właściwego obrazu opieki pielęgniarstwa: „– Czy słyszeliśmy kiedyś, aby pielęgniarki nagłaśniały fakt, jak wielkie znaczenie ma ich praca? Czy my same nie przyczyniamy się do naszej niewidzialności? Spośród wszystkich zawodów medycznych, to pielęgniarki dysponują najważniejszymi informacjami o pacjencie. Są bezwzględnie potrzebne i bez wzięcia pod uwagę ich głosu nie może być podjęta żadna decyzja dotycząca leczenia, nieważne – mała czy duża”.

W kolejnym wykładzie zagadnienie historii zawodu pielęgniarki i wpływu na nią Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego poruszyła Krystyna Wolska-Lipiec, wieloletnia przewodnicząca PTP. Omówiła najważniejsze fakty z tej historii, podkreślając, że na niej właśnie opiera się nasza tożsamość. Zaznaczyła, że nie należy zapo-

Zjazd, który zatwierdził strukturę organizacyjną, władze i program działania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP), będącego kontynuatorem idei Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Przewodniczącą Zarządu Głównego została Halina Stefańska. PTP funkcjonowało w innych warunkach politycznych i ekonomicz-

pielęgniarek. Na wniosek PTP i Sekcji Pielęgniarek Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Ośrodek Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych. Dyrektorką została Rachel Hutner. Natomiast w 1961 r. – na Kongresie ICN w Melbourne PTP reaktywowało swoją przynależność do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Następnym etapem było uzyskanie w 1966 r. zezwolenia MZiOS na organizowanie Olimpiad Pielęgniarskich. Kolejne ważne wydarzenie to powstanie w 1969 r. trzyletniego Studium Pielęgniarstwa w Akademii Medycznej w Lublinie, przekształconego w 1972 r. – w Wydział Pielęgniarstwa AM w Lublinie, jedyny w Europie ośrodek kształcenia akademickiego pielęgniarek. Istotnym faktem było także opublikowanie w 1973 r. pierwszego w Polsce opracowania „Zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej”, które MZiOS w 1984 roku przekazało środowisku jako obowiązujące. Od 1978 r. PTP reprezentowało Polskę w Międzynarodowej Grupie Pielęgniarek Badaczy przy WHO (WERN), w skład której wchodziła polska pielęgniarka dr Anna Bulanda-Kordas. Od 1979 r. – PTP organizowało turniej Złoty Czepek Pielęgniarski. W tym samym roku Zarząd Główny PTP wystąpił do MZiOS z postulatem powołania Departamentu Pielęgniarstwa. Dopiero w 1981 r. – powstał samodzielny Wydział Pielęgniarstwa w MZiOS. ZG PTP na łamach pisma „Pielęgniarka i Położna” oraz w dwóch „Biuletynach PTP” przedstawił wzorcowe wskaźniki obsady pielęgniarskiej w placówkach ochrony zdrowia. W 1989 r. – ZG PTP zatwierdził ostateczną wersję Hymnu Pielęgniarek (dotychczas istniały 3 wersje). Urszula Krzyżanow-



Konferencji towarzyszyła wystawa „Wzorce osobowe pielęgniarek polskich”

minać o najstarszym stowarzyszeniu pielęgniarskim w Polsce – Polskim Stowarzyszeniu Pielęgniarek Zawodowych – przedwojennej organizacji łączącej pielęgniarki z pierwszych szkół pielęgniarskich w kraju, jak również o dzisiejszych studentach, którzy w przyszłości będą tworzyć trzon tego zawodu.

Trudno streścić 50 lat historii PTP w kilku zdaniach. Warto jednak przybliżyć przynajmniej najważniejsze wydarzenia. W 1956 r. – w związku z dokonanymi zmianami politycznymi zaistniały warunki sprzyjające utworzeniu Stowarzyszenia. Z pomocą Ministra Zdrowia powstał Komitet Organizacyjny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W dniach 8-9 stycznia 1957 r. – odbył się założycielski Krajowy

zjazd, który zatwierdził strukturę organizacyjną, władze i program działania. Troskę o problemy socjalne i materialne pielęgniarek i położnych przejęły związki zawodowe, pozostawiając PTP rolę opiniotwórczą i doradczą. Towarzystwo podjęło działania mające na celu znowelizowanie ustawy o zawodzie pielęgniarki, utworzenie w Ministerstwie Zdrowia samodzielnej jednostki odpowiedzialnej za prowadzenie polityki pielęgniarskiej, umożliwienie pielęgniarkom kształcenia na poziomie akademickim, dbałość o etykę zawodową. Celem wspólnym obydwu organizacji – PSpZ i PTP było stałe dążenie do podnoszenia rangi zawodu. W 1960 r. – podjęto przygotowania do rozpoczęcia studiów wyższych dla

ska-Łagowska opracowała projekt ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, który dzięki posłance Krystynie Ejsmont został wniesiony pod obrady Sejmu. W 1993 r. – odbył się I Kongres Pielęgniarek i Położnych w Busku Zdroju, a Walny Zjazd PTP zmienił statut oraz status Towarzystwa, które od tej chwili stało się Towarzystwem Naukowym. Została powołana Rada Naukowa, organ opiniodawczo-doradczy ZG PTP. Rozpoczęto wydawanie Zeszytów Naukowych „Problemy Pielęgniarstwa”. Ożywiono kontakty międzynarodowe PTP. Na przełomie lat 1995 i 1996 – przedstawiciele ZG PTP uczestniczyli w pracach nad Ustawą o Zawodach Pielęgniarki i Położnej oraz Kodeksem Etyki Polskiej Pielęgniarki i Położnej (Ustawa z dn. 5 lipca 1996, Dz. U. Nr 91, poz. 410), a także nad nowelizacją tej Ustawy w latach 1998, 2000 i 2002. Epokowym wydarzeniem było uczestniczenie polskiej delegacji w uroczystościach stulecia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w 1999 r. w Londynie. Polskę reprezentowało 14 przedstawicielek PTP. Obecnie posiadamy swoich reprezentantów w ICN, EFN, WENR/WHO. Uczestniczą oni w spotkaniach i pomagają w przekazywaniu wiadomości o problemach pielęgniarstwa w Polsce. Wzajemnie szukane są rozwiązania i niejednokrotnie udzielana jest konkretna pomoc i wsparcie.

W kolejnej sesji konferencji „Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa – wizja i rzeczywistość” referaty zaprezentowały Grażyna Wójcik, Zofia Sienkiewicz, Irena Wrońska z Akademii Medycznej w Warszawie. Wypowiedziały się na temat „Migracji zawodowej personelu pielęgniarskiego jako nowego wyzwania dla systemów ochrony zdrowia”. Dorota Kilańska – przewodnicząca ZG PTP

przedstawiła zagadnienie „Wybranych aspektów środowiska pracy pielęgniarek”. Oba wykłady dotyczyły problemów związanych ze środowiskiem pracy pielęgniarek, ale także możliwości ich rozwiązania przez współdziałanie i uczestnictwo w pracach organizacji pielęgniarskich (*dokładny opis znajdziecie Państwo w specjalnym wydaniu zeszytów naukowych „Problemy Pielęgniarstwa”, dostępnych na stronie [www.pp.viamedica.pl](http://www.pp.viamedica.pl)*).

W sesji „Wielkie Postaci Pielęgniarstwa” referaty zaprezentowali m.in. studenci Wydziału Nauki o Zdrowiu AM w Warszawie. Prace pt. „Pani z Lampą – Florence Nightingale” i „Historia Hanny Chrzanowskiej” przedstawiła Małgorzata Durka i Piotr Goworek. Powstały one pod kierunkiem dr Haliny Cieślak. Były to w bardzo ciekawy sposób zaprezentowane historie wielkich pielęgniarek: pionierki profesjonalizmu w pielęgniarstwie – Florence Nightingale i Polki Hanny Chrzanowskiej – osoby, która swoje życie poświęciła pielęgniarstwu. Prelegenci umożliwili uczestnikom konferencji wysłuchanie głosu Florence Nightingale, co było wielkim przeżyciem dla obecnych, zwłaszcza, że zapis pochodził z 1890 roku.

Konferencji towarzyszyła również wystawa przygotowana przez Główną Komisję Historyczną Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego „Wzorce osobowe pielęgniarek polskich”, do której wydano specjalny przewodnik, opisujący dokumenty zaprezentowane zwiedzającym.

Mogliśmy pochwalić się także twórczością pielęgniarek, wśród nas są bowiem koleżanki, które piszą wiersze, haftują i malują – tworząc dla innych, realizując misję zawodu.

Zakończenie konferencji pokazało, że potrafimy nie tylko

razem pracować, ale także wspólnie się bawić – „celebrować przeszłość z myślą o przyszłości”. Przy dźwiękach muzyki swojego zespołu piosenkarka Danuta Stankiewicz z prof. Krzysztofem Bieleckim wykonała utwory, przy których po ciężkim dniu znaleźliśmy wytchnienie i czas na beztroską zabawę.

Podsumowując, należy powiedzieć, że cieszy fakt zainteresowania konferencją koleżanek – nie tylko członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, wśród nas byli bowiem również studenci, którzy uczestniczyli w symposium, a także spędzili wiele godzin, pomagając w jego przygotowaniu. Mam nadzieję, że zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, przy stowarzyszeniu narodowym, jakim jest PTP, powstanie wiele kół studenckich, które w przyszłości świętować będą kolejne rocznice pracy na rzecz zawodu. Na koniec chciałabym przytoczyć słowa pierwszej dyrektorki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa – Amerykanki Helen Bridge, która w książce „Pogadanki o etyce” z 1928 r. zawarła następujące słowa: „Absolwentki, które dostatecznie nie interesują się swym stowarzyszeniem i nie popierają go czynnie, nie mają też głębszego zainteresowania dla szkoły, a może i dla pielęgniarstwa w ogóle. (...) Stowarzyszenie szkolne jest pierwszym stopniem do Stowarzyszenia Narodowego, to zaś znowu do Stowarzyszenia Międzynarodowego. Czy mamy pozostać odosobnioną grupą polską? Czy lepiej stać się czynnym członkiem w ogólnych sprawach pielęgniarskich?”

**mgr Dorota Kilańska**  
– Przewodnicząca Polskiego  
Towarzystwa Pielęgniarskiego

## VI Dzień Solidarności z Osobami Chorymi Psychicznie

W niedzielę 9 września br. w centrum Warszawy zorganizowano obchody VI Dnia Solidarności z Osobami Chorymi Psychicznie. Odbły się one pod hasłem „Nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”. W programie znalazły się między innymi koncerty, wystawy, warsztaty, spektakle i projekcje filmów, można było także skorzystać z bezpłatnych porad psychiatrów. Wszystko po to, by zapoznać warszawiaków z problemem chorób psychicznych i otworzyć ich na potrzeby osób cierpiących na tego typu schorzenia.

Tegoroczny „Dzień Solidarności” był okazją do wyrażenia tolerancji wobec osób chorych psychicznie i poparcia planowanej reformy systemu opieki psychiatrycznej w Polsce. Skupiono się szczególnie na idei ustanowienia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jest to plan modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w naszym kraju, którego wprowadzenie miałyby nastąpić w latach 2009-2012. Działający obecnie w Polsce system ochrony zdrowia psychicznego nie odpowiada bowiem potrzebom osób chorujących. Brakuje u nas placówek zajmujących się leczeniem środowiskowym, w wielu regionach nie występują praktycznie żadne nowoczesne formy terapii i rehabilitacji, toteż pacjenci są skazani na przebywanie w dużych szpitalach psychiatrycznych poza miejscem zamieszkania. Jest to najbardziej kosztowna forma ich kuracji, która dodatkowo pogłębia izolację chorych i utrudnia im powrót do zdrowia. Najlepsze efekty daje bowiem leczenie w środowisku, w którym pacjent żyje na co dzień, przy współpracy z rodziną, lekarzami i terapeutami.

Jednym z postulatów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest przeniesienie ciężaru opieki psychiatrycznej ze szpitala na tzw. opiekę środowiskową. Wymaga to stworzenia sieci współpracy różnorodnych instytucji na szczeblu

lokalnym, między innymi placówek opieki zdrowotnej, oświatowych, pomocy społecznej. Miałyby one zapewnić zintegrowany system leczenia i rehabilitacji osób chorych psychicznie.

Ponadto w ramach Programu planuje się w ciągu najbliższych pięciu lat zorganizowanie około 750 nowych miejsc w szpitalach i ośrodkach dla uzależnionych, drugie tyle miałyby powstać w dziennych szpitalach psychiatrycznych. Zakłada się także stworzenie nawet kilkuset przy-

W ramach obchodów „Dnia Solidarności” warszawiacy mogli podpisać się pod petycją do Prezydenta RP, Premiera i Ministra Zdrowia na rzecz uchwalenia tego projektu jako inicjatywy ustawodawczej rządu.

Organizatorzy przygotowali dla uczestników także wiele innych atrakcji. Tegoroczna akcja była przede wszystkim okazją do spotkania osób chorych ze zdrowymi, podzielenia się swoją sztuką, rozmowy o nurtujących problemach. Każdy odwiedza-



Uczestników „Dnia Solidarności” powitała doc. Joanna Meder – wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (na zdjęciu z lewej)

chodni psychiatrycznych oraz nowych ośrodków terapeutycznych dla więźniów. Zwiększyć ma się również dostęp do lekarzy, a koszty leczenia szpitalnego mają zostać ograniczone, ponieważ część pacjentów korzystać będzie tylko z dziennej opieki, a noce spędzać w domu.

jący mógł wyrazić solidarność z chorymi psychicznie, przechodząc przez symboliczne „Otwarte Drzwi”. Dla uczestników zorganizowano także wystawy i warsztaty, m.in. jogi, tańca, malarstwa i rzeźby. Obchodom „Dnia Solidarności” towarzyszyły koncerty, podczas których osoby chorujące



Chorzy psychicznie zaprezentowali uczestnikom swoją sztukę

zaprezentowały swoją twórczość. Wystąpił m.in. Zespół Vena, który tworzą artyści ze Środowiskowego Domu Samopomocy nr 2 w Warszawie. W geście solidarności z chorymi zagrali także muzycy z zespołu Djolof Man – Paco, Mamadou i Mohamed z Senegalu, wykonujący muzykę afrykańską. Pod koniec dnia można było usłyszeć kojące rytmy muzyki relaksacyjnej w wykonaniu Renaty Kunkel. W ramach akcji warszawiakom zapewniono możliwość bezpłatnej konsultacji z psychiatrami. Mogli oni ponadto zapoznać się z dorobkiem

filmowym i teatralnym, poświęconym chorobom psychicznym. W Centrum Prasowym przy ul. Foksal 3/5 zaprezentowano cykl filmów dokumentalnych, przedstawiających doświadczenia osób chorujących psychicznie i ich bliskich. Wieczorem uczestnicy „Dnia Solidarności” obejrzeli spektakl w wykonaniu niezależnego teatru chorych na schizofrenię „Opera Buffa”. Grupę założyła w 1998 roku w Warszawie Katarzyna Wińska. Pierwsze przedstawienie odbyło się w Teatrze Rozmaitości. W dziewięcioletnim dorobku „Opera Buffa”

ma już osiem utworów dramatycznych, poprzez które stara się ukazać rzeczywistość widzianą oczami chorych na schizofrenię. Dla zespołu liczy się przede wszystkim efekt artystyczny, a nie terapeutyczny. Grupa występowała w wielu miejscach w kraju i za granicą. Podczas Dnia Solidarności aktorzy wystawili w Klubie Level przy Chmielnej 9a spektakl „Opera Weinbacha” – opowieść o pasażerach czekających na wypłynięcie Statku Szaleńców. W przedstawieniu ukazano między innymi, jak szaleństwo pojawia się w życiu każdego z nas.

Bogaty program „Dnia Solidarności” umożliwił uczestnikom zapoznanie się z wieloma aspektami chorób psychicznych, zetknięcie się ze sztuką osób cierpiących na tego typu schorzenia, pokazał także, w jaki sposób radzić sobie z kryzysami, których na co dzień doświadczamy. Miejmy nadzieję, że tego typu akcje przyczynią się do stopniowej zmiany postaw Polaków wobec osób chorych psychicznie i wzbudzą większe zainteresowanie ich problemami.

**Tekst i fot. Karolina Gwarek**  
„Medycyna Dydaktyka Wychowanie”

*Dzień Solidarności z Osobami Chorymi Psychicznie odbywa się co roku w ramach akcji „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”, kierowanej przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP). Jej zadaniem jest przeciwdziałanie dyskryminacji chorych psychicznie, a głównym celem – promowanie postawy otwartości i tolerancji wobec osób cierpiących na schizofrenię. Koordynatorem tego programu na terenie Mazowsza jest doc. Joanna Meder – pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, wiceprezes PTP.*



W geście solidarności z osobami chorymi psychicznie wystąpił zespół „Djolof Man” z Senegalu

# Potrzeba tolerancji

Coraz więcej osób cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. Mimo że współczesna psychiatria daje większości z nich nadzieję pełnego powrotu do zdrowia, w polskich realiach napotyka ją na wiele utrudnień. Jednym z najbardziej bolesnych są negatywne postawy społeczne wobec nich. O tym, w jaki sposób zmienić tę sytuację, rozmawiałam z doc. Joanną Meder – kierownik Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, koordynatorką programów „Odnaleźć siebie” i „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”, mających na celu zmianę postaw Polaków wobec chorych psychicznie i psychiatrii. Pani Docent jest tegoroczną laureatką Nagrody św. Kamila, przyznawanej za szczególne zaangażowanie w promocję zdrowia i edukację zdrowotną. Wyróżnienie otrzymała za „wyjątkowy entuzjazm, oddanie pacjentom i ich bliskim, niestrudzoną aktywność przeciw społecznemu wykluczeniu chorych na schizofrenię oraz propagowanie nowoczesnych form leczenia i pracy z pacjentem”.

