

Nr 42 (20e) luty 2010

# APTEKARZ POLSKI

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej

ISSN 1899-8445



[www.aptekarzpolski.pl](http://www.aptekarzpolski.pl)

# Fotogaleria Adama Kokota

## RYBACY, Filipiny, wyspa Palawan 2009



## DOŚWIADCZENIAMI TRZEBA SIĘ DZIELIĆ

Większość okręgowych izb aptekarskich zwołuje okręgowe zjazdy aptekarzy w pierwszych miesiącach roku. Tegoroczne zjazdy mają szczególne znaczenie, gdyż są zwoływane na półmetku kadencji władz samorządowych. Podsumowanie dotychczasowych dokonań stanowi sprzyjającą okoliczność do wytyczenia planów działania na dwa lata, które pozostały do końca kadencji. Redakcja Aptekarza Polskiego zamierza publikować relacje z tych zjazdów. Jesteśmy bowiem przekonani, że w samorządzie aptekarskim składającym się z 20 okręgowych izb aptekarskich i Naczelnej Izby Aptekarskiej trzeba dzielić się doświadczeniami po to, aby багаż dokonań całego samorządu aptekarskiego był po upływie kadencji jak największy.

Jako Redakcja mamy powody sądzić, że stali Czytelnicy Aptekarza Polskiego mają ulubione rubryki, od których rozpoczynają lekturę naszego pisma. Staramy się, żeby nie zawieść oczekiwań i dokładamy wszelkich starań, aby każdą rubrykę naszego pisma czytało się z zaciekawieniem i ku pożytkowi zawodu aptekarza, który większość naszych Czytelników wykonuje. Jedną ze stałych rubryk Aptekarza Polskiego poświęcona jest historii farmacji i aptekarskim tradycjom. Uwadze Czytelników polecamy opublikowany w tej rubryce artykuł doktora Macieja Bilka, aptekarza i badacza historii farmacji, zatytułowany „Sponiewierana godność zawodowa”. Ież w tym tekście, który powstał na podstawie lektury przedwojennych czasopism, odniesień do współczesności.

W rubryce „Chwila oddechu” publikujemy wiersze magistra Krzysztofa Kokota, aptekarza i poety, którego literacką twórczością zachwycają się nie tylko Czytelnicy Aptekarza Polskiego. Wiersze haiku, które od ponad roku tworzy przyniosły mu międzynarodową sławę.

Adam Kokot jest – podobnie jak jego ojciec – Krzysztof Kokot aptekarzem. Adam Kokot jest także znanym fotografikiem. W numerze publikujemy zdjęcia wykonane przez niego podczas pobytu na Filipinach. Cykl czarno-białych zdjęć przedstawiających filipińskich rybaków jest ozdobą rubryki „Galeria”.

Zapraszamy do lektury.

Redakcja Aptekarza Polskiego

## W bieżącym numerze:

### FALIETON REDAKCJI

Doświadczeniami trzeba się dzielić ..... 3

### BAROMETR PHARMAEXPERTA

Styczeń 2010 –

pierwszy znaczny spadek rynku od 2 lat .... 4

### WSZECHNICA APTEKARSKA

Mieszanka uspokajająco-nasercowa.....6

Leczenie żywieniowe .....12

### MANUAŁ APTEKARSKI

Kozłek lekarski w zaburzeniach snu .....15

Pierwsza pomoc udzielana w stanach zagrożenia życia .....17

PRZEGLĄD PRASY ..... 21

### W APTECE

Relacje formalne w aptece .....22

### OPIEKA FARMACEUTYCZNA

Skuteczność opieki farmaceutycznej ..... 23

### LEX APOTHECARIORUM

Projekt rozporządzenia w sprawie recept lekarskich.....28

### HISTORIA FARMACJI

Sponiewierana godność zawodowa ..... 31

### MUZEALNY KALEJDOSKOP

„Zapomniane Pieśni Moździerzy”  
- 80 moździerzy w Muzeum Farmacji  
w Łodzi..... 33

### BIBLIOTEKA FARMACEUTY

Leki w ciąży i laktacji .....35

### CHWILA ODDECHU

Krzysztof Kokot - wiersze .....37

### LISTY DO REDAKCJI

Ostoją aptekarstwa są izby aptekarskie,  
a jakie aptekarstwo jest ostoją izb? .....39

### Nowe rejestracje

i nowości na rynku ..... 40

**STYCZEŃ 2010:**

# pierwszy znaczny spadek ryнку od 2 lat



**Rynek farmaceutyczny** w styczniu 2010r. po raz pierwszy od momentu pojawienia się kryzysu odnotował tak znaczny spadek. Jednakże w dużej mierze wynikał on z wcześniejszego niż w poprzednim sezonie szczytu zachorowań na choroby układu oddechowego. W ubiegłym sezonie przypadł on na styczeń / luty 2009r., natomiast w obecnym sezonie miał miejsce w listopadzie 2009r. W styczniu br. rynek farmaceutyczny osiągnął sprzedaż o wartości 2 103 mln PLN, tj. o 10,33% mniej niż w styczniu 2009r.

W styczniu wartość całego rynku spadła o 242 mln PLN w porównaniu do analogicznego okresu ub. r. Największy spadek wartościowy zanotował segment leków refundowanych, który zmniejszył wartość sprzedaży o 98 mln PLN (-9,69%). Natomiast najslabiej pod względem zmiany procentowej wartości wypadł w styczniu segment leków pełnopłatnych, którego wartość sprzedaży obniżyła się względem stycznia ub. r. o 14,41% (o 64 mln PLN). Wartość segmentu sprzedaży odręcznej spadła o 80 mln PLN, tj. o 9,01%.

Również względem poprzedniego miesiąca (grudzień 2009r.) rynek zanotował znaczny spadek. Całkowita wartość sprzedaży rynku była niższa o 251 mln PLN, tj. o 10,66%. Aż o 131 mln PLN spadła w styczniu br. wartość sprzedaży segmentu leków refundowanych (-12,58%). Natomiast segment leków pełnopłatnych zanotował spadek o 43 mln PLN (-10,16%), a segment sprzedaży odręcznej o 77 mln PLN (-8,65%).

Zmniejszona zachorowalność na grype i inne choroby układu oddechowego wraz z spadkiem sprzedaży produktów gastrycznych i na odporność w sposób znaczący wpłynęły na wyniki stycznia br. Jeżeli do-

damy do tego znaczny spadek wartości sprzedaży leków refundowanych względem grudnia ub. r. (m.in. spadek cen leków refundowanych po wprowadzeniu nowego wykazu leków refundowanych w grudniu ub.r.) otrzymujemy obraz obecnego spadku wartości sprzedaży całego rynku. Poniżej grupy leków wg. klasyfikacji ATC, które rok do roku zanotowały największe spadki wartości sprzedaży.

*Zestawienie wartości sprzedaży poszczególnych segmentów rynku farmaceutycznego (dane w mln PLN)*

Tabela 1: styczeń 2010 vs styczeń 2009

PHARMA   EXPERT	styczeń 2009	styczeń 2010	zm. (%)
Leki Refundowane	1 008	910	-9,69%
Leki Pełnopłatne	447	383	-14,41%
Sprzedaż Odręczna	891	810	-9,01%
<b>Całkowity obrót</b>	<b>2 346</b>	<b>2 103</b>	<b>-10,33%</b>

Tabela 2: styczeń 2010 vs grudzień 2009

PHARMA   EXPERT	grudzień 2009	styczeń 2010	zm. (%)
Leki Refundowane	1 041	910	-12,58%
Leki Pełnopłatne	426	383	-10,16%
Sprzedaż Odręczna	887	810	-8,65%
<b>Całkowity obrót</b>	<b>2 354</b>	<b>2 103</b>	<b>-10,66%</b>

KATEGORIE ATC	sty-09	sty-10	sty10 / sty09
<b>PRZEWÓD POKARM.I METABOLIZM</b> (głównie: leki przeciw biegunkowe, na trawienie, witaminy)	459 033 984	406 080 056	<b>-11,54%</b>
<b>LEKI STOSOWANE W ZAKAŻENIACH</b> (leki przeciwbakteryjne)	189 998 439	103 865 046	<b>-45,33%</b>
<b>UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY</b> (środki przeciwzapalne)	138 867 138	120 373 085	<b>-13,32%</b>
<b>OŚRODKOWY UKŁAD NERWOWY</b> (leki przeciwbólowe)	345 511 590	288 241 431	<b>-16,58%</b>
<b>UKŁAD ODDECHOWY</b> (leki stosowane w przebieganiu, chorobach obturacyjnych dróg oddechowych)	359 518 513	268 123 899	<b>-25,42%</b>

w styczniu br. wyniosła 15,55 PLN. W porównaniu do średniej ceny z stycznia 2009r. (14,12 PLN) oznacza to wzrost ceny o 10,13%. Natomiast względem grudnia 2009r. (15,77 PLN) średnia cena spadła o 1,40%. Średnia marża apteczna w styczniu 2010r. wyniosła 27,21% i była wyższa względem analogicznego okresu 2009 r. o 0,82 pp. Względem grudnia 2009 marża wzrosła o 0,89 pp.

do 69,09% w styczniu 2010r. Wartościowo wydatki pacjentów spadły w porównywanych okresach o 191 mln PLN, tj. o 11,64%

**Prognoza wartości sprzedaży leków na rok 2010**

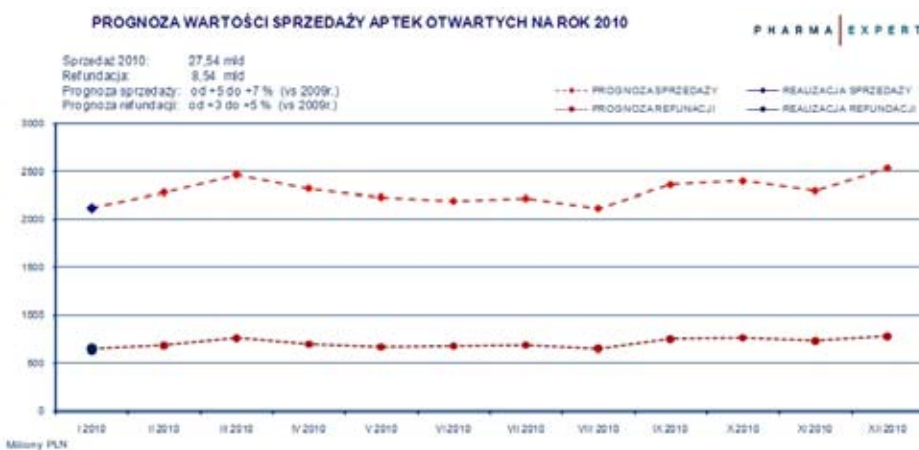
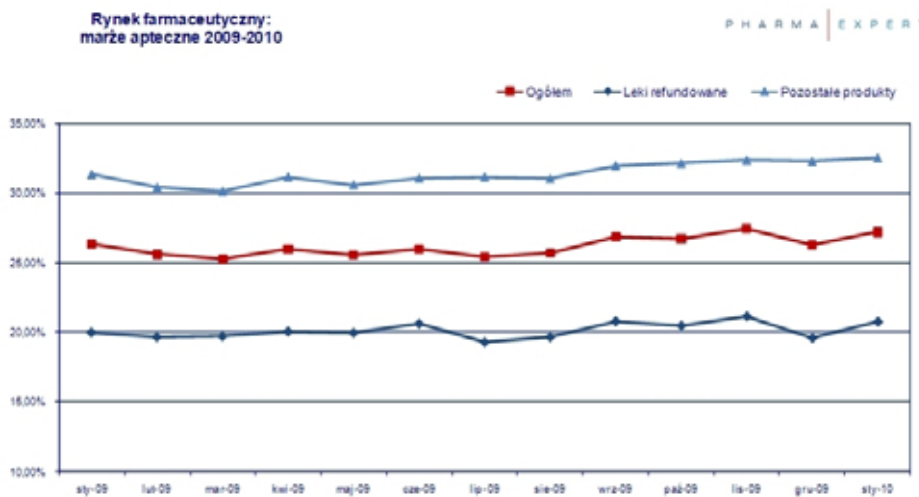
Według PharmaExpert wartość sprzedaży całego rynku farmaceutycznego na koniec 2010 roku wyniesie 27,54 mld pln. W porównaniu do ubiegłego roku wartość rynku w 2009 wrośnie o 5-7 %. Natomiast refundacja na koniec 2010 roku osiągnie wartość 8,54 mld. Refundacja względem ubiegłorocznej zwiększy się o 3-5%.

**Piotr Kula**  
Prezes PharmaExpert

**Refundacja a współpłacenie**

W styczniu udział pacjenta we współpłaceniu za leki refundowane spadł względem grudnia 2009r. (29,62%) o 1,07 pp osiągając poziom 28,55% wartości wydatków na leki refundowane. W porównaniu do stycznia 2009r. (30,41%) nastąpił spadek o 1,86 pp udziału pacjenta we współpłaceniu za leki refundowane.

Wartościowo dopłata pacjenta na lekach refundowanych w styczniu 2010. wyniosła 260 mln PLN, czyli była aż o 15,23% niższa niż przed rokiem (306 mln PLN). Spadek udziału pacjenta w dopłacie za leki refundowane wynika ze zwiększania obciążenia budżetu Państwa (regulacja za pomocą aktualizowanych co rok wykazów leków refundowanych). Jednocześnie udział pacjentów w całości wydatków na leki realizowane w aptekach zmniejszył się z 70,11% w styczniu 2009r.





## Mieszanka uspokajająco-nasercowa

Mieszanki uspokajająco-nasercowe to jedne z najczęściej obecnie wykonywanych leków recepturowych do użytku wewnętrznego. Ich zaletą jest możliwość połączenia kilku składników w kompozycji nie występujące w preparatach gotowych. Najczęściej ordynowane są jako remedium w nerwicach wegetatywnych.

### NERWICA WEGETATYWNA

W skrócie można powiedzieć, że **nerwica wegetatywna** polega na objawianiu się dolegliwości psychicznych w postaci nasilonych zaburzeń wegetatywnych, które dominują w obrazie choroby. Objawy fizyczne mogą być bardzo zróżnicowane – często jest to „kołatanie serca”, a także różnego rodzaju objawy ze strony układu pokarmowego i moczowo-płciowego. Choroba może również objawiać się jako zawroty i bóle głowy, duszności, drżenia, nasiloną potliwość, czy wreszcie poprzez doznania

związane ze skurczem mięśni gładkich lub szkieletowych typu „uczucie kuli w gardle”, drętwienie kończyn, mrowienie. Tym silnie odczuwanym, fizycznym symptomom mogą towarzyszyć objawy psychiczne, lękowe tj. „wrażenie umierania” lub uczucie rychłej utraty świadomości. Objawy te mogą utrzymywać się długotrwale, ale zdarza się także, że występują napadowo, jako tzw. „przełomy wegetatywne”. Mogą pojawić się w sytuacjach, w których pacjent nie jest narażony na stres, czy zdenerwowanie, co powoduje, że nie kojarzy on tych dolegliwości z problemami

psychicznymi. Szybko natomiast nabiera on przekonania, że cierpi na poważną chorobę narządową, czego jednak nie potwierdzają specjalistyczne badania. Towarzyszy temu strach o własne zdrowie i obawa o to, że „prawdziwa choroba” nie została prawidłowo zdiagnozowana. Chorzy czują się zagubieni, niekiedy nie znajdują zrozumienia w otoczeniu dla swoich cierpień, co zwykle tylko pogarsza ich sytuację zdrowotną – potęguje lęk, powoduje zamknięcie się w sobie, sprzyja narastaniu fobii i drażliwości, jednocześnie nasilając objawy wegetatywne. Opisywane jest to jako „objaw błędnego koła” – czyli wzajemne wzmaganie się dolegliwości z kręgu psychicznych i fizycznych. Często pojawiają się kłopoty ze snem.

Podstawowym kierunkiem leczenia takich pacjentów powinna być psychoterapia i uświadomienie choremu, że ich cielesne dolegliwości mają źródło w różnego rodzaju ukrytych problemach emocjonalnych (stres, frustracja, niepowodzenia zawodowe lub osobiste).

Leczenie farmakologiczne zwykle polega na podawaniu leków uspokajających, niekiedy również przeciwdepresyjnych.



## MIXTURA SEDATIVA, HYPNOTICA, CARDIACA

Istnieje co najmniej kilka tradycyjnych przepisów na mieszanki uspokajające o ustalonym składzie i własnym nazewnictwie jak np. *Mixtura Valerianae bromata R.P.* czy *Mixtura Pavlovi R.P.* Poniższy przepis to jedna z najbardziej rozbudowanych receptur na mieszankę uspokajająco-nasercową. Zawiera dodatkowo składnik przeciwbólowy (w tym przypadku metamizol, ale istnieją także przepisy, w których jest to pabialgina).

### Rp.

*Sal. Erlenmeyeri*

*Tinct. Adonidis vernalis*

*Tinct. Convallariae maialis*

*Tinct. Crataegi*

*Tinct. Valerianae aa 10,0*

*Luminali natri 0,3*

*Novalgini 4,0*

*Aquae destill. 20,0*

*Neospasmini ad 250,0*

*M.f. mixt.*

*D.S. 2 x dziennie łyżka stołowa*

Większość współcześnie wykonywanych mikstur zawiera któreś z powyższych składników w różnych kombinacjach i proporcjach. Trafiają się przepisy, ale raczej rzadko, w których dodatkowym składnikiem jest Cardiol C, Mentowal, Cardiamid czy Intracatum Visci. Podłożem (rozpuszczalnikiem) dla tych preparatów najczęściej jest woda destylowana lub – jak w powyższej recepturze – syrop. Najczęściej wykorzystywana jest Neospasmina lub Passispasmina, czasami syrop prosty, sporadycznie – Hydroksyzyna.

Neospasmina zawiera wyciąg z kozłka i głogu, a Passispasmina jest bogatsza o wyciąg z męczennicy i szyszek chmielowych. Preparaty gotowe w odróżnieniu od prostych podłoży recepturowych mają tę zaletę, że wnoszą do leku własne działanie lecznicze, a także mogą szczególnie skutecznie poprawiać smak. Niekiedy jednak może okazać się, że użyte do ich produkcji substancje pomocnicze dają trudne do przewidzenia *incompatibilitates*, zwłaszcza przy dużej liczbie przepisanych składników, lub w przypadku użycia więcej niż jednego leku gotowego.

Mieszanki tego typu powinny być zużyte w terminie około 7 dni, na co należy zwrócić uwagę przyjmując receptę na większą ilość leku. Szczególnie nietrwałe mogą się okazać preparaty o dużej zawartości wody, w których konserwujące właściwości etanolu (z nalewek) lub cukru (z syropów) nie są zachowane.

Aby prawidłowo ocenić czas, w jakim mieszanka zostanie zużyta, oraz obliczyć, czy nie zostały przekroczone dawki maksymalne, na recepturze powinno koniecznie widnieć dawkowanie preparatu. Pacjenci najczęściej dawkują preparat sami, wykorzystując miary „domowe”. Dla przypomnienia:

*łyżeczka do herbaty – 5g*

*łyżeczka deserowa – 10g*

*łyżka stołowa – 15g*

Mieszanek tych nie sączy się, ale należy pamiętać o oznakowaniu „zmieszać przed użyciem”. Zmiana stężenia poprzez rozcieńczenie etanolu jako rozpuszczalnika nalewek może powodować zmętnienie, co nie świadczy jednak o niekorzystnych zmianach w leku.

W zaproponowanym we wstępie przepisie lekarz zadbał o pojawienie się niewielkiej ilości wody, co bardzo ułatwia rozpuszczenie substancji stałych. Gdyby w recepturze figurował wyłącznie syrop, najrozsądniej byłoby we własnym zakresie zamienić jego część na wodę (uważa się, że bez porozumienia z lekarzem może to być nie więcej niż 5% ogólnej masy leku). Wprawdzie również syropy zawierają przecież pewną ilość wody i rozpuszczanie w nich proszków jest możliwe. Jest to jednak proces powolny, a w przypadku syropów o ciemnej barwie uniemożliwiona jest szybka wizualna kontrola całkowitości rozpuszczenia.

Ponieważ w receptach na mieszanki (szczególnie te prostsze) dosyć częsty jest – w innych typach receptur rzadziej spotykany - zapis ilości substancji w stosunku wagowo-wagowym (g/g) warto przypomnieć, że zapis typu: *Sal Erlenmeyeri 8,0/250,0* oznacza, iż należy użyć 8 gramów soli Erlenmeyera oraz 242 gramów wody, druga cyfra oznacza bowiem całkowitą masę gotowego roztworu.