**Karolina Gwarek:** – Podobno Polacy psychicznie mają się coraz gorzej...

**Doc. Joanna Meder:** – Badania wykonane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii wskazują, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia podwoiła się liczba osób chorych psychicznie w naszym kraju. Obecnie pacjentów z zaburzeniami lękowymi i emocjonalnymi jest prawie dwa razy więcej niż jeszcze dwadzieścia lat temu. Trzykrotnie wzrosła także liczba psychoz, do których zaliczamy między innymi schizofrenię. Pogarszająca się kondycja psychiczna jest problemem większości społeczeństw Europy. Kłopot jednak w tym, że Polacy nie chcą się leczyć. W przypadku chorych na depresję jedynie połowa korzysta z pomocy specjalistów. Pozostali za wszelką cenę starają się uniknąć wizyty u psychiatry. Część z nich w ogóle nie zdaje sobie sprawy ze

swojej choroby, większość traktuje ją jednak jako temat tabu. Polacy utożsamiają schorzenia psychiczne z piętnem, uważają je za wstydlivy problem, który trzeba ukrywać przed światem.

– **Z czego wynika ta sytuacja?**

– Jedną z przyczyn jest społeczna nietolerancja wobec osób chorych psychicznie. Wiąże się to przede wszystkim z niewiedzą na temat chorób, jakie ich dotyczą i z nieuzasadnionym lękiem, że są to ludzie nieprzewidywalni, niebezpieczni dla otoczenia. Polacy nie chcą także korzystać z pomocy psychiatrów, ponieważ boją się, że z powodu choroby psychicznej zostaną odrzuceni przez swoje środowisko, stracą przyjaciół, zostaną zwolnieni z pracy. Strach i uprzedzenia powodują, że nie leczymy zaburzeń, na które psychiatria znalazła już odpowiedź,

a osoby chore i ich problemy spychamy na margines.

– **Co zrobić, aby to zmienić?**

– Jednym ze sposobów są programy prowadzone pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, takie jak „Odnaleźć siebie” czy „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”. Tak się składa, że jestem koordynatorką obydwu: w przypadku pierwszego – na terenie całego kraju, w przypadku drugiego – na Mazowszu.

– **Jakie są zadania tych programów?**

– Celem programu „Odnaleźć siebie” jest zmiana postaw wobec psychiatrii i osób chorych psychicznie. Staramy się przekonać Polaków, że dzisiejsza psychiatria wykorzystuje nowoczesne metody leczenia i jest przyjazna dla pacjentów. Szczególny nacisk kładziemy na odpowiednio wczesne rozpoznawanie chorób, które ma decydujące znaczenie dla pełnego wyleczenia. Mamy nadzieję, że dzięki naszym działaniom osoby, cierpiące z powodu zaburzeń psychicznych, trafią do specjalistów we właściwym czasie i otrzymają pomoc, która pozwoli im wrócić do aktywnego życia w swoim środowisku.

– **Podobne cele stawia się przed programem „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”...**

– W tym przypadku koncentrujemy się przede wszystkim na wspieraniu procesów integracji osób, które doznały kryzysów psychicz-



Wyrażając tolerancję wobec osób chorych psychicznie, uczestnicy „Dnia Solidarności” przeszli przez symboliczne „Otwarte Drzwi” (na pierwszym planie doc. Joanna Meder – koordynator kampanii „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” na terenie Mazowsza)



nych. Duże znaczenie przywiązujemy do ich aktywnego udziału w życiu społecznym. Staramy się także dostarczać społeczeństwu wiedzy na temat schizofrenii, sposobów przeżywania i zachowań osób, które jej doświadczyły. Zależy nam na tym, by wpływać na polski system leczenia tej choroby, propagując podnoszenie jakości terapii i rozwój środowiskowo zorientowanej opieki psychiatrycznej. Nowoczesna psychiatria zakłada bowiem, że w przypadku większości zaburzeń, w tym także schizofrenii, najlepsze efekty daje leczenie w środowisku, w którym chorzy funkcjonują na co dzień. Współpraca osób chorujących, ich bliskich, lekarzy i terapeutów sprawia, że wracają oni dużo szybciej do „normalnego” życia.

#### **– Jak rozpoznać objawy choroby psychicznej i kiedy warto zgłosić się do psychiatry?**

– Objawy zaburzeń psychicznych są bardzo zróżnicowane, ale wśród najczęstszych występują stany depresyjne i lękowe. Niepokojąca jest zwłaszcza sytuacja, kiedy pod wpływem silnego, długotrwałego przygnębienia wycofujemy się z życia, rrywamy więzi z otoczeniem, tracimy zainteresowanie sprawami, które dotychczas były dla nas ważne. Stany lękowe objawiają się natomiast przesadnymi obawami bez przyczyny zewnętrznej, którym zwykle towarzyszy jednak świadomość, że lęk jest bezpodstawny. Mimo to paraliżuje on nasze działania i zaburza relacje z otoczeniem. Nie należy także lekceważyć rad rodziny i znajomych, namawiających nas na wizytę u psychologa czy psychiatry. Zmiany w naszym zachowaniu są widoczne i zwykle nie trzeba być specjalistą, by je zauważyć. Fachowa pomoc jest jednak potrzebna, żeby uzyskać diagnozę i właściwą formę terapii. Tylko ona umożliwi nam powrót do zdrowia i normalne funkcjonowanie.

#### **– Jak przekonać bliską osobę do wizyty u specjalisty?**

– Wiele osób narzeka, że ich bliscy nie chcą się leczyć psychiatrycznie. Rzadko zastanawiają się jednak, jakich słów używają, by nakłonić ich do tego. Stwierdzenie „Idź do psychiatry, bo jesteś chory” u większości ludzi wywołuje gniew i agresję. Zupełnie inaczej brzmi, jeśli powiemy: „Wydaje mi się, że gorzej się czujesz, ja też ostatnio mam się nienajlepiej, chodźmy razem do psychiatry – poradzimy się, co z tym zrobić. Dla mnie to tak samo ważne, jak dla ciebie”. Ile treści przekazujemy w ten sposób: udowadniamy drugiej osobie, że jest dla nas ważna, a jej problem nie jest powodem do wstydu, że chcemy jej pomóc i być blisko, także w trudnych chwilach.

#### **– A co w sytuacji, gdy rozmowa nie pomaga, a chory nie chce się leczyć?**

– Nie chce się leczyć, bo pewnie zbyt długo zwlekaliśmy z rozpoczęciem terapii. Przychodzi taki moment, kiedy objawy są już bardzo wyraźne, ale chory nie chce zwrócić się po pomoc do lekarza, nie chce przyjmować leków. W dodatku uważa, że cały świat sprzysiągł się przeciwko niemu, wszyscy chcą mu zrobić krzywdę. W sytuacji, gdy zagraża życiu swojemu lub zdrowiu i życiu innej osoby, istnieje możliwość umieszczenia go w szpitalu wbrew jego woli. Jest to jednak ostateczność.

#### **– Dlaczego Polacy boją się psychiatrów?**

– Wynika to przede wszystkim z niewiedzy. Wizytę u psychiatry powinno się traktować tak, jak każdą inną wizytę u lekarza. W przypadku problemów ze zdrowiem, zarówno fizycznym, jak i psychicznym, pomoc lekarska jest konieczna. Nie może być tak, że do specjalisty trafia się dopiero po wielu miesiącach męczarni.

Wiele osób obawia się, że po wizycie u psychiatry będą musiały do końca życia brać leki, znajdą się w szpitalu, stracą pracę. A przecież do lekarza można przyjść po prostu po poradę, czy dolegliwości, których doświadczamy, mogą być związane z jakąś chorobą czy nie. Nierzadko zdarza się, że po rozmowie z pacjentem stwierdzam, iż wcale nie wymaga on leczenia, ale np. zmiany trybu życia, sposobu postępowania. Osobom, które mają opory przed pierwszym spotkaniem z psychiatrą, polecam skorzystanie najpierw z porady psychologa albo przynajmniej odwiedzenie lekarza pierwszego kontaktu, który ma podstawową wiedzę na temat psychiatrii i może pomóc nam przełamać obawy.

#### **– Czy chorobę psychiczną można skutecznie wyleczyć, czy możemy mówić tylko o jej „zaleczaniu”?**

– Wiele chorób psychicznych jest uleczalnych, ale wyniki zależą głównie od rodzaju zaburzeń i czasu, w którym rozpoczęto terapię. Bardzo istotne jest wczesne rozpoznanie i podjęcie właściwego leczenia. Niestety, w przypadku zaburzeń psychotycznych objawów do pierwszej wizyty u psychiatry wynosi średnio około 2 lat, a często jest nawet dłuższy.

W skutecznym leczeniu chorób psychicznych podstawą jest także konsekwencja i systematyczność w stosowaniu się do zaleceń lekarza. Dzisiejsza psychiatria daje wielu osobom szansę, że wyjdą obronną ręką z choroby i zaczną normalnie żyć – założą rodzinę, znajdą pracę, ukończą studia. W dużej mierze zależy to jednak od współpracy między pacjentem a lekarzem. Pacjent, tak jak w innych chorobach, musi chcieć być zdrowy – stosować się do zaleceń i aktywnie współpracować z psychiatrą. Jako lekarz nie jestem w stanie zapewnić go, że już nigdy

nie zachoruje, ale mogą dać mu gwarancję, że jeśli będzie stosował się do rad terapeuty i pracował nad sobą, kolejne rzuty choroby będą łagodniejsze, krótsze i w większości przypadków uda się uniknąć hospitalizacji.

**– Czy w leczeniu chorób psychicznych większe znaczenie ma pomoc farmakologiczna czy psychoterapia?**

– W tym wypadku wszystko jest ważne. Podawanie leków, w dużym uproszczeniu, umożliwia przywrócenie równowagi chemicznej mózgu. Jego uzupełnieniem powinna być jednak psychoterapia lub terapia rodzinna. Nie można pacjenta „podleczyć” farmakologicznie, nie zastanawiając się, czy poradzi sobie w samodzielnym życiu. Taki człowiek po wyjściu ze szpitala jest zagubiony, a często wręcz zszokowany tym, co go spotkało. Oczywiście, 20% osób po hospitalizacji nie doświadcza już kolejnych rzutów choroby, pozostałe cierpią jednak na przewlekłe schorzenia, z nawrotami. Ci ludzie nie potrafią przepychać się łokciami, nie znajdują swojego miejsca w wysiłku szczurów, choć nierzadko

są bardzo uzdolnieni i świetnie wykształceni. Osobowościowo nie radzą sobie jednak z różnymi problemami. Musimy im pomóc, ale nie w ten sposób, że zrobimy coś za nich. Wielu ludzi uważa, że osoby chore psychicznie trzeba we wszystkim wyręczać, aby okazać im swoje wsparcie i współczucie. W rzeczywistości jednak taką postawą wyrażamy, że czujemy się od nich lepsi. Żeby pomóc takim ludziom, powinniśmy traktować ich jak partnerów, pokazywać, że są potrzebni, uczyć, w jaki sposób mogą uporać się z problemami i poradzić sobie w życiu.

**– A co z zatrudnianiem osób chorych psychicznie w Polsce?**

– Pod tym względem w naszym kraju nadal jest źle. Pracodawcy mają wiele uprzedzeń, ponieważ ich wiedza na temat schorzeń psychicznych jest niewielka. Pojawiają się jednak od czasu do czasu pozytywne inicjatywy. Ostatnio w Krakowie dwadzieścia dwie osoby chore psychicznie znalazły zatrudnienie w dwóch przedsiębiorstwach, zajmujących się wypożyczaniem rowerów i usługami cateringowymi. Jest to bardzo dobra forma rehabilitacji, ponieważ umożliwia

chorym kontakt z ludźmi, daje im poczucie, że są potrzebni. Tego typu punktów, nastawionych na psychiatrię środowiskową, w krajach Europy Zachodniej jest wiele. W Polsce pod tym względem dopiero się rozwijamy.

**– Co powinno się zmienić w postawach Polaków wobec chorych psychicznie?**

– Przede wszystkim musimy nauczyć się tolerancji. Pamiętajmy, że nie wiemy, co nas w życiu spotka, może zachoruje ktoś z naszych bliskich, a może my sami. Ważne jest, abyśmy uświadomili sobie, że choroby psychiczne nie są piętnem, w znacznej mierze są przecież uleczalne. W Polsce wiele osób cierpiących na te schorzenia ma jednak problem z powrotem do normalnego życia w swoim środowisku, ze zdobyciem pracy, z nawiązywaniem kontaktów. Nie wynika to z rzeczywistego charakteru chorób, na które cierpią, lecz z bariery mitów, stereotypów i uprzedzeń, jakie wokół nich wytworzyliśmy. Najwyższy czas skończyć ze stygmatyzacją osób chorych psychicznie.

**Karolina Gwarek**

„Medycyna Dydaktyka Wychowanie”

## „MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE”

### Zasady przyjmowania i publikowania prac – informacje dla autorów

1. Czasopismo Akademii Medycznej „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” zamieszcza prace o charakterze informacyjnym, pogładowym i przeglądowym w zakresie medycyny, farmacji, biologii i dziedzin pokrewnych oraz nawiązujące do dydaktyki i wychowania.
2. Redakcja przyjmuje prace od autorów po otrzymaniu oświadczenia, że nie były one nigdy wcześniej opublikowane.
3. Prace należy nadsyłać w plikach tekstowych otwartych (np. w formatach RTF lub DOC) na adres e-mail mdw@am.edu.pl, albo dostarczyć do Redakcji na nośniku USB lub płycie CD/DVD.
4. Objętość pracy nie powinna przekraczać 12 str. maszynopisu, włącznie z rycinami, tabelami i piśmiennictwem.
5. Tekst powinien być napisany czcionką Times New Roman, wielkość 12 pkt, wyjustowany, z pojedynczymi odstępami pomiędzy wierszami (interlinią).
6. Na początku pracy należy podać tytuł lub stopień naukowy, pełne imię i nazwisko autora (autorów), tytuł pracy, nazwę instytucji, z której praca pochodzi, streszczenie, słowa kluczowe.
7. Zdjęcia powinny być dostarczone w oddzielnych plikach graficznych (preferowany format to TIFF, ewentualnie JPG z minimalną kompresją), zaś w tekście powinno być wskazane miejsce, w którym należy umieścić dane zdjęcie.
8. Czarno-białe fotografie i ryciny zamieszczane są bezpłatnie, koszt publikacji zdjęć kolorowych ponosi autor.
9. Literatura, na którą powołuje się autor, powinna być uszeregowana alfabetycznie lub według kolejności pojawiania się w tekście. Książka: inicjały imion i nazwisko autora i współautorów, tytuł (italiki), miejsce i rok wydania, wydawca. Czasopismo: inicjały imion i nazwisko autora, tytuł artykułu (italiki), tytuł czasopisma w skrócie, rok wydania, nr tomu, numery stron (od... do...).
10. Liczbę źródeł należy ograniczyć do 20 pozycji z ostatnich pięciu lat lub fundamentalnych dla pracy z lat wcześniejszych.
11. Prace są recenzowane. Prace przygotowane niezgodnie z zasadami Redakcja zwraca autorom do poprawienia.
12. Autorzy otrzymują bezpłatnie 1 egzemplarz czasopisma, w którym została opublikowana praca (nie wypłaca się honorariów).

## XI Festiwal Nauki

Od 20 do 31 września b. r. trwał w stolicy XI Festiwal Nauki – największa impreza popularnonaukowa w naszym kraju. W jej przygotowanie zaangażowało się kilkadziesiąt jednostek naukowych, wśród których znalazła się również warszawska Akademia Medyczna. Tegoroczny Festiwal odbył się pod hasłem „Brak inwestycji w naukę to inwestycja w ignorancję”. Organizatorzy pragnęli w ten sposób zwrócić uwagę polskich władz i społeczeństwa na żenująco niskie nakłady na naukę w naszym kraju. Środki przeznaczane na ten cel muszą się zwiększyć, tylko wtedy bowiem staniemy się konkurencyjni na światowych rynkach, a w jednoczącej się Europie uzyskamy pozycję równorzędnego partnera, a nie odtwórcy cudzych pomysłów – podkreślali organizatorzy.

Pomysł zorganizowania Festiwalu Nauki w Polsce powstał w 1996 roku w Interdyscyplinarnym Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego UW. Dokumentem, na mocy którego formalnie zainicjowano to wydarzenie, było porozumienie podpisane przez Rektorów Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki Warszawskiej i Prezesa PAN. Przygotowując polski Festiwal, wzorowano się na imprezach, które od lat z powodzeniem odbywają się w innych krajach, m.in. w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Belgii, Australii czy Kanadzie. Tego typu cykliczne wydarzenia angażują dużą część tamtejszego środowiska naukowego, a także wiele firm sponsorujących, dla których udział jest doskonałą okazją do promocji i sprzedaży własnych produktów. Pokazy festiwalowe trwają zwykle wiele dni lub nawet tygodni i często wiążą się z targami, w ramach których przeprowadzane są transakcje między specjalistycznymi firmami i placówkami naukowymi.

Misją Festiwalu jest popularyzacja nauki w społeczeństwie. Realizuje się to poprzez upowszechnianie wiedzy, ukazywanie celów i metodologii badań, prezentację najnowszych osiągnięć naukowych w przystępny i ciekawy sposób. W czasie imprezy organizuje się spotkania z wybitnymi naukowcami, dyskusje panelowe, inscenizacje, warsztaty, lekcje i wykłady.

Pierwszy polski Festiwal Nauki zorganizowano w Warszawie w 1997 roku, wzięło w nim udział

20 tysięcy osób. Obecnie jest to impreza, która na stałe weszła do kalendarza wydarzeń w stolicy. W tym roku odbyła się już po raz jedenasty, trwała od 20 do 31 września, a wzięło w niej udział blisko 50 tysięcy uczestników.

W organizację Festiwalu od samego początku zaangażowani są naukowcy z naszej uczelni, przede wszystkim z Wydziału Farmaceutycznego AM. Koordynatorami imprezy w tej placówce są dr inż. Andrzej Zimniak i dr Grzegorz Nałęcz-Jawecki.

W tym roku pracownicy Akademii Medycznej przygotowali dla uczestników Festiwalu Nauki wiele atrakcji, wśród których znalazły się m.in. pokazy w laboratoriach, wykłady i dyskusje panelowe.

W ramach spotkań weekendowych w sobotę 22 września odbyły się prezentacje przygotowane przez: dra Sławomira Białka („Alergia wczoraj i dziś”), dr Katarzynę Zawadę i mgr Katarzynę Paradowską („Pomiar zmiatania wolnych rodników przez piwa i soki owocowe”), prof. Dorotę Maciejewską i mgr Teresę Żołek („Chemia obliczeniowa w farmacji”), dr Hannę Olędzką i mgr Wojciecha Szypułę („Biotechnologia roślin leczniczych”), mgr Annę Żebrowską-Szulc i dr Barbarę Chałasińską („Przygotowanie kremu-żelu dla młodzieży”) oraz dra Grzegorza Nałęcz-Jaweckiego („Filtry wodne i bioindykacja zanieczyszczeń”). Uczestnicy Festiwalu wzięli aktywny udział w pokazach laboratoryjnych, przygotowanych przez naukowców z AM.

Z kolei podczas „spotkań klubowych farmaceutów” 24 września w Auditorium im. prof. Koskowskiego na Wydziale Farmaceutycznym odbyły się wykłady i dyskusje poświęcone następującym zagadnieniom: „Otyłość – problem estetyczny czy zdrowotny” – wykładowcą była dr hab. Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska z Katedry Farmakognozji i Molekularnych Podstaw Fitoterapii oraz „Epidemie rzeczywiste czy medialne” – prelegentem był dr Bohdan Starościk z Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej.

Warszawski Festiwal Nauki zakończył się 31 września dyskusją „Granice eksperymentu medycznego”, zorganizowaną w Auditorium Maximum UW z okazji 40 rocznicy pierwszego udanego przeszczepu serca. W tym roku w czasie jego trwania zorganizowano ponad 500 wykładów, dyskusji, warsztatów, pokazów, inscenizacji i debat ze wszystkich dziedzin nauk. Wstęp na wszystkie imprezy był bezpłatny. W przygotowanie Festiwalu zaangażowało się kilkadziesiąt jednostek naukowych, warszawskich uczelni i ośrodków kulturalnych, oprócz Akademii Medycznej m.in. Uniwersytet Warszawski, Politechnika Warszawska, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Akademia Sztuk Pięknych i Centrum Astronomiczne PAN.

**Karolina Gwarek**

„Medycyna Dydaktyka Wychowanie”

## PROGRAM XI FESTIWALU NAUKI NA WYDZIALE FARMACEUTYCZNYM AM

### • SPOTKANIA WEEKENDOWE, DYSKUSJE I WYKŁADY

**Sobota 22 września, godz. 11<sup>00</sup>, 12<sup>00</sup> i 13<sup>00</sup>**

Wykład i prezentacja, limit każdorazowo 100 osób

*Alergia wczoraj i dziś*

dr Sławomir Białek (1)

Najstarszym zapisem reakcji alergicznej jest opis śmierci faraona Menesa (XVII w. p.n.e.) – zmarł on nagle po użądleniu przez szerszenia. W Talmudzie babilońskim znajduje się przepis na odpowiednie preparowanie białka jaj kurzych w przypadkach nadwrażliwości, a Hipokrates niezwykle dokładnie opisał duszność napadową, jak również pierwszy używał terminu „asthma” w odniesieniu do zaburzeń oddychania. Galen, nazywany ojcem farmacji, w II w. n. e. opisał objawy nadwrażliwości na zapach róż i na spożycie mleka.

Jednak znaczący rozwój alergologii nastąpił dopiero w drugiej połowie XIX w. W 1839 r. F. Magendie opisał niewytłumaczalne w owym czasie zjawisko wystąpienia gwałtownych objawów chorobowych po powtórnym wstrzyknięciu królikom tak nieszkodliwej substancji, jak białko jaja kurzego. W 1873 r. Ch. Blackley związał przyczynowo gorączkę sienną z nadwrażliwością na pyłki roślin, a w r. 1906 C. von Pirquet wprowadził termin „alergia” w odniesieniu do sposobu reagowania odbiegającego od normy. Olbrzymi postęp w poznaniu mechanizmów reakcji alergicznych dokonał się po ustaleniu struktury chemicznej immunoglobulin. W 1968 r. dokonano klasyfikacji reakcji alergicznych, którą posługuje się dziś każdy badacz i klinicysta.

Obecnie alergia, uczulenie lub nadwrażliwość, często klasyfikowana jako atopia, stanowi jeden z najbardziej powszechnych problemów zdrowotnych. Jest wywołana kontaktem pacjenta z substancjami zwanymi alergenami, które występują w otaczającym nas środowisku. Istnieje kilka typów alergii, różniących się mechanizmami odpowiedzi immunologicznej, a więc także szybkością pojawiania się objawów chorobowych.

Objawy często występują po kontakcie z substancją, która dotychczas nie wywoływała zmian chorobowych. Pierwszy kontakt z alergenem powo-

duje powstanie reakcji pierwotnej, dzięki której organizm zasadniczo bezobjawowo „zapamiętuje” daną substancję na okres kilku dni lub nawet kilku lat. Po ponownym kontakcie z alergenem pojawia się właściwa reakcja uczuleniowa, wywołująca pełne objawy kliniczne choroby, którą nazywamy reakcją wtórną.

Atopia jest dziedziczną odmianą alergii, a w przypadku jej występowania u jednego z rodziców prawdopodobieństwo zachorowania potomstwa wynosi 30%. Natomiast gdy obydwój rodzice są alergikami, prawdopodobieństwo ujawnienia się atopii u dzieci wzrasta do 70%.

Najwięcej zachorowań na alergię obserwuje się w krajach wysokorozwiniętych, w dużych aglomeracjach miejskich. W ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost liczby przypadków schorzeń górnych dróg oddechowych (pyłkowica, całoroczny alergiczny nieżyt nosa), alergii pokarmowych i atopowej astmy oskrzelowej. W Polsce na alergię choruje około 30% populacji. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaliczyła choroby alergiczne do grupy chorób cywilizacyjnych, a na liście stwarzanych zagrożeń zostały one zaklasyfikowane na



Młodzież w trakcie pokazu w laboratorium Zakładu Farmacji Stosowanej (fot. P. Kaszczewski)

czwartej pozycji po nowotworach, chorobach układu krążenia i AIDS.

Do głównych przyczyn gwałtownego wzrostu zachorowań na alergię należy zaliczyć powszechność szczepień ochronnych, terapie przy użyciu antybiotyków, podawanie witaminy D<sub>3</sub>, częste infekcje wirusowe, zmiany diety, zatrucie środowiska oraz tzw. „sterylność życia codziennego”, która m.in. polega na dostępności uzdatnianej bieżącej wody w wodociągach, zastosowaniu kanalizacji i częstym używaniu środków higieny osobistej.

- Alergia – czym grozi?
- Jakie substancje wywołują uczulenia i jak zapobiegać rozwinięciu się alergii?
- Jak diagnozować i leczyć alergię?

Na te i pokrewne pytania odpowiemy w trakcie tegorocznego Festiwalu Nauki.

### **Sobota 22 września, godz. 11<sup>00</sup>, 12<sup>00</sup> i 13<sup>00</sup>**

Pokaz, limit każdorazowo 10 osób

*Pomiar zmiatania wolnych rodników przez piwa i soki owocowe*

dr Katarzyna Zawada, mgr Katarzyna Paradowska (2)



*Apteka od kuchni: przygotowywanie kremu na Sylwestra. Z prawej strony u góry widoczna mgr Anna Żebrowska-Szulc (fot. M. Chodorowski)*

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu tlen był uważany wyłącznie za pierwiastek niezbędny do życia. Nikt nie przypuszczał, że niektóre jego formy przy stężeniu większym niż występuje w warunkach naturalnych mogą być czynnikiem niszczącym życie. Odkrycie toksyczności tlenu było związane

ze stwierdzeniem obecności rodników tlenowych w zdrowych organizmach. Powodują one uszkodzenia komórek i są szczególnie niebezpieczne dla jądra komórkowego i mitochondriów – jest wiele prac dowodzących, że rak, arterioskleroza, choroba Alzheimera czy Parkinsona mogą być związane z malejącą odpornością na działanie rodników w komórkach.

Antyoksydanty (przeciwutleniacze) neutralizują wolne rodniki. Bardzo ważne jest więc stosowanie

diety bogatej w antyutleniacze, jak witamina C i E, karotenoidy czy związki polifenolowe, takie jak: flawonoidy, antocyjany, taniny. Znajdują się one głównie w owocach i warzywach. Surowce zawierające aktywne polifenole są często głównym składnikiem wielu mieszanek ziołowych, herbat oraz preparatów leczniczych naturalnego pochodzenia, które mogą być stosowane jako dodatki do żywności. Okazuje się, że przetwory owocowe, w tym soki i wina owocowe, również wykazują właściwości przeciwutleniające. Antyoksydacyjne własności czerwonego wina są dość szeroko znane. Obecnie jednak popularniejszym napojem jest w Polsce piwo, które również ma zdolność zmiatania wolnych rodników.

Zapraszamy na pokaz w laboratorium, w trakcie którego wspólnie przeprowadzimy pomiary właściwości przeciwutleniających piwa i porównamy je z własnościami soków owocowych. Do tego celu wykorzystamy technikę elektronowego rezonansu paramagnetycznego (EPR), za pomocą której można wykrywać i ilościowo oznaczać związki, zawierające niesparowany elektron, czyli między innymi rodniki. Substancje antyoksydacyjne powodują zanikanie sygnałów rodników w czasie, tym szybciej, im większa jest ich aktywność.

Będzie można zbadać potencjał antyoksydacyjny niewielkiej liczby próbek własnych piw i soków owocowych. Zapraszamy z próbkami!

### **Sobota 22 września, godz. 11<sup>00</sup>, 12<sup>00</sup> i 13<sup>00</sup>**

Pokaz, limit każdorazowo 10 osób

*Chemia obliczeniowa w farmacji*

prof. dr hab. Dorota Maciejewska, mgr Teresa Żołek (3)

Możemy zaprojektować wiele cząsteczek chemicznych, ale tylko niektóre uda się zsyntetyzować dzięki metodom chemii organicznej. Dlaczego? Przez miliardy lat w przyrodzie powstało mnóstwo substancji, dzięki którym rozwija się życie. Jakiej mają kształty? Jakiej właściwości?

Odpowiedzi na te pytania uzyskujemy, wykorzystując różne fizykochemiczne metody pomiarowe. W przypadku, gdy eksperyment jest trudny lub niemożliwy do przeprowadzenia, możemy zastosować teoretyczne metody obliczeniowe, oparte na podstawowych prawach fizyki, oraz pakiety graficz-

ne programów komputerowych. Zobaczymy wtedy na monitorze modele molekuł oraz obliczymy ich energię, rozmiary i niektóre właściwości fizyczne. Tak uzyskaną informację możemy wykorzystać w projektowaniu związków o pożądanych przez nas właściwościach, na przykład substancji leczniczych, katalizatorów, barwników, związków zapachowych, polimerów.

**Sobota 22 września, godz. 11<sup>00</sup>, 12<sup>00</sup> i 13<sup>00</sup>**

Pokaz, limit każdorazowo 15 osób

*Biotechnologia roślin leczniczych*

dr Hanna Olędzka, mgr Wojciech Szypuła (4)

Naturalnym środowiskiem bytowania roślin, z którym stykamy się najczęściej, jest gleba. Obecnie istnieje jeszcze inna możliwość hodowli roślin – w warunkach sterylnych, przy zastosowaniu pożywki agarowej zamiast ziemi. W takim przypadku mówimy o hodowli *in vitro*, czyli w szkle. Metoda ta jest m.in. stosowana do szybkiego klonalnego mnożenia roślin, tj. otrzymywania wielu okazów potomnych z tkanki jednej rośliny. Istnieje także możliwość osobnego hodowania wyodrębnionych organów tkanek i komórek roślinnych, np. samych korzeni, zarodków lub komórek. Ponadto, zamiast roślin lub ich organów można również hodować niezróżnicowaną tkankę, nazywaną kalusem, lub prowadzić hodowlę komórek w zawiesinie w tzw. bioreaktorach. W tkankach wyhodowanych *in vitro* występują na ogół w podobnej ilości takie same związki biologicznie czynne jak w roślinie macierzystej, co umożliwia otrzymanie ich z pominięciem hodowli całej rośliny. Najlepsze wyniki uzyskuje się z kultury zawiesinowej w bioreaktorach, w których parametry wzrostu są automatycznie rejestrowane i kontrolowane zewnętrznie na monitorze.

Według jednej z najnowszych metod, związki lecznicze otrzymuje się z korzeni transgenicznych, tzn. mających wprowadzony obcy gen. Do modyfikacji genotypu używa się bakterii o nazwie *Agrobacterium rhizogenes*. Organizmy modyfikowane genetycznie (GMO – genetically modified organisms) otrzymywane są obecnie z bakterii, grzybów, roślin i zwierząt. Dostarczają one m.in. wielu produktów żywnościowych, obecnych na naszym rynku. Zasa-

Przyjdź, wysłuchaj krótkiego wprowadzenia, a potem zastosuj programy obliczeniowe do modelowania molekuł, oszacuj właściwości i aktywność zaprojektowanego przez siebie nowego związku chemicznego. Chemia organiczna przestanie być tylko zbiorem skomplikowanych wzorów, schematów i nazw, a stanie się zrozumiałym światem połączeń atomów i oddziaływań cząsteczek.

dy postępowania regulowane są specjalnymi przepisami, według których na opakowaniu powinna być informacja, że artykuł pochodzi z roślin zmienionych genetycznie.

Hodowla tkankowa roślin *in vitro* pozwala również otrzymywać rośliny haploidalne (z pojedynczym zespołem chromosomów), a także dokonywać fuzji protoplastów (nieobłonionych komórek) dwóch gatunków, niedających mieszańców w stanie



Dr Barbara Chałasińska, która od pierwszego Festiwalu organizuje pokazy cieszące się niesłabnącą frekwencją (fot. P. Kaszczewski)

naturalnym. Tkanki można zamrażać i przechowywać w temperaturze ciekłego azotu (-196°C), a po powolnym rozmrożeniu kontynuować hodowlę. Można również otoczkować tkanki merystematyczne i przechowywać w stanie niezmienionym w niskiej temperaturze dodatkowo w formie tzw. sztucznych nasion.

Badania Katedry obejmują poszukiwania związków naturalnych o właściwościach cytostatycznych

i immunomodulujących, które tworzą się w hodowli in vitro. Obecnie przedmiotem prac są różne gatunki cisa i inne rośliny nierosnące masowo w Polsce. Cis zawiera ok. 350 związków chemicznych, z których wiele jest trujących, natomiast jeden, paklitaksel, wykazuje właściwości przeciwnowotworowe. Związek ten powstaje również w hodowli in vitro. Jego obecność stwierdziliśmy w korzeniach transformowanych w ilości równej jego występowaniu w korze.

Biotechnologia jest przedmiotem zajęć dydaktycznych i badań naukowych dwóch katedr Wy-

działu Farmaceutycznego – Katedry i Zakładu Biologii i Botaniki Farmaceutycznej, która zajmuje się biotechnologią roślinną, oraz Katedry i Zakładu Technologii Środków Leczniczych, która zajmuje się biotechnologią mikroorganizmów i hodowlą grzybów.

W trakcie pokazu zostaną zademonstrowane hodowle tkankowe w bioreaktorach oraz hodowle roślin transgenicznych. Nie zabraknie również czasu na dyskusję o uzyskiwaniu związków biologicznie czynnych z roślin.

### **Sobota 22 września, godz. 11<sup>00</sup>, 12<sup>00</sup> i 13<sup>00</sup>**

Pokaz, limit każdorazowo 20 osób

Przygotowanie kremu-żelu dla młodzieży

mgr Anna Żebrowska-Szulc, dr Barbara Chałasińska (5)

Działanie kremów kosmetycznych, przeznaczonych do pielęgnacji skóry, polega na jej natłuszczeniu, nawadnianiu i odżywianiu, a w rezultacie na uelastycznieniu i wygładzeniu. Wartość odżywczą kremów podnosi dodatek substancji biologicznie czynnych: witamin, aminokwasów, hormonów, enzymów, kompleksów białkowych oraz wyciągów roślinnych. Krem-żel malinowy dla młodzieży, który

będziemy otrzymywać w trakcie pokazu, zawiera wyciąg z liści malin oraz witaminę E. Witamina E zostanie zastosowana w postaci unisfer, będących barwnymi kulistymi peletkami o średnicy od 0,5 do 0,9 mm, pełniącymi rolę nośników wielu aktywnych substancji. Unisfery używane w preparatach kosmetycznych różnego typu dodatkowo nadają im barwną pigmentację.