W przedstawionej recepturze, fenobarbital figuruje w łatwej do rozpuszczenia w wodzie formie soli. Niemniej zdarza się zapisanie w recepturze na lek płynny formy nierozpuszczalnej luminalu. Zasadniczo jest to błędem, który farmaceuta powinien skorygować zamieniając nierozpuszczalny fenobarbital (rozpuszczalność 1:1000) na jego formę rozpuszczalną w wodzie – sól, czyli właśnie na fenobarbital sodu (rozpuszczalność 1:2). Ze względu na różnice w masie cząsteczkowej obu postaci chemicznych ▶

- ilość użytego surowca powinna zostać przeliczona. Przykładowe obliczenie do recepty:

**Rp.**

*Luminali* 0,3

*Aquae* ad 100,0

*M.f. Solutio*

232,24 - masa cząsteczkowa luminalu

254,22 - masa cząsteczkowa luminalu sodowego

0,3 – 232,24

x – 254,22

zatem x = 0,33

Oznacza to, że zamiast 0,3 g luminalu farmaceuta wykonujący receptę powinien odważyć 0,33 g soli sodowej. Ilość wody powinna być – *lege artis* – adekwatnie pomniejszona o 0,03 grama w stosunku do recepty wyjściowej.

Istnieje także możliwość ominięcia tego problemu poprzez wykorzystanie formy kwasowej, rozpuszczenie jej w etanolu i połączenie z przepisanyymi w recepte nalewkami. Jest to jednak metoda polecana głównie w sytuacjach, w których fenobarbital w postaci soli mógłby dać niezgodności z innymi współobecnyymi w recepte składnikami (np. z inną solą powodując wytrącenie osadu). Czasami ilość etanolu zawarta w samych nalewkach okazuje się wystarczająca do rozpuszczenia formy kwasowej fenobarbitalu i nie ma potrzeby sięgania po dodatkową porcję spirytusu. Obliczeń można dokonać zakładając, że fenobarbital rozpuszcza się w etanolu 95° w stosunku 1:10, a nalewki sporządzone są na spiry图斯ie, którego stężenie można przyjąć za 70°.

W mieszankach zawierających luminal sodowy mogą wystąpić niezgodności związane z odczynem środowiska. Roztwór fenobarbitalu sodu ma odczyn zasadowy. Niezgodności (w postaci wytrącenia osadu) mogą pojawić się po zmieszaniu go z roztworem o odczynie kwaśnym – przy czym rodzaj osadu zależeć będzie od finalnego pH roztworu. W codziennej praktyce aptecznej najbardziej warte zapamiętania są fakty na temat niezgodności fenobarbitalu sodu z nalewkami (nie występuje) oraz z chlorowodorkiem papaw-

ryny (zawsze występuje niezgodność). W mieszankach zawierających sól Erlenmeyera niezgodność może dawać bromek amonu, jednakże nie zawsze, a w zależności od stężenia (szczegółowe tabele można bez trudu znaleźć w większości podręczników do receptury). Uwaga – fenobarbital sodowy szybciej rozpuszcza się w czystej wodzie niż w roztworze bromków, dlatego powinien być rozpuszczany jako pierwszy (jest to również zgodne z zasadą odważania składników od ilości najmniejszej, do największej).



Nie wydaje się również błędem - nawet w receptach zgodnych - rozpuszczenie barbituranu i bromku po prostu osobno i dodanie jednego z roztworów na końcu, do reszty gotowej mieszanki. Ten tryb postępowania jest także jak najbardziej wskazany w celu uniknięcia niezgodności fenobarbitalu sodu z fosforanem kodeiny, czy chlorowodorkiem hydroksyzyny.

### WŁAŚCIWOŚCI UŻYTYCH SKŁAD- NIKÓW

*Tinctura Adonidis* i *Tinctura Convallariae* – głównym składnikiem nalewki z miłka wiosennego i konwalii majowej są **glikozydy kardenolidowe**. Ich głównym efektem działania jest zwiększenie siły skurczu serca (działanie inotropowe dodatnie) z jednoczesnym spowolnieniem jego pracy (efekt chronotropowo ujemny). Serce działa wówczas bardziej „ekonomicznie” i efektywniej wypycha krew do naczyń krwionośnych, reguluje się ciśnienie krwi, ustępują obrzęki. Nalewki te są szczególnie pomocne w pierwszym okresie niewydolności serca.

Należy jednak przypomnieć, że glikozydy nasercowe mają wąski zakres działań terapeutycznych. Przedawkowanie ich może powodować wystąpienie stanów oszołomienia, splątania, zaburzenia widzenia (głównie barw), oraz nudności i wymioty pochodzenia ośrodkowego.

*Tinctura Crataegi* – nalewka głogowa zawiera głównie **związki flawonoidowe**. Wywiera działanie spazmolityczne, również na mięśniówkę naczyń krwionośnych, łagodnie obniżając ciśnienie krwi.

*Tinctura Valerianae* (*Tinctura Polemoni*) – nalewka kozłkowa zawiera **seskwiterpeny**, głównie kwas walerenowy. Działa łagodnie uspokajająco i nasennie.



### BROMKI

Bromki wykazują słabe działanie uspokajające, a w większych dawkach – nasenne. Sole bromu wchłaniają się z przewodu pokarmowego, ale większość komórek jest nieprzenikliwa dla jonów bromkowych. Wchłonięte bromki gromadzą się więc w płynach międzykomórkowych i wypierają jony chloru. Ten antagonizm, na który szczególnie podatne są neurony uważany jest za

główny mechanizm ich działania na układ nerwowy.

Bromki już w dawkach terapeutycznych mogą wywołać działania niepożądane w postaci **podrażnień przewodu pokarmowego**, przy czym efekt ten nasila się w kolejności:

**bromek sodu < bromek potasu < bromek amonu**

Bromek sodu zawiera 77% bromu, bromek potasu – 67%, a bromek amonu – 82% bromu. Najsilniej działa bromek amonu, ale – tak jak pokazuje powyższa nierówność – równocześnie najsilniej drażni przewód pokarmowy. Dodatkowo jest nietrwały i łatwo się rozkłada uwalniając wolny brom.

Duże dawki soli bromu mogą wywołać groźny zespół toksyczny – **bromizm** (bromismus). Efekt ten może wystąpić także przy długotrwałym zażywaniu soli bromu na skutek tendencji tych związków do kumulowania się w organizmie. Powolność wydalania bromków z ustroju tłumaczy się tym, że nerki jednakowo reagują zarówno na bromki, jak i na chlorki, bromki nie są więc wydalane szybciej, choć są związkami obcymi dla organizmu. Na zatrzymanie się bromków w organizmie wpływać może także ubogie w sól pożywienie – organizm pokrywa wówczas zapotrzebowanie na jony chlorkowe – jonami bromkowymi. Roztwory chlorku sodowego są więc jednym z antidotów w zatruciu bromkami. Najbardziej charakterystyczne objawy bromizmu to ▶



sennyh uważana jest obecnie za niszową, a wypierają ją bezpieczniejsze benzodiazepiny.

Największe zastosowanie znajduje w tej chwili luminal, z którym zapewne większość farmaceutów ma do czynienia nie tylko pod postacią surowca do receptury, ale także pod postacią tabletek w dawce 15 i 100 mg, czopków – 15 mg oraz preparatów złożonych – tabletek Bellergot i kropli Milocardin.

Na niekorzystny profil działania barbituranów składają się:

#### – niski indeks terapeutyczny

Podane w dużych dawkach powodują śmierć wskutek zahamowania oddychania i krążenia. Barbiturany, podobnie jak benzodiazepiny nasilają działanie GABA (neuroprzekaznika hamującego), ale wiążą się z innym miejscem w kompleksie receptora, a ich działanie jest mniej specyficzne.

#### – wywoływanie tolerancji i uzależnienia

Już kilkutygodniowe stosowanie może być przyczyną wystąpienia objawów abstynencji po zaprzestaniu kuracji. Jednocześnie nagle odstawienie barbituranów nie jest wskazane.

#### – często powodują interakcje z innymi lekami z powodu wpływu na enzymy mikrosomalne

Są silnymi induktorami enzymatycznymi, zmniejszającymi efekt działania niektórych leków. Po odstawieniu barbituranu enzymy wątrobowe działają zatem jakby wolniej, pozbawione indukcyjnego wpływu barbituranu,

co sprawia, że metabolizowane przez nie leki mogą wywierać silniejszy efekt.

Barbiturany wywierają także inne, niekiedy specyficzne działania niepożądane. Osłabiają one wchłanianie wapnia i skracają biologiczny okres półtrwania witaminy D<sub>3</sub>, co pogarsza uwapnienie kości. U predestynowanych do tego osób mogą także wywołać napad porfirii. Barbiturany przechodzą przez łożysko i przenikają do mleka matki. Fenobarbital działa nasennie długo (8-10 godzin), utrzymując się w organizmie, co po przebudzeniu może być przyczyną bólów głowy, senności i złego samopoczucia.

Pomimo szeregu wad, barbiturany, a właściwie głównie jeden – fenobarbital ciągle znajdują zastosowanie w medycynie – w anestezjologii (przede wszystkim w premedykacji) i w leczeniu padaczki. Ale nie tylko. Rzadko wspomniane, ale ciekawe właściwości barbituranów (przede wszystkim właśnie fenobarbitalu) to:

– Obwodowe zmniejszenie napięcia mięśni gładkich i łagodzenie skurczów w obrębie przewodu pokarmowego. Działanie przeciwskurczowe ujawnia się już przy 1/10 dawki nasennej. Działanie to wykorzystuje się pomocniczo w napadach kolek, także w pediatrii.

– Zmniejszenie zużycia tlenu przez mózg, co może przyczynić się do zmniejszenia obrzęku mózgu po zabiegach chirurgicznych i chronić przed zawałem mózgu w wyniku niedokrwienia.

– Pobudzenie estryfikacji bilirubiny, co wykorzystuje się w hiperbilirubinemii Gilberta i w leczeniu żółtaczki jąder podstawy mózgu (kernicterus) u noworodków.

– Łagodne obniżenie ciśnienia tętniczego i zmniejszenie częstości rytmu serca na skutek upośledzenia przewodnictwa nerwowego w zwojach. Efekt ten jest wyraźniejszy u osób z nadciśnieniem.