### **Sobota 22 września, godz. 11<sup>00</sup>, 12<sup>00</sup> i 13<sup>00</sup>**

Pokaz, limit każdorazowo 15 osób

Filtry wodne i bioindykacja zanieczyszczeń

dr Grzegorz Nałęcz-Jawecki (6)

Bioindykacja jest metodą wykorzystującą jako wskaźnik organizm żywy, którego reakcja jest podstawą oceny stopnia toksyczności badanego środowiska. Organizmy testowe, zwane bioindykatorami, powinny być szczególnie wrażliwe na związki chemiczne szkodliwe dla środowiska i dla człowieka. Uzyskanie wyniku dodatniego przy ich zastosowaniu stanowi rodzaj alarmu, ostrzegającego przed przypadkowym bądź umyślnym skażeniem, i pozwala na ocenę całkowitej toksyczności próbki.

Bioindykatory wprowadzone zostały w wielu krajach do rutynowych badań wód i służą do zabezpieczenia ujęć wody pitnej przed przypadkowym bądź umyślnym zanieczyszczeniem. W tym celu stosowane są testy enzymatyczne – dające odpowiedź bardzo szybko – już po kilkunastu minutach, m.in. test ze skorupiakiem *Daphnia magna* i pierwotniakiem *Spirostomum ambiguum*.

Bioindykatory wykorzystywane są także w ocenie skuteczności działania urządzeń oczyszczających zarówno ścieki, jak i powietrze.

W trakcie pokazu każdy uczestnik przy użyciu dwóch biotestów będzie mógł ocenić skuteczność:

- oczyszczania toksycznych ścieków przez złoża piaskowe oraz z węglem aktywnym,
- działania filtrów papierosów – zatrzymywania toksycznych „spalin”.

Test przy użyciu *Daphnia magna*. Efektem testowym jest unieruchomienie organizmu lub zaburzenie metabolizmu skorupiaków. Dafnie są często wykorzystywane w układach przepływowych w stacjach zabezpieczających ujęcia wody pitnej.

Test Spirotox. Organizmem testowym jest pierwotniak z grupy orzęsków – *Spirostomum ambiguum*. Pod wpływem toksykantów komórki organizmów ulegają rozpuszczeniu, tzw. lizie. Z uwagi na niewielkie rozmiary organizmów reakcja przebiega szybko – oznaczenie trwa kilkanaście do kilkadziesiąt minut.

## • SPOTKANIA KLUBOWE FARMACEUTÓW – WYKŁADY I Dyskusje

**Poniedziałek 24 września, godz. 17<sup>00</sup>**

*Otyłość – problem estetyczny czy zdrowotny?*

Dr hab. n. med. Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska (7)

Otyłość przez lata uznawana była za zjawisko z zakresu obyczajowości i kultury. Postrzegana z jednej strony jako efekt obżarstwa, z drugiej była kojarzona ze zdrowiem, szczególnie u dzieci. Dopiero pod koniec XX wieku otyłość została zakwalifikowana w rejestrze chorób jako przewlekła choroba o skomplikowanej wieloczynnikowej etiologii. Obecnie wiadomo, że jest zarówno zdeterminowana przez czynniki środowiskowe, związane ze stylem życia, jak i dziedziczne. Stwierdzono, że zwiększa wielokrotnie występowanie takich chorób, jak choroba niedokrwienna serca, zawał serca, nadciśnienie, udar mózgu, cukrzyca typu 2, niektóre nowotwory czy choroby przewodu pokarmowego.

Nadwaga i otyłość uważane są ostatnio za najszybciej rozprzestrzeniającą się epidemię na świecie, zwłaszcza w krajach rozwiniętych. Przyjmuje się, że około 1,5 miliarda ludzi ma nadwagę, z czego blisko 300 milionów to ludzie otyli. Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, iż nadwaga wraz z otyłością dotyczy ok. 67% mężczyzn i 77% kobiet. Najbardziej niepokojący jest fakt, że problem ten coraz częściej dotyczy dzieci. Powszechne działania marketingowe zachęcają do wzmożonej konsumpcji żywności – na każdym kroku, na ulicach, w telewizji, kinach napotykałyśmy reklamy żywności, która jest modna, choć nie zawsze zdrowa. Są to przede wszystkim fast-foody, chipsy, przekąski oraz wysokosłodzone napoje gazowane. Niejednokrotnie trudno ludziom, szczególnie młodym, oprzeć się zakupowi tych produktów, bowiem reklamy, oprócz walorów smakowych próbują sprzedać odpowiedni model życia: wszyscy młodzi, piękni, otoczeni przyjaciółmi jedzą taką żywność. Takie zabiegi marketingowe niewątpliwie przemawiają do konsumentów, a już na pewno do młodzieży i dzieci, którzy w wielu krajach traktowani są jako odrębna i ważna grupa docelowa. Specjalnie dla nich projektowane zestawy, opakowania, a szczególnie informacja, mają przyciągać uwagę i przyzwyczajać do – niestety – nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Rezultaty takich działań są zatrważające – dzieci spędzają całe godziny przed komputerami i telewizorami, pochłaniając w tym czasie przekąski i pijąc litry słodzonych napojów. Spożycie gazowanych napojów przez amerykańskie dzieci wzrosło dwukrotnie na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat. Również w Polsce obserwujemy podobną tendencję. Podejrzewa się, że jest to jedna z głównych przyczyn coraz powszechniejszej nadwagi w młodym wieku, a w konsekwencji narasta-

jącej cukrzycy typu 2, która nie tak dawno uważana była za chorobę osób starszych, a dzisiejsze dane donoszą o najmłodszym pacjencie już w wieku 5 lat.

Życie w ciągłym biegu, brak czasu zmieniły wielu ludziom zwyczaję dnia codziennego. O wiele prościej jest im skorzystać z ulicznego baru fast-foodowego, kupić gotowe śniadanie, lunch czy zestaw kolacyjny do szybkiego podgrzania, niż samemu zaplanować, co przyrządzić. Ponadto, jeśli i to okaże się zbyt dużym problemem, można zadzwonić lub skorzystać z Internetu, a gotowy, pachnący, ale niestety najczęściej mało zdrowy i wysokokaloryczny posiłek zostanie dostarczony nam pod same drzwi. Plagą XX i XXI wieku jest fakt, iż coraz mniej się ruszamy. Wiele podróżujemy samochodami, a wieczny pośpiech oduczył nas spędzania wolnych chwil aktywnie i na świeżym powietrzu. Takie zachowania stają się wzorcem dla młodszych pokoleń, rodząc w przyszłości zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa.

Do czynników, które mają również wpływ na wybór pokarmu, zaliczamy stres. Część ludzi pod jego wpływem nie jest w stanie przełknąć ani kęsa, drudzy reagują całkowicie odwrotnie i próbują go „zajeść”. Zajadanie stresu jest problemem, który częściej dotyczy kobiet, mających wrażliwszą psychikę, łatwiej ulegających takim słabościom. Ponadto, kobiety chętniej poddają się modnym, szeroko propagowanym wymyślnym dietom, by utrzymać zgrabną sylwetkę i formę. Niestety, diety te prowadzone w sposób nieprofesjonalny kończą się efektem jo-jo i powrotem, często z nadwyżką, do poprzedniej masy ciała, co powoduje nowy stres. Paradoksalnie, otyłość może także stać się sposobem na życie, wygodnym wytłumaczeniem wszelkich osobistych niepowodzeń, a samo jedzenie może być pocieszeniem, sposobem na odreagowanie złości, smutku czy też rodzajem walki z nudą.

Otyłość niekiedy można traktować jako formę uzależnienia, czyli utratę kontroli nad jedzeniem. Wpływa ona negatywnie na jakość życia, bywa że osoba otyła stroni od kontaktu z ludźmi, obawia się odrzucenia. Typowa dla ludzi otyłych jest złudna nadzieja, że wszystko w życiu się uda, jeśli tylko się schudnie. Osoby z problemem nadwagi i otyłości mają często zaniżoną samoocenę, trudności w zdobyciu dobrej pracy, zwykle ograniczone grono przyjaciół i rzadko wychodzą „do ludzi”. W ten sposób pogłębia się ich problem, albowiem spędzają dużo czasu w domu, jadając smutki i życiowe niepowodzenia. A więc koło się zamyka!







## Terminy obron prac doktorskich

### I Wydział Lekarski

25 października 2007 r.

godz. 10<sup>05</sup>

**lek. Aleksandra Wisłowska-Stanek** „Analiza roli unerwienia serotonergicznego i GABAergicznego mózgu w zachowaniach lękowych zwierząt”

promotor – prof. dr hab. Adam Płaźnik

recenzenci: dr hab. Urszula Fiszer, prof. nadzw. CMKP  
dr hab. Teresa Wierzba-Bobrowicz

godz. 10<sup>50</sup>

**mgr Ewa Wilczek** „Badania czynnika H oraz wybranych inhibitorów błonowych układu dopełniacza w ogniskach pierwotnych i przerzutowych raka jelita grubego”

promotor – prof. dr hab. Aleksander Wasiutyński

recenzenci: prof. dr hab. Mariola Sulkowska  
prof. dr hab. Wojciech Kozłowski

godz. 11<sup>35</sup>

**lek. Michał Mazurkiewicz** „Badania immunohistochemiczne metaloproteinaz macierzy: 9 (MMP-9) oraz 3 (MMP-3) w guzie chromochłonnym i przyzwojaku”

promotor – prof. dr hab. Aleksander Wasiutyński

recenzenci: prof. dr hab. Wojciech Kozłowski  
prof. dr hab. Stanisław Sulkowski

### II Wydział Lekarski

12 października 2007 r.

godz. 12<sup>00</sup>

**mgr Izabela Korabiewska** „Rehabilitacja ambulatoryjna biorców przeszczepu alogenicznej nerki”

promotor: – prof. nadzw. dr hab. Joanna Juskowa

recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Polański  
prof. dr hab. Zdzisława Wrzosek

godz. 13<sup>00</sup>

**lek. Artur Wiśniewski** „Obiektywna ocena aktywności ruchowej metodą aktometrii w populacji dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym”

Promotor – prof. nadzw. dr hab. Tomasz Wolańczyk

recenzenci: prof. dr hab. Waldemar Szelenberger  
prof. dr hab. Irena Namysłowska

26 października 2007 r.

godz. 11<sup>00</sup>

**lek. Anna Ambroziak** „Wpływ przedłużonego noszenia soczewek fluorosilikonowo-hydrożelowych na fizjologię rogówki ze szczególnym uwzględnieniem oceny filmu łzowego”

promotor: – prof. dr hab. Jerzy Szaflik

recenzenci: prof. nadzw. dr hab. Dariusz Kęcik  
prof. dr hab. Mirosława Grałek

godz. 12<sup>00</sup>

**lek. Sława Kwiecień** „Wpływ przylegania ciała szklistego w okolicy płamkowej na przebieg makulopatii cukrzycowej na podstawie obrazu angiografii fluoresceinowej u pacjentów z cukrzycą typu 2”

promotor: – prof. dr hab. Jerzy Szaflik

recenzenci: prof. dr hab. Mirosława Grałek  
prof. dr hab. Alina Bakunowicz-Łazarczyk

godz. 13<sup>00</sup>

**lek. Anna Lewicka** „Ocena znaczenia ekspresji czynników wzrostu: VEGF, EGF, TGF- $\beta$ 1 w patogenezie mięśniaków macicy”

promotor: – prof. dr hab. Jerzy Stelmachów

recenzenci: prof. dr hab. Leszek Pączek  
prof. dr hab. Artur Jakimiuk

# WPŁYW METODY DIALIZY OTRZEWNO- WEJ NA RESZTKOWĄ FUNKCJĘ NEREK U DZIECI ZE SCHYŁKOWĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK – DONIESIENIE WSTĘPNE

*Dominika Adamczuk (1), Joanna Anyszka (1), Katarzyna Juneja (1), Piotr Skrzypczyk (1), Nina Szczekota (1), Anna Wójcik (1), prof. Maria Roszkowska-Blaim (2)*

1) *Studenckie Koło Naukowe Pediatrii i Nefrologii przy Katedrze i Klinice Pediatrii i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie*

Opiekun Koła: **prof. dr hab. Maria Roszkowska-Blaim**

2) *Katedra i Klinika Pediatrii i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie*

Kierownik Kliniki: **prof. dr hab. Maria Roszkowska-Blaim**

## STRESZCZENIE

**Wprowadzenie:** Z literatury wiadomo, że u dorosłych ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa (CADO) lepiej zachowuje resztkową funkcję nerek (RFN) w porównaniu do stosowania automatycznej dializy otrzewnowej (ADO).

**Cel:** Celem pracy była ocena wpływu metody dializy otrzewnowej na RFN u dzieci ze schyłkową niewydolnością nerek (SNN) leczonych CADO i ADO.

**Pacjenci i metody:** Retrospektywnymi badaniami objęto 16 dzieci (6 dziewczynek i 10 chłopców) w średnim wieku  $11,14 \pm 4,6$  lat, 8 dializowanych metodą CADO, 8 dializowanych metodą ADO. Przyczyną SNN były: wrodzone nieprawidłowości nerek i układu moczowego (CAKUT) u 6 dzieci, torbielowatość nerek u 3, nefropatia IgA u 2, zespół hemolityczno-mocznicowy u 2, u pozostałych 3: nefropatia niedotlenieniowo-niedokrwienna, amyloidoza i u jednego pacjenta etiologia była nieznaną.

U wszystkich pacjentów, co 3 miesiące w okresie 12 pierwszych miesięcy leczenia nerkozastępczego oceniano: diurezę (ml/kg), objętość stosowanych płynów do dializy otrzewnowej (ml/m<sup>2</sup>) z uwzględnieniem płynów wysokoglukozowych/ikodekstryny, stężenie kreatyniny (mg/dl), klirens kreatyniny wg Schwartz (GFR<sub>S</sub>) i endogenny klirens

nerek własnych z dobowej zbiórki moczu (GFR<sub>D</sub>) (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), białkomocz (mg/kg/24 godz.), stężenie hemoglobiny (g/dl) i albumin (g/dl). Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu testu t-studenta.

**Wyniki:** Przed leczeniem średnie wartości GFR<sub>S</sub> i GFR<sub>D</sub> były znamienne ( $p < 0,05$ ) wyższe w grupie ADO (odpowiednio  $22,30 \pm 10,20$  i  $16,47 \pm 5,63$ ) w porównaniu do grupy CADO (odpowiednio  $13,18 \pm 3,17$  i  $7,69 \pm 3,73$ ). Różnica w średniej diurezie dobowej była nieistotna statystycznie ( $59,12 \pm 37,60$  i  $44,92 \pm 25,16$ , ns). Po 12 miesiącach leczenia w grupie ADO zaobserwowano znamienne obniżenie się diurezy dobowej (z  $59,12 \pm 37,60$  do  $41,55 \pm 36,27$ ,  $p < 0,05$ ), GFR<sub>S</sub> (z  $22,30 \pm 10,20$  do  $14,22 \pm 5,00$ ,  $p < 0,05$ ) i GFR<sub>D</sub> (z  $16,47 \pm 5,63$  do  $5,77 \pm 4,32$ ,  $p < 0,001$ ). W tym samym okresie w grupie CADO obniżenie się diurezy dobowej (z  $44,92 \pm 25,16$  do  $34,64 \pm 29,60$ , ns), GFR<sub>S</sub> (z  $13,18 \pm 3,17$  do  $11,90 \pm 3,17$ ) i GFR<sub>D</sub> (z  $7,69 \pm 3,73$  do  $5,29 \pm 3,63$ , ns) było nieznamienne.

**Wnioski:** Metoda CADO lepiej niż ADO zachowuje resztkową funkcję nerek u dzieci. Wymaga to jednak dalszych badań.

**Słowa kluczowe:** resztkowa funkcja nerek, ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa, automatyczna dializa otrzewnowa

## WSTĘP

Schyłkowa niewydolność nerek (SNN) to końcowe stadium przewlekłej choroby nerek (PChN), w którym wskaźnik przesączania kłębuszkowego jest poniżej  $15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ , z towarzyszącymi podmiotowymi i przedmiotowymi objawami mocznicy [1]. W Polsce w latach 2000-2004 wg Polskiego Rejestru Dzieci Leczonych Nerkozastępczo dializowano 469 pacjentów (251 chłopców i 218 dziewczynek) w wieku 0-22 lat [2]. Przyczyny schyłkowej niewydolności nerek u dzieci zgłaszanych do przeszczepu nerki w Polsce przedstawiono w tabeli 1 [3].

W leczeniu schyłkowej niewydolności nerek u dzieci stosuje się następujące metody leczenia

nerkozastępczego: dializę otrzewnową, hemodializę oraz przeszczep nerki ze zwłok albo od żywego dawcy, w tym przeszczep tzw. *pre-emptive* wykonany jeszcze przed rozpoczęciem leczenia nerkozastępczego.

Pierwsze pomyślnie wyniki zastosowania dializy otrzewnowej u ludzi opublikował Georg Ganter w Niemczech w roku 1923. Wprowadzenie przez Henry'ego Tenckhoffa w 1968 roku silastikowego cewnika implantowanego na stałe do jamy otrzewnej oraz opracowanie przez Moncriefa i Popovicha w roku 1976 podstaw ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej umożliwiło szersze zastosowanie kliniczne tej metody. Kolejnym postępowaniem w dializoterapii otrzewnowej było wprowadzenie do użytku cyklorów w roku 1981. W roku 1979 równolegle Zofia Wańkiewicz w Ośrodku Dializ Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie i Zbylut Twardowski w Klinice Nefrologii Akademii Medycznej w Lublinie podjęli pierwsze w Polsce próby leczenia ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową u dorosłych. Natomiast u dzieci tę metodę zaczęto stosować w styczniu 1983 r. w Stacji Dializ Szpitala przy ul. Marszałkowskiej 24 – w Klinice Pediatrii i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie, kierowanej wówczas przez prof. Marię Sieniawską. Od 2000 roku dzięki zakupowi cyklorów przez fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy ok. 90% dzieci jest dializowanych metodą automatyczną.

Dializa otrzewnowa (DO) jest formą dializy wewnątrzustrojowej, w której błona otrzewnowa pełni rolę „wewnętrzny dializatora”. Metoda ta polega na przenikaniu średnio- i drobnocząsteczkowych toksyn mocznicowych przez otrzewną, stanowiącą odpowiednik błony dializacyjnej sztucznej nerki, oddzielającą sieć naczyń perfundujących otrzewną od wolnej jamy otrzewnowej, do której wprowadzany jest roztwór elektrolitowy płynu dializacyjnego. Usuwanie substancji toksycznych w dializie otrzewnowej odbywa się na zasadzie dyfuzji do płynu dializacyjnego, natomiast usuwanie wody (czyli ultrafiltracja) zachodzi głównie jako proces osmozy. W celu wytworzenia odpowiedniego gradientu osmotycznego do jamy otrzewnowej wprowadzany jest płyn, zawierający duże stężenie glukozy (1,36%, 2,27% i 3,86%), aminokwasów lub polimeru glukozy (ikodekstryna). Różnica ciśnień osmotycznych powoduje przechodzenie wody z łożyska naczyniowego do kompartymentu płynu dializacyjnego [4].

W automatycznej dializie otrzewnowej (ADO) wymiana płynu dializacyjnego odbywa się przy pomocy urządzenia zwanego cyklerem w godzinach nocnych (NPDO – nocna przerywana dializa

otrzewnowa); dla zapewnienia ciągłej ultrafiltracji w ciągu dnia można stosować płyn o stężeniu glukozy 3,86% lub ikodekstrynę (CCDO – ciągła cykliczna dializa otrzewnowa). W ciągłej ambulatoryjnej dializie otrzewnowej (CADO) worki z płynem dializacyjnym o stężeniu glukozy 1,36%, 2,27% i 3,86% wymieniane są ręcznie 4-5 razy w ciągu doby.

Obecnie leczenie dializą otrzewnową jest indywidualizowane w zależności od stopnia przepuszczalności otrzewnej dla kreatyniny, mocznika i glukozy. Na podstawie testu PET (czyli testu równowagi otrzewnej) skategoryzowano błony otrzewnowe na nisko-, średnionisko-, średnio-wysoko- i wysokoprzepuszczalne [5]. Klasyfikacja ta pozwala na dobranie odpowiedniej metody dializy otrzewnowej (zarówno w ADO, jak i w CADO).

Metody leczenia nerkozastępczego u dzieci w Polsce w latach 2000-2003 przedstawiono w tabeli 2 [6]. Obecnie w naszym kraju zdecydowana większość dializowanych otrzewnowo dzieci leczona jest metodą automatyczną (ADO). Niewątpliwą zaletą metody ADO jest jej wygoda, możliwość normalnego uczęszczania do szkoły, a także mniejsza niż w metodzie CADO częstość występowania powikłań infekcyjnych.

W 1997 r. opracowano amerykańskie zalecenia National Kidney Foundation Dialysis Outcome Quality Initiative (NKF-DOQI), które służą do oceny skuteczności prowadzonej dializy, czyli tzw. adekwatności leczenia nerkozastępczego. Europejskie zalecenia dotyczące adekwatności dializy otrzewnowej u dzieci z roku 2002 (European Pediatric Peritoneal Dialysis Working Group) są takie same jak u dorosłych z SNN dializowanych otrzewnowo [7] (tabela 3).

Jako resztkową funkcję nerek (ang. RRF – residual renal function) pacjentów poddawanych leczeniu nerkozastępczemu rozumie się diurezę dobową z zachowaną częściową zdolnością do usuwania toksyn mocznicowych, wyrażaną najczęściej endogennym klirensiem kreatyniny nerek własnych [8, 9]. U dorosłych za utratę resztkowej funkcji nerek uznaje się spadek dobowej diurezy poniżej 100 ml/dobę, u dzieci poniżej 50 ml/m<sup>2</sup> [8].

Zachowanie resztkowej funkcji nerek ma bardzo duże znaczenie w zapewnieniu adekwatności leczenia dializą otrzewnową. Utrata resztkowej funkcji nerek może spowodować niedodializowanie pacjenta i konieczność wspomaganie hemodializami lub konieczność rezygnacji z dializy otrzewnowej [10, 11, 12, 13]. Utrata funkcji nerek powoduje ponadto uszkodzenie i szybkie „wyczerpanie się” otrzewnej, z powodu konieczności uży-

wania większej ilości wysokoglukozowych, wysoko bioniezgodnych płynów w celu utrzymania odpowiedniej ultrafiltracji.

Zachowana resztkowa funkcja nerek zwiększa klirens dla toksyn średnio- i wielkocząteczkowych, które nie mogą być skutecznie usuwane drogą dializy np. kwasów organicznych, cystatyny C lub beta2-mikroglobuliny, co zmniejsza ryzyko rozwinięcia amyloidozy dializacyjnej. Resztkowa funkcja nerek pomaga również utrzymać równowagę fosforanową, potasową i kwasowo-zasadową. U pacjentów z zachowaną resztkową funkcją nerek stwierdza się wyższe wartości hemoglobiny, co tłumaczy się wyższymi stężeniami endogennej erytropoetyny, oraz niższe stężenia cytokin prozapalnych i markerów stanu zapalnego, np. CRP. Resztkowa funkcja nerek odgrywa także kluczową rolę w utrzymaniu prawidłowego stanu odżywienia i nawodnienia pacjenta. Chorzy wskutek niższych stężeń leptyny mają lepszy apetyt i wyższe wskaźniki biochemiczne dobrego stanu odżywienia (albuminy, transferyna). Pacjenci bez zachowanej funkcji nerek są bardziej narażeni na przeładowanie organizmu sodem, rozwój nadciśnienia tętniczego i przerost lewej komory serca [13]. U dzieci z zachowaną diurezą obserwuje się ponadto mniejsze opóźnienie wzrastania i lepszą odpowiedź na leczenie hormonem wzrostu niskorostłości mocznicowej [14].

U dorosłych wykazano, że dializa otrzewnowa lepiej niż hemodializa wpływa na utrzymanie resztkowej funkcji nerek [11]. W większości badań wykazano ponadto, że u pacjentów dorosłych leczenie metodą ADO powoduje szybsze zmniejszanie się diurezy niż leczenie metodą CADO [10, 11, 12, 13].

Prace oceniające resztkową funkcję nerek u dzieci dializowanych są bardzo nieliczne. Feber i wsp. stwierdzili lepsze zachowanie diurezy u dzieci leczonych ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową w porównaniu do dzieci leczonych hemodializą [9]. Fischbach i wsp. zaobserwowali z kolei, że automatyczna dializa otrzewnowa wiąże się u dzieci z lepszym zachowaniem resztkowej funkcji nerek w porównaniu z hemodializą [8]. W światowym piśmiennictwie brakuje danych na temat wpływu metody dializy otrzewnowej na zachowanie resztkowej funkcji nerek u dzieci. Z drugiej strony wiadomo, że w populacji dziecięcej resztkowa funkcja nerek odgrywa szczególnie dużą rolę w zapewnieniu adekwatności leczenia dializą otrzewnową i w wielu przypadkach nie udaje się skutecznie dializować otrzewnowo dzieci z anurią [15].

Wobec braku w piśmiennictwie oceny zachowania resztkowej funkcji nerek u pacjentów leczo-

nych różnymi metodami dializy otrzewnowej, celem pracy jest próba oceny wpływu metody dializy otrzewnowej na resztkową funkcję nerek u dzieci ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych CADO i ADO.

## PACJENCI I METODY

Retrospektywnymi badaniami objęto 16 dzieci (6 dziewczynek i 10 chłopców) ze schyłkową niewydolnością nerek w średnim wieku  $11,14 \pm 4,6$  lat, leczonych dializą otrzewnową w Stacji Dializ Katedry i Kliniki Pediatrii i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1994-2007. Do badania włączono pacjentów, dla których dializa otrzewnowa była pierwszą metodą leczenia nerkozastępczego i dana metoda dializoterapii (CADO lub ADO) była stosowana przez przynajmniej 12 miesięcy. Metodą ADO leczono 8 pacjentów, metodą CADO – również 8 pacjentów. Standardowo u wszystkich pacjentów stosowano płyn dializacyjny o stężeniu glukozy 1,36%. W grupie ADO 6 z 8 pacjentów w celu większego odwodnienia wymagało dodatkowej wymiany dziennej (CCDO): u 4 pacjentów jedną zmianę z płynem z ikodekstryną, u jednego pacjenta jedną zmianę z płynem 1,36% i u jednego pacjenta 2 zmiany z płynem 2,27%. W grupie ADO u wszystkich pacjentów stosowano cyklery Baxter Homechoice, a całkowita dobowa liczba wymian płynu dializacyjnego wahała się od 5 do 8. W grupie CADO całkowita dobowa liczba wymian worków z płynem wahała się od 4 do 6 na dobę. Objętości stosowanego płynu w obu grupach były uzależnione od powierzchni ciała i wynosiły  $1000 \text{ ml/m}^2$  na każdą wymianę.

Retrospektywnie, co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy u wszystkich badanych oceniano: wzrost [cm], masę ciała [kg], białkomocz dobowy [mg/kg/24 godz.], całkowitą objętość używanych płynów dializacyjnych oraz objętość płynów wysokoglukozowych w grupie CADO i z ikodekstryną w grupie ADO [ml], [ml/kg], stężenie kreatyniny [mg/dl], hemoglobiny [g/dl] i albumin [g/dl] w surowicy. Powierzchnię ciała wyliczano z wzoru Mostellera [16]. Resztkową funkcję nerek oceniano w oparciu o objętość dobowej zbiórki moczu [ml], [ml/kg], [ml/m<sup>2</sup>] oraz wskaźnik przesączania kłębuszkowego nerek własnych wyliczany z wzoru Schwartz'a [3], a także w oparciu o klirens kreatyniny wyliczany z dobowej zbiórki moczu [ml/min/1,73 m<sup>2</sup>] [4]. Dane demograficzne pacjentów (wiek, płeć, przyczyna SNN) określano na początku leczenia.

Stężenie kreatyniny [mg/dl] we krwi i w moczu określano metodą kolorymetryczną opartą o re-

akcję z kwasem pikrynowym w środowisku zasadowym, przy użyciu zestawów firmy CORMAY na aparacie COBAS-MIRA S do 2000 r. oraz na aparacie VITROS 250 po 2000 r.; stężenie mocznika [mg/dl] we krwi i w moczu metodą enzymatyczno-ureazową na aparacie COBAS-MIRA S do 2000 r. oraz na aparacie VITROS 250 po 2000 r.; stężenie białka całkowitego w moczu [mg/dl] do roku 2000 metodą turbidymetryczną (Extona), a od roku 2000 za pomocą analizatora VITROS 250. Stężenie albumin [mg/dl] w surowicy oznaczano metodą elektroforezy białek na żelu (octan celulozy) firmy CORMAY do 2000 r. oraz na analizatorze VITROS 250 po 2000 r. Stężenie hemoglobiny [g/dl] we krwi żyłnej oznaczano za pomocą automatycznych analizatorów hematologicznych Coulter MD II, MD II Micro Diff II 18 od 1996 r. i HmX-AL od 2004 r.

W leczeniu niedokrwistości nerkopochodnej stosowano erytropoetynę: u wszystkich dzieci w grupie ADP i u 4 dzieci w grupie CADO. Nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 6 pacjentów w grupie CADO i u 5 w grupie ADO. Inhibitory konwertazy angiotensyny stosowano u 5 pacjentów w grupie ADO i u 1 pacjenta w grupie CADO. W grupie ADO 2 dzieci i 1 dziecko w grupie CADO wymagało stosowania furosemidu.

Wszystkie parametry przedstawiono w postaci średnich z odchyleniami standardowymi. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu testu t-studenta dla dwóch grup niezależnych. Za próg istotności statystycznej przyjęto  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

Średnie wartości badanych parametrów w grupach ADO i CADO w momencie rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego i po 12 miesiącach leczenia nerkozastępczego, przedstawiono w tabelach 5 i 6. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w średniej diurezie dobowej między grupami w momencie rozpoczęcia obserwacji i po 12 miesiącach. W grupie ADO w momencie rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego, stwierdzono znamienne wyższe średnie wartości klirensu kreatyniny, wyliczonego z wzoru Schwartz, jak i z dobowej zbiórki moczu. Po roku obserwacji różnice pomiędzy grupami w zakresie klirensu kreatyniny wyliczonego oboma metodami były nieistotne statystycznie. Znamienne wyższe średnie wartości ultrafiltracji stwierdzono na początku obserwacji w grupie CADO. Po 12 miesiącach obserwacji w grupie CADO nadal wykazywano znamienne wyższe średnie wartości ultrafiltracji przy jednoczesnym stosowaniu większych ilości płynu wysokoglukozowego. Po roku obserwacji stwierdzono znamienne wyższe stężenie

albumin w grupie ADO.

Powikłania leczenia nerkozastępczego w obu grupach przedstawiono w tabeli 7. W grupie dzieci leczonych CADO częściej obserwowano zacieki płynu dializacyjnego, przepukliny i zakażenia ujścia zewnętrznego cewnika. Bakteryjne dializacyjne zapalenie otrzewnej wystąpiło tylko u dzieci leczonych CADO (4 epizody u 3 pacjentów).

Tabela 8 przedstawia średnie wartości resztkowej funkcji nerek w obu grupach podczas rocznej obserwacji. U nikogo z 16 badanych pacjentów w ciągu roku leczenia nie wystąpiła utrata resztkowej funkcji nerek (definiowana jako spadek diurezy dobowej poniżej 50 ml/m<sup>2</sup>). W grupie dzieci leczonych ADO po 12 miesiącach leczenia stwierdzono znamienne statystycznie obniżenie się diurezy dobowej oraz klirensu kreatyniny wyliczanego zarówno ze wzoru Schwartz, jak i z dobowych zbiórek moczu. Natomiast w grupie dzieci leczonych CADO po 12 miesiącach nie wykazano znamiennego statystycznie obniżenia się diurezy dobowej oraz klirensu kreatyniny wyliczanego oboma metodami.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdziliśmy, że metoda CADO lepiej niż ADO zachowuje resztkową funkcję nerek u dzieci ze schyłkową niewydolnością nerek.

## DYSKUSJA

W literaturze światowej brakuje prac porównujących zachowanie resztkowej funkcji nerek u dzieci leczonych ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową i automatyczną dializą otrzewnową. Nieliczne są także prace porównujące zachowanie się resztkowej funkcji nerek u dorosłych pacjentów z SNN, leczonych CADO i ADO. Hiroshige i wsp. [12] w swojej 6-miesięcznej obserwacji jako pierwsi stwierdzili, że pacjenci dorośli leczeni metodą ADO szybciej tracą resztkową funkcję nerek w porównaniu z pacjentami leczonymi CADO. To samo potwierdzili Hufnagel i wsp. [11] oraz Hidaka i Nakao [10]. Należy podkreślić, że są to badania obejmujące małą liczbę pacjentów (od 18 [12] do 36 [11]). Hiszpańskie wielośrodkowe prospektywne badanie (Rodriguez A.M.F. i wsp.) nie wykazało statystycznie istotnej utraty resztkowej funkcji nerek w grupie 42 pacjentów leczonych CCDO, jednak okres obserwacji wynosił tylko 2 miesiące [17]. We wszystkich wyżej wymienionych pracach resztkowa funkcja nerek oceniana była na podstawie klirensu kreatyniny wyliczanego z dobowej zbiórki moczu.

W badanej przez nas grupie stwierdziliśmy, że metoda CADO pozwalała u naszych pacjentów na dłuższe zachowanie resztkowej funkcji nerek w porównaniu z metodą ADO, co jest zgodne

z obserwacjami u ludzi dorosłych. U pacjentów leczonych metodą manualną zaobserwowaliśmy lepsze zachowanie resztkowej funkcji nerek w zakresie diurezy dobowej oraz klirensu kreatyniny wyliczonego z dobowej zbiórki moczu i z wzoru Schwartz'a.