– Hamowanie wytwarzania hormonu tyreotropowego - dzisiaj uważane raczej za efekt niepożądany - znajdowało zastosowanie w leczeniu tyreotoksykoz.

## PODSUMOWANIE

Nawiązując do przepisu recepturowego podanego we wstępie, w szczególności po analizie właściwości użytych składników dobrze byłoby przemyśleć, jakie informacje powinni od farmaceuty uzyskać pacjenci stosujący tego typu mieszanki. Przede wszystkim chorzy nie powinni traktować tych mikstur jako „trochę mocniejszych kropli nasercowych”, czy jako „ziołek”. Zdarza się „rodzinne” zażywanie tych preparatów, czy też udostępnianie leku osobom całkiem postronnym. W obliczu różnorodnych interakcji, jakie mogą powodować ich składniki jest to potencjalnie niebezpieczne. Z pewnością należy także wspomnieć o tym, że ich łączenie z innymi preparatami o podobnym działaniu jest niewłaściwe. ■

*mgr farm. Olga Sierpniowska*

*Ilustracje: dreamstime.com*

*Fot. Autor*

# Leczenie żywieniowe

Leczenie chorego żywieniem pozajelitowym lub dojelitowym to systematyczna i planowana podaż składników odżywczych drogą dojelitową (przez zgłębnik lub przetokę odżywczą) lub pozajelitową (dożylnie), w sytuacji gdy przyjmowany pokarm nie pokrywa zapotrzebowania na wszystkie lub niektóre składniki pożywienia, lub kiedy pojawiają się kliniczne lub biochemiczne objawy niedoborów pokarmowych.

Leczenie obejmuje ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, oraz podawanie mieszaniny odżywczej o ściśle określonym składzie zawierającej źródła białka, energii, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody.

Mieszanina odżywcza sporządzana jest w warunkach przemysłowych (gotowe preparaty) lub szpitalnych (apтека szpitalna) z zapewnieniem jałowości, indywidualnie dla pacjenta.

Żywienie dojelitowe wskazane jest dla pacjentów u których przewód pokarmowy funkcjonuje, lecz nie wykorzystuje normalnego pożywienia, oraz gdy jest ono niewystarczające lub przeciwwskazane. U tych chorych występuje stan niedożywienia, wyniszczenie.

Przeciwwskazaniem do żywienia enteralnego jest niedrożność przewodu pokarmowego oraz okres wstrząsu.

Wskazaniem natomiast do żywienia parenteralnego jest:

- stan pacjenta przebiegający z intensywnym katabolizmem białek (rozległe oparzenia, sepsa, ciężkie urazy wielonarządowe)
- występujące zaburzenia przewodu pokarmowego (przetoki żołądkowo-jelitowe, zespoły złego wchłaniania, przewlekłe zapalenie trzustki)

- niedrożność przewodu pokarmowego (inwazyjne guzy nowotworowe)
- ciężkie niedożywienie okołoperacyjne

Leczenie żywieniowe w szpitalu i w warunkach domowych jest integralną częścią leczenia i jest refundowane przez NFZ.



Zakres świadczenia objętego nazwą żywienie pozajelitowe w warunkach domowych oraz żywienie dojelitowe w warunkach domowych obejmuje oprócz podania substancji odżywczej również kompleksową opiekę wynikającą z choroby podstawowej i prowadzonego leczenia obejmującą:

- przygotowanie chorego do leczenia w warunkach domowych
- zapewnienie ciągłego kontaktu z chorym
- zapewnienie hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających hospitalizacji
- dostarczanie preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu chorego
- realizacja programu badań kontrolnych zgodnie z obowiązującymi standardami, ponadto w przypadku żywienia dojelitowego świadczenie obejmuje program wizyt kontrolnych (średnio 1 raz na 2 miesiące), udrożnienie żagłębniaka lub poprawa mocowania żagłębniaka lub przetoki (średnio raz w miesiącu) oraz kontrola rtg położenia (co pół roku).

Obowiązująca ustawa – Prawo Farmaceutyczne sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego i leków do żywienia dojelitowego zalicza do usług farmaceutycznych i jako podmioty właściwe do realizowania tych świadczeń wskazuje apteki szpitalne.

Zaliczając sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego i leków do żywienia dojelitowego do usług farmaceutycznych,

przepisy wydane na podstawie ustawy – Prawo Farmaceutyczne - regulują kwestie dotyczące warunków jakie spełniać musi apteka w tym zakresie.

Regulacje te zawarte są w dwóch aktach prawnych:

- w rozporządzeniu Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 listopada 2002r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać lokale aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. Nr 208, poz.1770)
- w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2002r. w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki (Dz. U. Nr 161, poz.1338)

Oba powyższe rozporządzenia wymagają, aby w przypadku, gdy apteka szpitalna czy też zakładowa wytwarzają leki do żywienia dojelitowego czy też pozajelitowego posiadały stosowne wyposażenie umożliwiające realizację tej usługi.

Art. 86 ust. 4 pkt. 2 ustawy Prawo Farmaceutyczne, mówiący iż w aptekach szpitalnych ustalone są procedury wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta – interpretowany jest różnie przez lekarzy, farmaceutów, dyrektorów szpitali, płatnika, pracowników.

A przecież sformułowanie „wydawanie na oddziały” należy rozumieć jako wydawanie dla pacjentów leżących na oddziałach,

natomiast sformułowanie „dla pacjenta” należy rozumieć – dla pacjenta będącego nadal pod opieką szpitalną, a więc wydawanie pacjentowi sporządzonych przez aptekę szpitalną leków np. do żywienia domowego, leków do programów terapeutycznych itp.

Należy jedynie ustalić procedury wydawania, które ustali szpital, gdyż brak w tym względzie stosownych rozporządzeń.

Konkludując, aby zapis ten nie mógł być różnie interpretowany powinien mieć brzmienie:

*„ustalane są procedury wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały, oraz dla pacjenta kontynuującego leczenie w warunkach domowych”.*

Propozycję takiego poszerzonego zapisu zgłosiłam na spotkaniu w sprawie żywienia w warunkach domowych Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu.

Art. 72 pkt. 3 ustawy Prawo Farmaceutyczne zabrania hurtowniom farmaceutycznym dostarczania produktów leczniczych bezpośrednio ludności. Wniosek jest oczywisty – lekarz nie może wypisać zapotrzebowania do hurtowni, a pacjent nie może otrzymywać do domu składników do sporządzenia mieszaniny żywniowej, ani wyrobów medycznych do jej podania. Hurtownia która w ten sposób łamie prawo powinna mieć cofnięte zezwolenie na jej prowadzenie.

Pacjent nie może w domu sporządzać preparatu do podawania dożylnego, podawać jej sobie i jeszcze dodatkowo brać na siebie odpowiedzialność za odpowiednie jej sporządzenie i ►

► podanie, podpisując wymagane oświadczenie.

Następny artykuł ustawy Prawo Farmaceutyczne o zmianę którego wnioskowałam to art. 106.3, cytując: „*Apteka szpitalna może zaopatrywać w leki inne zakłady opieki zdrowotnej przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielenia całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, nie posiadające aptek*”

Zapis powinien być rozszerzony o możliwość świadczenia wysoko specjalistycznej usługi farmaceutycznej (np. sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego, cytostatyków), przez aptekę szpitalną, która spełnia wymogi GMP, szpitalowi który takiej apteki nie posiada. Zapis ten musi być bardzo precyzyjny, by nie można go było interpretować w ten sposób, iż szpital nie musi mieć apteki. Zgodnie bowiem z obowiązującym prawem szpital posiadający więcej niż 150 łóżek musi posiadać aptekę szpitalną, w mniejszym funkcję apteki spełnia dział farmacji szpitalnej, który jednakże nie jest uprawniony do sporządzania leków w warunkach jałowych.

Pacjenci w dużym szpitalu, który nie stworzył warunków lokalowych i kadrowych aptece szpitalnej do sporządzania leków w warunkach jałowych (ma czas do 2012 roku) oraz pacjenci w szpitalu małym gdzie nie musi być apteki, mają takie samo prawo do pełnej i profesjonalnej opieki farmaceutycznej jaką mają zapewnioną pacjenci w szpitalu oferującym pełne usługi farmaceutyczne. Szpital powinien mieć możliwość za-

kontraktowania wysoko specjalistycznej usługi w innym szpitalu.

Zmiany wymienionych zapisów ustawy Prawo Farmaceutyczne umożliwiłyby pacjentom leczonym w warunkach domowych (np. żywieniowo, czy onkologicznie) zagwarantowanie profesjonalnej usługi farmaceutycznej.

Kolejną grupą przepisów, które dotyczą spraw z zakresu żywienia pozajelitowego, czy też dojelitowego to ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w załączniku nr 1 i 5 w punkcie 4, określa warunki realizacji żywienia pozajelitowego w warunkach domowych, wymieniając osoby uprawnione do jego udzielania. Rozporządzenie

wymienia lekarza, pielęgniarkę, oraz farmaceutę. Rozporządzenie nie określa jaki zakres czynności przynależy do poszczególnych osób, należy więc przyjąć, że każda osoba działa w zakresie świadczeń przynależnych do zakresu jej uprawnień zawodowych.

By uniknąć różnych interpretacji tego zapisu należałoby się domagać doprecyzowania zakresu czynności przedstawicieli tych zawodów zgodnie z zasadą: lekarz zajmuje się leczeniem, farmaceuta lekiem, czyli wykonuje wszystkie fachowe czynności związane z lekiem, pielęgniarka podaniem leku i opieką nad chorym.