Mechanizm szybszej utraty resztkowej funkcji nerek u pacjentów leczonych ADO w porównaniu do pacjentów leczonych CADO jest niejasny. Uważa się, że szybka utrata funkcji nerek w metodzie ADO związana jest ze zmieniającą się ilością i osmotycznością stosowanych płynów dializacyjnych, co jest konsekwencją schematu samej metody dializoterapii (przerwany sposób prowadzenia dializoterapii) oraz częstszego używania hipertonicznych płynów dializacyjnych w celu wymuszenia odpowiedniej ultrafiltracji, co w efekcie powoduje powtarzające się epizody niedotlenienia nerek w metodzie automatycznej. U naszych pacjentów nie stwierdziliśmy jednak większych ilości płynów wysokoglukozowych używanych w grupie ADO. Wg niektórych autorów szybka utrata funkcji nerek w metodzie ADO może zostać spowolniona, jeśli u pacjenta utrzymuje się płyn w jamie otrzewnowej w ciągu dnia [11].

Obecnie wiadomo, że u dzieci resztkowa funkcja nerek odgrywa ogromną rolę w zapewnieniu adekwatności leczenia dializą otrzewnową i anuria nierzadko całkowicie uniemożliwia prowadzenie dializy otrzewnowej [14]. Ponadto wielośrodkowe badania przeprowadzone w ostatnich latach (CANUSA i ADEMEX) udowodniły bardzo duże znaczenie rokownicze zachowanej funkcji nerek u pacjentów dorosłych [18, 19]. W związku z tym wydaje się uzasadnione stosowanie takich metod leczenia nerkozastępczego, które pozwoliłyby na jak najdłuższe zachowanie resztkowej funkcji nerek. Zwłaszcza, że utrata funkcji nerek wymusza używanie większej ilości wysokoglukozowych płynów dializacyjnych w celu zapewnienia odpowiedniej ultrafiltracji. Bioniezgodność płynów dializacyjnych, spowodowana m.in. wysokim stężeniem glukozy, skutkuje uszkodzeniem i wyczerpaniem zdolności dializacyjnych otrzewnej, co w efekcie eliminuje możliwość leczenia dializą otrzewnową, a w skrajnych przypadkach może prowadzić do otarbiającego stwardnienia otrzewnej (SEP – sclerosing encapsulating peritonitis), które jest obarczone śmiertelnością sięgającą 60% [4].

Stwierdzone w naszym badaniu lepsze zachowanie resztkowej funkcji nerek u dzieci dializowanych metodą CADO wymaga niewątpliwie dalszych badań na większej liczbie pacjentów.

**Tabela 1.** Przyczyny schyłkowej niewydolności nerek u dzieci zgłaszanych do przeszczepu w Polsce

Choroba nerek	%
Wrodzone wady budowy nerek i układu moczowego (CAKUT) <sup>1</sup>	42,8
Pierwotne kłębuszkowe zapalenia nerek	30,5
Mikroangiopatie (np. HUS, SHN) <sup>2</sup>	3,9
Schorzenia metaboliczne (np. cystynoza)	3,2
Wrodzone glomerulopatie (np. zespół Alporta)	2,0
Pozostałe przyczyny	6,6
Etiologia nieznana	11

<sup>1</sup>CAKUT – Congenital Anomalies of Kidney and Urinary Tract

<sup>2</sup>HUS – Hemolytic-Uremic Syndrome – zespół hemolityczno-mocznicowy, SHN – Schönlein-Henoch Nephropathy – nefropatia Schönleina-Henocha

**Tabela 2.** Metody dializoterapii u dzieci z SNN leczonych w Polsce w latach 2000-2003

Rok	2000	2001	2002	2003
Hemodializa	142	164	154	170
Dializa otrzewnowa	134	158	154	132
- CADO	13	20	16	16
- ADO	121	138	138	116
Razem	276	316	330	302

**Tabela 3.** Zalecane wartości klirensu kreatyniny i moczownika dla dzieci dializowanych otrzewnowo

Metoda dializy	CADO	CCDO	NPDO
kt/V	2,0	2,1	2,2
CCr [l/tydz./1,73 m <sup>2</sup> )	60	63	66

kt/V – tygodniowy sumaryczny (dializacyjny i nerkowy) klirens moczownika

CCr – tygodniowy sumaryczny (dializacyjny i nerkowy) klirens kreatyniny

**Tabela 4.** Dane kliniczne pacjentów włączonych do badania

Parametr	Grupa leczona ADO	Grupa leczona CADO
Liczba pacjentów	8	8
Chłopcy: dziewczęta	4: 4	6: 2
Wiek (średnia±SD)	11,3 ± 3,3	10,9 ± 5,9
Przyczyna PChN:		
CAKUT		3
HUS		1
IgAN <sup>1</sup>	6	1
Amyloidoza wtórna do JIA <sup>2</sup>	1	1
Nefropatia niedotlenieniowo-niedokrwienna	1	1
Etiologia nieznana		1

<sup>1</sup>IgAN – IgA Nephropathy – nefropatia IgA

<sup>2</sup>JIA – Juvenile Idiopathic Arthritis – młodzieńcze idiopatyczne

ne zapalenie stawów

**Tabela 5.** Średnie wartości badanych parametrów u dzieci leczonych ADO i CADO przed rozpoczęciem leczenia

Analizowany parametr	ADO	CADO	p
Diureza dobową [ml]	59,12±37,60	44,92±25,16	ns
Białkomoczn [mg/kg/24 godz.]	15,35±16,23	54,13±63,18	ns
GFR z Schwartzą [ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ]	22,30±10,20	13,18±3,17	p<0,05
GFR z DZM [ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ]	16,47±5,63	7,69±3,73	p<0,05
Ultrafiltracja [ml/kg]	13,59±6,07	24,97±13,94	p<0,05
Obj. płynów dial. [l/m <sup>2</sup> /24 godz.]	3,72±1,55	2,85±1,12	ns
Obj. pł. 3,86%/iko. [l/m <sup>2</sup> /24 godz.]	0,242±0,353	0,215±0,241	ns
Kreatynina [mg/dl]	4,15±1,80	5,72±1,91	ns
Albuminy [mg/dl]	4,01±0,7	3,43±0,77	ns
Hemoglobina [mg/dl]	11,26±1,33	9,64±1,84	p=0,06

**Tabela 6.** Średnie wartości badanych parametrów u dzieci leczonych ADO i CADO po 12 miesiącach leczenia nerkozastępczego

Analizowany parametr	ADO	CADO	p
Diureza dobową [ml]	41,55±36,27	34,64±29,60	ns
Białkomoczn [mg/kg/24 godz.]	14,07±18,88	17,53±20,62	ns
GFR z Schwartzą [ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ]	14,22±5,00	11,90±3,17	ns
GFR z DZM [ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ]	5,77±4,32	5,29±3,63	ns
Ultrafiltracja [ml/kg]	14,44±9,66	26,88±13,75	p<0,05
Obj. płynów dial. [l/m <sup>2</sup> /24 godz.]	3,80±1,73	3,34±1,07	ns
Obj. pł. 3,86%/iko. [l/m <sup>2</sup> /24 godz.]	0,154±0,291	0,549±0,409	p<0,05
Kreatynina [mg/dl]	6,07±2,01	7,11±3,13	ns
Albuminy [mg/dl]	3,84±0,58	3,30±0,42	p<0,05
Hemoglobina [mg/dl]	11,66±1,13	11,14±2,34	ns

**Tabela 7.** Powikłania leczenia dializą otrzewnową w obu grupach

Powikłanie	ADO	CADO
Zacieki płynu dializacyjnego	1	2
Przepukliny	2	4
Zakażenie ujścia zewnętrznego cewnika (ESI – exit site infection)	2	9
Bakteryjne dializacyjne zapalenie otrzewnej	0	4
Eozynofilowe zapalenie otrzewnej	1	0

**Tabela 8.** Resztkowa funkcja nerek po 12 miesiącach u dzieci leczonych ADO i CADO

	Miesiąc 0	Miesiąc 12	p
Grupa dzieci leczonych ADO			
Diureza dobową [ml/kg]	59,12±37,60	41,55±36,27	p<0,05
GFR z Schwartzą [ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ]	22,30±10,20	14,22±5,00	p<0,05
GFR z DZM [ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ]	16,47±5,63	5,77±4,32	p<0,001
Grupa dzieci leczonych CADO			
Diureza dobową [ml/kg]	44,92±25,16	34,64±29,60	ns
GFR z Schwartzą [ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ]	13,18±3,17	11,90±3,17	ns
GFR z DZM [ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ]	7,69±3,73	5,29±3,63	ns

#### Piśmiennictwo:

1. A. Książek, B. Rutkowski (red.), *Nefrologia*, Lublin 2004, wyd. Czelej.
2. A. Żurowska, I. Zagożdżon, I. Bałasz i wsp., *Genetycznie uwarunkowane i wrodzone choroby nerek prowadzące do schyłkowej niewydolności nerek – dane z Polskiego Rejestru Dzieci Leczonych Nerkozastępczo (2000-2004)*, Przegląd Lekarski 2006; 63 suplement 3; 57-59.
3. M. Sieniawska i T. Wyszynska (red.), *Nefrologia dziecięca*, Warszawa 2003, wyd. Ośrodek Informacji Naukowej „Polf” sp. z o.o.
4. B. Rutkowski (red.), *Dializoterapia w praktyce lekarskiej*, Gdańsk 2004, wyd. MAKmedia.
5. Z.J. Twardowski, K.D. Nolph, R. Khanna, B.F. Prowant, L.P. Ryan, H.L. Moore, M.P. Nielsen, *Peritoneal equilibration test*, *Peritoneal Dialysis Bulletin* 1987; 7: 138-147.
6. J. Puka, B. Rutkowski (red.), *Raport na temat stanu leczenia nerkozastępczego w Polsce w 2000, 2001, 2002, 2003*, Gdańsk 2001, 2002, 2003, 2004, wyd. Akademia Medyczna w Gdańsku.
7. M. Fischbach, R. Stefanidis, A.R. Watson, *Guidelines by an ad hoc European committee on adequacy of the paediatric peritoneal dialysis prescription*, *Nephrol Dial Transplant*



- 2002; 17: 380-385.
8. M. Fischbach, C. Michael, J. Terzic, S. Menouer, K. Soulam, C. Dangelser, A. Helmstetter, F. Gehant, *Effects of automated peritoneal dialysis on residual daily urinary volume in children*, *Adv Perit Dial* 2001; 17: 269-273.
  9. J. Feber, K. Schaerer, F. Schaefer, M. Mikova, J. Janda, *Residual renal function in children on haemodialysis and peritoneal dialysis therapy*, *Pediatr Nephrol* 1994; 8: 579.
  10. H. Hidaka, T. Nakao, *Preservation of residual renal function and factors affecting its decline in patients on peritoneal dialysis*, *Nephrology* 2003; 8: 184-191.
  11. G. Hufnagel, C. Michael, *The influence of automated peritoneal dialysis on the decrease in residual renal function*, *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 1224-1228.
  12. K. Hiroshige, K. Yuu, M. Soejima, M. Takasugi, A. Kuroiwa, *Rapid decline of residual renal function in patients on automated peritoneal dialysis*, *Perit Dial Int* 16; 307-315: 1996.
  13. S.M. Chandna, K. Farrington, *Residual Renal Function: Considerations on Its Importance and Preservation in Dialysis Patients*, *Sem Dial* 2004; 17: 196-201.
  14. F. Schaefer, G. Klaus, O. Mehls, *Peritoneal transport properties and dialysis dose affect growth and nutritional status in children on chronic peritoneal dialysis*. *Mid-European Pediatric Peritoneal Dialysis Study Group*, *J Am Soc Nephrol* 1999; 10: 1786-1792.
  15. T. Hoelttae, K.A.R. Roennholm, H. Jalanko, C. Holmberg, *Clinical outcome of pediatric patients on peritoneal dialysis under adequacy control*, *Pediatr Nephrol* 2000; 14: 889-897.
  16. R.E. Behrman, R.M. Kliegman, H.B. Jenson (red.), *Nelson Textbook of Pediatrics 17th Edition*, Philadelphia 2004, wyd. Saunders.
  17. A.M.F. Rodriguez, N.V. Diaz, L.P. Cubillo et al., *Automated peritoneal dialysis: a Spanish multicenter study*, *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13: 2335-2340.
  18. J. Bargman, K. Thorpe, D. Churchill, *Relative contribution of residual renal function and peritoneal clearance to adequacy of dialysis: a reanalysis of the CANUSA study*, *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 2158-62.
  19. R. Paniagua, D. Amato, E. Vonesh, R. Correa-Rotter, A. Ramos, J. Moran, S. Mujais, *Effects of Increased Peritoneal Clearances on Mortality Rates in Peritoneal Dialysis: ADEMEX, a Prospective, Randomized, Controlled Trial*, *J*

## STANDARDY W OCENIE JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH W PODESZŁYM WIEKU

**Dr Artur Ostrzyżek**

*Akademia Świętokrzyska w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim, Zakład Rehabilitacji*

### STRESZCZENIE

Współcześnie, w obliczu starzenia się populacji wszystkich państw świata, dyskusja wokół uwarunkowań jakości życia najstarszej generacji kieruje się w stronę tych obszarów, które mogą mieć predyktywne znaczenie dla ogólnego poziomu jej dobrostanu.

Parametr „długości trwania życia ludzkiego” w aspekcie stawianych celów terapeutycznych i prognozowanych wyników interwencji medycznych, utracił status wyłącznego kryterium odniesienia.

Wraz z wiekiem pogarsza się kondycja psychofizyczna seniorów, co powoduje określone konsekwencje zdrowotne, dotyczące autonomii jednostki, łącznie z jej ograniczeniem lub nawet utratą i objęciem pacjenta opieką instytucjonalną.

Zakładając wieloaspektowe uwarunkowania zdrowia i choroby, współczesne standardy oceny geriatrycznej kierują się na jakościowe, nie zaś tylko ilościowe kryteria.

**Słowa kluczowe:** *standardy, ocena jakości życia, podeszły wiek*

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost zainteresowania problematyką jakości życia. Reprezentanci wielu dyscyplin i obszarów praktyki społecznej badają różne aspekty obiektywnych

i subiektywnych uwarunkowań jakości życia. Przegląd literatury przedmiotu dotyczącej tej tematyki dostarcza szeregu doniesień, z których znakomita większość dotyczy nauk medycznych.

Przeważa pogląd, że podejmowanie badań jakości życia w medycynie było konsekwencją zwrotu tej dyscypliny w kierunku holistycznej koncepcji natury człowieka i próbą poszerzenia katalogu badanych cech o stany subiektywne, o których należało sądzić, że mogą mieć istotny wpływ na całokształt sytuacji życiowej chorego. Perspektywa badawcza, uwzględniająca wyłącznie obiektywne wyznaczniki stanu zdrowia, nie zawsze jest zgodna z oceną zdrowia dokonywaną przez chorego. Uzupełniona o tę ocenę, może łączyć osąd wpływu wielu istotnych wskaźników zdrowia, zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych, konstytuujących konstrukt jakości życia [1].

Dla medycyny szczególnie istotne jest to, że w procesie leczenia korzystne zmiany mogą dotyczyć nie tylko stanu zdrowia, ale i subiektywnie odczuwanej przez chorego jakości życia [2].

W obliczu starzenia się populacji wszystkich państw świata, dyskusja wokół uwarunkowań jakości życia najstarszej generacji kieruje się w stronę tych obszarów, które mogą mieć predyktywne znaczenie dla ogólnego poziomu jej dobrostanu.

Uważam, że punktem wyjścia do poszukiwań i kategoryzacji standardów w ocenie jakości życia seniorów może być definicja zdrowia sformułowana przez WHO, określająca je jako stan pełnego

fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu z zachowaną zdolnością do przystosowania się do zmieniających się warunków. Powyższą definicję chętnie przytaczają geriatrzy, ponieważ wynika z niej konieczność całościowego i wielokierunkowego podejścia do człowieka starego w okresie życia, gdy coraz częściej zawodzą mechanizmy kompensacyjne, a szczególnego wpływu na „ogólny dobrostan” nabierają czynniki psychiczne, społeczne i szeroko rozumiane warunki życia.

Analizując sytuację zdrowotną w Polsce i na świecie, należy zauważyć, że zmniejszyła się umiERALNOŚĆ z powodu chorób ostrych, nastąpił jednak wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe, prowadzące do niepełnosprawności.

Zdaniem Bienia, starzenie się rzadko przebiega w pomyślny (*successful aging*), a nawet zwyczajny sposób (*usual aging*). Częściej przynosi dramatyczny spadek funkcji narządowych, ograniczenie mobilności i dysfunkcje związane z multipatologią tego okresu życia (*impaired aging*) [3]. Parametrem predykcyjnym i nowym punktem odniesienia interwencji medycznych coraz częściej staje się jakość, a nie tylko długość życia. Jest ona obecnie, obok „przeciętnego, dalszego trwania życia ludzkiego”, definiowana jako pozytywny miernik zdrowia.

Wśród podstawowych problemów geriatrycznych, których obecność standardowo wymaga kompleksowej oceny, wymienić należy: zaburzenia mobilności, zaburzenia równowagi i upadki, nietrzymanie moczu i stolca, upośledzenie wzroku i słuchu, zaburzenia funkcji kognitywnych, występowanie objawów depresji [4].

Opisywane stany są następstwem chorób przewlekłych, których przebieg można i trzeba modyfikować przez odpowiednią terapię i rehabilitację, gdyż w zdecydowany sposób zmniejszają one jakość życia seniorów. Stanowią stosunkowo powszechne, ale wciąż lekceważone zjawisko społeczne, stąd też również często są pozostawiane bez diagnostyki i leczenia [5].