Narodowy Fundusz Zdrowia podpisując kontrakt ze szpitalem na udzielenie świadczenia - żywienie domowe, zobligowany jest wymagać zapewnienia przygotowania mieszanin żywieniowych w pracowniach leku jałowego, które są częścią aptek szpitalnych. ■

*mgr farm. Janina Pawłowska*





# Kozłek lekarski w zaburzeniach snu

**Zaburzenia snu i trudności w zasypianiu, pomimo ich występowania od wieków, dopiero w 1979 roku doczekały się pierwszej Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu. Aktualnie, dane szacunkowe pokazują, że ok. 20-40% populacji krajów zachodnio-europejskich ma kłopoty ze snem, gdzie bezsenność stanowi ok. 90% zaburzeń. Ok. 40% pacjentów stosuje leki nasenne, w tym jedynie 4-6% z tej grupy przyjmuje je regularnie. Efekty leczenia okazują się jednak w wielu przypadkach nieskuteczny: badania epidemiologiczne wykazały, że ok. 40-50% przyjmujących leki w dalszym ciągu skarży się na trudności w zasypianiu.**

Najczęściej przepisywanymi lekami nasennymi są preparaty z grupy benzodiazepin (ok. 90%). Leki te pomimo ścisłych wskazań dotyczących okresu przyjmowania są często przez pacjentów nadużywane, a to prowadzi do rozwoju tolerancji i uzależnień. Alternatywą dla benzodiazepin mogą być niebenzodiazepinowe leki nasenne, pochodne: cyklopirolonu, imidazopirydyny lub pirazolopirymidyny. Pomoc w zasypianiu mogą też przynieść substancje roślinne. Do ziół najczęściej stosowanych, od wielu pokoleń, przy zaburzeniach snu na tle nerwowym, zaliczyć można **korzeń kozłka lekarskiego** (*Valerianae radix*).

**Kozłek lekarski** (*Valeriana officinalis* L., syn. waleriana) jest byliną należącą do rodziny kozłkowatych (*Valerianaceae*). Rodzaj kozłek liczy 250 gatunków, z których w Polsce najczęściej spotykanymi, dziko rosnącymi, są *var. latifolia* oraz *var. tenuifolia*. Surowcem zielarskim są organy podziemne kozłka – korzenie i kłącza zbierane wiosną lub na jesieni. Ze względu na zmienną zawartość ciał czynnych gatunków dziko rosnących do przetworów leczniczych stosuje się substan-

cje roślinne pochodzące wyłącznie z upraw. Produkcja roczna kozłka w Polsce przekracza 1000 ton, co stawia tą roślinę w grupie głównych uprawnych roślin zielarskich w naszym kraju.

Mechanizm działania sedatywnego i ułatwiającego zasypianie waleriany nie jest do końca wyjaśniony. Wyniki badań wskazują na wywieranie efektu na różne mechanizmy związane z układem GABA-ergicznym. Właściwości farmakologiczne przypisywane są licznym grupom związków biologicznie czynnych. Na uwagę zasługują m.in. **walepotriaty** (związki mające powinowactwo do receptorów benzodiazepinowych), które osłabiają stany niepokoju, uczucia strachu i zagrożenia, a nawet agresję; **olejki eteryczne** oraz **kwasy walerenowe**. Pochodne kw. walerenowego wpływają hamująco na przemianę kwasu gamma-aminomasłowego (GABA) w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN).

Efekt farmakologiczny mogą także wykazywać związki z grupy flawonoidów m.in. 2S(-)-hesperydyna oraz 6-metyloapigenina, która jest ligandem receptorów benzodiazepinowych

GABA-A. Ten ostatni związek zwiększa właściwości sedatywne hesperydyny. Wykazano również, że wyciąg z kozłka może zwiększać uwalnianie melatoniny, a także zmniejszać zużycie glukozy w mózgu.

## Wskazania

Stany niepokoju, trudności w zasypianiu na tle nerwowym, pomocniczo kozłek można stosować w stanach skurczowych przewodów żółciowych i dróg moczowych. Warto zwrócić uwagę, na niewielki wpływ preparatów z kozłkiem na ośrodkowy układ nerwowy u osób zdrowych, natomiast u pacjentów ze wzmożoną pobudliwością nerwową działa silnie uspokajająco.

## Ograniczenia stosowania kozłka (waleriany)

Według Europejskiej Agencji Leków leki otrzymywane z kozłka lekarskiego można stosować u osób od 12. roku życia. Ze względu na niewystarczające informacje o bezpiecznym stosowaniu leków z kozłka lekarskiego u dzieci poniżej 12. roku życia, nie zaleca się stosowania tych leków w tej grupie wiekowej. Nie należy stosować leków otrzymanych ▶

z kozłka lekarskiego u osób, u których może występować nadwrażliwość (uczulenie) na kozłek lekarski.

Nie zaleca się stosowania leków otrzymywanych z kozłka lekarskiego w skojarzeniu z innymi środkami uspokajającymi (z grupy benzodiazepin), a także innymi środkami nasennymi, ponieważ nie można wykluczyć możliwości występowania interakcji z innymi lekami.

### Przeciwwskazania i działania niepożądane

Ze względu na brak badań dotyczących działania leków otrzymywanych z kozłka lekarskiego na rozmnażanie lub nienarodzone dzieci, nie należy stosować tych leków u kobiet w ciąży lub karmiących piersią, jako ogólny środek ostrożności.

Tradycyjne zastosowanie leków z kozłka lekarskiego wskazuje na możliwość wystąpienia ospałości lub utrudnienia zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu. Pacjenci, których to dotyczy, nie powinni prowadzić pojazdów mechanicznych ani obsługiwać urządzeń mechanicznych w ruchu. Przy stosowaniu zalecanych dawek nie odnotowano działań niepożądanych, natomiast ich wielokrotne przekroczenie (10 g/ dzień) lub długotrwałe przyjmowanie może wywołać objawy uboczne: drżenie, bóle głowy, zaburzenia czynności serca, pobudzenie, bezsenność.

### Dawkowanie wg Komisji E

Jeśli nie przepisano inaczej: napary – 2-3 g surowca na filiżan-

kę wody raz lub kilka razy dziennie, nalewka – 1/2-1 łyżeczki (1-3 ml) raz lub kilka razy dziennie, wyciągi w ilości odpowiadającej 2-3 g surowca raz lub kilka razy dziennie. Zewnętrznie: 100g surowca do kąpieli, inne przetwory odpowiednio.

### Podsumowanie

W ciągu ostatnich lat obserwuje się zwiększone zainteresowanie zastosowaniem ziół zarówno w celach leczniczych, jak i profilaktycznych. Wiele preparatów roślinnych zmieniło status z leku na suplement diety. Zmiana ta w wielu przypadkach wiąże się także ze zmianą stosowanej w produkcie dawki substancji roślinnej. Należy zdać sobie sprawę, że suplementacja diety to profilaktyka, a nie leczenie. Na stronach urzędu URPL znajdują się wykazy dotyczące substancji roślinnych, które mogą być stosowane jako pojedyncze produkty lecznicze roślinne, z zaznaczeniem możliwości stosowania jako środek spożywczy (suplement diety). Spis ten oparty jest na naukowych danych z zakresu bezpieczeństwa substancji roślinnych i przetworów roślinnych, nie stanowiąc jednak obowiązujących wytycznych. Niemniej jednak, jeśli coś zostało na ww. wykazie zaliczone tylko do grupy produktów leczniczych, a występuje powszechnie w suplementach diety należałoby zwrócić na to uwagę. Tak jest np.

w przypadku korzenia kozłka (*Valeriana radix*), substancji roślinnej o udowodnionym w badaniach klinicznych depresyjnym wpływie na ośrodkowy układ nerwowy. ■

**dr n farm. Tomasz Baj**

*Katedra i Zakład Farmakognozji,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

Piśmiennictwo

Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC) - Community Monographs. *Valeriana officinalis* L. EMA/HMPC/575871/2007. Published 21/02/08

<http://www.urpl.gov.pl/homeo/suplement.diety.pdf>

Karłowicz-Bodalska K., Ocena korzenia kozłka lekarskiego (*Valeriana officinalis*) jako środka o działaniu uspokajającym i ułatwiającym zasypianie. *Post. Fitoter.* 2004, 3: 146-9.

Klaudel L.: Pogranicze pomiędzy lekiem a suplementem diety. *Panacea Lekki Ziołowe* 2006, 2: 6-7.

Lamer-Zarawska E. (red.). *Fitoterapia i leki roślinne w geriatrici.* PZWL 2009, Warszawa,

Matławska I, Bylka W., Synergizm działania leków roślinnych. *Herba Pol.* 2006, 52(3): 128-33.

Schilcher H., Dorsch W. / (red. nauk. wyd. pol. Fecka I.). *Ziołolecznictwo w pediatrii.* MedPharm Polska 2010, Wrocław

Schlegel-Zawadzka M., Barteczko M., Prawne aspekty suplementacji, *Mag. Apt.* 2008, 4: 46-60.

Skalski M., Leczenie zaburzeń snu, *Puls Med.* 2006, 11(134).



# Pierwsza pomoc udzielana w stanach zagrożenia życia

Ostre zespoły wieńcowe, udary, omdlenia, drgawki lub stany około zatrzymania krążenia stanowią częsty powód interwencji Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM), oraz pomocy udzielanej w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR). Skuteczność działań pracujących w nich ratowników zależy w dużej mierze od tego, jakie czynności zostały podjęte przed dotarciem pomocy specjalistycznej. Obecnie dąży się do tego, aby jak najwięcej osób potrafiło rozpoznać stany zagrożenia życia i odpowiednio postępować. Pacjenci oczekują takiej pomocy zwłaszcza od osób związanych ze służbą zdrowia, w tym farmaceutów oraz techników farmacji.

## Jak rozpoznać stan zagrożenia życia i kogo powiadomić

Większość stanów zagrożenia życia można łatwo rozpoznać. Stany wymagające nagłej interwencji i wezwania pogotowia ratunkowego to przede wszystkim: nagła utrata przytomności, narastające zaburzenia świadomości, silny i nagły ból w klatce piersiowej, duszność, krwotok, nagłe wystąpienie drgawek lub innych objawów neurologicznych jak porażenia, niedowłady, oraz nagłe wystąpienie zaburzeń psychicznych np. ataku szału.

Stanami zagrożenia życia mogą być też wypadki, do których doszło w danym miejscu np. upadek połączony z urazem głowy, oraz nagłe zachorowania w miejscach publicznych. Jeśli poszkodowany jest w ciężkim stanie, do świadków zdarzenia będzie wtedy należała ocena stanu poszkodo-

wanego i decyzja o konieczności wezwania pogotowia ratunkowego.

Pierwszym działaniem, jakie należy podjąć, jest bezpieczne podejście do poszkodowanego i próba nawiązania z nim rozmowy. Następnie należy ocenić stan poszkodowanego i zdecydować jakiej pomocy wymaga pacjent.

## Ostre zespoły wieńcowe

Ostre zespoły wieńcowe (OZW) są najczęstszą przyczyną zaburzeń rytmu serca, które mogą

prowadzić do nagłego zatrzymania krążenia i śmierci. Termin OZW może oznaczać zawał mięśnia sercowego z uniesieniem, lub bez uniesienia odcinka ST, oraz niestabilną dusznicę bolesną. Od szybkiego rozpoznania i wdrożenia działań terapeutycznych zależy przeżycie pacjenta. Na etapie pierwszej pomocy nie ma znaczenia, z jaką jednostką chorobową OZW mamy do czynienia, gdyż objawy i postępowanie są dla nich wspólne. Typowym objawem jest ból w klatce piersiowej promieniujący do lewego barku, ręki lub



► zuchwy. Wielu pacjentów określa ból wieńcowy jako rozrywający lub dławiący. Bólowi wieńcowemu mogą towarzyszyć lęk, poty lub nudności. Rzeczą, o której nie można zapomnieć jest zebranie wywiadu od pacjenta na temat przeszłości chorobowej, wcześniejszych problemów z układem krążenia i posiadania przy sobie leków np. nitrogliceryny. **Postępowanie polega na zapewnieniu pacjentowi bezpieczeństwa, ułożeniu go w pozycji, w której ból jest najmniej odczuwalny (przeważnie półsiedzącej), kontrolowaniu jego stanu oraz jak najszybszym wezwaniu pogotowia ratunkowego.**

## Omdlenia i utrata przytomności

Omdlenie jest stanem nagłej, krótkotrwałej i przemijającej utraty przytomności, po której następuje samoistny powrót świadomości. Jest to skutkiem chwilowego zmniejszenia dostarczania tlenu do mózgu. Najczęściej do tego stanu dochodzi w miejscach zatłoczonych (podczas uroczystości kościelnych, stania w kolejkach itp.), zwłaszcza, jeśli w pomieszczeniach jest wysoka temperatura i brak jest dostępu świeżego powietrza. Inne czynniki sprzyjające wystąpieniu omdlenia to długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej, szybkie podniesienie się z pozycji siedzącej lub leżącej, hipowolemia (na skutek np. odwodnienia), współistnieją-

ce schorzenia lub przyjmowane leki. Omdlenie może poprzedzać wystąpienie zawrotów głowy, „mroczków” przed oczami lub nudności.

**Jeśli do omdlenia doszło w gorącym, zatłoczonym pomieszczeniu, pierwsza pomoc polega na ewakuacji poszkodowanego z tego miejsca, a jeśli jest to niemożliwe – na zapewnieniu dostępu świeżego powietrza. Przydatne może okazać się rozpięcie kołnierzyka koszuli, poluzowanie szalika i usunięcie innych przeszkód utrudniających oddychanie. Pacjenta po-**



**winniśmy ułożyć w pozycji na plecach z nogami uniesionymi do góry. Kolejnym etapem jest ocena funkcji życiowych – musimy sprawdzić czy drogi oddechowe są drożne (każda nieprzytomna osoba jest zagrożona wystąpieniem niedrożności dróg oddechowych), oraz czy poszkodowany oddycha. Należy delikatnie odgiąć głowę poszkodowanego do tyłu i przez 10 sekund ocenić obecność oddechu. (fot.2) W tym czasie powinniśmy wyczuć 2 oddechy.**

**Jeśli poszkodowany szybko odzyska przytomność, mamy do czynienia z omdleniem. W przeciwnym razie doszło u niego do utraty przytomności. Pacjenta, który oddycha i dalej pozostaje nieprzytomny należy ułożyć w pozycji bezpiecznej. Następnym działaniem jest wezwanie Pogotowia Ratunkowego. Podczas oczekiwania na przyjazd karetki należy cały czas kontrolować stan poszkodowanego, a w razie stwierdzenia braku oddechu przystąpić do resuscytacji krążeniowo – oddechowej.**

## Udary

Można wyróżnić dwa typy udarów: niedokrwienny oraz krwotoczny. Do udaru niedokrwiennego dochodzi w sytuacji nagłego przerwania dopływu krwi i ostrego niedotlenienia części mózgu. Niedokrwienie może być następstwem zakrzepu, zatoru lub zawału. Często jest

powikłaniem istniejącej choroby przewlekłej np. miażdżycy. Niedokrwienie może być przemijające lub utrzymywać się przez dłuższy czas. Z kolei udar krwotoczny jest skutkiem wynaczynienia krwi do przestrzeni podpajęczynówkowej lub śródmiaższowej mózgu.

Objawy udaru są dosyć charakterystyczne. Należy zwrócić szczególną uwagę na:

- pojawiający się niedowład ciała: jednostronny lub obustronny, ruchowy lub czuciowy,
- zaburzenia widzenia, lub ubytki

ki w polu widzenia w jednym lub obu oczach,

- zaburzenia mowy – trudności w mówieniu lub rozumieniu naszych wypowiedzi,
- dezorientację, utratę świadomości, senność.

W przypadku wystąpienia udaru mogą pojawić się tylko niektóre z wymienionych objawów. Jest to zależne od lokalizacji uszkodzenia w mózgu i jego rozległości.

**Rolą pomocy przedmedycznej jest rozpoznanie nietypowych zaburzeń i wezwanie pogotowia ratunkowego. Udar mózgu jest stanem wymagającym natychmiastowego leczenia. Nie należy zwlekać z wezwaniem pogotowia lub czekać na samoistne ustąpienie objawów. Pacjent z udarem wymaga diagnostyki i leczenia w warunkach szpitalnych. Do momentu przybycia fachowej pomocy należy kontrolować stan pacjenta, a w razie pogorszenia (utrata przytomności, zatrzymanie oddechu) wdrożenie odpowiednich działań.**

### Drgawki

Dwie najczęstsze przyczyny drgawek, z którymi można się spotkać, to drgawki towarzyszące stanowi padaczkowemu oraz drgawki gorączkowe u dzieci. Padaczka jest napadowym zaburzeniem czynności OUN, wywołanym wzmożoną aktywnością neuronalną o charakterze przejściowym. Napad padaczkowy może być spowodowany wieloma czynnikami: urazem głowy, guzem mózgu, wadami rozwojowy-

mi lub stanem zapalnym mózgu, zatruciami lekami, alkoholem, schorzeniami metabolicznymi, może także wystąpić samoistnie. Jeśli napad padaczkowy przedłuża się, może dojść do nieodwracalnych zmian tkanki mózgowej.

Rozpoznanie napadu padaczkowego jest proste. Stan taki występuje nagle. Charakteryzuje się wystąpieniem nagłej sztywności całego ciała połączonego z bezdechem, sinicą i utratą świadomości oraz wystąpieniem drgawek. Podczas napadu może dojść do przygryzienia języka. Po napadzie pacjent może być splątany lub senny.

**Pierwsza pomoc polega na zapewnieniu pacjentowi bezpieczeństwa. Należy usunąć z otoczenia wszelkie przedmioty, stanowiące dla niego ryzyko urazu. Następnie należy zadbać o drożność dróg oddechowych: ułożenie na boku, lub gdy jest to niemożliwe pozostawienie pacjenta leżącego na plecach. Nie należy podawać niczego doustnie (leków, napojów), nie należy także wkładać niczego między zęby, ani próbować otwierać ust w przypadku szczękościsku. Nie jest zalecane także trzymanie poszkodowanego i próba tłumienia drgawek – ustąpią one samoistnie, lub po podaniu leków (benzodiazepiny) przez zespół ratownictwa medycznego, który należy wezwać.**

Drgawki gorączkowe występują u dzieci od 6 miesiąca do 3 roku życia, zdarzają się jednak także u starszych dzieci (do 6 roku życia). Napad jest powodowany przez chorobę gorączkową:

najczęściej infekcję górnych dróg oddechowych. Przeważnie są to napady uogólnione i trwające do 5 minut. W razie wystąpienia napadu należy postępować podobnie jak w napadzie padaczkowym. Ważne jest także zwalczanie powodu drgawek, czyli gorączki. Skuteczne są metody fizycznego ochładzania ciała np. chłodne kompresy w okolicach dużych naczyń (pachy, uda), lub kąpiel dziecka w wodzie o temperaturze niższej o kilka stopni od temperatury ciała. Epizody drgawek gorączkowych mogą nawracać. Konieczne jest kontrolowanie temperatury dziecka i niedopuszczenie do ponownego jej wzrostu. Skuteczne są powszechnie dostępne leki przeciwgorączkowe (paracetamol, ibuprofen).■

*mgr Daniel Sieniawski*

*ratownik medyczny*

*instruktor*

*Pediatric Advanced Life Support*

*Fot. Autor*

### Piśmiennictwo

1. Wytyczne 2005 resuscytacji krążeniowo – oddechowej, Europejska Rada Resuscytacji, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2005.
2. Specjalistyczne Zabiegi Resuscytacyjne. Podręcznik do kursu ALS ERC, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2007.
3. Medycyna ratunkowa i katastrof, Red. Andrzej Zawadzki, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
4. Medycyna ratunkowa na dyżurze, Red. Samuel M. Keim, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
5. Stany nagłe w zarysie, Richard M. Leach, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
6. Ratownik medyczny, Red. Juliusz Jakubaszko, Wydawnictwo Górnicki, Wrocław 2003.



## PRZEGLĄD PRASY

W niniejszym „Przeглядzie prasy naukowej” chciałbym Czytelnikom „Aptekarza Polskiego” przedstawić dwa artykuły, zamieszczone na łamach czołowych polskich czasopism naukowych: „Postępów Higieny i Medycyny Doświadczalnej” oraz „Zdrowia Publicznego”. Pierwsza publikacja rzuca światło na chorobę Parkinsona i możliwość zastosowania w jej przebiegu leków od dawna znanych, choć stosowanych w zupełnie innych schorzeniach, druga zaś omawia zagadnienie tzw. chemoprewencji nowotworów.

bę Parkinsona i możliwość zastosowania w jej przebiegu leków od dawna znanych, choć stosowanych w zupełnie innych schorzeniach, druga zaś omawia zagadnienie tzw. chemoprewencji nowotworów.