### **Standard oceny ADL**

Fakt ścisłego związku pomiędzy poziomem ADL (*Activities of Daily Living*) a poziomem satysfakcji życiowej chorych jest przedmiotem wielu doniesień [6, 7, 8]. Campion zwraca uwagę, że dla osób w podeszłym wieku poziom funkcjonowania w zakresie osobistych czynności dnia codziennego może być najważniejszym elementem jakości ich życia [9]. Larson zalicza sprawność lokomocyjną do najbardziej istotnych uwarunkowań samopoczucia człowieka starego, rzutujących na jego niezależność i autonomię [10].

Zakres, w jakim chory jest w stanie wykonywać zwykle czynności życiowe, określa poziom jego samodzielności, ale również pośrednio zapotrzebo-

wanie na pomoc ze strony systemu opieki zdrowotnej i otoczenia.

Pomocnymi wskaźnikami w ocenie stopnia samodzielności chorych mogą być skale niezależności funkcjonalnej, np. Index Barthel (BI) szeroko stosowany w wielu krajach Europy Zachodniej, skala Functional Independence Measure (FIM) oraz skale oceny motorycznej, np. Motor Assessment Score (MAS).

### **Standard oceny ryzyka narażenia na upadki**

Upadki są jedną z poważnych przyczyn utraty sprawności przez osoby starsze. Przynajmniej raz w roku upada 33% osób po 65 roku życia niehospitalizowanych oraz 20% osób hospitalizowanych [11]. Wśród najczęstszych przyczyn upadków o charakterze wewnętrznym wymienia się: osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia równowagi i chodu, zaburzenia ze strony układu krążenia oraz zaburzenia percepcji i koordynacji ruchów, będące konsekwencją istniejących schorzeń lub postępującego procesu starzenia się organizmu. Jak wynika z badań, złamania w obrębie szyjki kości udowej, które są następstwem upadków, występują najczęściej w tej właśnie grupie wiekowej.

Ponieważ bezpośrednio pogarszają jakość życia chorych, a tym samym odlegle zwiększają ryzyko zgonu, sprawą szczególnej wagi staje się konieczność dokonania wstępnej oceny ryzyka upadku starszej osoby [12].

Często zastosowanie prostego testu diagnostycznego pozwala wyeliminować lub przynajmniej skutecznie ograniczyć ryzyko wystąpienia upadku (np. Test Berg). Ocena taka powinna stanowić stały element badania przedmiotowego przed rozpoczęciem leczenia i rehabilitacji.

### **Standard oceny występowania zaburzeń funkcji poznawczych (ZFP)**

Sprawność procesów poznawczych i funkcji intelektualnych pogarsza się z wiekiem. Łagodną postacią zaburzeń poznawczych jest kliniczny zespół MCI (Mild Cognitive Impairment). Pojawiają się doniesienia, że średni czas konwersji z MCI w chorobę Alzheimerera wynosi około 4,4 lat [13].

Częstość występowania zespołów otępiennych u osób powyżej 65 roku życia sięga 10%. Zwykle we wczesnej fazie dominują zaburzenia: pamięci, myślenia, orientacji, zdolności uczenia się, funkcji językowych i nastroju. W przypadkach zaawansowanych dołączają zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne [14, 15, 16].

Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimerera, dotycząca 50–60% wszystkich przypadków otępienia. Częstość występowania otępienia w chorobie Alzheimerera w grupie wiekowej 65 lat i więcej wynosi

około 5%, a wśród osób po 85 roku życia współczynnik ten szacowany jest na poziomie 15-25%.

Negatywny wpływ zaburzeń funkcji poznawczych na jakość życia osób w starszym wieku potwierdziło wiele badań. Do oceny upośledzenia funkcji kognitywnych zastosowanie mogą znaleźć standaryzowane testy diagnostyczne, np. test oceny funkcji poznawczych „Easy-Care” oraz skala oceny stanu psychicznego MMSE.

Bilikiewicz uważa, że najczęstszą przyczyną subiektywnych skarg na zaburzenia pamięci, poza otępieniem, jest depresja [17].

### Standard oceny występowania objawów depresji

Rozpowszechnienie występowania zaburzeń o typie depresji w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia szacuje się na około 15-20%, a wśród osób korzystających z pomocy medycznej na blisko 30% [18].

Znaczne trudności diagnostyczne w różnicowaniu depresji i innych chorób w tym okresie życia spowodowane są występowaniem przewlekłych, często utajonych chorób, występowaniem otępienia oraz otępienia rzekomego związanego z depresją. Zastosowanie standaryzowanych testów przesiewowych, np. Geriatrycznej Skali Oceny Depresji jest pomocne w wykluczeniu lub potwierdzeniu istnienia choroby [19].

### Standard oceny występowania objawów nietrzymania moczu i/lub stolca

Nietrzymanie moczu i stolca jest szczególnie dotkliwe w wieku podeszłym, gdyż prowadzi szybko do ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu i uzależnienia od innych.

Częstość występowania nietrzymania moczu u osób w wieku 65-69 lat oceniana jest na blisko 27% i ponad 50% u osób w wieku powyżej 90 roku życia. Nietrzymaniu moczu o znacznym nasileniu towarzyszy zwykle nietrzymanie stolca [20].

Rozpoznanie indywidualnych czynników, warunkujących kontynencję, i jej zaburzeń w odniesieniu do chorych w starszym wieku powinno być rutynowym elementem oceny i profilaktyki geriatrycznej.

### PODSUMOWANIE

1. Poszukując predyktorów dobrostanu starszych wiekiem chorych, warto obok dokonania rutynowej oceny klinicznej stanu zdrowia, przeprowadzić badanie jakości życia, ukierunkowane na poznanie subiektywnych odczuć pacjentów, dotyczących ich choroby i sytuacji życiowej.
2. Badania jakości życia starszej wiekiem generacji, zakładają wieloaspektowe uwarunkowania zdrowia i choroby.

3. Ocena jakości życia chorych w podeszłym wieku powinna identyfikować te obszary i zakresy ich aktywności, które wymagają poprawy.
4. Współczesne standardy oceny geriatrycznej kierują się na jakościowe, nie zaś wyłącznie ilościowe kryteria.

### Piśmiennictwo:

1. Ostrzyżek A., Czernicki J.: *Wymiary jakości życia w naukach medycznych*. Sztuka Leczenia 2002; 8 (2); 73–75.
2. Ostrzyżek A.: *Psychoedukacja a jakość życia chorych z zaburzeniami psychicznymi*. Medycyna Dydaktyka Wychowanie 2006; 38 (4); 48–50.
3. Bień B.: *Starzenie się pomyślne versus zwyczajne*. Gerontologia Polska 1997; 5 (4); 40–44.
4. Isaacs B.: *The challenge of geriatric medicine*. Oxford University Press, London 1992.
5. Krzyżowski J.: *Psychogeriatrya*. Medyk, Warszawa 2004.
6. Laukkanen P., Karppi P., Heikkinen E., Kauppinen M.: *Coping with activities of daily living in different care settings*. Age and Ageing 2001 (30); 489–494.
7. Lum T.Y., Lin W.C., Kane R.L.: Use of proxy respondents and accuracy of MDS assessments of activities of daily living. *The Journals of Gerontology A* 2005 (60) 5; 654–659.
8. Yohannes A.M., Roomi J., Waters K., Connolly M.J.: *A comparison of the Barthel index and Nottingham extended activities of daily living scale in the assessment of disability in CAL in old age*. Age and Ageing 1998 (27) 3; 369–375.
9. Champion E.W.: *Ageing better*, New England Journal of Medicine 1988; 338 (15); 1064–1066.
10. Larson R.: *Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans*. Journal of Gerontology 1978 (33); 109–125.
11. Żak M.: *Upadki osób starszych*. Medi 2003 (18); 4; 1–6.
12. Ostrzyżek A., Woldańska-Okońska M., Czernicki J.: *Czynniki ryzyka upadków u chorych w starszym wieku, rehabilitowanych w zakładzie opieki długoterminowej*. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis 2003, WSBiP; 111–116.
13. Kawas C., Gray S., Brookmeyer R., Fozard J.: *Age-specific incidence rates of Alzheimer's disease. The Baltimore Longitudinal study of Aging*. Neurology 2000; 54; 2072–2077.
14. Bilikiewicz A., Makowska-Białko D.: *Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja*. Udar mózgu 2004 (6); 1; 27–37.
15. Kornatowska-Kędziora K., Polak A., Porzych K.: *Instrumenty kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce klinicznej*. [W:] *Jesień życia – medycyna, psychologia, edukacja*. Fundacja UJ, Kraków 2006.
16. Reid L.M., MacLulich A.M.J.: *Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people*. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2006; 22; 471–485.
17. Bilikiewicz A., Barcikowska M., Kądziaława D., Kotapka-Minc S. i wsp.: *Stanowisko grupy ekspertów w sprawie zasad diagnozowania i leczenia otępienia w Polsce (IGERO)*. Rocznik Psychogeriatryczny 1999; 1 (2); 105–151.
18. Pużyński S.: *Depresje i zaburzenia afektywne*. PZWL, Warszawa 1999.
19. Ostrzyżek A., Kocur J.: *Zaburzenia depresyjne u pacjentów w podeszłym wieku objętych stacjonarną opieką długoterminową*. Psychiatria Polska 2003, t.XXXVII (3); 457–462.
20. Peet S.M., Castleden C.M., McGrother C.W.: *Prevalence of urinary and fecal incontinence in hospital and residential nursing homes for older people*. British Medical Journal 1995; 311; 1063–1064.

# *Przyczyny agresji w polskiej szkole i sposoby jej zapobiegania*

**mgr Jerzy Rudzik**

*Studium Wychowania Fizycznego i Sportu AM*

Czego oczekujemy od szkoły, w której będą się uczyły nasze dzieci i wnuki? Powinna ona przysposabiać je do odpowiedzialności, dawać instrumenty do radzenia sobie z przeciwnościami. Musi to być szkoła, która dołoży cząstkę do ich wychowania, nauczy dbałości o zdrowie i sprawność fizyczną, uczyni je zdolnymi do własnej inwencji i twórczości, a przede wszystkim zapewni im bezpieczeństwo. Któż nie pamięta słów wielkiego Polaka – Jana Zamoyskiego: „Takie będą Rzeczypospolite, jakie ich młodzieży chowanie”. Również ks. Stanisław Konarski dwieście lat temu apelował: „Dokładajcie wszelkich starań, kształcąc serce – cnotami, umysł – naukami, ciało – ćwiczeniami”.

Czy pamiętacie Państwo swoją szkołę? Czy po wejściu do niej mogliście zawołać: „o, jak tu ładnie!”, a potem: „jacy tu wszyscy mili!”, a po jakimś czasie: „w naszej szkole tak zawsze!”. Czy są takie szkoły?

Janusz Korczak powtarzał: „Dziecku trzeba dać najpierw to, co mu się należy, a potem w miarę i w porę wymagać od niego”. Prawa ucznia to nie tyle pisany kodeks, co styl pracy szkoły. Dla właściwego pełnienia przez nią funkcji pedagogicznych cenniejsze wydaje się korczakowskie podejście do kwestii wychowania niż próby jego prawnej regulacji. Zresztą, czy można mówić o jednakowych prawach dla wszystkich uczniów – od 7-latka aż do dorosłego 19-latka z dowodem osobistym w kieszeni?

Jednym z głównych postulatów pedagogiki jest uznanie podmiotowości ucznia. Nie jest to akt jednorazowy. To nie lampa, która zapala się 1 września i świeci nieprzerwanie przez 12 lat nauki. Podmiotowość rozumiana najprościej jako poszanowanie wolności i godności ucznia, kształtuje się w długotrwałym procesie udziału dziecka w życiu szkoły. Wraz z jego rozwojem powinien się rozszerzać zakres przysługujących mu praw i obowiązków.

Obecnie dużym, a nawet bardzo dużym problemem w pracy szkoły, dotyczącym około 6,5 mln uczniów i pół miliona nauczycieli w naszym kraju, jest wysoki poziom agresji wśród dzieci i młodzieży. Utrudnia on funkcjonowanie zarówno wychowan-

kom, jak i wychowawcom. Uderza tak w jednostkę, jak i w jej w otoczenie.

**Agresja jest reakcją na frustrację oraz przejawem wrogości, działaniem (fizycznym lub słownym), którego celem jest wyrządzenie krzywdy fizycznej lub psychicznej osobie bądź temu, co ją zastępuje.**

Z psychologicznego punktu widzenia wiek 14-15 lat to najtrudniejszy etap w rozwoju dziecka. Zmiany hormonalne sprawiają, że dorastający mają poważne problemy z nastrojem i emocjami. Wiele ich zachowań można określić jako aroganckie czy agresywne.

Kiedy do jednej szkoły uczęszcza pół tysiąca uczniów, nauczyciele tracą kontakt z dziećmi, często mają nawet problemy z ich rozpoznawaniem, nie mówiąc już o jakimkolwiek procesie wychowawczym. W takim tłumie młodzież jest anonimowa, a to rodzi u niej poczucie bezkarności. Uaktywniają się jednostki agresywne. Dzieci wrażliwe, jeśli znajdują się w mniejszości, zaczynają zachowywać się podobnie, aby przetrwać. Obecnie agresja w szkole coraz częściej staje się normą.

Podstawą pracy nauczyciela z „dzieckiem agresywnym” powinno być przeniesienie punktu ciężkości z tego, co złego robi uczeń, na przyczyny jego zachowania. Okazuje się wówczas, że ów „agresor” zamiast naszej niechęci musi budzić raczej współczucie, ponieważ nie posiada podstawowych umiejętności społecznych, takich jak: uświadamianie sobie i artykułowanie swoich potrzeb, porozumiewanie się z innymi, samokontrola, empatia, radzenie sobie ze złością – swoją i cudzą, rozładowywanie stresu, prowadzenie negocjacji, świadome podejmowanie decyzji, słuchanie innych itd. Wspomniane braki powodują, że porusza się on w społeczeństwie „po omacku”. Jego zachowaniu często towarzyszy cierpienie – tak otoczenia, jak i własne. Jest on więc zarówno katem, jak i ofiarą.

Alkoholizm w rodzinie, brak należytej opieki, porzucenie, ubóstwo, przemoc, powodują w dziecku wewnętrzny konflikt, rodzą lęk, ale także stają się często przyczyną agresji. **Nie zapominajmy jednak również o znaczącym wpływie**

**grupy rówieśniczej.** Dla dziecka w wieku szkolnym rówieśnicy są najwyższym autorytetem – to od nich uczy się najszybciej i najtrwalej. I tak, dzieci samotnych rodziców mieszkających w tzw. „porządnym dzielnicy” o niskiej przestępczości, mogą wyrosnąć na takich samych porządnym ludzi, jak ich koledzy i koleżanki z podwórka. Natomiast dzieci z „tradycyjnej”, pełnej rodziny, jeśli ta mieszka w „zakazanej dzielnicy”, w patologicznym środowisku, są skazane na to, że upodobnią się do towarzystwa, z którym przebywają.

Długotrwały stres powoduje, że takie dzieci postrzegają innych ludzi jako wrogów. Ciągłe karzenie sprawia, że czują się odrzucone. Myślenie o sobie „jestem kiepski” nasila się u nich, wzrasta też napięcie, które staje się w końcu nie do zniesienia. Dzieci próbują zagłuszać lęk związany z niskim poczuciem własnej wartości agresją, która oprócz rozładowania napięcia wewnętrznego, daje im wrażenie dominacji nad innymi ludźmi. Dodajmy, że dzieci o zaniżonym poczuciu swojej wartości, nie odnoszące sukcesów w szkole, ubogie materialnie lub w jakikolwiek sposób odmiennie od rówieśników, stają się często obiektem żartów kolegów, są wręcz prowokowane do niepożądanych zachowań. Bywa więc i tak, że niewłaściwe zachowanie jest próbą zwrócenia na siebie uwagi, swoistym wołaniem o pomoc.

W takiej sytuacji właśnie nauczyciel może stać się osobą ważną dla zagubionego dziecka. Problem polega na tym, że obecnie pracujących nauczycieli w zasadzie ubezwłasnowolniono formalnoprawnie. Wywołały ten stan rzeczy ciągle nowelizowane przepisy prawa oświatowego, umożliwiające traktowanie szkoły w głównej mierze usługowo. Rodzice wraz z dziećmi stali się klientami oczekującymi „zaspokojenia” potrzeb edukacyjnych. Nauczyciele natomiast zostali sprowadzeni do roli efektywnych dydaktyków-profesjonalistów. Uczniowie-klienci, oszołomieni nadmiarem wolności w murach szkoły i ich często zdezorientowani rodzice, zapomnieli o powinnościach i odpowiedzialności wiążącej się z zagwarantowanymi im demokratycznymi swobodami.

Jak pomóc skrzywdzonym przez los dzieciom (przyszłym dorosłym), jak wyrwać je z zakłętego kręgu zachowań agresywnych? Pierwszym zadaniem nauczyciela powinno być budowanie z nimi dobrej relacji, dającej poczucie bezpieczeństwa.

Oto przykładowe działania:

- nauczanie autorefleksji (dzieci te unikają spojrzenia w siebie ze względu na wysoki poziom lęku), wskazywanie uczniom ich mocnych stron, zrywanie etykiety: „jestem gorszy od innych”,

- rozwijanie empatii (dostrzegania potrzeb i problemów innych ludzi),
- dostarczanie, wzbogacanie oraz utrwalanie wiedzy dotyczącej umiejętnego rozwiązywania własnych problemów,
- rozwijanie zachowań asertywnych w różnych sytuacjach społecznych [umiejętność odmawiania w sytuacjach wyboru (alkohol, narkotyki, kradzież, wandalizm, przemoc)].