Autorzy pracy „*Rola estrogenów w chorobie Parkinsona*”,<sup>1</sup> przedstawiają możliwości leczniczego zastosowania estrogenów w tej przewlekle postępującej chorobie neurodegeneracyjnej ośrodkowego układu nerwowego, o dużej częstości występowania, wyraźnie zwiększającej się wraz z wiekiem. Podłożem choroby Parkinsona jest wybiórcze uszkodzenie neuronów dopaminergicznych istoty czarnej mózgu, a skutkiem – zaburzenie równowagi między neuroprzekaznikami w ośrodkowym układzie nerwowym, głównie między dopaminą i acetylocholiną. Podstawowymi objawami choroby Parkinsona są drżenie spoczynkowe, sztywność pozapiramidowa, zubożenie ruchowe i zaburzenia odruchów postaw oraz zaburzenia psychopatologiczne. Autorzy, po wyczerpującym przedstawieniu czynników neurodegeneracyjnych, przystępują do omówienia wpływu żeńskich hormonów płciowych, nasilających – jak wiadomo – przekąźnictwo dopaminergiczne, na chorobę Parkinsona w której przekąźnictwo to jest zaburzone.

Dane epidemiologiczne wskazują jednoznacznie, że kobiety są znacznie mniej podatne na chorobę Parkinsona, aniżeli

mężczyźni. Statystycznie – ryzyko zachorowania jest u kobiet aż dwa razy mniejsze! Najistotniejszym czynnikiem, który ma na taki stan rzeczy wpływ, są różnice hormonalne. Kolejne dane epidemiologiczne, przywołane w artykule, to porównanie zachorowalności na chorobę Parkinsona u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą hormonalnej terapii zastępczej oraz kobiet w tym samym wieku, rezygnujących z takiej terapii. Jak twierdzą autorzy hormonalna terapia po menopauzie wydaje się redukować ryzyko lub opóźniać rozwój choroby. Udowodnione zostało także, że u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą, a niestosujących jeszcze lewodopy, we wczesnej fazie choroby Parkinsona objawy są znacznie mniej nasilone. Inne z kolei badania wskazują, że leczenie transdermalne 17-beta-estradiolem spowodowało możliwość zmniejszenia dawki lewodopy u kobiet z dyskinezami, chociaż nie miało to wpływu na nasilenie dyskinez.

Działanie hormonalnej terapii zastępczej obarczone jest jednak wieloma działaniami niepożądanymi, dlatego też w wielu ośrodkach badawczych zwrócono uwagę na bezpieczniejszą grupę leków, tzw. selektywne modulatory receptora estrogenowego, do których należy np. raloksyfen, stosowany m.in. w zapobieganiu i leczeniu osteoporozy w okresie pomenopauzalnym.

Autorzy przekazali wyniki badań, mówiące o korzystnym wpływie raloksyfenu na funkcje poznawcze kobiet z otępieniem typu alzheimerowskiego, stwierdzając w zakończeniu, że to właśnie selektywne modulatory receptora estrogenowego, dzięki korzystnemu profilowi farmakodynamicznemu i – co ważne – nielicznym działaniom niepożądanym, być może pozwolą na ich zastosowanie w wielu chorobach neurodegeneracyjnych zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.



Fot. © mearcon - Fotolia.com

Publikacja „*Chemoprewencja nowotworów – perspektywy i zastosowania w profilaktyce i terapii*”<sup>2</sup> szczegółowo omawia i definiuje wkraczające powoli do polskiego języka medycznego słowo „chemoprewencja”,

2. Cyranka M., Kapka L., Rzeski W.: Chemoprewencja nowotworów – perspektywy i zastosowania w profilaktyce i terapii. Zdr Publ 2009; 119 (2): 223-7.

1. Dziedzicko V., Białecka M., Machoy-Mokrzyńska A i wsp. *Rola estrogenów w chorobie Parkinsona*. Post. Hig Med Dosw. 2009; 63: 627-33.

funkcjonujące już od roku 1976. Według przedstawionej przez autorów definicji, jest to stosowanie farmakologicznych lub naturalnych czynników w celu zahamowania lub odwrócenia procesu kancerogenezy u osób o wysokim ryzyku rozwoju choroby nowotworowej. Dodajmy tylko, że rocznie na świecie umiera z powodu nowotworów blisko siedem milionów osób, zaś u kolejnych jedenastu choroby te są diagnozowane; podkreślić należy także, że perspektywy wyleczenia ze stwierdzonej choroby nowotworowej pozostawiają nadal bardzo wiele do życzenia, dlatego tak bardzo ważna jest prewencja, w tym właśnie chemoprewencja. Metodę tę podzielić można na trzy zasadnicze grupy: chemoprewencję pierwotną, skierowaną do osób zdrowych, posiadających genetyczne predyspozycje do rozwoju raka, polegającą na stosowaniu środków, które hamują nowotwór na etapie inicjacji, chemoprewencję drugiego rzędu, mającą zahamować progresję nowotworu i służyć jako terapia dla wcześniej wykrytych stanów przedrakowych oraz chemoprewencję trzeciego rzędu, czyli zapobieganie nawrotom choroby i jako środek prewencyjny przeciwko drugim nowotworom pierwotnym. Autorzy, pomimo niedoskonałości prowadzonych badań i ich oceny, nie wahają się nazwać czynników chemoprewencyjnych lekami XXI wieku.

Do trzech najczęściej wymienianych czynników chemoprewencyjnych, o sprawdzonej i naukowo uzasadnionej skuteczności, należą: inhibitory cyklooksygenazy drugiej (COX-2), witamina A i jej pochodne oraz

antyoksydanty. Do czynników chemoprewencyjnych zalicza się także preparaty doskonale znane aptekarzom: tamoksifen i raloksifen (terapia raka piersi), celekoksyb (prewencja nowotworów jelita grubego) oraz finasteryd (terapia raka prostaty).

Inhibitory COX-2 są najlepiej poznanymi czynnikami chemoprewencyjnymi. Zwiększony poziom enzymu cyklooksygenazy drugiej jest obserwowany przy wielu typach raka, a syntetyzowane przez COX-2 prostaglandyny stymulują proliferację komórkową. Działają jednocześnie immunosupresyjnie, zmniejszając szansę rozpoznania i zniszczenia nieprawidłowych komórek przez układ odpornościowy. Powszechnie znane i masowo stosowane niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są inhibitorami COX-2, jednak ich działanie jest niewybiórcze i obciążone licznymi efektami niepożądanymi, zwłaszcza wobec przewodu pokarmowego. Trudno mówić więc w tym przypadku o możliwości stosowania profilaktycznego, choć według badań u osób zażywających kwas acetylosalicylowy lub inny NLPZ ryzyko wystąpienia raka jelita grubego zmniejsza się aż o 50%! Rozwiązaniem mogą tu być pozabawione działań niepożądanych naturalne wybiórcze inhibitory COX-2, jakimi są m.in. kwasy tłuszczowe omega-3, kurkumina (substancja czynna kłącza kurkumy) i resveratrol (występujący w skórce winogron i – co za tym idzie – w czerwonym winie). Ich działanie zostało udowodnione nie tylko na poziomie komórkowym, ale także w badaniach epidemiologicznych (słynny francuski paradoks).

Kolejne czynniki chemoprewencyjne, witamina A i jej coraz liczniejsze, syntetyczne analogi (retinoidy), modelują wzrost i różnicowanie komórek nowotworowych przez aktywację transkrypcji genów za pośrednictwem jądrowego receptora retinoidów. Ich skuteczność została potwierdzona w badaniach klinicznych wobec nowotworów pierwotnych szyi, głowy, pęcherza moczowego, rakom skóry i jajnika. Bardzo skutecznym retinoidem syntetycznym okazał się fenretinid, redukujący o połowę (!) ryzyko powtórzonego wystąpienia raka gruczołu piersiowego u kobiet w okresie pomenopauzalnym. Wadą syntetycznych retinoidów są jednak liczne działania niepożądane, których z kolei pozabawione są antyoksydanty, m.in. witaminy C i E oraz  $\beta$ -karoten. Niestety w badaniach klinicznych udowodniono, że skuteczność tej grupy czynników chemoprewencyjnych jest znikoma, a czasem wręcz – żadna!

Autorzy omawianego opracowania wymieniają także szereg mniej znanych czynników chemoprewencyjnych o teoretycznym potencjale przeciwnowotworowym, polegającym głównie na wymiataniu wolnych rodników. Są to m.in. czosnek, imbir, soja, pomidory, brokuły, brukselka, kalafior, kapusta i herbata. Izolowanie substancji czynnych z wymienionych roślin oraz ich badania są obecnie przedmiotem licznych prac naukowych, prowadzonych zarówno na modelu komórkowym, jak i zwierzęcym. ■

Opracował  
dr n. farm. Maciej Bilek

# Relacje formalne w aptece, czyli rzecz o tym, co konieczne i od czego nie należy „odwracać się plecami”

*Doświadczenie pozwala nam kierować własnym życiem wedle zasad sztuki, brak doświadczenia rzuca nas na igraszkę losu.*

*Platon*

Słowa Platona wybrane na motto poniższego artykułu w pełni uzasadniają zajmowanie się tematem relacji formalnych w aptece. Często bowiem zapominamy, iż warto przyjrzeć się doświadczeniom innych, aby samemu uniknąć błędu. Potoczne doświadczenie pogłębione przez ogląd badaczy – z obszaru wielu dziedzin nauki – dostarcza zasad wedle których ryzyko popełnienia błędu znacznie maleje.

Znamienną cechą każdej organizacji (w języku ekonomii, apteka to organizacja) jest hierarchiczny układ stosunków zachodzących między jej pracownikami. Stosunki te mogą przyjmować formę asymetryczną, charakterystyczną dla relacji przełożony – podwładny; dostawca – nabywca lub formę partnerską, w przypadku pracowników znajdujących się na tym samym szczeblu w hierarchii. W każdym z tych stosunków tworzą się pomiędzy pracownikami różnego rodzaju więzi oparte na różnych zasadach. W artykule podejmiemy refleksję nad specyfiką tych więzi. Najpierw zwrócimy uwagę na rodzaje relacji. W dalszej części zaprezentujemy modelowe założenie sprzyjające trwałości i efektywności tych relacji. Ostatnią część artykułu skoncentrujemy wokół myśli, jak w praktyce można zastoso-

wać wiedzę na temat czynników sprzyjających rozwojowi apteki jako organizacji ze szczególnym uwzględnieniem formalnych relacji międzyludzkich.

*Wiedza jest drugim słońcem dla ludzi.*

*Platon*

Rzucając światło wiedzy na temat rodzajów relacji interpersonalnych zachodzących w pracy musimy przypomnieć, że relacje te mają charakter formalny i nieformalny. W niniejszym artykule skupimy uwagę na tych pierwszych. Są one nie mniej ważne, a w pracy mają wręcz pierwszoplanowe znaczenie. Najogólniej można powiedzieć, że relacje w które wchodzi człowiek w środowisku pracy obejmują:

**porozumiewanie się oficjalne – interakcje z kontrahentami zewnętrznymi (dostawcami, czy przedstawicielami);**

**porozumiewanie się oddolne – obejmuje kontakty podwładnego z szefem;**

**porozumiewanie się odgórne – obejmuje wiadomości od menedżerów do podwładnych;**

**porozumiewanie się poziome – zachodzi pomiędzy pracowni-**

**kami, których nie łączą zależności podwładny-przełożony.**

Mimo zróżnicowanego charakteru tych relacji można stwierdzić, że przebiegają one w dwóch głównych nurtach. Pierwszy, to nurt przyczynowo – skutkowy, który opisuje stosunki wzajemnego oddziaływania i drugi o rysie funkcjonalnym odnoszący się do stosunków wzajemnej zależności. Oddziaływanie i zależność to dwa bieguny relacji formalnych doświadczanych w miejscu pracy. W sposób świadomy (lub nie) osoby biorące udział w tych relacjach wpływają na środowisko pracy i dostosowują jego elementy do własnych potrzeb. Postawmy więc jedno pytanie do wszystkich typów relacji: jakie potrzeby chce zaspokoić dostawca, jakie szef, a jakie podwładny? Szukając odpowiedzi odwołamy się do wyników badań, dowodzą one, że najważniejszą potrzebą każdego człowieka (tak pracodawcy, jak i pracownika) jest rozwój. Może on być oczywiście, różnie rozumiany. Raz będzie to sukces finansowy, a innym razem prestiżowy.

*Zaufanie to odwaga, wierność to siła  
Marie von Ebner-Eschenbach*

Zmiennych zależnych i niezależnych wpływających na

charakter relacji formalnych jest wiele, ale szczególne miejsce zajmują pośród nich **zobowiązanie i zaufanie**. Zdanie wypowiedziane przez Marie von Ebner-Eschenbach (pisarka niemiecka 1830-1916) dobitnie wyraża znaczenie tych dwóch cech dla pomyślności relacji – w tym miejscu – formalnych relacji zawodowych. Zaufanie partnerowi handlowemu czy współpracownikowi wymaga odwagi. Szczególnie jest to pożądane w momencie inicjowania kontaktu. Pojawia się bowiem uzasadniony skądinąd niepokój, iż źle oceniliśmy i zostaniemy oszukani. Przełamanie tego oporu wpływa na budowanie efektywnych zachowań, te zaś bezpośrednio prowadzą do sukcesu marketingowego. I nie chodzi tu bynajmniej tylko o zwykłą relację długoterminową, której partnerzy pozostają w kontakcie w specyficznej walce o lepsze ceny, lepsze warunki sprzedaży, czy pracy. Znalezienie formalnego partnera (dostawca, pracownik), którego można obdarzyć zaufaniem i który poczuje się zobowiązany do uczciwej współpracy jest nieprzecenione. Pytanie co zyskujemy, mając takiego partnera? Przede wszystkim stabilizację, pewność, że taki partner potrafi oprzeć się kuszącym, ale często krótkoterminowym alternatywom. Nowa filozofia współpracy wprowadza termin i praktykę długoterminowego partnerstwa, opartego na podążaniu w tym samym kierunku. Na krańcu tej drogi czeka relatywnie trwałe efektywne zrozumienie, pozwalające na pomnażanie dóbr tak jednego jak i drugiego partnera. Kolejną wartością tak rozumianej współpracy jest bez-

pieczeństwo podejmowania ryzykownych decyzji. Partner, do którego mamy zaufanie, niesie z sobą wiarę, że nie będzie działał przeciwko nam.

Wspólne występowanie w relacji zobowiązania i zaufania prowadzi bezpośrednio do zachowań, które bezsprzecznie sprzyjają sukcesowi organizacji. Zobowiązanie jest zmienną, która pozwala uniknąć kosztów związanych z ciągłą zmianą partnera relacji, pozwala czerpać zysk ze wspólnego systemu wartości. Świadomość, które zachowania, cele, czy działania są właściwe lub niewłaściwe, słuszne lub niesłuszne, etyczne lub nieetyczne rodzi poczucie współodpowiedzialności i siły.

*Złota zasada:*

*Nie należy sądzić ludzi według ich przekonań, lecz według tego, co przekonania te z nich czynią.*  
Georg Christoph Lichtenberg

W towarzyskiej rozmowie na temat wartości i zasad, które powinny rządzić pracą zespołu aptecznego można usłyszeć, że najważniejsze jest wzajemne zaufanie, chęć niesienia pomocy i poczucie, że jest się „jedną drużyną”. Takie przekonania nie zawsze jednak skutkują pożądanymi zachowaniami.

Jedną z farmaceutek, z którą miałam ostatnio przyjemność rozmawiać, podjęła się zadania kierowania zespołem indywidualistów, z których każdy dbał przede wszystkim o własny wizerunek zawodowy. Żadnemu z nich, przyglądając się ich indywidualnym działaniom, nie można było nic zarzucić. Sprawni, doskonale wykształceni, elokwentni i bardzo

ekspansywni. Jednak atmosfera pracy, jaką zastała w aptece pozostawała wiele do życzenia. Przede wszystkim uderzała pozorna harmonia, ugrzecznione zachowanie. Zmiana zachodziła, jeżeli któryś z pracowników znalazł się z Panią Kierownik sam. Natychmiast dały się słyszeć uwagi na temat pracy kolegów. Nic nachalnego, ale informacja, że... ja zrobiłbym czy zrobiłabym, to inaczej, z lepszym skutkiem i profesjonalnej. Żadna z tych uwag nigdy nie była kierowana bezpośrednio do osoby, której dotyczyła.

Taka postawa nigdy nie bierze się znikąd. Psychologowie twierdzą, że ma podłoże w braku zaufania, zaangażowania i braku ochoty na podejmowanie szerszej odpowiedzialności, jak tylko za siebie. Efektywne relacje formalne – takie przywołujemy w niniejszym artykule – wymagają zupełnie innych zachowań. Spośród nich szczególnie pożądany jest wysoki poziom zaufania i zobowiązania. To ostatnie jest rozumiane jako gotowość wykorzystania swoich najlepszych umiejętności w celu rozwoju „zakładu pracy”, a nie wyłącznie rozwoju osobistego. Tworzenie dobrze i efektywnie (także pod względem ekonomicznym) funkcjonującego zespołu wymaga wielu zabiegów. Jeżeli odpowiedzialnością za powstanie takiego zespołu obarczymy kierownika apteki, to powinien on wiedzieć, czego należy unikać ze wszech miar. Przede wszystkim nie należy lekceważyć znaczenia komunikacji – ma ona kluczowe znaczenia w procesie efektywnego budowania relacji pracowniczych. Po drugie wystrzegać się należy myślenia w kategoriach ▶

► statusu. Ciągłe skupianie uwagi, na tym kto ma większą władzę, czy większy prestiż powoduje wydłużanie się dystansu między kierownikiem, a pracownikami. Podobnie negatywny skutek niesie z sobą zachęcanie do rywalizacji. Rankingi – kto więcej? kto lepiej? – nie służą rozwojowi apteki. Mają wręcz przeciwny skutek – długofalowo – działają na pracowników frustrująco.

Warto więc zadać pytanie jakie działania należy podjąć w celu zbudowania zespołu, którego członkowie obdarzają się wzajemnie zaufaniem i mają poczucie zobowiązania i lojalności. Do najważniejszych instrumentów budujących dobre stosunki formalne jest dbałość o dobrą atmosferę w pracy. Tworzy się ją poczynając od estetyki pomieszczeń, ze szczególnym uwzględnieniem pomieszczeń socjalnych, poprzez zwrócenie uwagi na pracowników (kawa, napoje, owoce na koszt właściciela, drobne upominki z okazji np. urodzin, czy imienin). Ważne jest również celebrowanie osiągnięć (nie indywidualnych, ale całego zespołu). Takie spotkania mogą mieć bardzo rozbudowany scenariusz, ale wystarczy również kilka minut, aby osiągnąć zamierzony cel. Bardzo sprzyjającym budowaniu zespołu przedsięwzięciem jest organizowanie przez właściciela szkoleń dla całego zespołu. Ich pierwszoplanowym zadaniem jest wprowadzić zdobywanie i doskonalenie umiejętności, ale równocześnie dokonuje

się lepsze poznanie wzajemne, co pozwala na zminimalizowanie barier i zahamowań między współpracownikami. Dobra atmosfera, bezpośredniość kontaktów wpływa na budowanie zaufania i zaangażowania wszystkich członków zespołu.

Właściciel, czy kierownik rozumiejący, iż zadowolony pracownik to nieprzeceniony kapitał i najlepsza wizytówka apteki, swoje starania skupia wokół tworzenia zintegrowanego i skoncentrowanego na wspólnym celu zespołu.

Problem człowieka w środowisku pracy i związanych z tym relacji formalnych jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Każda z nich zajmuje się analizą innego aspektu tej relacji. Powyższy artykuł skupia uwagę tylko na wycinku problemu – budowaniu zaufania i wynikającego z niego zobowiązania – i nie wyczerpując zagadnienia otwiera możliwości

zadawania pytań o inne warunki konieczne dla budowania efektywnego zespołu aptecznego. ■

**mgr Ewa Sitko**

wykładowca w programie *Pharmassist*

Piśmiennictwo

- Argyle M. (2002). Psychologia stosunków międzyludzkich. Warszawa: PWN.
- Aronson E. (1995). Człowiek, istota społeczna. Warszawa: PWN.
- Aronson E. (1998). Człowiek istota społeczna. Warszawa: Wyd. PWN
- Borkowski J. (2003). Podstawy psychologii społecznej. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA
- Borkowski J. (2001). Radzenie sobie ze stresem a poczucie tożsamości. Warszawa: Elipsa
- Cialdini RB, Neuberg SL, Kenrick, DT (2002). Psychologia społeczna. Gdańsk: GWP.
- Dziewiecki M. (2000). Psychologia porozumiewania się. Kielce: Wydawnictwo JEDNOŚĆ
- Goleman D. (1997), Inteligencja emocjonalna. Media Rodzina
- Mellibruda J. (2003). Ja, ty, my. Psychologiczne możliwości ulepszenia kontaktów międzyludzkich. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