Nauczyciel, w przeciwieństwie do psychoterapeuty, ma ograniczone możliwości realizacji ww. zadań, jednak udzielenie przez niego pomocy uczniom nie jest niemożliwe. Wszystkim jego działaniom winien zawsze przyświecać nadrzędny cel – wspomaganie dzieci w ich rozwoju emocjonalnym, poznawczym i społecznym. Narastające problemy wychowawcze to wielka bolączka polskich szkół, dlatego za wszelką cenę należy szukać sposobów na otoczenie uczniów opieką, na zindywidualizowanie pracy z młodzieżą, a także na lepsze przygotowanie nauczyciela do roli wychowawcy. Jednak bez przywrócenia choćby w pewnym zakresie dyscypliny szkolnej, umożliwiającej w miarę przewidywalny przebieg socjalizacji ucznia, nie uda się – jak sądzę, odwołując się do swego długoletniego doświadczenia zawodowego – przywrócić utraconej misji wychowawczej szkoły.

Edukacja dzieci i młodzieży nie może się jednak opierać wyłącznie na karaniu, konieczne jest także opracowanie systemu nagradzania. Nic tu nie da wojskowy dryl. Jeśli dodatkowo jego pochodną będzie praca pojmowana przez ucznia jako kara, nauczycielom nie uda się osiągnąć żadnych efektów wychowawczych.

#### **Bibliografia:**

1. Szewczuk W., *Słownik psychologiczny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
2. Odrowąż-Pieniążek I., na podstawie „School Violence” – Goldstein A., Apter A., Harootunian B., *Praca z dzieckiem agresywnym w szkole*, „Zeszyty Problemowo-Metodyczne”, MEN, Warszawa 1988, Nr 8.

## Nowe studia podyplomowe w AM

**Od 20 października 2007 r. Centrum Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej w Warszawie będzie kształcić specjalistów w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej. Odpłatność za studia wyniesie 7 tysięcy złotych.**

To pierwsze studia podyplomowe tego typu organizowane przez naszą uczelnię, wspólnie ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie. Przewiduje się przyjęcie na nie około 30 osób, a oferta kształcenia w głównej mierze przygotowana została dla lekarzy, lekarzy-dentystów, fizjoterapeutów, pielęgniarek, a także osób zarządzających w służbie zdrowia. Oprócz tego organizatorzy szkolenia zapraszają wszystkich zainteresowanych tą tematyką. Zgłoszenia przyjmowane będą do 15 października w Centrum Kształcenia Podyplomowego. Odpłatność za studia wyniesie 7 tysięcy złotych za pełny rok, zajęcia odbywać się będą w trybie zaocznym w soboty i niedziele. – Średnio co 2 lub 3 tygodnie – wyjaśnia Małgorzata Kruk z Centrum Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej w Warszawie.

Program studiów obejmuje aż 192 godziny w roku, wśród nich w I semestrze znalazły się zajęcia: z prawa cywilnego, a także zagadnienia z form działalności prawnego-organizacyjnej, prawa w sektorze usług medycznych, ponadto z analizy rynku i konkurencji, podstaw rachunkowości i opodatkowania działalności, jak również projekty europejskie i budżetowanie. W semestrze drugim organizatorzy przewidzieli zajęcia z takich przedmiotów, jak: strategia marketingowa (w tym plan marketingowy i strategie marketingowe oraz marke-

ting i komunikacja marketingowa), public relations w ochronie zdrowia, ryzyko w prowadzeniu działalności gospodarczej i zarządzanie zasobami ludzkimi.

Wszyscy absolwenci studiów otrzymają świadectwo ukończenia. Dla lekarzy i lekarzy-dentystów przewidziane są zaświadczenia o uzyskaniu 40 punktów edukacyjnych.

*(Małgorzata Pietkiewicz)*

## Wstydlivy problem

**Nietrzymanie moczu jest dla wielu osób tematem tabu, choć ten problem dotyczy w Polsce aż 4 milionów ludzi. Aby im pomóc, stworzono program prospołeczny „NTM – Normalnie Życ”, którego celem jest działanie na rzecz poprawy jakości życia pacjentów cierpiących z tego powodu. W akcję zaangażowali się specjaliści z Akademii Medycznej w Warszawie.**

Choć NTM jest jednym z bardziej rozpowszechnionych problemów społecznych w naszym kraju (jak wskazują statystyki, cierpi na nie ok. 10% Polaków), dla większości osób stanowi wstydlivy problem. Z tego powodu wielu chorych nie zgłasza się w porę do lekarza, a swoje dolegliwości ukrywa nawet przed najbliższym otoczeniem. Jak wynika z badań, na 2 tysiące pacjentów odwiedzających gabinet lekarza rejonowego, aż 120 ma problemy z nietrzymaniem moczu, jednak tylko co 12 przyznaje się do tego. Średni czas, jaki upływa od chwili pojawienia się zaburzeń do momentu szukania pomocy medycznej, wynosi aż 9 lat.

Chorzy nie leczą się także dlatego, że nie wierzą w możliwość skutecznej terapii. W Polsce brakuje powszechnie dostępnej informacji o metodach leczenia, oferowanych na rynku środkach absorbujących i miejscach, gdzie można je kupić. Nie mając dostę-

pu do tych wiadomości, pacjenci nie są w stanie aktywnie funkcjonować, nierzadko z tego powodu ograniczają swoje życie zawodowe, towarzyskie i partnerskie. Dla wielu osób NTM staje się przyczyną poważnych zaburzeń emocjonalnych i depresji.

Odpowiedzią na potrzeby chorych jest program prospołeczny „NTM – Normalnie Życ”, czyli ogólnopolska kampania społeczna, poświęcona problemowi nietrzymania moczu, zapoczątkowana w 2002 roku.

– Naszą misją jest działanie na rzecz poprawy jakości życia osób cierpiących na tego typu dolegliwości – mówi Magdalena Kowalewska, Koordynator Programu. – Realizujemy to przede wszystkim poprzez zwiększanie świadomości społecznej na ten temat, przekazywanie informacji o stosowanych metodach terapii, a także rozwijanie współpracy z organizacjami pacjentów i środowiskiem lekarskim. W ramach aktywności na rzecz zmiany sytuacji chorych prowadzimy szereg działań związanych z monitorowaniem aktów prawnych regulujących obszar leczenia i zapobiegania NTM, unaoczniamy decydom ważne problemy, z którymi borykają się pacjenci i przedstawiamy ich skuteczne rozwiązania.

Ważnym osiągnięciem Programu jest otwarcie systemu zaopatrzenia w refundowane środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne, potrzebne pacjentom z NTM. Przyczyniło się to do zwiększenia dostępności środków wchłaniających dla chorych. Dzięki akcji udało się poszerzyć listę refundowanych produktów o wkłady i podkłady, dzięki czemu osoby potrzebujące mają większą dowolność w ich wyborze.

W ramach Programu prowadzone są także działania, mające na celu zwiększenie świadomości społecznej na temat problemu nietrzymania moczu. Organizatorzy

wydają m.in. „Kwartalnik NTM”, na łamach którego przedstawiają to zagadnienie zarówno pod kątem medycznym, jak i społecznym. Dla lekarzy rodzinnych publikowany jest rocznik „Informator NTM”, a dla ginekologów i urologów elektroniczny „Newsletter NTM”. Organizatorzy prowadzą również stronę internetową [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl), która jest największym, niezależnym wortalnym poświęconym tej problematyce w Polsce. Wspólnie ze Stowarzyszeniem Osób z NTM „UroConti” realizują w pięciu miastach Polski zajęcia gimnastyczne mające na celu wzmacnianie mięśni dna miednicy, a także wykłady edukacyjne dla pacjentów.

W Program „NTM – Normalnie Życ” zaangażowani są lekarze związani z naszą uczelnią. W skład Rady Naukowej wchodzi czterech wybitnych profesorów: prof. Tadeusz Tołłoczko – przewodniczący Rady, wieloletni Rektor AM w Warszawie, prof. Anna Członkowska – neurolog ze stołecznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, prof. Tomasz Rechner – ginekolog z II Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Lublinie oraz prof. Andrzej Borkowski z Katedry i Kliniki Urologii warszawskiej AM. Pracownikami tej Kliniki są również konsultanci medyczni – jedni z najlepszych specjalistów w dziedzinie leczenia NTM w naszym kraju, którzy udzielają chorym konsultacji pod numerem infolinii **0 801 800 038**. Całkowity koszt rozmowy wynosi tylko 0,29 zł + VAT.

– Zainteresowanie konsultacjami jest bardzo duże i dlatego staramy się wciąż zwiększać liczbę dyżurów – mówi Koordynator Programu. – Dla pacjenta, który do nas dzwoni, rozmowa z urologiem jest często pierwszym kontaktem z lekarzem w sprawie dolegliwości nietrzymania moczu. Jest też szansą na przełamanie wstydu, który, niestety, towarzyszy temu problemowi. Na Infoli-

nii pacjenci mogą porozmawiać ze specjalistami, świetnie zorientowanymi w tej problematyce, a także dowiedzieć się, które placówki w ich regionie zajmują się leczeniem tego schorzenia.

Jak twierdzi Magdalena Kowalewska, Program „NTM – Normalnie Życ” przyczynił się do wzrostu świadomości społecznej na ten temat w polskim społeczeństwie:

– Obserwujemy coraz większe zainteresowanie mediów, rosnące zaciekawienie lekarzy, a także wzrost zaangażowania samych chorych, aby coś zrobić z tym problemem. Miejmy nadzieję, że przyczyni się to do przełamania bariery wstydu, jaka istnieje wokół NTM.

*(Karolina Gwarek)*

## Nowy głos AM

**Akademia Medyczna w Warszawie ma nowego rzeczniczkę prasowego. Została nim Marta Wojtach, która odpowiada za wizerunek medialny Uczelni i za naszą strategię PR.**

Marta Wojtach jest absolwentką Wydziału Dziennikarstwa i Nauk Politycznych Uniwersytetu Warszawskiego. Karierę zawodową rozpoczęła w Biurze Informacji i Promocji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Przez pięć lat pracowała jako specjalista i koordynator ds. PR w zespole public relations Krajowej Izby Gospodarczej. W ostatnim czasie była rzeczniczką prasową i pełniła obowiązki dyrektora Centrum Informacyjnego Konfederacji Pracodawców Polskich. W naszej uczelni będzie odpowiedzialna m.in. za kontakty z mediami i strategię PR.

*(Karolina Gwarek)*

## Program integracyjny dla studentów AM

**Warszawska AM we współpracy z Marszałkiem Województwa Mazowieckiego i Pań-**

**stwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zorganizowała we wrześniu br. warsztaty adaptacyjno-profilaktyczne dla studentów I roku. Podczas zajęć poznali oni m.in. techniki konstruktywnej komunikacji, dowiedzieli się, w jaki sposób radzić sobie ze stresem, dużą ilością materiałów do zapamiętania i specyfiką zajęć medycznych, zdobyli także podstawową wiedzę z zakresu profilaktyki uzależnień.**

W zajęciach wzięło udział około 900 studentów. Jak na początek tak dużego przedsięwzięcia, zainteresowanie uczestników było ogromne. Zorganizowano dla nich warsztaty w ich własnych grupach dziekańskich – w ciągu trzech kolejnych dni spędzili na spotkaniach ponad 30 godzin.

– Po raz pierwszy warsztaty zaadresowaliśmy do wszystkich nowo przyjętych studentów I roku – mówi prof. Piotr Zaborowski, Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, jeden z inicjatorów programu. – Do tej pory zajęcia były dostępne tylko dla studentów I i II Wydziału Lekarskiego. Poza tym obozy i warsztaty adaptacyjne, podczas których studenci poznawali kolegów i koleżanki ze starszych roczników, organizował także Samorząd Studentów. Celem nowego programu jest integracja studentów nie tylko w obrębie grup dziekańskich, w których będą spędzali większość czasu na uczelni, ale także zaznajomienie ich z koleżankami i kolegami z Wydziału i samą Akademią.

Program trzydniowych zajęć obejmował 4 godziny wykładów, poświęconych zagadnieniom profilaktyki uzależnień i radzenia sobie ze stresem oraz prezentacji organizacji działających przy Samorządzie Studentów AM, a ponadto 28 godzin warsztatów, w czasie których studenci zapoznali się z technikami konstruktywnej komunikacji, sposo-

bami rozwiązywania problemów psychologicznych oraz radzenia sobie ze stresem i zagrożeniem nałogami. Zajęcia prowadzili psychologowie i lekarze z obydwu Klinik Psychiatrycznych AM, a także najlepsi specjaliści współpracujący z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

– Warsztaty miały za zadanie m.in. nauczyć studentów asertywności, co jest szczególnie istotne w walce z uzależnieniami – wyjaśnia prof. Zaborowski. – Nie chodziło tylko o zapobieganie nałogom, takim jak niktynizm, narkomania czy alkoholizm. Studenci są narażeni także na szereg innych uzależnień, np. od nauki – zdarza się, że dążą do osiągnięcia jak najlepszych wyników za wszelką cenę, często kosztem zdrowia, także psychicznego. Trenerzy starali się im pokazać, w jaki sposób wyzwolić się z tego błędnego koła.

Celem programu integracyjnego było również uczulenie przyszłych pracowników ochrony zdrowia na rozpoznawanie cech uzależnień. Chodziło o to, aby już jako studenci byli wrażliwi na tego typu zagrożenia i potrafili na nie odpowiednio reagować. Powinni np. umieć rozpoznać symptomy przemocy domowej czy niedożywienia u dziecka, z którym mają do czynienia w czasie praktyki lekarskiej bądź pielęgniarskiej. Jak zaznacza prof. Zaborowski, pod tym względem program integracyjny jest inwestycją w studentów jako przyszłych popularyzatorów wiedzy w swoich środowiskach, ludzi niemal pozytywniejszej pracy u podstaw.

– W przyszłym roku chciałbym, żeby program był obowiązkowy dla wszystkich studentów I roku – podkreśla Prorektor. – Z pewnością w organizacji warsztatów skorzystamy z doświadczeń zgromadzonych podczas tegorocznych zajęć. O ich skuteczności dowie-

my się między innymi na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród studentów przez pracowników PARPA i Akademii. Ich wyniki będą znane już w listopadzie. Jednak już teraz mam pierwsze sygnały, że program spełnił swoje zadanie. Bardzo wielu studentów zgłosiło się do organizacji działających w Samorządzie, pojawiły się też nowe inicjatywy. Ogromnie mnie to cieszy.

Patronat honorowy nad warsztatami integracyjno-profilaktycznymi objął JM Rektor prof. Leszek Pączek i Marszałek Województwa Mazowieckiego dr Adam Struzik.

Program nie mógłby odnieść sukcesu bez osobistego zaangażowania Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – mgr Krzysztofa Brzóska i mgr Zdzisława Biszewskiego – Dyrektora Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej, a także bezpośrednich organizatorów zajęć: doc. Marcina Wojnara i doktora Dariusza Myszkę z Kliniki Psychiatrii prof. Szelenbergera oraz mgr Roberta Frączka z PARPA. Ogromny wkład w logistykę i organizację programu miał także zespół Biura Obsługi Działalności Podstawowej AM kierowany przez mgr Barbarę Koziarkiewicz, a w szczególności Panie: Dorota Szmaus, Dorota Puchalska, Beata Jadacka, Urszula Orzechowska. Wszystkim osobom zaangażowanym w przygotowanie programu serdecznie dziękujemy!

(*Karolina Gwarek*)

## Zdrowi mieszkańcy to zdrowe Mazowsze

**Od połowy września mieszkańcy województwa mazowieckiego mogą skorzystać z bezpłatnych badań i konsultacji lekarskich podczas tzw. białych sobót i białych niedziel. Jest to element programu „Zdrowi**

**mieszkańcy to zdrowe Mazowsze”, realizowanego przez lekarzy i pielęgniarki z dziewięciu szpitali wojewódzkich, w tym ze Szpitala Chirurgii Urazowej Świętej Anny.**

Do grudnia br. specjaliści będą służyli pacjentom pomocą z zakresu profilaktyki raka piersi, raka szyjki macicy, chorób układu krążenia, cukrzycy i jaskry. Jak wiadomo, wczesne wykrycie ma w przebiegu tych chorób decydujące znaczenie. Badania profilaktyczne będą przeprowadzane przez dziewięć szpitali wojewódzkich: w Ostrołęce, Ciechanowie, Płocku, Radomiu, Siedlcach, Pruszkowie oraz trzy w Warszawie: Szpital Chirurgii Urazowej Świętej Anny, Wojewódzki Szpital Bródnowski i Międzyleski Szpital Specjalistyczny. W ramach akcji będzie można wykonać m.in. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, poziomu glukozy i cholesterolu, EKG, spirometrię, badanie dna oka i ostrości wzroku. Mężczyznom po 40 roku życia dodatkowo umożliwione zostaną badania per rectum i stężenia poziomu PSA w surowicy.

Osoby, które chcą się przebadac, powinny skontaktować się z koordynatorami czuwającymi nad przebiegiem programu w najbliższym szpitalu. Listę placówek uczestniczących w akcji, harmonogram badań i telefony koordynatorów można znaleźć na stronie [www.mazovia.pl](http://www.mazovia.pl) w dziale „Komunikaty prasowe”.

Na program „Zdrowi mieszkańcy to zdrowe Mazowsze” samorząd województwa mazowieckiego przeznaczył 900 tysięcy zł. Jest on realizowany przy udziale Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Polskiego Komitetu Walki z Rakiem, Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc oraz samorządów lokalnych.

(*Karolina Gwarek*)